

Saulo Vasconcelos Rocha^a <https://orcid.org/0000-0001-8655-5151>Jefferson Paixão Cardoso^a <https://orcid.org/0000-0003-0128-5792>Ramona Andrade Correia^b <https://orcid.org/0000-0002-2225-5640>Natália Nascimento Silva^c <https://orcid.org/0000-0002-6846-7032>Tânia Maria de Araújo^d <https://orcid.org/0000-0003-2766-7799>

^a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Jequié, BA, Brasil.

^b Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

^c Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil.

^d Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Feira de Santana, BA, Brasil.

Contato:

Saulo Vasconcelos Rocha

E-mail:

svrocha@uesb.edu.br

Como Citar (Vancouver):

Rocha SV, Cardoso JP, Correia RA, Silva NN, Araújo TM. Atividades de lazer e transtornos mentais comuns entre médicos de municípios baianos. Rev. Bras. Saúde Ocup. [Internet]. 2024;49:e14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15122pt2024v49e14>

Atividades de lazer e transtornos mentais comuns entre médicos de municípios baianos

Leisure activities and common mental disorders among physicians in municipalities from the state of Bahia, Brazil

Resumo

Objetivo: avaliar a associação entre a participação em atividades de lazer e transtornos mentais comuns (TMC) entre médicos. **Métodos:** estudo transversal com amostra de médicos atuantes na atenção primária e nos serviços especializados de seis municípios baianos. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, utilizando questionário estruturado. O SRQ-20 foi usado para mensurar os TMC. Utilizaram-se modelos multivariáveis e equações estruturais. **Resultados:** participaram do estudo 156 médicos, 53,2% do sexo masculino. A prevalência global de TMC foi de 8,7%. Houve associação entre TMC e a variável global de atividades de lazer (RP = 2,90; IC95% = 1,08; 7,79), atividades culturais (RP = 5,24; IC95% = 1,47; 18,63) e atividades sociais (RP = 2,97; IC95% = 1,07; 8,26). A modelagem por equações estruturais revelou associação positiva dos TMC com satisfação no trabalho e o sexo ($p < 0,05$). **Conclusão:** a prevalência de TMC foi maior entre as mulheres, aqueles que referiram insatisfação no trabalho e os que atuavam na média complexidade. Observou-se que os TMC estavam associados a não participação em atividades culturais e sociais no lazer. O envolvimento nessas atividades, o sexo e a insatisfação no trabalho contribuíram com relação moderada aos TMC.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Atividades de Lazer; Atividades Cotidianas; Médicos; Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to analyze the association between participation in leisure activities and common mental disorders among physicians. **Methods:** cross-sectional study with physicians working in primary care and specialized services in six municipalities in Bahia, Brazil. Interviews were conducted at the workplace using a structured questionnaire. The SRQ-20 was used to measure common mental disorders (CMD). Multivariate modeling and structural equation modeling were conducted. **Results:** 156 physicians participated in the study. The overall prevalence of CMD was 8.7%. There was an association between CMD and the overall variable of leisure activities (PR = 2.90; 95%CI = 1.08;7.79), cultural activities (PR = 5.24; 95%CI = 1.47; 18.63), and social activities (PR = 2.97; 95%CI = 1.07;8.26). Structural equation modeling revealed a positive association of CMDs with job satisfaction and sex ($p < 0.05$). **Conclusion:** CMD were associated with the non-participation of physicians in cultural and social leisure activities. Involvement in these activities, sex and job dissatisfaction contributed with a moderate relationship to CMD.

Keywords: Mental Health; Occupational Health; Leisure Activities; Activities of Daily Living; Physicians; Cross-sectional Studies.



Introdução

Os transtornos mentais comuns (TMC) são caracterizados pela presença de sintomas depressivos e ansiosos, como insônia, irritabilidade e esquecimento¹. Foram encontradas prevalências desses eventos entre os profissionais da saúde de 19,8%, na Bahia², 27,9% e 20,6%, em Minas Gerais^{3,4}, e 50,6% em Sergipe⁵.

Pesquisa com estudantes de medicina do interior da Bahia identificou elevada prevalência de TMC desde o período da graduação (32,2%)⁶. Resultado confirmado em outra investigação conduzida com estudantes de medicina do município de Salvador - BA (prevalência de TMC de 39,7%)⁷. Entre médicos, a prevalência de TMC em estudos realizados no Brasil variou de 17,4% até 44,0%^{5,8}.

Aspectos ocupacionais como a sobrecarga de afazeres, o ritmo acelerado e as longas jornadas de trabalho podem aumentar a ocorrência de TMC⁹. Além disso, é característica da profissão médica a convivência com perdas funcionais, lesões incapacitantes e a própria morte, o que também pode produzir intenso sofrimento e contribuir para o desenvolvimento de TMC nesses trabalhadores¹⁰.

O lazer deve ser compreendido como uma necessidade humana de dimensão cultural. Nesse sentido, se configura como uma ação complexa que pode ser influenciada por fatores sociais, lúdicos, vivenciais, históricos, dentre outros¹¹. Dessa forma, entre as estratégias de prevenção e o controle das morbidades psíquicas, as atividades de lazer apresentam-se como uma alternativa importante. Essas atividades favorecem a socialização, o entretenimento e a integração com família e amigos¹².

Entre médicos, estudos anteriores demonstraram que a participação em atividades de lazer associou-se à avaliação positiva da saúde mental¹³. Contudo, os estudos com foco nessa temática entre médicos ainda são escassos; em geral, os estudos focalizam as demandas do trabalho e pouco exploram os eventos que auxiliem a promoção da saúde mental¹⁴.

Diante dos novos e antigos fatores estressores aos quais os médicos estão submetidos, essa investigação pode ser útil no panorama nacional e internacional sobre a prevalência de TMC nesta população. Ademais, pode também contribuir para ressaltar o papel do lazer no adoecimento mental e fornecer incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas de lazer como forma de prevenção de agravos em saúde. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a participação em atividades de lazer e os TMC entre médicos/as.

Métodos

Desenho do estudo e contexto

Estudo de corte transversal, realizado com dados da primeira fase da investigação “Condições de Trabalho, condições de emprego e de saúde dos trabalhadores de saúde na Bahia”, projeto guarda-chuva realizado em seis municípios (Feira de Santana, Itabuna, Itaberaba, Jequié, Salvador e Santo Antônio de Jesus) baianos nos anos de 2011 e 2012. A seleção dos municípios incluídos na investigação considerou a disponibilidade de equipes de pesquisa (formado por discentes e docentes de cursos da área de saúde) locais dos centros de pesquisa integrantes do projeto (pesquisadores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB) em parceria com as secretarias de saúde de cada município.

Participantes

A população do estudo foi constituída por médicos e médicas lotados nos serviços da rede de atenção básica e de média complexidade dos municípios participantes². Foram incluídos aqueles em efetivo exercício profissional,

com tempo mínimo de seis meses de trabalho na unidade de saúde em que estava lotado. Os trabalhadores afastados, de licença ou de férias no período da coleta foram excluídos.

Amostragem

A seleção da amostra do estudo-mãe foi definida em etapas sucessivas: a) obteve-se a lista nominal de todos/as os/as trabalhadores/as em atividade nos serviços de saúde da atenção básica e de média complexidade; b) estimou-se o tamanho amostral com base no total da população e em diferentes desfechos de saúde; c) definido o tamanho amostral, estratificou-se a amostra por três níveis: área geográfica, nível de assistência (atenção básica e média complexidade) e grupo ocupacional. A composição da amostra foi definida, com base na participação percentual de cada grupo pelo nível de estratificação estabelecida (o grupo ocupacional correspondeu ao terceiro nível de estratificação); d) estimado o tamanho amostral em cada estrato, foram sorteados os/as trabalhadores/as para comporem a amostra com base em listagem de números aleatórios gerada no EpiInfo 6.04d. Os médicos constituíram um dos grupos ocupacionais da amostra.

Tamanho do estudo

No estudo-mãe, para o cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes parâmetros: número total de trabalhadores(as) da saúde nos seis municípios ($N = 6.191$), incidência de acidentes de trabalho de 42,9% (que foi o desfecho de interesse que implicou no maior tamanho amostral), precisão de 3%, correção para efeito de desenho amostral de 1,5 e nível de confiança de 95%; resultando numa amostra de 1.349 trabalhadores. A esse número se acrescentou 10% para compensação de perdas e recusas, obtendo-se 1.484. Por fim, considerando dois estratos de sexos (masculino e feminino), o tamanho amostral final ficou estabelecido em 2.968.

Os trabalhadores foram contactados em seus locais de trabalho. Após essas três visitas, em caso de falha na entrevista, procedeu-se à substituição, visando incluir outro trabalhador do mesmo grupo (área geográfica, tipo de serviço de saúde – atenção básica e média complexidade, grupo ocupacional e sexo). A lista de substituições foi ordenada imediatamente após a composição da amostra original do estudo (também por lista de números aleatórios) e foi limitada a 20% do tamanho amostral calculado para cada grupo ocupacional. Ao final, foram investigados 3.084 trabalhadores.

Neste estudo, foram entrevistados 156 médicos/as, participantes da amostra de trabalhadores da saúde do estudo-mãe, correspondendo a aproximadamente 30% da população de médicos/as atuantes nos níveis de atenção primária e serviços especializados incluídos no estudo. A definição do tamanho amostral desses profissionais foi feita considerando sua participação percentual no grupo ocupacional (terceiro nível de estratificação). Ou seja, cada grupo foi selecionado de acordo com a porcentagem que representa na estratificação por área geográfica e nível de atenção. Esse método assegura que a amostra reflita a estrutura da população total, possibilitando uma análise mais precisa e representativa dos dados.

Para verificar se o estudo realizado tinha poder para avaliar a associação entre atividade física e TMC em médicos/as, uma vez que a amostra não havia sido estimada com essa finalidade, o tamanho amostral foi recalculado. O cálculo foi realizado utilizando o *software* OpenEpi, versão 3.03a. Considerando a prevalência de TMC entre o grupo de expostos de 23% e entre o grupo de não expostos de 6% (dados obtidos neste estudo), nível de confiança de 95% e poder do estudo de 80%, obteve-se tamanho amostral necessário de 136 médicos/as. Considerando que participaram do estudo 156 médicos/as, concluiu-se que o estudo conduzido tinha poder para realizar a análise pretendida.

Controle de vies

A coleta de dados ocorreu conforme a organização de cada município e das universidades colaboradoras. Para padronizar a metodologia adotada na coleta, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas, além da

realização de oficinas a fim de treinar a equipe responsável – composta por estudantes das universidades envolvidas no estudo. Para reduzir perdas e recusas foram realizadas reuniões com as equipes de saúde para informar sobre o objetivo do estudo e esclarecer possíveis dúvidas sobre o preenchimento do questionário. Além disso, foram realizadas até três visitas às Unidades de Saúde na tentativa de localizar e entrevistar os trabalhadores que não responderam os questionários.

Variáveis e mensuração

Variável dependente

Os TMC foram avaliados por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O instrumento avalia o grau de suspeição de TMC sem, no entanto, estabelecer diagnóstico para uma condição específica. O SRQ-20 foi validado para uso no Brasil¹⁵. Trata-se de questionário com 20 perguntas dicotômicas que investigam a presença de sintomas agrupados em quatro dimensões (humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, diminuição da energia vital e pensamentos depressivos). Para determinação de TMC foi adotado como ponto de corte sete ou mais respostas positivas, valor utilizado em outras investigações realizadas com médicos/as^{9,16}.

Variáveis independentes

As características sociodemográficas e ocupacionais foram categorizadas da seguinte forma: idade (até 29 anos, entre 30 e 49, e 50 ou mais); sexo biológico (masculino e feminino); situação conjugal: com companheiro (casado, união consensual/estável) ou sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado/separado/desquitado), tempo de trabalho e tempo de serviço prestado no sistema público de saúde (até seis anos e sete anos ou mais; ponto de corte definido pela mediana), tipo de vínculo (concursado e não concursado), satisfação no trabalho (avaliada por meio da seguinte questão: você está satisfeito com o seu trabalho? As respostas possíveis eram: não estou satisfeito(a) de forma nenhuma, não estou satisfeito/a, categorizado como não, e estou satisfeito/a e estou muito satisfeito/a, categorizada como sim) e unidade de saúde: saúde da família e média complexidade.

Foram incluídas informações sobre a participação em atividades de lazer que englobou uma variável composta que foi metodologicamente dividida em: atividades culturais, sociais e físicas e variáveis específicas para cada tipo: atividades culturais (ir ao cinema, teatro, exposição e leitura de livros), atividades sociais (visita a amigos, festa, saídas para bares, jogos: baralho/dominó), atividades físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia) no lazer. Essas variáveis foram avaliadas por meio de questões dicotômicas (sim e não).

A presença de morbidades autorreferidas foi investigada a partir de uma lista prévia contendo: diabetes, colesterol alto, hipertensão, obesidade, câncer, angina, asma, alergia, rinite/sinusite, artrite, sarampo, rubéola, disfonia, insuficiência cardíaca, tuberculose, gastrite, úlcera, LER/DORT, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, HTLV-1 e HTLV-2, dispostas a partir da questão “Você possui diagnóstico médico para alguma das doenças listadas abaixo?”. Para a construção do indicador de morbidade foram consideradas as doenças referidas, a saber: diabetes, colesterol alto, hipertensão, obesidade, angina, asma, alergia, rinite/sinusite, artrite, disfonia, insuficiência cardíaca, tuberculose, gastrite, úlcera, LER/DORT, depressão, ansiedade e distúrbios do sono. Na análise, esses problemas foram dicotomizados em “sim” e “não”, considerando-se “sim” a resposta positiva a pelo menos um dos problemas listados.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados com auxílio do *software* EpiData, versão 3.1, e descritos por frequências simples e cálculo de proporções. A avaliação dos itens do SRQ-20 considerou as frequências das variáveis individuais e intragrupos do questionário (com cálculo dos percentuais considerando a variável isolada – IN% e percentuais considerando o grupo de sintomas – IG%): humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, diminuição da energia vital e pensamentos depressivos.

A associação entre atividades de lazer e transtornos mentais comuns, considerando as características sociodemográficas e ocupacionais, foi testada em análises bruta e ajustada por meio da regressão logística. Para fase inicial, foram incluídas no modelo de regressão múltipla as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bruta; variáveis foram mantidas segundo menor valor de AIC e critério teórico.

Para avaliação do modelo foi feito o teste de adequação do ajuste do Hosmer-Lemeshow, o ajuste do modelo foi investigado pela curva ROC e as observações influentes pelos valores preditos segundo resíduos de Pearson, Deviance e Leverage.

A análise de regressão logística produz medidas de razão de odds (OR). Como a prevalência de TMC na população foi maior que 10%, é possível haver superestimação dessas medidas. Desse modo, as razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) foram estimados por Regressão de Poisson com variação robusta.

Adicionalmente, além de avaliar a associação da prática regular de atividades de lazer (exposição/não exposição) e TMC, o estudo focalizou atenção na atividade de lazer do tipo cultural, em função dessa modalidade ter apresentado a maior magnitude de associação com TMC. Para tal, foi empregada modelagem de equações estruturais (MEE), de modo a permitir maior detalhamento das relações observadas entre exposição (atividades culturais) e desfecho de interesse (TMC).

Na modelagem foram excluídos os registros incompletos (*listwise*). Considerou-se a matriz de covariância como entrada, adotando o estimador *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV), que permite análise de variáveis binárias. Os coeficientes/cargas padronizados (CP) foram interpretados de acordo com Kline (2011)¹⁷: um CP de cerca de 0,10 como indicador de efeito pequeno; de CP de cerca de 0,30 como um efeito médio e CP > 0,50 como um efeito forte. A avaliação foi pautada nos CP e relacionamentos que apresentaram significância estatística quando o valor da probabilidade do teste foi menor ou igual a 0,05.

No intuito de verificar a adequação dos modelos, foram utilizados os seguintes índices, a *Standardized root mean square residual* (SRMR), cujo valor inferior a 0,08 foi considerado um bom ajuste; o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI), com valores mais próximos de 1 indicando ajustamento; a *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA), com intervalo de confiança de 90% (IC90%), com valores < 0,05 indicativo de bom ajuste. As análises foram realizadas com auxílio do programa estatístico STATA®, versão 12 e R, versão 4.1.2, pacote lavaan.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o Protocolo nº 267/2009 (CAAE: 0086.0.0059.000-09), em 30 de novembro de 2009. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos/as 156 médicos/as participantes, lotados/as na rede de atenção municipal a maioria atuava na Estratégia de Saúde da Família – ESF (63,3%), sendo que 51,9% trabalhavam na cidade de Feira de Santana, 19,9% em Itabuna, 7,7% em Santo Antônio de Jesus, 3,8% em Jequié, 10,3% em Salvador e 6,4% em Itaberaba. Destes, 53,2% (n = 83) eram do sexo masculino. A média de idade entre os entrevistados foi de 45,6 (desvio-padrão = 13,5) anos, com predomínio da faixa etária de 30 a 39 anos (31,8%). Três quartos dos/as médicos/as viviam sem companheiro (74,4%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 Características sociodemográficas e ocupacionais dos médicos/as da atenção básica e de serviços especializados (média complexidade) segundo variáveis isoladas e segundo atividade física no lazer. Bahia, Brasil, 2011–2012 (n = 156)

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	83 (53,2)
Feminino	73 (46,8)
Idade* (anos)	
Até 29	17 (11,1)
30 a 39	49 (31,8)
40 a 49	30 (19,5)
50 a 59	29 (18,8)
Acima de 60	29 (18,8)
Situação conjugal	
Com companheiro	40 (25,6)
Sem companheiro	116 (74,4)
Tempo de trabalho (anos)	
Até 6	53 (34,0)
7 ou mais	103 (66,0)
Tempo de trabalho na saúde pública (anos)	
Até 6	51 (32,7)
7 ou mais	105 (67,3)
Tipo de vínculo*	
Concursado	33 (21,4)
Não concursado	121 (78,6)
Satisfação com o trabalho*	
Não	33 (21,3)
Sim	122 (78,7)
Unidade de Saúde*	
Saúde da Família	81 (63,3)
Média Complexidade	47 (36,7)
Atividades de lazer	
Não	20 (12,8)
Sim	136 (87,2)
Atividades culturais*	
Não	71 (50,4)
Sim	70 (49,6)
Atividades sociais*	
Não	40 (28,6)
Sim	100 (71,4)
Atividades físicas	
Não	45 (28,9)
Sim	111 (71,1)
Morbidades** (ao menos uma morbidade referida)	
Não	45 (28,9)
Sim	111 (71,1)

* Perdas nas variáveis: idade: n = 2; Tipo de vínculo: n = 2; Satisfação no trabalho: n = 1; Unidades de Saúde: n = 28; Atividades culturais: n = 15; Atividades sociais: n = 26.

**Lista de morbidades: diabetes, colesterol alto, hipertensão, obesidade, angina, asma, alergia, rinite/sinusite, artrite, disfonia, insuficiência cardíaca, tuberculose, gastrite, úlcera, LER/DORT, depressão, ansiedade e distúrbios do sono.

Mais da metade dos médicos/as tinham mais de sete anos na profissão (66,0%), uma pequena parcela reportou tempo de trabalho na saúde pública de sete anos ou mais (67,3%) e 78,6% e 21,3% tinham, respectivamente, vínculo efetivo concursado e estavam insatisfeitos com o trabalho. O percentual de médicos/as que referiram participar regularmente de atividades de lazer foi de 87,2%. Dentre as atividades de lazer, as sociais e físicas foram as mais frequentes (71,4% e 71,1%, respectivamente). As morbidades foram referidas por 71,1% dos médicos/as (**Tabela 1**).

A prevalência global de TMC foi de 8,7% com média de 2,0 (desvio-padrão: 2,7) respostas positivas, 3,7% para o sexo masculino e 14,3% para o feminino. Ao analisar as dimensões dos TMC, observou-se que os sintomas somáticos foram os mais relatados pelos entrevistados, com destaque para dormir mal (23,7%) e ter dores de cabeça frequentemente (25,6%). Dentre os sintomas de humor depressivo-ansioso, destacou-se o sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (33,9%). Na avaliação intragrupos os itens “Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)”, “Tem dores de cabeça frequentemente”, e “Tem perdido o interesse pelas coisas” respectivamente em humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos e pensamentos depressivos. Apenas “Sente-se cansado(a) o tempo todo”, “Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias” apresentaram os mesmos percentuais no grupo diminuição da energia vital (**Tabela 2**).

Tabela 2 Distribuição (%) dos itens do SRQ-20* segundo grupos de sintomas referidos por médicos/as da atenção básica e de serviços especializados (média complexidade). Bahia, Brasil, 2011–2012 (n = 156)

Dimensões	n	IN%**	IG%**
Humor depressivo-ansioso			
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	53	33,9	55,2
Tem se sentido triste ultimamente	25	16,2	26,0
Assusta-se com facilidade	12	7,7	12,5
Tem chorado mais do que de costume	6	3,9	6,3
Sintomas somáticos			
Tem dores de cabeça frequentemente	40	25,6	27,0
Dorme mal	37	23,7	25,0
Tem má digestão	27	17,1	18,3
Tem sensações desagradáveis no estômago	26	16,7	17,6
Tem tremores nas mãos	12	7,7	8,1
Tem falta de apetite	6	3,8	4,0
Diminuição da energia vital			
Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias	22	14,2	24,2
Sente-se cansado(a) o tempo todo	22	14,1	24,2
Cansa-se com facilidade	20	12,8	21,9
Seu trabalho diário lhe causa sofrimento	12	7,8	13,2
Tem dificuldade para tomar decisões	8	5,1	8,8
Tem dificuldade de pensar com clareza	7	4,5	7,7
Pensamentos depressivos			
Tem perdido o interesse pelas coisas	5	3,2	55,7
Sente-se pessoa inútil em sua vida	3	1,9	33,3
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	1	0,6	11,0
Tem tido ideia de acabar com a vida	-	-	-

* Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

** IN%: Percentuais considerando a variável isolada. IG%: Percentuais considerando o grupo de sintomas.

Foi analisada a associação bruta e ajustada de atividades de lazer e TMC (**Tabela 3**). A prevalência foi de 23,5% entre médicos/as que não realizavam atividades de lazer. Ao considerar as categorias dos conteúdos do lazer, os TMC foram mais prevalentes entres aqueles que não realizaram atividade física (15,9%), culturais (12,1%) e sociais (13,2%).

Tabela 3 Prevalência (%) e razões de prevalência bruta (RP_{bru}) e ajustada (RP_{adj}) de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre médicos/as da atenção básica e de serviços especializados (média complexidade) de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Bahia, Brasil, 2011–2012 (n = 156)

Tipo de atividades de lazer	Prevalência (%)	Transtornos Mentais Comuns			
		RP _{bru}	IC95%	RP _{adj} *	IC95%
Atividades de lazer					
Sim	6,8	1,00		1,00	
Não	23,5	3,47	1,19; 10,08	2,90	1,08; 7,79
Atividade física					
Sim	5,6	1,00		1,00	
Não	15,9	2,81	1,01; 7,89	1,73	0,53; 5,58
Atividades culturais					
Sim	2,85	1,00		1,00	
Não	12,1	4,24	0,93; 19,25	5,24	1,47; 18,63
Atividades sociais					
Sim	5,15	1,00		1,00	
Não	13,2	2,55	0,78; 8,31	2,97	1,07; 8,26

* Análise ajustada por sexo, idade, satisfação no trabalho e tipo de unidade de saúde.

Na análise multivariável (**Tabela 3**), apenas atividade física não obteve associação com os TMC. Observou-se associação das atividades de lazer (RP = 2,90; IC95% = 1,08; 7,79), atividades culturais (RP = 5,24; IC95% = 1,47; 18,63) e atividades sociais (RP = 2,97; IC95% = 1,07; 8,26). A avaliação da bondade de ajuste do modelo demonstrou que os modelos ajustam bem os dados (valor de p > 0,05), e as áreas sob a curva ROC variaram de 79,4% a 91,1%. Não foram encontradas observações influentes.

A modelagem por equações estruturais (**Figura 1**) foi utilizada para explorar a associação das atividades culturais com os TMC. Os resultados mostraram que as atividades culturais apresentaram CP acima de 0,16. Observou-se associação direta significativa de atividades culturais e TMC. Também ficou evidenciada uma relação indireta das atividades culturais e TMC, mediada por satisfação com o trabalho. Adicionalmente, observou-se nesse modelo relação direta e significativa também de satisfação com o trabalho e TMC, de sexo e TMC e US.

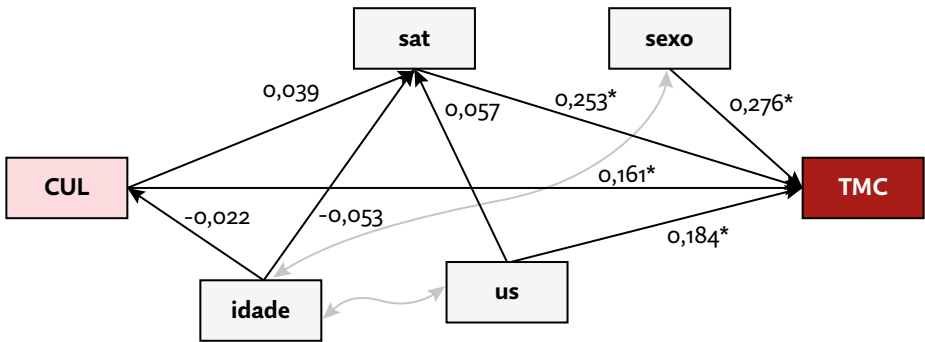


Figura 1 Diagrama da modelagem por equações estruturais utilizada para explorar a associação das atividades culturais com os Transtornos Mentais Comuns entre médicos/as da atenção básica e de serviços especializados (média complexidade). Bahia, Brasil, 2011–2012 (n = 156)

* valor de p < 0,05.

CUL: Atividades culturais; sat: Satisfação com o trabalho; us: Tipo de unidade de saúde; TMC: Transtornos mentais comuns.

Os indicadores de adequação do modelo indicaram bom ajuste (CFI = 1,00; TLI = 1,231; RMSEA = 0,00; IC90%0,000–0,066; SRMR = 0,047).

Discussão

Avaliou-se neste estudo a associação entre as atividades de lazer e o acometimento psíquico entre médicos/as de municípios baianos. Os resultados mostraram que a participação em atividades de lazer, principalmente aquelas com conteúdos culturais e sociais, associaram-se à menor prevalência dos TMC. Na modelagem por equações estruturais, o envolvimento em atividades culturais apresentou relação moderada com a saúde mental positiva. No entanto, os fatores circunstanciais que explicaram mais fortemente tanto a participação no lazer quanto a saúde mental positiva foram o sexo biológico e a satisfação com o trabalho. Além disso, a prevalência de TMC foi mais acentuada entre as mulheres, aqueles que referiram insatisfação no trabalho e que atuavam na média complexidade.

A prevalência geral de TMC observada no presente estudo foi menor em comparação com estudos prévios. Levantamentos realizados com a população médica, com o mesmo instrumento utilizado para rastreamento dos TMC (SRQ-20), mostraram achados divergentes: 17,4% entre médicos/as da cidade de Feira de Santana-BA⁸, 23,3% em Recife-PE¹⁸, 26% em Salvador-BA⁹ e 44% entre os de Aracaju-SE⁵.

Aspectos como maior percentual de homens, elevado nível educacional e de renda entre a população investigada podem explicar esses achados, já que características socioeconômicas como sexo feminino, baixa renda e escolaridade estão associadas à maior prevalência de TMC entre a população adulta¹⁹ e entre os trabalhadores da saúde^{3,20}.

Os resultados do presente estudo mostraram que as médicas apresentaram uma probabilidade maior de TMC quando comparadas aos seus pares. Fatores relacionados à dupla jornada de trabalho²⁰, demonstrados em estudos anteriores com populações adultas¹⁹ e de trabalhadores da saúde, também evidenciaram essa situação^{3,4}. As mulheres, mesmo inseridas no mercado de trabalho, continuam a ser as responsáveis pelas tarefas domésticas, atividades socialmente desvalorizadas e desconsideradas²¹. Ademais, devemos considerar que a injusta divisão social e sexual do trabalho ainda se faz presente na sociedade e tem como consequência a elevada exposição a sobrecarga de trabalho para as mulheres²². Apesar de ser a principal explicação encontrada na literatura, outras hipóteses podem ser levantadas como as constantes desvantagens vivenciadas pelas mulheres no mercado de trabalho⁵, dentre elas destacam-se as disparidades salariais e o preconceito de gênero.

Além disso, os achados desta pesquisa são corroborados por estudos anteriores, no que se refere à relação entre a satisfação no trabalho^{23,24} e a participação em atividades de lazer com os TMC^{24,25}. A satisfação no trabalho é uma emoção positiva e pode ser compreendida como a percepção que o trabalhador tem da sua atividade laboral e como nela se realiza²⁶. Além disso, seus efeitos podem ser percebidos a nível individual (trabalhador) e também organizacional²⁶. Fatores como condições do ambiente de trabalho, organização do trabalho, relação com os gestores e colegas, remuneração, reconhecimento, entre outros, influenciam a percepção de satisfação no trabalho²⁶. Nesse sentido, com relação à associação entre a satisfação do trabalho e a presença de TMC, Sousa et al.²³ destacaram que a satisfação/insatisfação com o trabalho pode ser uma variável mediadora dos efeitos dos estressores ocupacionais sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde. A exposição a situações nas quais os trabalhadores não são recompensados adequadamente pode desencadear insatisfação no trabalho, que, por sua vez, pode repercutir negativamente na saúde mental.

Ademais, foi observado que a Unidade de Saúde na qual o/a médico/a estava lotado também repercutiu na saúde desses profissionais. Médicos/as que atuavam na média complexidade apresentaram prevalência quase quatro vezes maior de TMC quando comparados àqueles que atuavam na ESF. Tal comparação parece não ter sido explorada em estudos anteriores.

Neste estudo, a dimensão dos TMC com maior número de respostas positivas foi a de sintomas somáticos, e o sintoma mais relatado foi “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado”. A maior frequência de relato sobre sintomas somáticos também foi identificada em estudos prévios, conduzidos entre a população de médicos/as⁵. Os sintomas físicos, distúrbios do sono e da memória podem ser consequência de transtornos afetivos e/ou terem sua percepção afetada por eles²⁷.

A presença de sintomas relacionados aos TMC está associada a prejuízos na prática das atividades ocupacionais de médicos/as²⁸. Essa condição pode colaborar para a maior frequência de erros de conduta e menor qualidade da assistência²⁹, além de trazer prejuízos para o convívio e colaboração desses profissionais com outros trabalhadores da saúde no ambiente de trabalho³⁰.

Alguns aspectos ocupacionais como longas jornadas de trabalho e o pluriemprego, que são característicos da profissão médica⁹, contribuem para a diminuição da quantidade de horas disponíveis para o lazer nessa população.

Os resultados do presente estudo mostraram uma associação entre a participação em atividades de lazer (exceto as atividades físicas) e menor prevalência dos TMC. Além disso, a modelagem por equações estruturais demonstrou a relação direta da participação em atividades culturais, sexo biológico e satisfação no trabalho como fatores que melhor explicam a ausência de morbidades psíquicas. Esses resultados reforçam a importância das atividades de lazer, principalmente aquelas que envolvem os conteúdos culturais, coadunando com achados de outras investigações³¹. Em estudo longitudinal realizado com adultos, os autores observaram que o envolvimento em atividades de lazer (culturais e físicas) influenciou positivamente na saúde mental após cinco anos de seguimento e, entre os homens, a participação em atividades culturais e físicas contribuíram com a melhora da saúde mental, principalmente quando realizadas na companhia de outras pessoas³².

Entre a população de trabalhadores da saúde, achados da literatura atestam que as atividades de lazer, em particular as atividades criativas³³ e as atividades físicas³⁴, têm uma importante função na prevenção e recuperação da saúde³⁵. Um resultado que chamou atenção no presente estudo foi que a atividade física, apesar de ter mostrado associação com os TMC na análise bruta, perdeu significância na análise ajustada. Estudos anteriores mostraram que a prática regular de atividade física, principalmente no tempo livre, está associada à redução de morbidades psíquicas em virtude dos seus benefícios fisiológicos e psicológicos³⁴. Aspectos relacionados ao tipo de instrumento utilizado para o rastreamento da atividade física, tamanho da amostra e prevalência do evento de interesse podem explicar esses achados.

O envolvimento em atividades de lazer favorece a interação social, caracterizando-se como um importante mecanismo de diminuição das tensões geradas pela sobrecarga de trabalho³⁵, além de ser uma importante estratégia de enfrentamento do estresse, ansiedade e depressão³⁶.

É importante ressaltar que a atividade física de forma isolada pode não propiciar benefícios significativos na saúde mental do sujeito, visto que ela precisa estar aliada a um estilo de vida saudável³⁷. Dentro desse estilo, é importante lembrar dos momentos de lazer que se mostraram benéficos para a saúde mental no presente trabalho e na literatura sobre a temática, como já mencionado. Assim, é relevante considerar que os benefícios da prática de atividade física e das atividades de lazer envolvem custo financeiro, acesso a serviços³⁸, cansaço e até mesmo uma disponibilidade maior de tempo³⁹ que não é possível à realidade de boa parte das pessoas. Nesse sentido, uma recomendação possível é que os benefícios dessas atividades e a dificuldade de acesso a elas sejam considerados na implementação de medidas de cuidado aos trabalhadores da saúde, especialmente os médicos.

Como limitações do estudo, faz-se necessário pontuar que a presente investigação não considerou em sua avaliação outras vivências no lazer (por exemplo, turísticas, manuais, virtuais e contemplativas) que poderiam estar associadas ou não à ocorrência de TMC. Além disso, a presente pesquisa não incluiu informações sobre o gênero e identidade de gênero. A definição de gênero varia conforme a cultura e, por vezes, é ainda imprecisa; em razão disso, quantificar esta variável se torna um pouco mais difícil⁴⁰. Uma definição possível é que o gênero é uma construção social. Além disso, para falar de gênero é preciso ainda incorporar conceitos como identidade de gênero que estão relacionados à forma como o sujeito se reconhece, isto podendo influenciar na sua forma de se expressar e em como os outros o reconhecem⁴⁰. Ademais, também se faz relevante o entendimento das influências sociais observadas a partir dos papéis de gênero, que são os comportamentos aprendidos culturalmente e socialmente como os esperados para cada gênero⁴⁰. Apesar desta limitação, a utilização do sexo biológico possibilitou a discussão sobre a relação dos TMC já observada em outras investigações e que indica uma maior vulnerabilidade das mulheres frente aos TMC²⁵.

Além disso, o delineamento metodológico utilizado no presente estudo não permitiu avaliar a relação de temporalidade entre as variáveis independentes e o desfecho, sendo essa uma importante limitação do estudo. A utilização

de informações autorreferidas pode propiciar viés de informação. Faz-se relevante destacar que o processo de amostragem não foi desenhado para obter diretamente uma amostra de médicos, mas sim uma amostra de trabalhadores da saúde, que incluiu médicos no terceiro nível de seleção. Assim, os resultados têm limitações na sua abrangência e devem ser considerados com cautela.

Apesar dessa limitação com relação à representatividade da amostra, o artigo oferece contribuições relevantes ao focar em um grupo pouco explorado na literatura, abrangendo sua atuação em contextos da atenção básica em saúde e serviços de média complexidade no Brasil. O estudo abrangeu seis municípios e serviços de saúde de diferentes níveis de atenção, oferecendo informações novas, enquanto a maioria dos estudos existentes se concentra em serviços hospitalares.

Conclusão

Essa investigação mostrou que a participação em atividades de lazer está associada à menor prevalência de TMC entre médicos. Ademais, um número considerável de médicos/as de municípios diferentes foi entrevistado/a e o instrumento utilizado para a identificação de TMC já foi validado no Brasil e tem sido intensivamente utilizado em grupos de trabalhadores, incluindo os da área médica. Ainda, espera-se incentivar a realização de novos estudos na área, com a inclusão de outras variáveis relacionadas às características ocupacionais como a jornada de trabalho e o pluriemprego.

Nesse sentido, recomenda-se a adoção de políticas de atenção à saúde dos trabalhadores do setor saúde que envolvam desde a oferta de melhores condições de trabalho (implementação de planos de cargos e salários, redução da jornada de trabalho, locais de trabalhos promotores da saúde, entre outros) até o estímulo à participação em atividades de lazer, no intuito de contribuir para a promoção da saúde mental desses trabalhadores.

Referências

1. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. New York\; Tavistock/Routledge; 1992.
2. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Common mental disorders of health care workers in Bahia state. *Acta Sci Health*. 2018; 40:e36398. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/38398/pdf>
3. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enf UERJ*. 2015;23: 64-9. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>
4. Almeida ILGI, Duarte ACM, Simões ML, Azevedo DSDS, Alcantara MA. Risk factors for common mental disorders in health care workers in the city of Diamantina, state of Minas Gerais. *Rev Bras Med Trab*. 2020;18(3):293-301. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-574>
5. Marcelino FA, Araújo TM. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju. *Trab Educ Saúde*. 2015;13 (supl 1):177-99. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00016>
6. Santos LS, Ribeiro IJS, Boery EN, Boery RNS. Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Cog Enferm*. 2017; 22(4):e52126. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.52126>
7. Cardoso ACC, Barbosa LAO, Quintanilha LF, Avena, KM. Prevalence of common mental disorders among medical students during the Covid-19 pandemic. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(1):e006. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210242.ING>
8. Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, Santos VC, Ferreira SMS, Martins Júnior DF, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 2012 dez; 37(126): 306-15. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200012>
9. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006 jan; 22(1):131-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100014>
10. Nogueira-Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. Porto Alegre: Dacasa; 1998.
11. Gomes CL. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. *Rev Bras Estudos Lazer*, 2014 jan-abr;1(1):3-20.

12. Camargo RRA, Bueno SMV. Lazer, trabalho e promoção da saúde mental para os trabalhadores de hospital. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004 abr;8(1):71-80.
13. Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. 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 jun;14(2): 264-75. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200008>
14. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Simultaneity of leisure behaviors and common mental disorders among healthcare workers. *Arch Environ Occup Health*. 2018;73(6):360-6. <https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1393382>
15. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. 2008 fev;24(2):380-90. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
16. Assunção AA, Machado CJ, Praes HAC, Araújo TM. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(3): 234-7. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt009>
17. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd. New York: The Guilford Press; 2012.
18. Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1):33-40. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000100009>
19. Santos, GBV, Alves, MCGP, Goldbaum, M, Cesar, CLG, Gianini, RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11):e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>
20. Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR, Freitas KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(7):e00246320 <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>
21. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 set;15(3):560-72. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>
22. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012 jul/set;16(42): 751-65. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013>
23. Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR, Freitas KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(7): e00246320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>
24. Mattos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:48. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006446>
25. Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Bras Saude Ocup*. 2016; 41:e17. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>
26. Locke EA. What is job satisfaction? *Org Behaviour Human Performance*. 1969;4(4):309-36. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
27. De Waal, MWM, Arnold, IA, Spinhoven, P, Eekhof, JAH, Hemert, AMV. The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res*. 2005 Aug;59(2):89-95. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.011>
28. Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005;51(2):242-3.
29. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angela Antonio ED, Sen S. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015 Dec;314(22): 2373-83. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
30. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Aug;12:292-8.: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-292>
31. Takeda F, Noguchi H, Monma T, Tamiya N. How possibly do leisure and social activities impact mental health of middle-aged adults in Japan? An evidence from a national longitudinal survey. *PloS one*. 2015;10(10):1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139777>
32. Rocha SV, Barbosa AR, Araújo TM. Leisure-time physical inactivity among healthcare workers. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017; 31: 251-60. Disponível em: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01107>

33. Assunção AA, Machado CJ, Prais HA, Araújo TM. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2014 Aug;49(8):823-36. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0850-z>
34. Schuch FB, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother.* 2021 Jul-Sep;43(3):177-84. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>
35. Vieira, JL, Romera LA, Lima MCP. Lazer entre universitários da área da saúde: revisão de literatura. *Cienc Saude Colet.* 2018 dez;23(12):4221-9. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.31012016>
36. Jonsdottir IH, Rodger L, Hadzibajramovic E, Börjesson M, Ahlborg G Jr. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Prev Med.* 2010 Nov;51(5):373-7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.07.019>
37. Oliveira EN, Aguiar RC, Almeida MTO, Eloia SC, Lira TQ. Benefícios da atividade física para saúde mental. *Saude Coletiva,* 2011;8(50):126-30.
38. Stigger, MP. Políticas sociais em lazer, esportes e participação: uma questão de acesso e de poder; ou subsídios para tomar uma posição frente a pergunta: “São as políticas públicas para educação física, esportes e lazer, efetivamente políticas sociais?”. *Motrivivencia,* 1998;(11):83-96. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/4988/20402>
39. Vieira VR, Silva JVP. Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistemática. *Pensar Pratica,* 2019;22: 54448. <https://doi.org/10.5216/rpp.v22.54448>
40. Tadiri CP, Raparelli V, Abrahamowicz M, Kautzy-Willer A, Kublickiene K, Herrero MT, Norris CM, et al. Methods for prospectively incorporating gender into health sciences research. *J Clin Epidemiol.* 2021 Jan;129:191-7. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.08.018>

Contribuições de autoria: Rocha SV, Cardoso JP, Araújo TM contribuíram no delineamento do projeto, análise dos dados e escrita do manuscrito. Andrade RC, Silva NN contribuíram na redação do manuscrito, revisão de literatura e adequação do artigo para submissão. Todos os autores contribuíram nas revisões críticas do manuscrito, na aprovação da versão final e assumem responsabilidade integral pelo trabalho realizado e conteúdo publicado.

Disponibilidade de dados: O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo não está disponível publicamente, pois contém informações que podem identificar os sujeitos incluídos no estudo e seus locais de trabalho.

Financiamento: Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Fapesb (Projeto de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde [SUS] SUS0024/2009 e SUS0022/2014) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (processo nº 480611/2010-6).

Conflitos de interesses: Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Apresentação do estudo em evento científico: Os autores informam que este estudo não foi apresentado em evento científico.

Recebido: 29/04/2022

Revisado: 16/10/2023

Aprovado: 19/10/ 2023

Editor-Chefe:

Eduardo Algranti