

Medicina, uma jornada de 24 horas? *Stress e burnout* em médicos: prevenção e tratamento

MARIA ANTÓNIA FRASQUILHO

Este artigo foca a problemática do *stress* e do *burnout* em médicos.

Faz-se uma revisão sobre a importância e transcendência dos problemas de *distress* laboral nestes profissionais. Passa-se a uma clarificação dos conceitos de *stress* e, mais detalhadamente, do conceito de *burnout*.

Sumariam-se os factores de *stress* na medicina e os de vulnerabilidade dos médicos, que se aliam, contribuindo para fazerem do médico um dos profissionais de maior risco para o *distress* laboral, com consequências graves para o próprio, para os utentes e para a comunidade.

Salienta-se que, até agora, a norma tem sido a denegação destes problemas nos médicos, avolumando-se no silêncio o sofrimento emocional e os disfuncionamentos relativos ao *burnout*, muitas vezes com responsabilização da vítima.

Justifica-se a necessidade de implementar com urgência e rigor programas específicos preventivos e curativos, neste âmbito, para médicos, de forma a proteger o profissional e dignificar a pessoa.

□

Maria Antónia Frasquilho é psiquiatra, pós-graduada em Medicina do Trabalho, assistente graduada, Hospital Miguel Bombarda.

Submetido à apreciação: 14 de Dezembro de 2004.

Aceite para publicação: 28 de Fevereiro de 2005.

Recomendam-se diversas linhas de intervenção com foco no próprio, no contexto laboral e na organização dos cuidados e serviços numa perspectiva de promoção da saúde.

Palavras-chave: médicos; *stress*; *burnout*; prevenção; tratamento; promoção da saúde.

Se todos se tornarem demasiado exigentes e os dias forem demasiado curtos para as minhas obrigações, ajuda-me a lembrar que escolhi servir e a fazê-lo com generosidade (Darlene Larson). Eis o retrato social da profissão: o médico (independentemente do género) não é um ser humano dotado de necessidades e de limites. É omnipresente, está disponível todas as 24 horas, de bom humor qualquer que seja o grau de exaustão, não falha e não tem de receber mais do que o prazer de dar. No bom profissional a dedicação à arte e aos outros é, neste olhar, total e, como tal, a onisciência e onipotência estarão garantidas. Este é o mau princípio que gera o trágico fim: o médico que sucumbe.

Segundo os registos, há um crescendo de médicos em sofrimento, doentes por motivos relacionados com a profissão (Reino Unido. British Medical Association, 2000). Os níveis de *distress* em todos os profissionais de saúde têm aumentado nas últimas décadas. Isto tem custos pessoais para os próprios, custos directos e indirectos para as organizações e custos de saúde para os utentes, já que está bem determinada a relação entre a menor qualidade dos cuidados e o grau de

insatisfação e mal-estar do *staff* (Firth-Cozens e Payne, 1999).

Os médicos compartilham com profissionais de emergência, enfermeiros, polícias, investidores na bolsa, controladores de tráfego aéreo, professores, o topo na listagem de ocupações stressoras (Reino Unido. Health and Safety Executive, 2003).

Contudo, há especificidades no *distress* médico que impõem uma análise discriminada.

À natureza stressante do exercício profissional e da formação médica aliam-se questões de teor psicossocial e características psicodinâmicas que conduzem os indivíduos para a carreira médica, bem como outras vulnerabilidades que fazem do *distress* médico uma epidemia silenciosa actual. Ao mesmo tempo são os principais responsáveis por populações em *distress* (doentes), pelo que se lhes exige a competência de o minimizarem nos outros (à custa de o ignorarem em si próprios).

Comparados com gestores, os médicos têm um nível superior das hormonas de *stress*. Comparados com dentistas e profissionais de direito, apresentam aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina e morrem mais precocemente (Scott e Hawk, 1986).

O *distress* médico alastra à vida familiar. Os médicos têm frequente conflitualidade familiar e divorciam-se vinte vezes mais do que a população geral (Gabbard e Menninger, 1988).

Num estudo comparativo entre clínicos gerais activos e reformados verifica-se que os primeiros têm maior prevalência de ansiedade, depressão, insónia. A doença psiquiátrica em médicos tem uma prevalência superior à da população geral — 47% têm um rastreio positivo para doença mental lata e 29% sintomas clínicos de depressão (Scott e Hawk, 1986).

A taxa de suicídio é mais elevada nos médicos do que na população geral (Center *et al.*, 2004). Os suicídios representam 38% das mortes prematuras em médicos e são quatro vezes superiores nas mulheres relativamente à população geral. Os suicídios em médicas são superiores aos existentes em qualquer outro grupo profissional (Arnetz *et al.*, 1987).

Constata-se que os médicos recorrem aos tóxicos para aliviarem o sofrimento emocional — 12% a 14% dos médicos abusam de álcool ou dependem de tóxicos. Os internos utilizam substâncias psicotrópicas para se «energizarem» quando necessário e para relaxarem quando tal é desejável (Talbot, Benson e Benson, 1980).

A dependência química alia-se à dependência de álcool e assume uma dimensão e gravidade superiores às de outras profissões com *status* sócio-económico equivalente — juristas e engenheiros — (Blondell, 1993) e com uma característica peculiar:

os médicos dependentes estão isolados e são ostracizados pelos seus pares (Bolsover, 2000).

Ao contrário de outros trabalhadores, os médicos, perante o seu sofrimento físico e emocional, não procuram ajuda, automedicam-se e, além disso, negligenciam as suas necessidades quanto à saúde — 70% dos médicos não fazem *check-ups* regulares, 60% dos médicos de família não vão ao médico (Miller e McGowen, 2000). Quando uma doença lhes é de facto diagnosticada, congregam-se múltiplos diagnósticos e a taxa de cirurgia é três vezes maior do que a da população geral (Tokarz *et al.*, 1979). A adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre, recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento (Wells *et al.*, 1984).

Negam ou desqualificam os riscos inerentes à sua prática profissional (Berg, Bell e Tupin, 2001). Quando comparados com outros trabalhadores na área da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos), os médicos são muito significativamente o grupo com menor absentismo e aquele que mais horas semanais trabalha (Toomingas, 2003).

Daí que o *burnout* seja crítico — 52,4% dos médicos estão em *burnout* (Leal, 1998).

Apela-se ao rigoroso uso dos conceitos e recorda-se que o termo *stress* não contém em si prejuízo. Trata-se do processo de transacção entre a pessoa e o meio, os estímulos ou desafios inerentes à vida (factores de *stress*, stressores) (Frasquilho, 2003a). Nessa relação, o que vai mediar o desfecho são as características individuais (personalidade, inteligência, tipo de avaliação cognitiva, emoções e comportamentos) e os recursos relacionais (Frasquilho, 2003b). Para cada pessoa há um nível óptimo de estímulos (*eustress*) que predis põem positivamente. Se estes se mantêm demasiado tempo, ou são tão fortes ou mutáveis que superam a capacidade de adaptação da pessoa, passam a ter impacto negativo (*strain*) e denominam-se *distress* (Frasquilho, 2003c). Em termos de grupos, está consensualizado, a partir das evidências, um nível teórico de estimulação positiva colectiva e estão identificados os factores de *stress* disfuncionantes quer na vida social, quer na laboral (Frasquilho, 2003d). Em termos médicos, a problemática do *stress* é entendida como tão relevante que a OMS tomou a decisão de o incluir no capítulo XXI da ICD-10 como um factor de risco para a saúde. O *distress* correlaciona-se positivamente com a exaustão emocional (McManus, Winder e Gordon, 2002), um dos componentes do *burnout*. Este conceito, que, literalmente, traduz o estar esturrado, esgotado, consumido pelo trabalho, foi introduzido em 1974 pelo psicólogo Freudemberguer (1974).

É utilizado como a fase final do processo de *stress*, cujo termo tem origem num estado de constrição (*strictus*). Contudo, foi Cristina Maslach que aprofundou o conceito e o difundiu. Em síntese, *burnout* é um processo que conduz a resposta inadequada a um stressor laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os solicitadores do serviço e o sentimento dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado (Maslach e Jackson, 1981).

Explicita-se a via para o *burnout*, conceito este que se limita às profissões com responsabilidades relacionais (profissionais de saúde, professores, forças policiais, serviços sociais), isto porque as pessoas que realizam esses serviços estão submetidas às mais altas exigências, em interacção directa com os utentes e em permanente avaliação por parte destes, com altas responsabilidades e reduzido controlo das contingências (Frasquilho, 2003b). É importante estabelecer que o conceito de *burnout* não é universal para todos os profissionais, a alta motivação inicial é um pré-requisito (Frasquilho, no prelo.a).

- Fase de lua-de-mel/IDEALISMO — no início da actividade o trabalho é percebido como perfeito, exigente, mas apaixonante. Há muitas expectativas de sucesso, as vicissitudes são tidas como superáveis. O profissional está entusiasmado, muito dedicado ao labor, com alta produtividade e cooperação interpessoal, as atitudes quanto à tarefa, aos colegas, aos clientes, à organização, são positivas e construtivas, ou seja, está-se na fase positiva de *eustress*.
- Fase do despertar/INSATISFAÇÃO — perante o somatório de altas expectativas não satisfatoriamente respondidas, face ao hiato entre o que se dá à profissão e o respectivo retorno, surge a desilusão, a insatisfação e o ressentimento. O trabalho parece menos estimulante, os colegas e a organização menos perfeitos, os clientes menos merecedores de dedicação. Tipicamente, o profissional, perplexo, dedica-se ainda mais à profissão, ao mesmo tempo que espera o «justo» reconhecimento. Como este tarda, tornam-se patentes a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, a desmotivação e um leque variado de sintomas físicos inespecíficos, normalmente ligados à ansiedade por frustração de expectativas. O auto-conceito fragiliza-se à medida do crescer do desânimo pessoal. Instalam-se clivagens nas equipas de trabalho.
- Fase de chamuscado/*brownout*/ALHEAMENTO — o entusiasmo inicial e a persistência secundária dão definitivamente lugar à fadiga crónica. Um

conjunto de sintomas físicos, emocionais e relacionais de sofrimento dificulta a realização do trabalho. A produtividade resente-se, os erros avolumam-se. Apenas o esforço activo racional possibilita a concretização das tarefas laborais, contrariando a percepção individual de incapacidade. Surge o isolamento, a fuga a contactos interprofissionais, a irritabilidade, o criticismo fácil, o conflito expresso, o negativismo, o *distress* franco, com sintomas ansiosos e depressivos, e também a maior vulnerabilidade a doenças somáticas. São comuns comportamentos de «escape», maior consumo de tabaco e álcool, uso de tóxicos, alterações alimentares (*binge eating*), da sexualidade, compulsão a compras, etc.

A frustração dá lugar à zanga e projecta-se toda a culpa pelas dificuldades nos outros (colegas, superiores, organização, sistema), recusando-se negociações. Pode surgir uma tentativa de reparação através da criação de novos motivadores alheios àquele trabalho, ou mesmo à profissão (dedicar menos tempo ao trabalho).

- Fase de calcinação/*burnout*/EXAUSTÃO — a característica dominante é o desespero. Experimenta-se uma sensação de falha global naquele trabalho que é emocionalmente devastante. Surgem sentimentos de vazio, de que nada poderá ser feito para alterar a situação e de que ninguém poderá ajudar. A depressão torna-se patente. Há um corte por exaustão que se caracteriza pelo evitamento de tudo e de todos os que se relacionam com a profissão, pelo «não querer saber», ou «tanto dá», pelo pessimismo, absentismo, improdutividade e caos, com potencial retirada do local de trabalho ou mesmo da profissão. O suicídio, AVC e coronariopatias são potenciais riscos neste estágio final, que começara com optimismo e paixão.

São, pois, estas as três dimensões *major* do *burnout*:

- A *exaustão emocional* ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despender a energia que o seu trabalho requer;
- A *despersonalização* é considerada uma dimensão típica da síndrome de *burnout* e um elemento que permite distingui-la do *distress*. Originalmente apresenta-se como uma defesa inconsciente da carga emocional que decorre do contacto directo com o outro. Desencadeiam-se atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenha, ou seja, o indivíduo em sofrimento cria uma barreira para não permitir o impacto nocivo dos problemas e sofrimentos alheios. O profissional em *burnout* acaba por usar

o cinismo, a rigidez ou até mesmo o ignorar do sentimento/necessidades da outra pessoa;

- A *reduzida realização profissional* é um estado misto de sensação de insatisfação que o profissional passa a ter com ele próprio e com a execução da suas tarefas, derivando daí sentimentos de incompetência, baixa auto-estima e recriminações pessoais.

Há quatro perspectivas de compreensão que não se excluem mutuamente (Volpato *et al.*, 2003):

- A *clínica* que considera o *burnout* resulta do excessivo empenho do profissional ao desenvolver a sua actividade com expectativas de sucesso irrealistas (variável pessoal);
- A *social-psicológica*, em que os factores determinantes do *burnout* são os stressores relativos à actividade laboral;
- A *organizacional*, em que se enfatizam as características organizacionais como desencadeadores de *burnout*;
- A *social-histórica*, que aponta ser o actual modelo de sociedade, baseada principalmente em valores individualistas, o maior factor de risco de *burnout*.

Assim, na decorrência do *distress* a síndrome de *burnout* tem consequências nocivas físicas, emocionais e comportamentais de monta tanto no campo das relações interpessoais como no campo profissional e apresenta-se hoje como um dos grandes problemas psicossociais e económicos (Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, 2002). Por exemplo, comprovou-se que ocorre maior mortalidade nos doentes internados quando o *staff* está em sobrecarga (Tarnow-Mordi *et al.*, 2000).

Nos médicos a problemática é mais prevalente nos clínicos gerais, depois nos médicos hospitalares e sem significado nos que têm funções exclusivas de administração. Quanto aos colocados em emergências, 25,2% estão na fase final de *burnout* e 23,1% pretendem deixar a actividade nos próximos cinco anos (Leal, 1998).

As exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente nos ambientes de trabalho são os maiores stressores nos clínicos gerais (Chambers *et al.*, 1998). Em Portugal relacionou-se o elevado número de doentes a cargo dos clínicos gerais e o produzir mais de 125 consultas por semana com a insatisfação laboral e o *stress* (Hespanhol, 1996).

As taxas de depressão foram estudadas em diversas especialidades (excluindo a clínica geral), entrando com o diferenciador género. Verifica-se que para os médicos as especialidades mais «depressivas» são a

ginecologia, a psiquiatria, a radiologia, a anestesiologia e a medicina interna. Para as médicas são a cirurgia, a psiquiatria, a ginecologia, a pediatria e a anatomia patológica (Scott e Hawk, 1986).

Acerca do *burnout*, um estudo de 1016 profissionais em trabalho num hospital oncológico indicou que a *exaustão emocional* é significativamente mais elevada nos médicos (53,3%) do que nos outros profissionais de saúde (37,1%), o mesmo se aplicando na *despersonalização* (22,1% vs. 4,3%). A *baixa realização profissional* é sentida por 48,4% dos médicos e por 54,0% dos outros técnicos, mas é a maioria dos médicos que pensa deixar aquele trabalho (42,6%) (Grunfeld *et al.*, 2000).

Um estudo de referência correlacionou positivamente as exigências do trabalho (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalhar individualmente) como os stressores mais negativos e sublinhou como moderador o apoio entre pares e o apoio familiar (Linzer *et al.*, 2002).

Nos médicos com funções similares de assistência o baixo salário, as dificuldades de progressão nas carreiras e o estilo de gestão do hospital são os maiores stressores (Scott e Hawk, 1986).

Um estudo de 2003 indica que as condições de trabalho explicam 24% da variância do *stress* laboral e 34% da satisfação laboral. A percepção da interferência abusiva do trabalho na vida familiar e o confronto com a impossibilidade de se gerir profissionalmente de acordo com *standards* próprios são os factores mais relacionados com o *distress*, enquanto a percepção de estar subordinado a uma má gestão e com poucos recursos interfere mais com a satisfação profissional. O *burnout* explica-se pela conjugação de *distress* e baixa satisfação (Visser *et al.*, 2003).

Tanto o trabalho sob pressão como os ambientes societários no trabalho são importantes fontes de *stress* e este está intrinsecamente associado à insatisfação capaz de afectar a motivação para o trabalho e a opção por «desistir» emocionalmente ou, em último caso, abandonar objectivamente o trabalho (dedicar menos horas ou demitir-se) (Burke, 2001).

Numa pesquisa recente (CACTEAMCS da ARSLVT, 2004) verificou-se que nos centros de saúde da ARSLVT a satisfação é neutra (nem satisfeito nem insatisfeito), o que é algo paradoxal e que remete para uma situação de «desligado», sugestiva de *burnout*: 34% dos clínicos estão motivados para deixarem a carreira e 9% para abandonarem a profissão (Portugal. CACTEAMCS, 2004).

Aumenta a violência sobre os médicos, o que é outro importante factor de *stress*. Na Grã-Bretanha um terço dos médicos considera a violência um grave problema no trabalho: 95% foram vítimas de agres-

sões nos últimos doze meses (Reuters, 2003). Em Portugal a DGS realizou uma pesquisa em que 81% de unidades hospitalares e 77% dos centros de saúde revelaram ter registado casos de violência sobre profissionais de saúde e as vítimas são predominantemente médicos (66%). A maioria assenta na ameaça e agressão verbal; no entanto, a agressão física está também patente em 54% dos casos, assim como os danos contra o património pessoal. Cerca de metade dos profissionais inquiridos dá conta de pelo menos um episódio de violência pessoal nos últimos doze meses; contudo, só 2% a 4% reportam oficialmente o problema (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2004). A Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, conduziu uma linha de investigação sobre o *stress* nos profissionais de saúde. No caso dos médicos incide sobre a satisfação profissional (Felicio, 1992, conclui que os factores de insatisfação são o clima organizacional e as condições de trabalho; Pereira, 1997, encontra como principais stressores as exigências da tarefa), sobre *burnout* (equivalente entre médicos e professores), sobre a identificação de factores de *stress*, sobre experiência profissional (os clínicos gerais mais novos têm valores mais elevados de *distress*, segundo Moura, 1997) (Frasquilho, 2003e). Também em Portugal já se evidenciam os impactos decorrentes do *burnout* médico, que, de acordo com as previsões, têm tendência a amplificar-se quer ao nível pessoal, quer no clima societal, no serviço realizado e nas escolhas quanto à disponibilidade profissional (Paice, 1997).

Uma análise dos factores de *distress* médico aponta uma matriz de riscos sintetizada no *Quadro I* (Scott e Hawk, 1986; Linzer *et al.*, 2002; Frasilho, no prelo.b).

As expectativas poucas vezes se traduzem na realidade. No caso dos médicos, só as mais elevadas expectativas constituem motivadores para tão pesadas exigências da profissão. Se a selecção para a admissão no curso se baseia na excelência, essa nata de adolescentes traduz o estoicismo precoce. A conduta sacrificial mantém-se durante o longo e duro tempo de formação, que nenhuma outra profissão iguala. Porém, o diploma de médico não suspende o sofrimento, dá acesso à perpetuação do ciclo, agora com exigências de múltiplas fontes (doentes, colegas, família, sociedade), e à percepção de «faça-se o que se fizer tal nunca é suficiente». À partida espera reconhecimento dos doentes (que, ou não o expressam, ou, se o fazem, impõem disponibilidade total), espera valorização da identidade e do significado da tarefa (mas pessoas não habilitadas praticam actos médicos, a crítica social espolia-o, a administração subdimensiona-o), espera autonomia na «arte» (e vê-se confrontado com espartilhos burocráticos e nor-

mativas defensivas), espera parceria dos colegas (que estão muito ocupados com os seus doentes), espera retribuição quanto ao *status* (e constata-se como «operário da saúde»). Na realidade, o médico comprova que o «êxito» sorri a profissionais com muito menor investimento e diferenciação formativa. O que leva então o médico a percorrer e a manter-se no árduo trilha da medicina?

Vaillant foi pioneiro no estudo de factores de personalidade comuns à escolha da profissão médica. Verificou que os médicos apresentaram características de personalidade de dependência, pessimismo, passividade, auto-agressão, insegurança e sentimentos de inferioridade (Vaillant, Sobowale e McArthur, 1972). Estudos com a mesma orientação a respeito das motivações dos estudantes para a carreira médica sugerem que um dos componentes da sua opção profissional é uma tentativa de reparação de experiências emocionais infantis negativas vinculadas a vivências de impotência e/ou de abandono emocional. Em suma, inconscientemente, pretendem dar aos outros aquilo que gostariam de ter dado (reparação da impotência), dar aos outros aquilo que gostariam de ter recebido (reparação do abandono emocional). Ou seja, a necessidade de ser cuidado converte-se na imperiosidade de cuidar dos outros. A escolha da medicina, nesses casos, seria uma resposta adaptativa a uma vivência de fragilidade e de baixa auto-estima que pode levar ao desenvolvimento de algumas disfunções profissionais, tais como: relação simbiótica com os doentes; aparente frieza ou afastamento emocional dos doentes; negação das fragilidades pessoais. Para além da falha narcísica e do *self* idealizado, os médicos agem em formação reactiva — o altruísmo —, defendem-se através do hipercontrolo e perfeccionismo (compulsividade ao trabalho) e suprimem a hostilidade (esta pode surgir em explosões) (Johnson, 1991). Os seus estilos de *coping* são ineficazes e baseados em estratégias passivas (evitamento, idealização, denegação). Caracteriza-os uma vida e gratificações permanentemente adiadas, com frustração denegada, depressividade, com limitados interesses extraprofissionais e isolamento na profissão (Menninger e Topeka, 1999). Muitos, rendidos à dependência do trabalho, precisam que precisem deles. Em suma, o descuido quanto à autoprotecção resume-se numa frase: «Eu trato, eu não preciso de ser tratado.»

Como cuidar de quem precisa e rejeita? Como promover a *resilience* em médicos? Como tornar as organizações de saúde «amigas» e promotoras da saúde dos seus profissionais?

Começando por este último ponto, é um facto hoje bem comprovado que o *stress* laboral é uma questão-chave a ser equacionada em termos de produtivi-

Quadro I
Stressores médicos

Ideologia profissional	<p>«Sacerdócio» Dedicação integral à medicina Desafio de todos os limites, desafio permanente Perfeição Estoicismo Anulação do EU Vida adiada</p>
Formação	<p>Seguidismo de modelos paradoxais entre o ideal e o possível Replicação transgeracional do sacrifício Rituais de passagem altamente exigentes e repetidos Insuficiente nas competências relacionais e no «saber-ser» Inexistente quanto à multiplicidade de novos papéis: gestor, líder, parceiro, facilitador, comunicador, dinamizador comunitário, cientista, etc.)</p>
Expectativas/representação social	<p>Idealização do poder médico Exigência de onisciência, onnipotência, omnipresença Amor-ódio «Bode expiatório» Causticar da relevância social Manipuladas por interesses de momento (políticos, financeiros, ideologias) — minar a «boa imagem»</p>
Condições de trabalho	<p>Défice estrutural quanto a recursos humanos e materiais Ambientes pobres, desconfortáveis e não protegidos Ausência de design ergonómico Imagem discrepante das organizações de saúde Riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, violência Baixos salários/incentivos Baixo suporte dos colegas Sem garantia de oportunidade para uso de competências específicas/desenvolvimento Demorada/difícil progressão na carreira, competitividade Instalação da litigância</p>
A tarefa e a carga física e mental	<p>Enorme carga mental A saúde é um constructo (impraticável na plenitude) Finalidade curar nem sempre viável Problemática na quantificação do produzido Age-se num sistema complexo transversal a todos os sectores da vida Lidar com contingências e incertezas Relação indirecta entre investimento e resultados Trabalhar com dependência, sofrimento e morte Decisões sobre contingência/emergência Altas exigências de formação/actualização Progressiva invasão do acto médico Crescimento tarefas administrativas/burocracia Compaginar vários papéis (alguns contraditórios) Enorme responsabilidade e limitado controlo dos factores intervinientes Exposição/avaliação unilateral permanente Actual prática defensiva insatisfatória</p>
Organização do trabalho	<p>Mudanças políticas de saúde (contradição e incoerência) Sistemas organizacionais neuróticos (instabilidade, ambiguidade, indução de culpa, insegurança) Comunicação enviesada ou paradoxal Retirada de protagonismo e de reconhecimento Não participação nas decisões de topo e nas prioridades Progressiva redução da autonomia Conflito responsabilidade/poder/autoridade Falta de <i>feedback</i> positivo «Tempo é dinheiro» — Actual incentivo à «produção» Super-sobrecarga — jornada de 24 horas Ritmos violentos «Cada vez mais horas» Trabalho nocturno e por turnos Conflito com papéis familiares/sociais</p>

dade e de qualidade do bem produzido, bem como é um imperativo ético que o trabalho não provoque dolo aos trabalhadores. Daí que o primeiro ponto a implementar seja a existência e funcionamento efectivo (o que hoje ainda não acontece) de serviços de saúde ocupacional no quadro laboral da saúde com perfil preventivo quanto a todos os factores intrínsecos ao trabalho médico e ambientes em que este decorre.

Um contexto de trabalho salutar traz benefícios a todos os implicados. O projecto «Hospitais Promotores da Saúde», segundo a declaração de Budapeste, traduz este objectivo, «fazer do hospital [alargue-se a filosofia aos centros de saúde] um modelo quanto a serviços e locais de trabalho saudáveis». Concretizando: (a) melhoria do ambiente físico e psicossocial; (b) melhoria das condições de trabalho; (c) informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado, possibilidade de desenvolvimento na carreira, são algumas das medidas organizacionais a implementar (WHO, 1991).

Mas este projecto assenta no conceito de promoção de saúde (o processo de habilitar as pessoas a terem controlo e a melhorarem a sua saúde física, emocional e social) e este é que é o óbice quando se trata de médicos. Estes têm todas as informações possíveis sobre o assunto, têm os meios acessíveis e... têm como que uma fobia de o fazerem, ou até uma compulsão a causarem dano a si mesmos.

Cientes de que o *stress* na saúde é um facto sério, que com médicos em *burnout* não há oferta de qualidade na saúde e que o colega médico é um caso difícil, trabalhoso e com especificidades de intervenção, implementaram-se em muitos países programas de saúde próprios para médicos.

A ideia é contrariar os mitos da profissão, que foram assimilados socialmente, de que «os médicos são imunes a qualquer dano», que «nunca há tempo para si mesmo», que «os bons médicos aguentam ou resolvem os seus problemas». Visa-se consciencializar este profissional de saúde de que ele deve ter um compromisso consigo próprio, que é merecedor de bem-estar, tem direito a adoecer, e que, como qualquer outra pessoa, deve ser tratado.

O processo passa por sensibilizar os médicos a reflectirem sobre a sua ideologia profissional e como ela tem tido consequências negativas.

Assim, há que ponderar, neste âmbito, as atitudes até agora dominantes na formação pré-graduada e na contínua, que devem sublinhar a manutenção dos limites e a separação do eu da profissão. Muitos médicos não se concebem para além dos seus papéis

profissionais, que sufocam o seu papel de cônjuge, de pai, de filho ou cidadão. Isto dificulta-lhes a retirada de benefícios que o apoio emocional/social pode fornecer. Por outro lado, como estão imersos na sua identidade profissional, quando a profissão se torna crítica, não têm alternativas compensatórias. E, como a sua auto-estima é incongruente, por maior que seja a excelência interna, estão sempre na procura de mais reforços externos para se sentirem válidos.

Dado que a formação inicial tem responsabilidades no incremento destes disfuncionamentos, levando os formandos ao limite e produzindo modelos mentais que se eternizam, é nesta que há que intervir prioritariamente.

Justifica-se implantar programas de qualidade visando aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional: a frequência de módulos de aprendizagem de perícias de *coping* com os stressores específicos da profissão e de autocuidados baseados num autodiagnóstico do *self*, dos contextos de vida e das práticas profissionais e pessoais. As sessões devem focar: comunicação, competências relacionais, assertividade, gestão do conflito e compaixão, gestão do tempo, planeamento de vida, priorizar e decidir, discernimento sobre as crenças irracionais e sua substituição, gestão das expectativas e das emoções, proximidade e distanciamento, envolvimento e indiferença e toda a dinâmica da relação médico/doente/família, o aprimorar o trabalho em equipa, o apoio interpares e fomentar opções por estilos de vida saudáveis. Algumas acções formativas desta ordem dirigidas a médicos já foram realizadas com sucesso ou estão em curso (Frasquilho, 2003f).

Questões como o desenvolvimento do autoconceito pessoal e profissional, a progressiva reformulação cognitiva face às exigências do trabalho, a literacia emocional e as competências mais específicas de lidar com os problemas, com a pressão, a sobrecarga, com a dor, a responsabilidade, a limitação e a incerteza inerentes à prática médica são melhor desenvolvidas em contextos grupais de intervenção longitudinal. Estes grupos podem assumir diversas formas, desde encontros informais entre pares com regularidade variável e sem objectivo clarificado, com ou sem facilitador, até configurações com teorizações explícitas.

A evidência demonstrou a efectividade desta diversidade de opções (Miki, 2002); porém, o maior ganho surge naquelas condições em que existe um programa bem definido, com objectivos detalhados, regularidade no encontro, uma metodologia explícita, e está presente um dinamizador habilitado, psiquiatra ou outro, com formação apropriada ao modelo implementado (Skovholt, 2001).

Outro ponto na gestão do *stress* médico é a promoção de comportamentos saudáveis por forma a minimizar

os stressores pessoais e que o médico compartilha com toda a população. A promoção da *resilience* é um fenómeno complexo, sem receitas universais. Mas o desenvolvimento do humor e do optimismo (Bennet, 2003), das redes de socialização (Buunk e Verhoeven, 1991), a construção de uma «farmácia» de pensamentos positivos e relaxantes (Weiss, 2004), a opção por vida saudável — alimentar, não uso de tóxicos, higiene do sono, desenvolvimento de *hobbies*, o lazer, o exercício físico regular, a prática de relaxamento, o desenvolvimento da sensibilidade humanística e da espiritualidade —, tal como o investimento nos afectos e no apoio familiar são importantes tampões quanto ao *distress* (Lehrer e Woolfolk, 1993). A dificuldade é que os médicos mudem espontaneamente os seus estilos de vida.

Só em situações de franco mal-estar, em estádios avançados de doença, os médicos procuram ajuda. Esta raramente tem os requisitos mínimos para que possa ser bem sucedida (consultas de corredor, troca de impressões vagas, terapêuticas que não se cumprem a rigor, automedicações). Se o médico rejeita o papel de doente, também este não lhe é facilmente conferido pelos seus pares. A questão amplia-se quando se trata de *distress* e doenças mentais, em que, por costume, todo o colectivo profissional se une ao próprio no, silenciar e no não agir. Se a situação é de tal modo crítica, intervém-se, mas sem se acautelarem aspectos muito delicados relativos à exposição pública. Esta tem reflexos decisivos na imagem profissional do médico, parte fulcral do elo de confiança na relação entre este e os seus doentes. Os serviços específicos de assistência médica para médicos (e estudantes de medicina) disponibilizam tratamento e são desenhados à medida das necessidades definidas para este grupo profissional. Tem de haver uma política de remoção das barreiras ao tratamento destes profissionais.

Um serviço com programas talhados para este fim exige especiais cuidados quanto à confidencialidade e particularidades no acesso. Terá de ser assegurado por uma entidade independente do sistema geral de saúde, de preferência apoiado pelas associações médicas (Ordem, sindicatos, etc.). O acesso terá de ser numa base de auto-referência, em que a consulta não presencial se justifica — telefone, Internet, etc. —, pelo menos numa primeira fase, até se cons-

truir a base de confiança. Este é um ponto crucial; qualquer dúvida sobre a ligação entre o serviço e empregadores e/ou colegas do utilizador, de desconfiança face ao sigilo, significa que os médicos não o utilizarão.

A intervenção terapêutica será, naturalmente, individualizada, ou *à la carte*, com a máxima garantia de sigilo, em ambulatório ou em internamento em serviços localizados fora da rede geral de saúde, através de estratégias psicofarmacológicas e psicoterapêuticas individuais ou de grupo (Goldfried, 2001). Com o fim de minimizar problemas de incapacidade para as tarefas clínicas, que os médicos resistem a aceitar, poderá ter lugar a reflexão sobre estas e outras questões que colocam dilemas éticos (capacidade para o trabalho, ou para esta ou aquela actividade, duração das mesmas) que exigem o desenvolvimento do discernimento e da responsabilidade pessoal, e que desencadeiam impactos familiares e sociais tais que têm também de ser objecto da intervenção.

Em Portugal foi concebido o PAIM (Programa de Ajuda Integral ao Médico), que se destina ao tratamento de todos os problemas de saúde, incluindo a saúde mental dos médicos. Do grupo fazem parte dois psiquiatras, um internista e uma neurologista (Morgado Pereira, 2003). Infelizmente, o programa está suspenso por ausência de apoios estruturais.

Em conclusão, terá de ser contrariada a visão irreal e patogénica do médico como paradigma de virtudes próprias de deuses, que ao contacto com a realidade se transforma no seu oposto, igualmente absurdo, a personificação do mal. O médico é uma pessoa e só depois um profissional. Tem, como qualquer outro trabalhador, limites e necessidades.

A jornada de 24 horas, comum nesta realidade laboral, simboliza a grave inadequação em diversas vertentes do trabalho médico, com sérios riscos para o próprio e para o sistema implicado. Também contraria todas as disposições quanto a higiene e segurança no trabalho, comprovando quão imperioso e urgente é intervir nesta matéria com clara definição de responsabilidades dos agentes e organizações envolvidos (Gray, 2000).

Termina-se com a máxima da boa gestão do *stress*: *há que estancar o pessimismo, a desesperança, a sensação de que ninguém é suficientemente apto para ajudar.*

□ Referências bibliográficas

AGÊNCIA EUROPEIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO — Inquérito : Relatório Europeu de Saúde. Copenhagen : OMS Europa, 2002.

ARNETZ, B., *et al.* — Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 75 (1987) 139-143.

BENNET, H. — Humour in medicine. *South Medicine Journal*. 96 : 12 (2003) 1257-1261.

BERG, A.; BELL, C.; TUPIN, J. — Clinician safety. *New Directions in Mental Health Services*. 91 (2001) 107-127.

BLONDELL, R. — Impaired physicians. *Primary Care*. 1 (1993) 209-219.

BOLSOVER, G. — Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychological vulnerable. *BMJ*. 321 : 7261 (2000) 635-636.

BURKE, R. — Job stress, work satisfaction and physician militancy. *Stress and Health*. 17 (2001) 263-271.

BUUNK, B.; VERHOEVEN, K. — Companionship and support at work : a microanalysis of stress-reducing features of social interaction. *Basic and Applied Social Psychology*. 12 (1991) 243-258.

CENTER, C., *et al.* — Como enfrentar a depressão e o suicídio em médicos : uma declaração de consenso. *JAMA*. 2 : 4 (2004) 298-304.

CHAMBERS, R., *et al.* — Health at work in the general practice. *British Journal of General Practice*. 48 : 433 (1998) 1501-1504.

FIRTH-COZENS, J.; PAYNE, R. — Stress in health professionals. London : Wiley, 1999.

FRASQUILHO, M. — Viva o stress em segurança. *Segurança*. Ano xxxvii : 152 (2003a) 25-28.

FRASQUILHO, M. — Eu sou actor do meu stress. *Segurança*. Ano xxxvii : 154 (2003b) 28-30.

FRASQUILHO, M. — De que se fala quando se fala de stress. *Segurança*. Ano xxxvii : 153 (2003c) 25-28.

FRASQUILHO, M. — Stress e trabalho. *Segurança*. Ano xxxvii : 155 (2003d) 25-28.

FRASQUILHO, M. — Stress e médicos : sal da vida ou morte anunciada? *Mundo Médico*. 5 : 27 (2003e) 60-63.

FRASQUILHO, M. — Saúde mental em trabalhadores da saúde : mal haver por bem querer. In FÓRUM PORTUGUÊS DE MEDICINA DO TRABALHO, 7, Culturgest. Lisboa, 30 Outubro de 2003 — Medicina do Trabalho. Lisboa : CGD, 2003f.

FRASQUILHO, M. — Entre Ícaro e Fénix : gestão do stress e prevenção do burnout em médicos. In PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS, ed. lit. — Articulação dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde primários. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde. No prelo.a).

FRASQUILHO, M. — Medicina, médicos e pessoas : compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*. No prelo.b).

FREUDENBERGUER, H. J. — Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30 : 1 (1974) 159-165.

GABBARD, G.; MENNINGER, R. — Medical marriages. Washington : American Psychiatric Press, 1988.

GOLDFRIED, M. — How therapists change. Washington, DC : American Psychological Association, 2001.

GRAY, P. — Mental health in the workplace : tackling the effects of stress. London : Mental Health Foundation, 2000.

GRUNFELD, E., *et al.* — Cancer care workers in Ontario : prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*. 163 : 2 (2000 July) 166-169.

HESPANHOL, A. — Condições do exercício da clínica geral no Norte de Portugal. Porto : Faculdade de Medicina do Porto, 1996. Dissertação de doutoramento em Medicina Familiar.

JOHNSON, W. D. — Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors : the role of unconscious and experimental factors. *British Journal of Medical Psychology*. 64 (1991) 317-329.

LEAL, M. — Stress e burnout. Porto : Medi Bial, 1998.

LEHRER, P.; WOOLFOLK, R. — Principles and practice of stress management. New York : The Guildford Press, 1993.

LINZER, M., *et al.* — Physician stress : results from the physician work life study. *Stress and Health*. 18 (2002) 37-42.

MASLACH, C.; JACKSON, S. — The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2 (1981) 99-113.

McMANUS, I. C.; WINDER, B.; GORDON, D. — The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 359 : 9323 (2002, Jun. 15) 2089-2090.

MENNINGER, R.; TOPEKA, K. — Observed characteristics of impaired professionals with special reference to male physicians. In WORKSHOP AT AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA, 1999. Arlington, Va. : APA, 1999.

MIKI, A. — Stress management in hospitals (abstract). *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 44 : 6 (2002 Nov.) 219-23.

MILLER, N.; MCGOWEN, R. — The painful truth : physicians are not invincible. *South Medical Journal*. 93 : 10 (2000) 966-973.

MORGADO PEREIRA, J. — PAIM — Programa de Ajuda Integral ao Médico. In FÓRUM PORTUGUÊS DE MEDICINA DO TRABALHO, 7, Culturgest. Lisboa, 30 Outubro 2003 — Medicina do Trabalho. Lisboa : CGD, 2003.

PAICE, E. — Why do young doctors leave the profession? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 90 (1997) 417-418.

PORTUGAL. CACTEAMCS — Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos dos Centros de Saúde. ARSLVT — Qual o grau de satisfação dos médicos dos centros de saúde? *Revista Ordem dos Médicos*. 2004 : Maio 2004.

PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE — Médicos são alvos preferenciais da violência. *Medi.com*. 72 (30 Abril 2004).

REINO UNIDO. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION — Work-related stress among senior doctors. London : BMA, 2000.

REINO UNIDO. HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE — HSE — Occupational stress statistics information sheet. www.hse.gov.uk/statistics/index.htm, 2003.

REUTERS www.medscape.com/viewarticle/462992, 2003.

SCOTT, C.; HAWK, J. — Heal thyself : the health of healthcare professionals. New York : Brunner-Mazel, 1986.

SKOVHOLT, T. — The resilient practitioner : burnout prevention and self-care strategies for counsellors, therapists, teachers and health professionals. Needham Heights : Allyn and Bacon, 2001.

TALBOTT, G.; BENSON, D.; BENSON, E. — Impaired physicians : the dilemma of identification. *Postgraduate Medicine*. 68 (1980) 56-64.

TARNOW-MORDI, W., *et al.* — Hospital mortality in relation to staff workload : a 4 year study in an adult intensive care unit. *Lancet*. 356 (2000) 185-189.

TOKARZ, J., *et al.* — Beyond survival. Chicago : American Medical Association, 1979.

TOOMINGAS, S. — The health among Swedish healthcare workers. In HASSELHORN, H.-M.; TOOMINGAS, A.; LAGERSTROM, M., ed lit. — Occupational health for health care workers : a practical guide. Amsterdam : Elsevier, 2003.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; McARTHUR, C. — Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*. 287 : 8 (1972) 372-375.

VISSER, M., *et al.* — Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*. 168 : 3 (2003; February 4) 271-275.

VOLPATO, D., *et al.* — Burnout em profissionais de Maringá. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. Ano 1: 1 (Ago 2003) 102-111 <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Artigos/Artigo8.pdf>.

WEISS, L. — Therapist's guide to self-care. New York : Brunner-Routledge, 2004.

WELLS, K., *et al.* — Do physicians preach what they practice? A study of physicians health habits and counselling practices. *JAMA*. 252 (1984) 2846-2848.

WHO — Declaração de Budapeste : hospitais promotores da saúde. Budapeste : WHO, 1991.

□ Abstract

MEDICINE: A 24 HOURS JOURNEY?

This article focuses stress and burnout in medical practitioners. A review of the broad negative impact of distress is presented, as well as its spreading importance and magnitude according to recent research. Contemporary definitions of stress and burnout models are underlined with a remembering of their historical evolution.

Stress risk factors in medical practice are summarized as well as those linked to doctor's vulnerability. Both are conjugated to put this professional at the top of occupational distress, with tremendous severe consequences for himself, for his patients and for the community served.

The common factor related to this matter is the denial of the problem by the doctors, with the silent spreading of emotional sufferance and all the inherent disorders and burnout impact, most of the times blaming the victim.

The urgent need to promote stress management programs in medicine is underlined and justified. It is also emphasized that there are specificities that need to be taken into account in the prevention and in treatment assistance to this professionals, in terms of protecting the employee and dignifying the person. A diversity of intervention strategies is proposed targeting the doctor, the work setting and the organization of care and health structures.

Keywords: doctors; stress; burnout; prevention; treatment.