Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Trabalho e saúde mental
dos profissionais da saúde

Quirino Cordeiro
Denise Razzouk
Mauro Gomes Aranha de Lima
(organizadores)

Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
São Paulo, 2016

Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde
Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp
Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910
Tel: (11) 3017-9300 – www.cremesp.org.br

Organizadores
Quirino Cordeiro, Denise Razzouk e Mauro Gomes Aranha de Lima

Elaboração
Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp
Marcos Boulos

Revisão
Guilherme Salgado Rocha e Thaïs Souto

Apoio editorial
Amanda Pereira, Fátima Barbosa, Gislene Pizzini, Janaina Santana, Marisa Martins, Natália Farias e Tânia Cotrim

Apoio bibliográfico
Dinaura Paulino Franco e Ivete Rodrigues dos Anjos

Projeto gráfico/Diagramação/Capa
Moacir Barbosa

Foto da capa
IS_ImageSource/iStock

FICHA CATALOGRÁFICA

Trabalho e saúde mental dos profissionais da saúde / Organização de Quirino Cordeiro, Denise Razzouk e Mauro Gomes Aranha de Lima.
São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo,2015.
224 p

Vários colaboradores
ISBN n.º 978-85-89656-25-2

1. Saúde mental 2. Psiquiatria 3. Ética médica 4. Trabalho I. Cordeiro, Quirino (Org.) II. Razzouk, Denise (Org.) III. Lima, Mauro Gomes Aranha de (Org.) IV. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo V. Título

Classificação: NLM WM 105

Organizadores

QUIRINO CORDEIRO

Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Afiliado e Coordenador do Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

DENISE RAZZOUK

Psiquiatra, Professora Afiliada do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Centro de Economia em Saúde Mental (CESM) da Unifesp. Mestrado e Doutorado em Medicina, Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Pós-doutorado em Economia e Saúde Mental King's College, Londres.

MAURO GOMES ARANHA DE LIMA

Mestrado em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Filosofia pela Faculdade do Mosteiro de São Bento de São Paulo. Conselheiro (2008-2016) e Presidente do Cremesp (2016-2017). Coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Lista de autores

AIDA CRISTINA SUOZZO
Psiquiatra Assistente do Pronto-Socorro do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

ALEXANDRINA MARIA AUGUSTO DA SILVA MELEIRO
Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro da Comissão de Atenção à Saúde Mental do Médico da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Membro da Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP.

AMANDA ASSUNÇÃO VERDE
Assistente Social do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

ANA ESTELA HADDAD
Livre-Docência pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

ANA OLÍVIA DA FONSECA
Coordenadora do Setor de Neuropsicologia do Projeto de Esquizofrenia (Proesq) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestranda em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

ANA TERESA DE ABREU RAMOS-CERQUEIRA
Psicóloga e Livre-Docente em Psicologia Médica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professora da Faculdade de Medicina da Unesp.

ANDRÉA TENÓRIO CORREIA DA SILVA
Médica de Família e Comunidade pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestre e Doutora pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental Populacional da USP e do Núcleo de Pesquisa em Atenção Primária da Faculdade Santa Marcelina.

ARTHUR HIRSCHFELD DANILA

Psiquiatra e Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Membro da Câmara Técnica do Médico Jovem do Cremesp.

ARY GADELHA

Psiquiatra e Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenador do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.

CECÍLIA ATTUX

Psiquiatra, Mestrado e Doutorado em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Psiquiatra do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.

CLÁUDIO COHEN

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Responsável pelas Disciplinas de Bioética e Bioética Clínica na Faculdade de Medicina da USP. Presidente da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Coordenador do Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual (Cearas) da Faculdade de Medicina da USP. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

CRISTIANO NOTO

Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Psiquiatra do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp. Coordenador do Serviço de Primeiro Episódio Psicótico do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

DANIEL SÓCRATES DE CASTRO

Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

DÉBORA CRISTINA QUEVEDO FERRAZ

Médica do Trabalho do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

DULCELI BANDEIRA RAMALDES DOS SANTOS

Assistente Social do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

EDUARDO SAUERBRONN GOUVÊA

Mestrando pelo Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Psiquiatra Assistente do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Coordenador do Projeto Retaguarda Emocional para o Estudante de Medicina (Repam) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

GISELE JOANA GOBBETTI

Psicóloga da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Psicóloga Responsável do Centro de Estudos e Atendimento Relativos ao Abuso Sexual (Cearas) da Faculdade de Medicina da USP.

GLAUCO FIORANELLI VIEIRA

Livre-Docência pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

HAMER NASTASY PALHARES ALVES

Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor do Curso de Especialização em Dependência Química da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

JULIANA DE ALBUQUERQUE VENEZIAN

Psicóloga do Projeto Retaguarda Emocional para o Estudante de Medicina (Repam) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

KATIA BURLE DOS SANTOS GUIMARÃES

Psiquiatra e Psicanalista do Núcleo de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico do Corpo Discente (Nuadi) da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Conselheira do Cremesp.

LUIZ ROBERTO MILLAN

Psiquiatra, Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Atuou por 28 anos (1986-2014) como psiquiatra do Grapal – Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FMUSP. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

MAIRA SANTOS MARINHO DE MOURA

Psicóloga do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MARCELO NIEL

Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenador do Ambulatório de Crise do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

MARIA CRISTINA PEREIRA LIMA

Psiquiatra e Livre-Docente em Saúde Mental pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professora da Faculdade de Medicina da Unesp. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

MARIA APARECIDA DA SILVA

Psiquiatra com Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Doutorado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP).

MIRIAM ABDUCH

Psicóloga do Projeto Retaguarda Emocional para o Estudante de Medicina (Repam) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

NATASHA MALO DE SENÇO

Psiquiatra Assistente do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ex-Coordenadora do Projeto Retaguarda Emocional para o Estudante de Medicina (Repam) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

PAULO ROSSI MENEZES

Professor Titular e Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental Populacional da Universidade de São Paulo.

QUIRINO CORDEIRO

Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Afiliado e Coordenador do Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

RONALDO RAMOS LARANJEIRA

Doutor pela Universidade de Londres. Coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Presidente da Fundação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

RODRIGO AFFONSECA BRESSAN

Doutor pela Universidade de Londres. Livre-Docência pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

RUTH BERESIN

Psicóloga e Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein.

SÉRGIO FRENKIEL

Médico do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Gerente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

SOLANGE NEGRÃO FRANZOLIN

Psicóloga do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

TACIANA MONTEIRO

Psiquiatra Assistente do Pronto-Socorro do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

THAYSA MARA GAZZOTTO NEVES

Psiquiatra Assistente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

VIVIANE SANTOS DA SILVA

Psicóloga do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Sumário

Apresentação 13

Introdução 15

ESPAÇO BIOÉTICA

1. Bioética e saúde mental dos profissionais de saúde 25
   Claudio Cohen, Gisele Joana Gobbetti

SEÇÃO 1 – Saúde mental do estudante de Medicina e do médico em formação

2. Saúde mental do estudante de Medicina e as consequências para o exercício profissional 37
   Katia Burle dos Santos Guimarães
3. Saúde mental dos estudantes de Medicina: o papel da escola médica 47
   Maria Cristina Pereira Lima, Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira
4. A saúde mental do médico residente 59
   Luiz Roberto Millan
5. Carga horária de trabalho, plantão noturno, privação do sono e disfunções cognitivas em médicos residentes 75
   Taciana Monteiro, Aida Cristina Suozzo, Luiz Antonio Nogueira-Martins

SEÇÃO 2 – Saúde mental do médico

6. A saúde mental do médico jovem 89
   Arthur Hirschfeld Danila
7. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade? 105
   Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro
8. Uso de drogas entre médicos 129
   Marcelo Niel

SEÇÃO 3 – Saúde mental dos profissionais de saúde

9. A saúde mental dos profissionais de saúde 141
Natasha Malo de Senço, Juliana Albuquerque Venezian, Miriam Abduch, Quirino Cordeiro, Eduardo Sauerbronn Gouvêa

10. A formação e a atuação do enfermeiro: estresse e síndrome de *burnout* 155
Ruth Beresin, Quirino Cordeiro

11. Saúde mental entre os cirurgiões-dentistas 163
Maria Aparecida da Silva, Glauco Fioranelli Vieira, Ana Estela Haddad

12. Saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: o papel da exposição à violência no trabalho 173
Andréa Tenório Correia da Silva, Paulo Rossi Menezes

SEÇÃO 4 – Programa de tratamento em saúde mental para profissionais de saúde

13. Programa do Cremesp para tratamento de médicos dependentes de álcool e drogas 191
Hamer Nastasy Palhares Alves, Daniel Sócrates de Castro, Ronaldo Ramos Laranjeira

14. Centro para tratamento e reabilitação profissional de médicos 205
Ary Gadelha, Cristiano Noto, Ana Olívia da Fonseca, Rodrigo Affonseca Bressan, Cecília Attux

15. Relato de assistência em saúde mental para profissionais da saúde: a experiência do SESMT da Santa Casa de São Paulo 211
Sérgio Frenkiel, Amanda Assunção Verde, Débora Cristina Quevedo Ferraz, Dulceli Bandeira Ramaldes dos Santos, Maira Santos Marinho de Moura, Solange Negrão Franzolin, Thaysa Mara Gazotto Neves, Viviane Santos da Silva, Quirino Cordeiro

APRESENTAÇÃO

O trabalho é parte integrante da vida das pessoas. Muitas vezes desempenha papel central na vida do indivíduo, construindo sua maneira de ser, atribuindo-lhe uma identidade, tornando-o útil dentro de seu contexto familiar e social. No entanto, determinadas situações, que fazem parte do processo produtivo, podem ocasionar dano aos trabalhadores, inclusive à sua saúde. Tais situações seriam inerentes à própria profissão, ou fariam parte de um processo laboral inapropriadamente estruturado. Esse cenário é especialmente grave nas profissões da área da saúde. O convívio diário com o sofrimento e a morte faz parte do cotidiano de muitos trabalhadores, sendo importante fonte de estresse. Trabalho em regime de turnos, com condições desfavoráveis para a boa prática profissional, salários defasados e ausência de planos de carreira são ainda outros pontos geradores de estresse para os profissionais de saúde.

Além disso, mais recentemente, os profissionais da área da saúde experimentam grandes dificuldades no relacionamento com pacientes e familiares de pacientes. Todas as mazelas que se abatem sobre o sistema público de saúde acabam se personificando na figura do profissional de saúde, que está na linha de frente do sistema, em contato direto com os usuários. Não são incomuns situações de agressões perpetradas contra os profissionais da saúde durante seu trabalho. Pesquisa recente do Cremesp mostrou que 64% dos médicos já vivenciaram ou conhecem colega que sofreu violência por parte de paciente ou acompanhante.

Esse cenário contribui para o adoecimento psíquico dos trabalhadores da área da saúde. A prevalência de transtornos mentais, dependência química e suicídio é alta em diversas de suas categorias profissionais. Além de sofrimento para os trabalhadores e seus familiares, esse contexto leva a maior sobrecarga

no sistema de saúde, que precisa absorver os trabalhadores doentes, e na Previdência Social, que precisa amparar os trabalhadores e as famílias no momento do adoecimento. Ademais, o presenteísmo e o absenteísmo também são fenômenos diretamente ligados a esse contexto.

Diante desses fatores, o Cremesp e o Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp) organizaram o presente livro, com o objetivo de discutir o tema "Trabalho e Saúde Mental dos Profissionais da Saúde". Para isso, vários especialistas na área foram convidados a participar da obra, trazendo como contribuição sua experiência e reflexões sobre o tema.

Assim, este livro, além de tratar dos distintos aspectos do adoecimento psíquico relacionado ao trabalho na área da saúde, pretende ainda apresentar alternativas de como lidar com essa realidade, de modo a propor discussão aprofundada na comunidade acadêmica, profissional e política. O Cremesp, com esta publicação, tem como objetivo contribuir para o debate e mudança na realidade bastante grave que envolve os profissionais da área da saúde em sua prática laboral.

Boa leitura a todos!

Bráulio Luna Filho
Presidente do Cremesp
(gestão 2015-2016)

INTRODUÇÃO

Os profissionais da área da saúde são submetidos muitas vezes a grande carga de estresse por conta de seu trabalho. Não é tarefa fácil vivenciar diariamente situações-limite, como sofrimento humano e terminalidade de vida. Soma-se a isso o fato de que muitos profissionais trabalham em carga horária estendida, em plantões noturnos, enfrentando condições de trabalho inapropriadas e recebendo baixos salários pelo trabalho. Vale ressaltar que nos últimos tempos as profissões de saúde passam por marcante processo de falta de reconhecimento social. Muitas vezes, a população acaba, equivocadamente, concretizando na figura dos profissionais de saúde todas as mazelas do sistema público de saúde. Os profissionais personificam o que há de errado na atenção à saúde das pessoas. Essa situação expõe diversos profissionais de saúde à violência. Não são raras as vezes em que profissionais de saúde são agredidos durante o trabalho.

A realidade pouco animadora colabora para o maior adoecimento físico e psíquico dos profissionais de saúde. Vários estudos demonstram que profissionais de saúde apresentam maior prevalência de transtornos mentais, dependência química e suicídio. O mais grave é que a realidade já se apresenta durante os cursos de formação profissional. Desse modo, os estudantes da área da saúde são expostos a essa realidade bastante precocemente.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) decidiu organizar e publicar um livro que abordasse a saúde mental dos profissionais da saúde, convidando autores de diferentes áreas do conhecimento para auxiliar a discussão do tema.

A presente obra foi organizada a partir de uma parceria entre o Centro de Economia em Saúde Mental (CESM) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp) e o Cremesp, por meio de sua Câmara Técnica de Psiquiatria.

Este livro está dividido em quatro seções temáticas: Seção 1 – "Saúde mental do estudante de medicina e do médico em formação"; Seção 2 – "Saúde mental do médico"; Seção 3 – "Saúde mental dos profissionais de saúde"; Seção 4 – "Programas de tratamento em saúde mental para profissionais de saúde". Além disso, o livro tem a Seção "Espaço Bioética", que traz um capítulo que versa sobre os conflitos e dilemas bioéticos no contexto da saúde mental dos profissionais de saúde.

Abaixo, seguem os resumos dos 15 capítulos que compõem o livro:

Espaço Bioética

No capítulo "Bioética e saúde mental dos profissionais de saúde", os autores Cláudio Cohen e Gisele Joana Gobbetti apresentam e discutem os principais dilemas bioéticos envolvidos na temática da saúde mental dos profissionais da saúde. Inicialmente, analisam o conceito do que é ser ético e o que significa apresentar saúde mental. Depois, propõem uma discussão sobre a motivação do que poderia levar um indivíduo a escolher uma profissão na área da saúde, analisando as aptidões que esse tipo de profissional deveria apresentar. Outro aspecto abordado é o da ética na relação do profissional da saúde com o paciente. Os autores propõem que a principal relação humana na área de saúde, ou seja, a relação profissional de saúde-paciente, traz vários conflitos éticos, desde a preocupação em colocar o paciente no lugar de sujeito e não objeto das práticas clínicas até o questionamento dos limites e autonomia do profissional. A questão assume fundamental importância já na formação do profissional de saúde, na qual o atendimento ao paciente faz parte do aprendizado dos futuros profissionais. Assim, a maneira como os estudantes encaram a relação e como as escolas podem atuar para colaborar com o desenvolvimento da formação ética dos alunos repercutirão na vida profissional de cada um deles.

SEÇÃO 1 – Saúde mental do estudante de Medicina e do médico em formação

No capítulo "Saúde mental do estudante de Medicina e as consequências para o exercício profissional", a autora Katia Burle dos Santos Guimarães descreve as dificuldades emocionais e psicológicas que o estudante de Medicina enfrenta durante o curso médico e apresenta o serviço Nuadi de apoio ao estudante da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). O serviço foi estruturado de forma a preservar o sigilo do tratamento e da identidade do aluno, prevenir o estresse e possibilitar o seu melhor manejo e enfrentamento. A im-

portância desse serviço ultrapassa as funções assistenciais, pois proporciona melhor capacitação cognitiva e emocional do futuro médico.

No capítulo "Saúde mental dos estudantes de Medicina: o papel da escola médica", as autoras Maria Cristina Pereira Lima e Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira destacam a alta prevalência de sintomas psiquiátricos entre os estudantes de Medicina e discutem de que maneira a escola médica contribui para o adoecimento psíquico do aluno. As autoras descrevem os fatores estressores mais comuns ao longo do curso médico e indicam quais poderiam ser evitados, ou melhor, manejados. Discutem, ainda, a responsabilidade da escola médica e a necessidade de rever questões relacionadas ao ensino, à infraestrutura, à hierarquia e ao relacionamento com a instituição. Advogam mudanças e são favoráveis à presença de serviços específicos de apoio ao estudante, pautados no sigilo e proteção da identidade do mesmo.

No capítulo "A saúde mental do médico residente", o autor Luiz Roberto Millan descreve os principais problemas emocionais vividos pelo médico residente e propõe o conceito de pulsão vocacional, que se apoia parcialmente no conceito de sublimação freudiano e na teoria de posições de Melanie Klein. O autor classifica a pulsão vocacional para a Medicina como egossintônica (personalidades estruturadas que alcançam a realização profissional – pulsão da vida) e egodistônica (em personalidades menos estruturadas, que se sentem insatisfeitas com a profissão – pulsão de morte). O autor conclui que os professores das faculdades de Medicina e dos hospitais-escola têm o papel de criar um ambiente acadêmico adequado para o desenvolvimento vocacional dos alunos e residentes ser exitoso.

No capítulo "Carga horária de trabalho, plantão noturno, privação do sono e disfunções cognitivas em médicos residentes", a autora Taciana Monteiro e colaboradores elencam as relações existentes entre o estresse, a carga excessiva de trabalho, a privação de sono e o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e déficits cognitivos, favorecendo o erro médico e o problema de relacionamento entre médicos, pacientes e equipe. Os autores apresentaram um estudo nacional que evidenciou a diminuição na performance de funções cognitivas após 12 horas de plantão. Os autores traçam ainda recomendações preventivas para diminuir o impacto do exercício da profissão em condições desfavoráveis.

SEÇÃO 2 – Saúde mental do médico

No capítulo "A saúde mental do médico jovem", o autor Arthur Hirschfeld Danila analisa as alterações no mercado profissional da Medicina nas últimas décadas no Brasil, ressaltando a preponderância da faixa etária mais jovem (inferior a 40 anos). O autor apresenta as vulnerabilidades do jovem médico

pautadas nas mudanças da relação trabalho-organização, na informalidade do vínculo de trabalho e precarização das condições de trabalho sob um cenário altamente estressante e de alta demanda por boa performance. O autor apresenta os principais transtornos mentais nesse grupo etário, dando ênfase à síndrome de *burnout*. Conclui que há necessidade de se pensar políticas de planejamento e regulação da formação, processo de trabalho e organização dos serviços de saúde, considerando-se as particularidades dessa população.

No capítulo "Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade?", a autora Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro apresenta as características peculiares ao exercício da profissão sob um cenário caótico na estrutura do sistema de assistência médica nos setores público e privado no Brasil. A autora desenvolve a trajetória histórica da mudança das relações trabalhistas na Medicina e como isso afeta o exercício da profissão médica. Apresenta os conflitos entre as exigências do mercado e falta de condições de trabalho e os ideais pressupostos defendidos na profissão médica. Diante da realidade dicotômica, a autora destaca os principais malefícios desse contexto na saúde mental do médico e alerta para os cuidados indispensáveis a serem adotados quanto à saúde ocupacional do médico.

No capítulo "O uso de drogas entre médicos", o autor Marcelo Niel indica os principais fatores de risco para o uso de drogas entre os médicos, destacando os fatores intrínsecos do trabalho e peculiaridades da profissão. Dentre as especialidades de maior risco está a anestesia, pela facilidade de acesso às drogas e baixo reconhecimento no trabalho. Aliadas a esses fatores encontram-se as características de personalidade instável, onipotência, resistência em revelar sua dependência e demora em procurar tratamento. Pelo menos 2/3 dos médicos envolvidos com o uso de drogas relataram consequências danosas para o exercício da profissão, incluindo erros médicos e absenteísmo. O autor ressalta que é importante frisar que há, muitas vezes, dada a resistência do profissional em buscar tratamento, a necessidade de levar o comportamento do profissional ao conhecimento das chefias para o médico ser conduzido a um tratamento.

SEÇÃO 3 – Saúde mental dos profissionais de saúde

No capítulo "A saúde mental dos profissionais de saúde", a autora Natasha Malo de Senço e colaboradores mostram os vários aspectos que contribuem para a morbidade da atividade profissional em saúde, como, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar, compartilhados por vários profissionais da saúde. Os autores assinalam que a proposta do capítulo é levantar questões acerca das impossibilidades do cuidado que o profissional de saúde encontra hoje em seu ambiente de trabalho. Para tanto,

recorreram às contribuições que a psicanálise oferece, com o objetivo de adentrar aspectos que dizem respeito ao espaço subjetivo do profissional e levantar possíveis saídas para o sofrimento no atual contexto sociocultural.

No capítulo "A formação e a atuação do enfermeiro: estresse e síndrome de *burnout*", os autores Ruth Beresin e Quirino Cordeiro lembram que, na sociedade atual, o trabalho tornou-se uma das atividades humanas que mais causam estresse. Os profissionais da área da saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia, vinculada ao desenvolvimento dos meios diagnósticos e à evolução das técnicas de intervenção, à qualidade de vida dos pacientes e à humanização da assistência. Dentre os profissionais de saúde, observa-se que os enfermeiros vivenciam em seu cotidiano diferentes situações em sua atuação profissional, que gerariam desgaste físico e psicológico. Os autores afirmam que o estresse e os fatores de estresse que atingem a equipe de Enfermagem seriam observados já no período da formação profissional, quando o estudante vivencia nos estágios angústias na relação com os pacientes, pressão na avaliação acadêmica, cansaço devido ao acúmulo de tarefas, falta de tempo, preocupação com o mercado de trabalho e outros. Os autores finalizam o capítulo propondo estratégias para evitar o estresse profissional, intervindo em suas consequências danosas.

No capítulo "Saúde mental entre os cirurgiões-dentistas", a autora Maria Aparecida da Silva e colaboradoras relatam a modificação no modelo profissional, impulsionada pelas transformações socioeconômicas e desenvolvimento técnico e científico crescente, resultando em novos materiais. Técnicas e novas relações de trabalho alteraram significativamente a rotina, diminuindo a qualidade de vida dos profissionais – aumento da sobrecarga de trabalho devido à concorrência, cobrança quanto à produtividade, horas excessivas de trabalho, insatisfação com os ganhos e, como consequência, uma sobrecarga psicossocial que, não raramente, tem como resultado doenças físicas e mentais, colocando a Odontologia na condição de profissão estressante. Destacam dados da Associação de Odontologia Sueca, em que os dentistas vivem dez anos a menos do que a população geral do país, devido aos riscos ocupacionais a que estão expostos, incluindo fatores psicológicos como estresse, angústia e ansiedade. Além disso, mais de 10% desses profissionais desenvolvem a síndrome de *burnout*. Concluem que há necessidade de reformular as práticas de ensino e de formação dos profissionais.

No capítulo "Saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: o papel da exposição à violência no trabalho", os autores Andréa Tenório Correia da Silva e Paulo Rossi Menezes inicialmente contextualizam a situação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Na sequência, apresentaram alguns resultados do Estudo Pandora-SP (*Panorama of Primary Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*) referentes à prevalência de sintomas depressivos em trabalhado-

res da Estratégia Saúde da Família, e as associações desses sintomas com exposição à violência no trabalho, incluindo insultos, ameaças, agressões físicas e violência presenciada.

SEÇÃO 4 – Programas de tratamento em saúde mental para profissionais de saúde

No capítulo "Programa do Cremesp para tratamento de médicos dependentes de álcool e drogas", Hamer Palhares e colaboradores mostram que os médicos estariam sujeitos a mais problemas de saúde mental e dependências que profissionais de áreas de ofício equivalentes. No entanto, segundo os autores, historicamente os médicos que padecem esses problemas são negligenciados ou punidos. Os autores enfatizam ainda que o adoecimento do médico associa-se ao elevado custo social e à perda da capacidade produtiva, além da potencial exposição de pacientes a riscos. Daí, a grande importância de abordagem apropriada do tema. O capítulo apresenta a experiência do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo no tratamento de médicos dependentes de álcool e drogas.

No capítulo "Centro para tratamento e reabilitação profissional de médicos", Ary Gadelha e colaboradores relatam que os dados disponíveis até o momento sugerem que os médicos estão mais sujeitos a doenças crônicas e problemas de saúde mental. Nesse ponto, as elevadas expectativas depositadas sobre os médicos podem justificar, em parte, por que buscam menos ajuda. No campo da saúde mental, a questão apresenta-se ainda mais sensível. Os transtornos mentais são carregados de estigma na maior parte dos grupos sociais. Por muito tempo, apresentar uma doença mental esteve associada à fraqueza ou falha no caráter e outras ideias pouco abonadoras. Assim, admiti-lo leva o médico a enfrentar falha em suas expectativas e os receios da sociedade e associações profissionais sobre sua capacidade de trabalho. Diante de um contexto bastante difícil e delicado, os autores apresentam a experiência do Centro de Atenção à Saúde Mental do Médico (CASMM), que surgiu da necessidade de se proporcionar um local em que os médicos com doenças mentais graves podem se tratar, com direito total à confidencialidade, propiciando reabilitação e reinserção ocupacional. É descrita a proposta do CASMM e há um breve relato das atividades. O Centro faz parte de uma parceria firmada entre o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

No capítulo "Relato de assistência em saúde mental para profissionais da saúde: a experiência do SESMT da Santa Casa de São Paulo", Sérgio Frenkiel e colaboradores fazem inicialmente um apanhado histórico do surgimento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Tra-

balho (SESMTs) no país. Depois disso, apresentam como ocorreu a criação do SESMT da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, como serviço específico e um dos pioneiros na área hospitalar. Em seguida, os autores contam a experiência do SESMT na prestação de assistência na área de saúde mental a profissionais da área da saúde.

Esperamos que o presente livro contribua para a reflexão dos leitores sobre os distintos aspectos relacionados à saúde mental dos profissionais da saúde. Com isso, almejamos enriquecer o debate sobre essa realidade em nosso meio. Desejamos boa leitura a todos!

Quirino Cordeiro
Denise Razzouk
Mauro Gomes Aranha de Lima (Presidente do Cremesp – gestão 2016-2017)

Espaço Bioética

1 Bioética e saúde mental dos profissionais de saúde

Claudio Cohen
Gisele Joana Gobbetti

Introdução

A bioética, como campo de reflexão sobre a saúde e a vida humanas, tem a preocupação de priorizar a dimensão ética nas ciências em geral e nas ciências da saúde em particular, buscando nortear as discussões sobre os conflitos existentes nessas relações humanas.

Tendo como foco ético o respeito ao ser humano, a especificidade das relações humanas que envolvem o profissional de saúde gera um amplo campo de reflexões bioéticas.

Para entender a complexa relação que existe entre a bioética e a saúde mental dos profissionais de saúde, devemos avaliar o que é um sujeito ético e o que é ter saúde mental. Na sequência lançamos luz sobre a motivação do que poderia levar um indivíduo a escolher uma profissão na área da saúde e analisar quais são as aptidões que este tipo de profissional deve possuir.

Outro ponto a ser abordado será o da ética na relação do profissional da saúde com o paciente, entendendo que ser ético e manter a saúde mental e emocional são atributos complementares que este profissional deverá ter.

Por outro lado, não devemos nos esquecer de que o paciente também tem sua responsabilidade na manutenção dessa relação.

A principal relação humana da área de saúde, a profissional de saúde-paciente, traz vários conflitos éticos, desde a preocupação de colocar o paciente no lugar de sujeito e não objeto das práticas clínicas até o questionamento dos limites e da autonomia do profissional.

Essa vertente assume fundamental importância já na formação do profissional de saúde, na qual o atendimento ao paciente faz parte do aprendizado dos futuros profissionais.

O modo como os estudantes encaram esta relação e como as escolas podem atuar no sentido de colaborar com o desenvolvimento da formação ética dos alunos vão repercutir na vida profissional de cada um.

Entendemos que o indivíduo não nasce ético, e sim se torna ético com o seu desenvolvimento psicossocial. Cada ser humano deve possuir recursos

internos latentes, que serão transformados por meio de sua inserção na cultura. Este processo de humanização se realizará na aceitação pelo indivíduo dos limites internos e externos.

Considerando a ética como princípio individual, muitas pessoas acreditam que o ser ético significa apenas seguir os próprios valores. Ser ético implica lidar com os conflitos nascentes do impacto dos valores pessoais com os valores sociais ou do outro. Como é colocado no ditado popular, "a sua liberdade termina quando começa a do outro". [1]

Assim, ser ético, como conceituado por Cohen e Segre (2002), é "ter a percepção dos conflitos entre o que o coração diz e o que a cabeça pensa, ou seja, é poder percorrer o caminho da emoção à razão, podendo posicionar-se na parte deste percurso que considerar mais adequada". Sob o enfoque psicanalítico, a mediação dos conflitos é uma função do ego, que é justamente a instância que vai lidar com as pulsões vindas do id e as ordens morais do superego.[2]

Observa-se em todos os grupos sociais a necessidade da criação de várias "leis" para regulamentar a convivência social. Nas relações profissionais não é diferente: todas as profissões são regulamentadas por seus códigos de ética. Consideramos que todos estes códigos de ética são, na verdade, códigos de moral, pois estabelecem as regras de acordo com os valores sociais de determinado grupo em um determinado momento.

As profissões da área da saúde tratam de relações interpessoais muito especiais, pois é uma das únicas áreas nas quais as pessoas, de um lado, expõem sua intimidade física e emocional, por haver uma confiança presumida na pessoa que está na função de profissional. Assim, há uma assimetria de funções, estando a vulnerabilidade presente em um dos lados destas relações e a responsabilidade do profissional do outro lado.

O fato de o ser humano ser vulnerável por natureza é um conceito social presente em todas as culturas humanistas. Inclusive, a própria cultura e mesmo as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas justamente para combater os abusos ocorridos.

Transpondo o conceito de vulnerabilidade humana para uma compreensão psicodinâmica do indivíduo, compreende-se que a vulnerabilidade do ser humano se encontra na sua própria constituição emocional; a maior ameaça à condição humana é o indivíduo tornar-se incapaz de frear suas próprias pulsões.[3]

O que torna o indivíduo humano e ético é justamente o fato de ter que lidar com as pulsões e desejos presentes em todos, confrontando-os com a realidade. A impossibilidade de ser ético pode ser consequência de uma falha na estruturação mental do indivíduo, que não percebe a importância do respeito às funções sociais nas relações.[4]

Não há uma definição "oficial" de saúde mental pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As diferenças culturais, que pressupõem diferenças de

valores, as várias teorias distintas dentro desta área são fatores que afetam o modo como a "saúde mental" pode ser definida. Comportamentos ou condutas comuns a determinada cultura podem ser considerados "desviantes" em outra, colocando os indivíduos participantes fora da esfera da "sanidade" naquele grupo específico.

Segundo a *World Mental Health*, "a saúde mental refere-se a uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente relacionadas com o bem-estar mental, elemento incluído na definição de saúde da OMS: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença".[5] Ela está relacionada à promoção do bem-estar, à prevenção de transtornos mentais, e ao tratamento e reabilitação de pessoas afetadas por transtornos mentais.

De qualquer modo, assim como a saúde não pode ser definida por ausência de doença, a saúde mental não significa a simples ausência de um transtorno mental. Se a qualidade de vida é um aspecto primordial na definição atual de saúde, e esta só pode ser avaliada pelo sujeito por meio de seus aspectos cognitivos e emocionais, então a definição de saúde é totalmente dependente de uma saúde mental preservada.

Segundo definição da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, "saúde mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem contudo perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro".[6]

Concordando com estas possibilidades de definições de saúde mental, podemos concluir que a constituição do sujeito ético está estritamente ligada ao conceito de saúde mental. Se puder resumir que o ser ético é aquele que tem condições de lidar com os conflitos humanos com autonomia e respeito ao outro, podemos concluir que o ser ético é condição para possuir saúde mental.

Motivação para a escolha profissional na área da saúde

A existência do profissional de saúde é determinada pela existência da dor e do sofrimento humanos. Sabemos que o profissional de saúde lida com pessoas que procuram ser cuidadas em relação à saúde: o paciente procura um serviço de saúde por sentir mal-estar, desconforto e dor, e a equipe de saúde tem como função atendê-lo.[7]

Lidar diretamente com o sofrimento humano implica interesse pelo ser humano e compromisso com o bem-estar do outro.

Contato frequente com a dor e o sofrimento, com a morte e o morrer é característica inerente ao trabalho do profissional de saúde. Quem é a pessoa que busca esta área de trabalho?

No manifesto, a escolha pela área da saúde, na maioria das vezes, tem um caráter benevolente: desejo de ajudar, cuidar do outro, proporcionar bem-estar, curar etc.

Diversas são as motivações humanas para as escolhas profissionais. Dentre estas, as principais são inconscientes e têm a ver com a complexidade das necessidades humanas, que, quando confrontadas nas relações, podem originar conflitos.

Muitas vezes, o indivíduo que busca esta área de trabalho está, de forma inconsciente, tentando suprir suas próprias carências e necessidades de ser ou de se sentir cuidado. Pode-se dizer que o indivíduo busca a profissão para transformar ou "sublimar" suas frustrações e agressividade numa atividade socialmente aceitável. O termo "sublimação", criado por Freud, inicialmente referia-se a um redirecionamento da pulsão sexual, mas depois evocou a possibilidade da sublimação também das pulsões agressivas.[8] Segundo a psicanálise, a sublimação é uma forma construtiva de o ser humano lidar com seus impulsos destrutivos. É o que se espera de um indivíduo que tenha um desenvolvimento saudável.

Outras formas de lidar com os sentimentos de frustração e ódio inerentes ao ser humano podem ser mais primitivas no âmbito do desenvolvimento mental, motivando escolhas e relações "humanas" destrutivas. Nestas relações, o outro não é visto como sujeito, mas como simples depositário dos próprios conteúdos emocionais insuportáveis para o indivíduo que os projeta e desta forma tenta controlá-los pelo controle deste outro. É o que Melanie Klein (1982) denomina de identificação projetiva, um mecanismo de defesa primitivo que serve ao bebê como meio para controlar suas ansiedades, mas que utilizado prioritariamente nas relações do indivíduo adulto caracteriza um estado patológico.[9] Pode-se pensar que o indivíduo pode motivar-se para a escolha de uma profissão na área de saúde como uma possibilidade de controlar suas ansiedades e impotências, numa tentativa alucinada de controlar o outro e sentir-se onipotente.

O profissional de saúde lida com a intimidade física e emocional dos pacientes, o que torna manifesta a vulnerabilidade do paciente nesta relação. Se a motivação para a profissão não for construtiva, pode-se dizer que o profissional não conseguirá exercer sua função ética na relação profissional.

A formação do profissional de saúde

Problemas que afetam a saúde mental dos profissionais de saúde podem ser prejudiciais tanto para o profissional quanto para o paciente, na medida

em que alguns distúrbios podem interferir na relação profissional de saúde-paciente, impedindo o profissional de exercer sua função.

Vários estudos preocupam-se em analisar a relação da formação e da vida profissional dos profissionais de saúde com perturbações na vida emocional/cognitiva destes indivíduos.

O curso de Medicina, por exemplo, é um dos mais citados em estudos que analisam o consumo de álcool e drogas entre estudantes, relacionando este consumo com a experiência da graduação.[10] É um tema de crescente interesse e preocupação por parte de pesquisadores, instituições de ensino e associações médicas desde os anos 60. Questiona-se se haveria uma maior susceptibilidade ao abuso e à dependência de substâncias nesta população. O tema merece destaque ainda maior na medida em que os estudantes de Medicina serão os profissionais que no futuro terão que identificar e tratar esta condição. A formação médica, assim como a posterior vida profissional, expõe o indivíduo a condições estressantes. A competitividade já anterior ao ingresso na graduação, a intensa carga horária, o contato com cadáveres no início do curso e depois, com o sofrimento dos pacientes no decorrer da formação e da vida profissional são algumas destas condições. Tais fatores, associados com a proximidade e facilidade de obtenção de drogas controladas parecem predispor o estudante e o profissional ao uso e, muitas vezes, abuso destas substâncias.

Outras perturbações relacionadas à saúde mental dos estudantes e profissionais de saúde também são alvo de várias pesquisas. Um estudo na Universidade Federal de Pernambuco, que buscou determinar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população de estudantes da área da saúde, englobando os cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Odontologia e Medicina, e analisar a sua associação com algumas características do processo ensino-aprendizagem, verificou que a prevalência total dos transtornos mentais comuns foi de 34,1%, sendo significativamente maior entre os que se sentiam sobrecarregados e os que afirmaram a presença de situações especiais durante a infância e adolescência. Os resultados revelaram uma prevalência mais alta entre os estudantes de Medicina (42,6%).[11]

Identificar o estudante ou o profissional afetados por algum distúrbio é geralmente difícil porque as manifestações são variáveis.

Não é desconhecido o fato de que "os médicos são os piores pacientes", porque demoram em buscar ajuda. Essa demora deve-se à dificuldade em reconhecer seus próprios sintomas como doença e de reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Isso pode se estender a todos os profissionais de saúde no que se trata, principalmente, de sua saúde mental. Segundo a *World Mental Health*, "o estigma e a discriminação contra os doentes e as famílias prejudicam a busca de cuidados em saúde mental pelas pessoas". Para os profissionais de saúde, a situação pode se tornar ainda mais complicada, já que o reconhecimen-

to de um transtorno mental pode acarretar a incapacidade de exercer sua profissão.

Esta incapacidade, mesmo que temporária, pode prejudicar toda a carreira profissional do indivíduo. O paradoxal desta situação é a de que estes profissionais deveriam saber que existem tratamentos e que poderiam beneficiá-lo, porém eles negam esta possibilidade; como diz o ditado popular, "em casa de ferreiro espeto de pau". Outra forma de pensar sobre essa atuação profissional é devida a uma onipotência que o profissional de saúde possa ter.

Problemas de inadequação na atuação do profissional de saúde poderiam ser verificados pelos contatos mais próximos, outros profissionais da equipe de trabalho e os próprios pacientes. Para estes últimos, o reconhecimento da inadequação é bem mais complicado, já que na relação interpessoal ocupam um lugar no qual confiam que as atitudes e posições do profissional são as melhores para o tratamento do paciente, já que o profissional é investido do saber e da "beneficência".

No caso de percepção de uma falha na função do profissional, esta pode ser denunciada e verificada pelo Conselho Profissional. Este terá condições de avaliar a situação na qual se encontra o profissional e sua capacidade de exercer ou não a sua profissão. É de se notar que isso só ocorrerá a partir de uma infração ética.

E quanto aos estudantes em formação? Os estudantes da área da saúde durante a sua formação têm contato com pacientes e, embora não tenham legalmente a responsabilidade profissional por seus atos, têm eticamente a mesma função do profissional na relação. Ou seja, a assimetria da relação profissional de saúde-paciente também se estabelece, deixando o paciente numa condição vulnerável. Comprometimentos éticos podem ser observados no estudante em seus estágios, mas estes, mesmo que denotem problemas referentes à saúde mental do aluno, na maioria das vezes não serão impeditivos à conclusão de sua graduação.

A relação profissional de saúde-paciente

O profissional de saúde em essência deve ser sensível e ter competência em relações humanas.

Desde os primórdios da vida humana, o ser humano apreendeu que a única possibilidade de sobrevivência e evolução da espécie era viver em sociedade. Para tal foi necessário estruturar uma linguagem simbólica, constituir a família etc. O custo desta evolução foi a necessidade de reprimir os atos incestuosos, permitindo a estruturação das funções mentais e sociais.

Para os estruturalistas, a interdição do incesto é a primeira lei imposta pelo ser humano, e é ela que permite ao indivíduo o acesso ao mundo simbó-

lico, iniciando a capacidade de reconhecimento de limites e regras, necessária à sobrevivência da sociedade.

A psicanálise mostra-nos a importância das funções familiares (pai, mãe) na estruturação psicossocial do indivíduo. Será graças a esta primeira proibição social que a criança irá apreender o significado de limites, do que é proibido, estruturando o funcionamento mental no indivíduo, possibilitando-o, assim, a ingressar na cultura e aceitar as suas leis.

Entendemos que a proibição do incesto, por um lado, permite ao indivíduo simbolizar além de funcionar como um fator organizador mental e social quando propõe limites às pulsões inerentes a todo ser humano, permitindo que o mesmo se relacione de outra forma com o mundo, deixando de ser um indivíduo dominado pelos seus impulsos e passando a ser um sujeito organizador de suas próprias ações.

Desta forma, um relacionamento sexual entre dois ou mais indivíduos da mesma família (com exceção da relação com consentimento entre os cônjuges) pode ser considerado um ato limítrofe tangenciando a cultura. A atuação incestuosa como uma ineficácia no controle pulsional denuncia um funcionamento familiar "perverso", no qual as funções estruturantes, que deveriam estar presentes na família, não existem.[12]

A grande questão é que a relação pais e filhos é um paradigma de todas as relações assimétricas firmadas por um vínculo de confiança. A relação profissional de saúde-paciente é um bom exemplo deste tipo de relação. Cohen denominou de incesto polimorfo os relacionamentos sexuais nestes outros tipos de relação humanas assimétricas, por considerá-las um equivalente incestuoso.[13, 14]

Como um equivalente incestuoso, a relação profissional de saúde-paciente caracteriza-se por uma relação de assimetria de funções, firmada por um vínculo de confiança. Equipara-se estreitamente a uma repetição da primeira relação incestuosa; espera-se que o profissional promova uma relação de cuidado e continência com o paciente, equivalente à relação mãe-bebê, e não que abuse desta confiança que o paciente lhe atribuiu.[15]

Sabe-se que a confiança a priori do paciente no profissional de saúde está vinculada à credibilidade da profissão, firmada pela existência de uma função preestabelecida do profissional em sua prática, que é fundamental para o relacionamento terapêutico.

Quando o profissional de saúde não assimila sua função na relação profissional, ele comete uma violência equivalente à violência incestuosa. A principal violência ocorrida no incesto não se refere ao abuso em seu aspecto biológico-sexual e sim à perversão ou ausência de limites das funções familiares, que são necessárias e estruturantes ao desenvolvimento psicossocial do indivíduo.

Percebe-se que o amadurecimento psíquico auxilia a percepção desse conflito humano, tornando o indivíduo competente para agir eticamente. Isso

pode se dar pela apropriação dos limites sociais que admitem a capacidade de mediação dos impulsos humanos frente à imposição da realidade externa.

Considerações finais

No séc. XII, na primeira escola médica fundada pelo rei Frederico II da Sicília, preconizava-se que o aluno não poderia conhecer a Medicina sem cursar três anos de lógica. Parafraseando o rei Frederico II podemos dizer que para atuar como profissionais da área da saúde deveríamos ser éticos e ter saúde mental, estes atributos nos permitirão lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis.

O aluno que faz a formação para atuar na área de saúde deve ter em mente que não basta apenas a aquisição do conhecimento científico, mas um desenvolvimento ético nas relações interpessoais, seja com os outros profissionais de saúde, seja com os pacientes e seus familiares.

Durante seus estágios na universidade, ele deveria ser avaliado por ambas as competências; a de conhecimento e técnica e a ética. Critérios de reprovação não deveriam ser apenas os acadêmicos, mas também a postura ética do aluno para com seus colegas, professores, outros profissionais e, principalmente, com os pacientes no contexto do hospital-escola.

Se considerarmos que a constituição do sujeito ético está estritamente relacionada com a saúde mental do indivíduo, e que a ética é necessária na constituição das relações humanas saudáveis, o estudante da área de saúde deve ter uma formação ética bem avaliada pelos seus pares e pelos seus mestres, pois ele será o futuro profissional que estará inserido numa relação interpessoal assimétrica, marcada pela vulnerabilidade do paciente na relação.

No que tange às questões bioéticas sobre a saúde mental do profissional de saúde, o que deve ser levado em consideração é o tipo de comportamento antissocial ou aético que este possa vir a atuar.

Referências

1. Segre M, Cohen C. Bioética. 3. ed. São Paulo: EDUSP; 2002; p.218.
2. Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética em saúde. Revista HOSP. 2002:94.
3. Gobbetti GJ. A função da confidencialidade: bioética e incesto. São Paulo. Tese [Doutorado]. Faculdade de Medicina da USP, Fisiopatologia Experimental; 2006.
4. Cohen C, Gobbetti GJ. Ética profissional: herdeira das relações familiares. In: Groeninga GC, Pereira RC, organizadores. Direito de Família e Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
5. Mental health: strengthening our response. World Health Organization. Acessado em: 30 dez. de 2015. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/

6. (SPP/DVSAM – Saúde Mental) Definição de Saúde Mental. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Acessado em: 30 dez. de 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059
7. Gobbetti GJ, Cohen C. Bioética: desenvolvimento humano e os profissionais de saúde. In: Ismael SMC, organizador. Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.149-61.
8. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
9. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1982. p. 312-43.
10. Mesquita EM, Nunes AJ, Cohen C. Evaluation of medical students attituds toward drugs abuse by colleagues in the academic environment. Revista Psiquiatria Clínica. 2008; 35:8-12.
11. Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. Rev. Bras. Psiquiatr. 2005:27(3).
12. Cohen C, Gobbetti GJ. CEARAS: uma reflexão sobre as funções da família. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006. p.149-157.
13. Cohen C. Incesto, um desejo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
14. Cohen C. Bioética e sexualidade nas relações profissionais. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 1999.
15. Cohen C, Gobbetti GJ. Bioética e incesto polimorfo. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p.517-22.

Seção I

Saúde mental do estudante de Medicina e do médico em formação

2 Saúde mental do estudante de Medicina e as consequências para o exercício profissional

Katia Burle dos Santos Guimarães

Há mais de meio século as escolas médicas vêm realizando pesquisas sobre a saúde mental do estudante de Medicina, que aumentaram consideravelmente nas últimas décadas. No Brasil, desde a década de 60 encontramos publicações que discorrem sobre o tema. Entretanto, foi na década de 80 que essas pesquisas tomaram corpo em nosso país, sendo que o primeiro livro brasileiro sobre o tema, *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*,[1] só foi publicado no apagar das luzes do século passado. Aliás, essa é uma referência para todos os profissionais que desejam trabalhar com a saúde mental do estudante de Medicina.

Sabe-se que o curso médico é um agente estressor.[2] Ora, a maioria dos estudantes de Medicina inicia sua formação ainda na fase final da adolescência, época da vida na qual as identificações estão acontecendo de maneira intensa. Fase na qual a insegurança é marca registrada, a identidade ainda não está firmada, as projeções e introjeções acontecem com intensidade e nem sempre são percebidas pelos adolescentes. Tais processos de idealização também são frequentes e influenciam na formação do futuro médico.

Conforme mostram os estudos, não é apenas a demanda em termos de aprendizado e de aquisição de conhecimento do ponto de vista cognitivo a responsável pelo estresse causado pelo curso médico, mas, sobretudo, os aspectos inconscientes envolvidos em todas as relações às quais esse jovem está submetido. Tanto em relação às identificações entre eles, a formação de grupos, quanto à identificação com os docentes. Todavia, o essencial é a projeção vivida no contato com os pacientes e suas famílias.[3]

A exigência durante o período universitário, exercida sobre os estudantes, em especial na Medicina, é muito grande. Privação dos mais diferentes níveis acontecem. Do sono, das horas de lazer, da atividade física, do contato com a família e tantos outros.[4] Tais privações, somadas às exigências do curso médico, refletem-se nesses estudantes e, consequentemente, em seu futuro exercício profissional.

O jovem que deseja ser médico traz dentro de si marcas que definem tal escolha. No entanto, nem sempre essa é sua vocação, nem sempre a escolha adequada a seu tipo de personalidade. Esse conflito pode levá-lo a um estado de confusão tal que o faça desistir do curso ou mesmo que o impeça de ver suas possibilidades de desenvolvimento profissional.

O estudante de Medicina logo cedo depara-se com a morte. Tanto na formação cujo método de ensino é o tradicional, quanto nas escolas médicas que utilizam a metodologia ativa, desde cedo o contato com a limitação humana encontra-se presente, tendo como seu representante máximo a morte! Não são raras as histórias de jovens primeiranistas que pensam em desistir do curso ao se depararem com a morte ainda no início da graduação.

Durante os seis anos de formação encontram-se algumas particularidades relacionadas às características de certos anos. No primeiro ano encontra-se um misto de alegria pela vitória diante de acirrada disputa por uma vaga na faculdade de Medicina. No segundo e terceiro anos, a ansiedade aumenta, uma vez que a empolgação do primeiro ano passou e eles se veem diante da enorme quantidade de matéria e do conhecimento a ser adquirido. O quarto ano parece ser caracterizado por uma espécie de anedonia, mas que esconde o receio diante do internato que está por começar e a sensação de metade do caminho percorrido.

Tem início o internato. No quinto ano, o estudante de Medicina encontra-se de fato dentro do ambiente hospitalar e ambulatorial. Ainda que haja uma experiência pregressa durante os quatro anos básicos, a experiência do interno é única. E nesse momento se apresentam características de estresse, tanto físicas quanto emocionais. É também nesse período que eles alicerçarão os conhecimentos teóricos adquiridos. Ressalta-se que a figura do docente é ainda mais importante, pois a identificação se dá por observação do modelo. Tanto diante dele próprio, estudante, quanto da postura do docente diante dos pacientes atendidos. Daí a importância do docente na formação médica.

E, sem perceber, o jovem encontra-se diante do último ano de graduação. O sextanista apresenta um misto de alegria e contentamento e, do outro lado, medo e ansiedade. Os sentimentos se misturam, mas a ansiedade em geral é evidenciada pela expectativa da disputa por uma vaga na Residência Médica, pelo final da graduação, pela responsabilidade diante de si, da família e da sociedade, por encerrar uma etapa da vida, na qual deixam a condição de filhos que precisam ser sustentados para assumir um papel no mercado de trabalho. Em especial, para uma parte considerável das jovens médicas há também a preocupação com a maternidade.

Todas essas características são, em maior ou menor grau, vividas pela maioria dos estudantes de Medicina. Se, durante o período de graduação, os discentes encontram a possibilidade de cuidar desses aspectos emocionais, ainda que não apresentem nenhum tipo de transtorno mental, a fase costuma ser

superada sem maiores dificuldades. Mas, infelizmente, o que acontece para a maioria dos estudantes é que eles não percebem que estão atingindo seu limite, físico e/ou psíquico, e acabam adoecendo. Foi em função dessas observações que várias escolas médicas criaram um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico ao discente.[4]

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) passou por uma modificação curricular, iniciando, em 1997, a implantação de uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem denominada Aprendizagem Baseada em Problemas. Essa mudança tem trazido modificação no perfil do estudante; aquele que era apenas aluno passou a participar ativamente do processo de aprendizado.

Em função dessa modificação, o então diretor acadêmico propôs a criação de um serviço de atendimento ao estudante de Medicina. Assim como em várias faculdades de Medicina,[5, 6, 7] foi então criado o Nuadi, Núcleo de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Discente, existente desde 1994. Atualmente, é constituído de uma psiquiatra, uma psicóloga, um psicólogo e uma secretária.[8]

Houve uma primeira tentativa para oferecer atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante de Medicina da Famema por meio do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica na década de 80. Essa tentativa não deu certo, pois uma vez vinculado, o serviço de atendimento ao Departamento, haveria a impossibilidade de garantir o sigilo e a superposição das funções didáticas e assistenciais. Essas dificuldades foram efetivamente observadas por serviços de outras faculdades de Medicina.[9] Foi quando se decidiu pela criação de um setor exclusivo para esse atendimento, da mesma maneira que já existe em outras escolas médicas.[10, 11, 12]

Em 1994, o diretor acadêmico convidou uma psicóloga para montar o serviço, que solicitou a participação de uma psiquiatra. Como foi dito anteriormente, o serviço conta com dois psicólogos e uma psiquiatra. Tais profissionais não exercem função docente nem estão ligadas ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. O Nuadi é vinculado diretamente à direção acadêmica. Desde a sua criação, teve-se cuidado com o local que ele ocuparia. Deveria ser próximo da faculdade sem, entretanto, estar num local de exposição dos estudantes. Também não deveria funcionar dentro de nenhum dos hospitais, nem no prédio de ambulatórios ou no hemocentro.

O Nuadi desenvolve várias atividades:

1. Entrevista inicial
2. Atendimento psicoterápico
3. Atendimento psiquiátrico
4. Encaminhamento para psicoterapia
5. Orientação
6. Atendimento familiar
7. Orientação aos docentes e/ou orientadores
8. Emergência

1. Entrevista inicial: é uma entrevista realizada nos primeiros meses de aula. Cada estudante do primeiro ano é convidado a comparecer ao Nuadi. Ele recebe uma carta-convite da qual constam dia, hora e local da entrevista. O nome do estudante não é escrito no prontuário. A identificação é feita por uma numeração catalogada pela secretária, a fim de que esse material seja identificado apenas pelos integrantes do serviço. Na primeira entrevista, preenche-se uma ficha com dados pessoais, familiares e relacionados à escolha profissional. Apesar de não ser obrigatória, quase todos os primeiranistas comparecem. A frequência tem sido em torno de 80%.

2. Atendimento psicoterápico: é realizado pelos psicólogos, com um atendimento, semanal ou quinzenal, de 30 minutos. As abordagens psicoterápicas utilizadas são a psicanalítica e a cognitivo-comportamental. Há atendimentos em psicoterapia breve, além de outros tipos de atendimento que se estendem por vários anos, às vezes até o final do curso.

3. Atendimento psiquiátrico: é realizado pela psiquiatra. Nesse atendimento faz-se o diagnóstico e, quando necessário, inicia-se terapêutica medicamentosa. Enquanto o estudante fizer uso de psicofármaco será acompanhado pela psiquiatra. Vale lembrar que a psiquiatra tem formação psicanalítica e faz uso desse referencial teórico no contato.

4. Encaminhamento para psicoterapia: é feito tanto pelos psicólogos quanto pela psiquiatra. Como não é possível atender os 480 estudantes de Medicina mais os 160 de Enfermagem, o Nuadi, por meio do Diretório Acadêmico Cristiano Altenfelder (Daca), viabilizou um convênio pelo qual profissionais da cidade, psicólogos e psiquiatras se dispõem a atender aos estudantes em psicoterapia, por honorários mais acessíveis. Esses profissionais devem preencher os critérios exigidos pelo convênio.

5. Orientação: às vezes o jovem procura o Nuadi para orientar-se quanto aos recursos de que dispõe tanto na faculdade quanto na cidade, bem como por dificuldades pedagógicas, ou, até mesmo por não saber como lidar, por exemplo, com o final de um namoro com colega de turma. Situações que demandam de um a três contatos fazem parte dessas orientações.

6. Atendimento familiar: quando um estudante inicia tratamento psicofarmacológico e/ou psicoterápico, os pais querem saber o motivo e, por vezes, solicitam consulta ao Nuadi para obter esclarecimentos. Outra situação ocorre quando há algum tipo de risco para o jovem e a presença da família é solicitada pelo Nuadi para dar continuidade ao tratamento.

7. Orientação aos docentes e/ou orientadores: orientador é um docente que acompanha o estudante durante todos os anos de graduação, conhecido em outras escolas como *mentoring*. Atua como se fosse um padrinho ou madrinha, que irá auxiliar o acadêmico em suas dúvidas, uma espécie de mentor. O orientador está disponível para orientar seus orientandos tanto em relação a situações mais simples, tais como onde fazer compras, onde alugar casa, quan-

to pensar junto com o acadêmico sobre o local no qual fará os estágios eletivos. Esse orientador, bem como qualquer docente pode solicitar ajuda ao Nuadi. O horário é marcado, e o sigilo do atendimento mantido.

8. Emergência: o Nuadi é um serviço ambulatorial sem pretensões nem estrutura para ser um serviço de urgência/emergência. Apesar disso, desde o início das atividades, em 1994, tem-se atendido a situações de urgência, que a cada ano têm ocorrido com maior frequência. Por estarem em uma cidade com pouco mais de 220 mil habitantes, os estudantes têm a possibilidade desse atendimento emergencial; desta forma, as telefonistas têm autorização para contatar os profissionais, mesmo fora do horário de trabalho. Até o presente momento, essas situações foram contidas de modo que o estudante não ficasse exposto. Essa exposição é considerada, pois caso ele procurasse ou fosse levado ao serviço de urgência psiquiátrica da cidade, que fica no Pronto-Socorro Municipal no Hospital de Clínicas I, seria atendido pelos docentes e internos de plantão. Por isso, toma-se o cuidado para que o estudante possa ser atendido em outro local, tendo sua privacidade preservada.[2]

Vale ressaltar que o Nuadi mantém um compromisso ético de confidencialidade em relação ao corpo discente. É uma norma do serviço não revelar dados e não fornecer informações para avaliações pedagógicas nem jurídicas. Observa-se procedimento semelhante em outros serviços.[11,13]

Guardar para si os sentimentos evocados pela formação médica geralmente leva a defesas mal adaptativas para o futuro médico, bem como para os pacientes. O encontro com a morte, as possíveis identificações dos pacientes com pessoas queridas dos estudantes, as responsabilidades frente ao sofrimento parecem ser características universais do estudante de Medicina.[14, 15, 16] Atualmente, é possível encontrar um espaço para compartilhar experiências emocionais difíceis dentro da própria escola médica.

O Nuadi tornou-se essa referência dentro da instituição. Tanto o corpo discente quanto o corpo docente contam com esse recurso. Conhecem os meios de encaminhamento e sabem que o estudante com dificuldade emocional poderá ser encaminhado ao serviço. A Medicina tem por objetivo o cuidado do ser humano a partir de um referencial biopsicossocial. Para que o exercício profissional seja realizado dessa maneira é fundamental que o futuro médico também receba esses cuidados durante sua formação. Por conseguinte, hoje não é mais possível pensar a faculdade sem um serviço de atendimento psicológico e psiquiátrico ao acadêmico.

Uma queixa frequentemente trazida pelos estudantes é "estou estressado". Pensando nessa questão, realizou-se uma pesquisa na Famema sobre estresse e o estudante de Medicina. Estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura na homeostase do organismo. No processo de avaliação dos estímulos estressores, há uma atividade mental que em parte é racional e em parte emocional, não necessariamente consciente.

Como o ser humano é indivisível, tanto a saúde física quanto a saúde mental dos estudantes deveriam ser contempladas durante o período de formação. O contato com o sofrimento humano, com a morte, com sua impotência e ignorância é causa de estresse e pode levar o estudante a buscar alguma saída para conseguir chegar ao final da jornada. Muitas vezes, esses jovens buscam saídas para essas angústias por meio de situações extremamente destrutivas. Dessa maneira, o nível de estresse vai gradualmente aumentando.

Como se observa na literatura, o curso médico é um agente estressor. Há estudantes que conseguem lidar de uma forma adequada com esse agente e não adoecem. No entanto, há uma parte considerável que não encontra meios de lidar com o estresse provocado pela graduação médica. Esses acabam desenvolvendo alguma doença, seja em nível psíquico ou não. Como o estudante não pode encerrar sua fonte de estresse, o curso médico, uma vez que é o meio de formação escolhido por ele como futura profissão, resta-lhe aprender a lidar com esse agente estressor. O fator mais importante, segundo Firth,[17] é o fato de a Medicina ser um curso longo, portanto mantendo-se como um agente estressor permanente durante toda a graduação.

Nogueira-Martins[16] mostrou que havia uma "alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de Medicina". Sugeriu a existência de evidências de que 8% a 10% da população médica apresentavam riscos em relação a distúrbios emocionais. O autor apontou ainda que, após vencer o desafio do vestibular, o estudante de Medicina deparava-se com as dificuldades inerentes ao curso médico e às mais diferentes situações que o levavam ao estresse. Ressaltou a continuidade desse quadro na vida profissional:

> Apesar de haver diferenças qualitativas e quantitativas em relação ao estresse nas diversas especialidades médicas, o fato é que, enquanto curso e como profissão, o exercício da Medicina apresenta elevada toxicidade psicológica. Como as radiações e as infecções, os fenômenos psicológicos e contagiosos. As angústias inerentes à tarefa médica são poderosas radiações contagiantes que, encontrando terreno propício, podem ser muito danosas ao profissional.[18]

A partir de experiência clínica advinda do acompanhamento dos estudantes de Medicina da Famema pode-se inferir que há um número considerável desses discentes que estruturam uma série de defesas, e que não procuram ajuda, ficando sem diagnóstico e, consequentemente, sem tratamento. Para ser um bom médico é preciso valorizar e acolher as dificuldades emocionais do paciente. No entanto, como afirmam,[19,20] para reconhecer o sentimento do outro é preciso primeiro reconhecer o seu próprio.

A existência de serviços de atendimento psicológico ao estudante de

Medicina permite que o futuro médico inicie o conhecimento de seu funcionamento mental na época de sua formação. Sendo assim, poderá, ao se formar, estar apto tanto do ponto de vista cognitivo quanto emocional. Olhando o estudante de Medicina por esse vértice, pode-se pensar na função formadora da faculdade, responsável por fornecer meios para a futura prática profissional. As dimensões biológica, psicológica e populacional compõem o conteúdo necessário para a formação médica. Vale lembrar que o humanismo é um instrumento terapêutico poderoso. Entretanto, o incentivo ao estudante para vir a conhecer-se por meio de um trabalho psicoterápico ainda é incipiente.

O estresse inerente ao curso médico se mantém durante o período de Residência Médica,[16] etapa da formação médica para a qual os pesquisadores já sugerem mudanças a fim de "reduzir o estresse do treinamento, promover o crescimento profissional e pessoal, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais nos residentes".[21] Frequentemente vivido pelos residentes e internos, "a privação de sono pode causar uma desintegração do ego e psicose".[22] Enfim, existe a necessidade de cuidar do futuro médico a fim de que ele possa cuidar melhor de seus futuros pacientes.

Em decorrência desses achados, poder-se-ia pensar em programas de prevenção do estresse, oferecendo para essa população vários recursos diferentes, de maneira que cada um dos estudantes pudesse encontrar aquele que mais se adaptasse às suas necessidades,[23] pois a formação do psiquismo se faz de maneira muito singular, com especificidades e características exclusivas. Talvez esse tema possa ser desenvolvido numa futura pesquisa.

Além de um serviço de atendimento ao discente, sugere-se também, pelas evidências já apontadas neste trabalho, que durante a graduação haja um espaço de discussão sobre a saúde mental do estudante de Medicina a fim de que ele possa aprender a lidar com o estresse inerente ao curso médico. Seria favorável à criação de uma identidade profissional menos idealizada e mais humana.

As considerações aqui apresentadas são fruto de reflexões que levam ao encontro de pensamentos da autora, tecidos com contribuições de outros autores. Escapar da tentação de escrever entre aspas, citando esses autores, "implica, por um lado, reconhecer que o logos faz parte do Outro e dele provém, isto é, que a originalidade do discurso é um sonho do autor. Por outro lado, implica a construção da representação do vivido, que é sempre singular".[24]

Por meio dos resultados obtidos pôde-se chegar às seguintes conclusões:

• Há prevalência de estresse nos estudantes do curso médico;

• O primeiro ano apresenta níveis de estresse significativamente menores do que os níveis apresentados pelos outros anos;

• O quarto ano apresenta níveis de estresse significativamente maiores do que o primeiro ano e, ao mesmo tempo, apresenta níveis de estresse menores do que o segundo, terceiro, quinto e sexto anos;

• Existe uma correlação entre ter estresse e ser do gênero feminino;

• A maioria dos estudantes de Medicina com estresse encontra-se na fase de Residência;

• O sintoma psicológico é o tipo predominante de estresse existente no estudante de Medicina;

• A faixa etária que apresenta maiores níveis de estresse encontra-se entre 21 e 23 anos.[2]

Tais conclusões são fruto da pesquisa desenvolvida na Famema e também da experiência de 20 anos de trabalho no Nuadi. A criação do serviço, bem como sua caracterização, com seus limites e suas indicações, exigiu tempo e dedicação por parte dos profissionais que compõem o serviço.

O cuidado com a saúde mental do futuro cuidador é um recurso que poderia ser disponibilizado pelas escolas médicas a fim de prevenir consequências muitas vezes desastrosas para os futuros médicos e seus pacientes.

Referências

1. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
2. Guimarães KBS. Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes. Assis. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, Assis; 2005.
3. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. Rev. ABP/APAL. 1991; 13(4):137-142.
4. Guimarães KBS. Estresse e o estudante de Medicina. Saúde mental do médico e do estudante de Medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 61-74.
5. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A assistência psicológica ao estudante de Medicina. In: Millan LR, Rossi E, De Marco OLN, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 117-128.
6. Noto JRS, Avancine MATO, Nogueira MCF, Zimmermann VB. Atenção à saúde mental do estudante de Medicina. Rio de Janeiro: Rev Bras Educ Med. 2001; 25(1): 71-5.
7. Pasnau RO, Stoessel P. Mental health service for medical students. Med. Educ. Oxford.1994;28(1):33-39.
8. Guimarães KBS. Stress e trabalho: compreendendo o estudante de Medicina no internato. In: Encontro de Psicologia, 17; Encontro de Pós-Graduação em Psicologia, 4. Assis : Cadernos de Resumos, Unesp; 2002. p. 136.
9. Millan LR, Souza EN, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. I Encontro Paulista dos Serviços de Assistência Psicológica ao Estudante Universitário. Rev Hosp Clin Fac Med Univ. São Paulo. 1998; 53(3):156-161.
10. Saks NS, Karl S. Academic support services in U. S. and Canadian Medical Schools [on line]. Med. Educ. Michigan, v. 9, 2004. Acesso em: 14 nov. 2004. Disponível em: *http://www.med-ed-online.org*
11. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A assistência psicoterápica ao estudante de Medicina. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 117-128.
12. Rospenda KM, Halpert J, Richman JA. Effects of social support on medical students' performances. Acad. Med. Washington. 1994;69(6):496-500.

13. Nogueira LAM. Saúde mental do médico e do estudante de Medicina. Psychiatry On-line Brazil. 1996;1(1). Acesso em: 24 jan. 2003. Disponível em: *http://www.polbr.med.br/ano96/saudment.php*
14. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. N. Engl. J. Med. Boston. 1972;287(8):372-375.
15. Werner ER, Korsch BM. The vulnerability of the medical student: posthumous presentation of L. L. Stephens' ideas. Pediatrics. Springfield. 1976; 57(3):321-328.
16. Martins LAN. Saúde mental do médico e do estudante de Medicina. Psychiatry On-line Brazil. 1996;1(1). Acesso em: 24 jan. 2003. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano96/saudment.php
17. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. Br. Med. J. London.1986; 292(6529):1177-1180.
18. Martins LAN. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo. Tese [Doutorado] – Escola Paulista de Medicina, São Paulo; 1994.
19. Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation a wellness elective. Med. Educ. Oxford. 2001; 35(7):652-659.
20. Borenstein DB, Cook K. Impairment prevention in the training years: a new mental health program at UCLA. JAMA. 1982; 247(19):2700-2703.
21. Martins MCFN, Avancine MATO, Noto JRS. A atenção à saúde mental do estudante de graduação na Unifesp. In: De Marco MA (Org.). A face humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 239-243.
22. Asken M J, Raham DC. Resident performance and sleep deprivation: a review. J. Med. Educ. Washington. 1983;58(5): 385.
23. Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation a wellness elective. Med. Educ. Oxford. 2001; 35(7):652-659.
24. Berlinck MT. Seminário Inaugural do Laboratório de Psicopatologia Fundamental. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, em fevereiro de 2003. São Paulo: PUC, 2003.

3 Saúde mental dos estudantes de Medicina: o papel da escola médica

Maria Cristina Pereira Lima
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

> "O ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional."
>
> *Luiz Antonio Nogueira Martins*

A presença de algum grau de sofrimento psíquico entre estudantes de Medicina tem sido relatada em pesquisas conduzidas em países tão distantes e distintos como os EUA[1] e o Nepal.[2] Este sofrimento psíquico pode abarcar diferentes manifestações como sintomas depressivos e ansiosos ou mesmo diferentes formas de estresse, síndrome de *burnout*, chegando a transtornos mentais propriamente ditos.

Parte deste sofrimento psíquico pode ser atribuída ao embate vivido entre a idealização do papel médico e a realidade que os jovens estudantes vivenciam nas escolas.[3] No célebre juramento de Hipócrates, repetido nas formaturas em inúmeras escolas médicas, pode-se vislumbrar o que se espera do profissional quando este promete: "...manterei a minha vida e a minha arte com pureza e santidade; qualquer que seja a casa em que penetre, entrarei nela para beneficiar o doente; evitarei qualquer ato voluntário de maldade ou corrupção...". Às fantasias de onipotência se contrapõem o contato com professores, colegas e pacientes, e com todas as contradições e complexidades que caracterizam estas relações. Ele próprio, estudante, irá se deparar com suas limitações e dificuldades, experimentando-as como vivências de impotência. Se a escola em questão não estiver atenta ao sofrimento do estudante e ao processo de elaboração do luto da fantasia perdida, a formação poderá ser aquém do desejado e, de certo modo, adoecedora. Este texto se propõe a refletir sobre o papel da escola médica neste sofrimento psíquico, o seu potencial adoecedor e as perspectiva de acolhimento que podem estar presentes ao longo do processo de formação.

Dimensão do sofrimento psíquico entre estudantes de Medicina

As escolas médicas têm estruturado serviços de atenção a seus estudantes e tentado identificar, entre aqueles que não procuram por atendimento, se há algum tipo de demanda para saúde mental. A forma mais comum de identificação de sofrimento psíquico entre estudantes de Medicina tem sido a aplicação de questionários autopreenchidos. A maioria compreende instrumentos validados, que possuem perguntas sobre sintomas físicos e mentais, em intervalos de tempo determinados. A aplicação destes questionários permite estabelecer um escore, indicativo de algum grau de sofrimento difuso, correntemente denominado Transtorno Mental Comum (TMC) ou sintomas ou transtornos mais específicos, como ansiedade e depressão.[4] Há diferentes versões dos instrumentos, com número variável de perguntas, mas de modo geral caracterizam-se por serem curtos, de fácil aplicação e dispensarem entrevistador especialista em saúde mental.

No Brasil, tem sido encontrada uma grande variação nas prevalências, que oscilam entre 20%[5] a mais de 60%[6] de TMC. De modo geral, os percentuais tendem a ser um pouco mais elevados que aqueles obtidos na população geral.[7] Nos estudos nacionais com estudantes de Medicina, os fatores associados a sofrimento psíquico variam muito de uma pesquisa a outra, mas aparentemente mantêm um padrão: quando associado a gênero, predomina o feminino;[8, 9] quando associado a indicadores de condições socioeconômicas, predomina entre as piores,[10] e quando investigados diferentes aspectos de apoio social a maior prevalência de sofrimento psíquico predomina entre aqueles com pior apoio.[9, 11, 12]

Fatores associados ao curso também podem ter papel relevante. Em estudo conduzido com alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe,[13] observou-se que o sofrimento psíquico era maior entre aqueles que acreditavam não terem adquirido habilidades para se tornar bons médicos, sentiam-se pouco confortáveis com as atividades do curso, consideravam-se emocionalmente tensos, não se consideravam felizes, achavam que o curso é menos do que esperavam e receberam diagnóstico prévio de transtorno mental por um psiquiatra. Na pesquisa citada, chamou a atenção que 70% dos alunos consideravam-se tensos e um terço destes apontava a relação com os professores como a maior fonte de estresse.

No estudo de FIOROTTI et al. (2010),[12] os autores observaram prevalência de TMC de 37,1%, associada ao relato de não receber o apoio emocional de que necessitava e ter tido dificuldades na infância e adolescência para tirar dúvidas em sala de aula por timidez. Um estudo da década de 70 já havia observado que médicos com relatos de infâncias menos estáveis tinham maior vulnerabilidade para problemas de saúde mental.[14]

Além das pesquisas que investigaram TMC, há outros trabalhos que exa-

minaram a ocorrência de estresse. Um exemplo é o trabalho de AGUIAR et al. (2009), no qual as autoras utilizaram o Inventário de Stress para Adultos de Lipp, em estudantes de Medicina do Ceará.[15] Os resultados mostraram que 49,7% dos sujeitos apresentavam sintomas de estresse, apontando as atividades acadêmicas como principal fonte e o quarto semestre como o período de maior prevalência.

O *burnout* é um claro marcador de sofrimento entre trabalhadores da área da saúde e que tem sido investigado entre estudantes de Medicina nos últimos anos.[16] Em pesquisa que incluiu 1.098 alunos de escolas médicas norte-americanas, Dyrbye et al. (2006b)[16] observaram a presença de *burnout* em 45% dos alunos. Ao comparar os alunos de diferentes anos do curso, os pesquisadores notaram aumento da sensação de realização profissional do primeiro para o quarto ano do curso, no entanto ocorreu também aumento na despersonalização, quando comparados os mesmos períodos. Na tentativa de elucidar os potencias fatores associados, os autores sugeriram que tanto os eventos da vida pessoal dos estudantes quanto fatores ligados às escolas poderiam estar associados ao *burnout*. Estudos conduzidos na Colômbia[17] e no México[18] também identificaram prevalências elevadas de *burnout* entre estudantes daqueles países. No estudo colombiano, 34% dos sujeitos apresentavam sinais de *burnout*, enquanto no México 74,4% mostraram alta exaustão emocional. Estudo conduzido no Brasil por COSTA et al. (2012a)[19] encontrou prevalência de 10,3% de *burnout*, que se mostrou associada a não ter confiança em suas habilidades clínicas, sentir-se desconfortável com as atividades do curso e não ver o curso como fonte de prazer.

Há também estudos que apontam a ocorrência de depressão e ansiedade em níveis preocupantes. Uma extensa revisão de trabalhos publicados no Canadá e nos EUA encontrou elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre estudantes de Medicina.[1] De modo geral, houve uma tendência a que a prevalência fosse mais elevada entre as mulheres, mas este achado não foi consistente. A prevalência destes sintomas foi maior do que a encontrada em outros grupos populacionais, comparando-se com sujeitos de mesma faixa etária. De acordo com os autores, os achados ainda eram insuficientes para se identificar causas e consequências do sofrimento psíquico, mas relevantes na medida em que confirmavam a elevada prevalência neste grupo.

Em extensa revisão de trabalhos brasileiros identificou-se que as prevalências de depressão variaram muito: de 8,9% a 79%.[20] Posteriormente a esta revisão, outros estudos foram publicados, repetindo os resultados já observados previamente. Assim, VALLILO et al. (2011)[21] encontraram 8,5% de depressão entre mulheres e 3,7% entre homens de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Do mesmo modo, COSTA et al. (2012b)[22] investigaram a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados entre internos de Medicina, de

uma universidade pública brasileira. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi 40,5%, sendo que 34,5% apresentaram sintomas leves, 4,8% sintomas moderados e 1,2% sintomas graves. Estes quadros depressivos mostraram-se associados a avaliar o próprio desempenho acadêmico como regular, considerar-se emocionalmente tenso e pensar em abandonar o curso. Na revisão citada acima, BALDASSIN (2010)[20] concluiu que os estudos nacionais sobre depressão e ansiedade, e também sobre estresse e *burnout* entre estudantes de Medicina, ainda eram em número insuficiente, mas apesar destas características os estudos conseguiram mostrar que a prevalência destes sintomas estava longe de ser irrelevante.

Frente aos expressivos percentuais de diferentes formas de sofrimento psíquico revistos acima, é fundamental discutir qual o papel da escola médica neste adoecimento, não só para identificar estratégias de minimizar tal sofrimento, como também para auxiliar os alunos em seu processo formativo.

O papel da escola médica no adoecimento dos alunos

> Cada um de nós, estudantes de Medicina, quando veio à escola, trouxe acalentados seu desejo e suas fantasias do que pretendia e seria como médico. E o primeiro impacto oferecido a esse rasgo de idealismo potencial dos estudantes é jogá-los sobre um cadáver. Exatamente o oposto do que vieram buscar e, o que é mais dramático, é que na maioria das vezes, esses alunos, pelo resto de sua existência, passarão buscando o cadáver imobilizado da Anatomia. Então, o paciente não tem sentimentos, não ama, não chora, não sofre. (ABUCHAIM, 1980, p. 128)[23]

A instituição de ensino exerce papel fundamental na formação de médicos, auxiliando-os na aquisição de conhecimentos, habilidades motoras e afetivas relativas à profissão. Neste processo, contudo, a escola médica também vai expor alunos a uma série de estressores, parte deles potencialmente associados ao sofrimento psíquico dos estudantes.

MILLAN et al. (1998)[24] enumeraram extensa lista de fatores associados a estresse entre estudantes de Medicina: vestibular altamente concorrido, curso longo e em período integral, grande quantidade de informações a serem incorporadas, dificuldade de adaptação à nova metodologia de ensino, contato com o paciente – muitas vezes gratificante, mas em outras tenso e frustrante. Os autores mencionaram ainda o contato com a morte e com doenças crônicas, a competitividade na relação com colegas, o estresse com os plantões no internato e as perspectivas com o mercado e as condições de trabalho, nem sempre animadoras.

Em pesquisa desenvolvida entre alunos do curso médico da Universidade do Porto, Loureiro et al. (2008)[25] identificaram cinco conjuntos de fatores

potencialmente adoecedores. Segundo os autores estes seriam: 1. exigências do curso (preocupação com sucesso acadêmico, acompanhamento das matérias, dificuldade na gestão do tempo etc.); 2. exigências humanas (responsabilidades éticas, relação com professores etc.); 3. estilo de vida (carga horária do curso, horas de sono insuficiente, dificuldade em manter alimentação adequada etc.); 4. competição (competição exagerada entre os colegas do curso e pressão dos colegas para o sucesso) e 5. adaptação (transição para a universidade e adaptação às exigências acadêmicas da universidade).

Outra pesquisa, realizada no Brasil, identificou aspectos associados a estresse entre alunos do segundo e sexto ano do curso de Medicina.[26] Os autores observaram que no segundo ano predominaram aspectos relativos à aprendizagem (processo ensino-aprendizagem, didática e avaliação), enquanto no sexto ano predominaram aspectos como organização do trabalho assistencial, seleção para exame de Residência Médica e aspectos éticos das práticas assistenciais. De qualquer modo, um quarto dos alunos no estudo citado foi considerado potencialmente propenso a desenvolver problemas de adaptação.

COSTA e PEREIRA (2005)[27] realizaram uma revisão dos estressores observados nas escolas médicas e propuseram que estes seriam de três tipos: os *inevitáveis*, os relacionados à *estrutura* psicopedagógica e infraestrutura do curso e, por fim, aqueles caracterizados pelos autores como diferentes formas de *abuso* (grifos nossos), descritos a seguir.

Estressores inevitáveis – Aqui estariam incluídas as características inerentes ao curso médico, como a grande quantidade do conteúdo a ser aprendido, a pressão de provas e avaliações, a ansiedade relacionada à dissecção de cadáveres ou a lidar com pessoas muito doentes e a ruptura de relacionamentos sociais, em decorrência da dedicação ao curso. Embora estes fatores possam variar de uma escola para outra, em todas elas pode-se supor que os alunos terão contato, por exemplo, com pessoas doentes, daí serem denominados "inevitáveis". É importante esclarecer que referir-se a eles como "inevitáveis" não quer dizer que não há nada que possa ser feito.

Estressores ligados a aspectos psicopedagógicos gerais e à falta de infraestrutura do curso – Compreende desde aspectos físicos do ambiente de ensino, como salas desconfortáveis ou com grande número de alunos, até aspectos organizacionais e pedagógicos, como concentração de provas em um período curto de tempo, ensino centrado no aluno, entre outros. De fato, há relatos de mudanças em estruturas curriculares que contribuíram na diminuição de sofrimento psíquico. Em uma escola médica no interior do estado de São Paulo foram conduzidos dois inquéritos junto a alunos dos cursos de Medicina, Biologia e Psicologia.[28] Estes inquéritos foram realizados dois anos antes de uma reforma curricular no curso médico e quatro anos após a implantação do currículo "pós-reforma". O objetivo era identificar se a mudança curricular interferiria nos níveis de ansiedade, tendo os cursos de Biologia e Psicologia como

grupos de comparação. Os resultados mostraram que a modificação curricular associou-se à diminuição do nível de ansiedade entre alunos nos dois primeiros anos do curso médico, não havendo alteração nos grupos de comparação.

Fatores caracterizados como abuso – O problema do abuso nas escolas médicas já foi descrito na década de 80.[29] Observando os estudantes no início do curso, plenos de idealismo e perspectivas altruístas, e ao final, muitas vezes frios e distantes afetivamente, Silver (1982)[29] traçou um paralelo entre os estudantes e as crianças que sofrem abusos por parte de seus cuidadores. A esta reflexão, seguiram-se vários estudos identificando a existência, a frequência e as características de abusos na escola médica. Tais abusos podem apresentar-se de diferentes formas: verbal (humilhações, comentários sarcásticos ou rudes), institucional ou acadêmico (tarefas estabelecidas como punição e não com foco no aprendizado; ameaças com notas baixas; carga de trabalho inapropriada ou excessiva); submissão do aluno a situações de risco desnecessárias, sem supervisão; ameaças físicas ou contato físico negativo; sexual (sutil ou explícito, observações de caráter sexual ou discriminatórias).

Ao comparar o abuso vivido na infância com aquele presente nas escolas médicas, SILVER (1982)[29] também destacou que em ambos há uma interdição a falar sobre o abuso, tanto entre as famílias cujas crianças são abusadas, quanto entre os alunos e professores nas escolas médicas. Como consequência deste silêncio, o abuso se perpetua e é naturalizado, não mais sendo percebido como abusivo, mas sim fazendo parte de uma cultura institucional.[30]

Independentemente das formas como são classificadas e do silêncio sobre sua ocorrência, situações de abusos parecem ser bastante prevalentes, ocorrendo em diferentes países. No estudo já citado de SILVER e GLICKEN (1990),[31] 46,4% dos estudantes relatavam já terem sido abusados de alguma maneira. Em outro estudo, realizado nos EUA, os autores se propuseram a avaliar a prevalência de abusos sofridos pelos estudantes ao longo do curso e a consequência deste em termos de saúde mental.[32] Para isto, 137 alunos foram avaliados na entrada na universidade e após quatro anos de curso, tendo sido relatadas diferentes formas de abuso por 72% dos sujeitos, associadas fortemente a sintomas mentais.

Outro estudo, conduzido no Paquistão, a partir de entrevistas com 350 estudantes de Medicina, identificou 62,5% dos alunos relatando terem sido maltratados ou de algum modo depreciados na presença de outras pessoas.[33] As principais fontes de maus-tratos apontadas foram os residentes e o corpo médico das instituições, cujas relações com os alunos foram descritas como altamente hierarquizadas, havendo provável abuso do poder.[33]

Há poucos estudos nacionais sobre o tema. Em ensaio no qual explora o paralelismo entre a relação médico-paciente e a relação professor-aluno, HOSSNE (1994)[34] menciona que impulsos agressivos, não sublimados pelos professores, poderiam se manifestar na forma de maus-tratos a alunos.

ACKEMAN et al. (2010)[35] lançam uma outra hipótese para a questão do abuso, ao discutir o problema do trote nas escolas médicas. Os autores apontam que as intimidações, abusos e assimetrias de poder entre os estudantes não se restringem ao período de recepção, mas perpetuam-se ao longo do ano. Para os autores, um

> enfrentamento sustentável e duradouro desta problemática passa pela discussão do poder: do poder dos mais fortes sobre os mais fracos, dos homens sobre as mulheres, dos mais ricos sobre os mais pobres, dos esportistas sobre os não esportistas, dos professores sobre os alunos, dos veteranos sobre os calouros (p. 628).

A raiz do poder exercido pelo veterano sobre o calouro teria estreita relação com o poder exercido por professores, preceptores e residentes sobre os alunos.

LIMA (2012),[36] trabalhando também com a hipótese desta violência que se perpetua, utilizou o mito do vampiro como metáfora para as relações humanas nas escolas médicas. A autora propôs a existência de uma cadeia de violência entre os diferentes níveis da hierarquia nas escolas médicas, em que os mais velhos, legitimados pelo poder/saber, "vampirizariam" os mais jovens, perpetuando assim a cadeia de violência, que tem seu elo mais fraco na pessoa do calouro.

O papel da escola médica no cuidado com os alunos

Embora a experiência na escola médica pode ser altamente estressante e adoecedora, há também estratégias de apoio aos estudantes que podem e têm sido implementadas pelas instituições. Com o intuito de facilitar a integração entre os estudantes, há escolas que organizam, por exemplo, atividades de recepção aos calouros.[37] Tais atividades têm a vantagem de envolver os veteranos e diminuir a ansiedade dos calouros, ao se confrontarem com as novas situações na escola médica. Como o trote é experiência que pode ser vivida de modo traumático, a participação dos veteranos pode permitir que os mesmos adotem uma postura mais acolhedora com os calouros, relembrando suas próprias experiências.

Programas de *mentoring* também têm sido organizados e apresentam grande potencial em termos de apoio aos estudantes, na medida em que propõem que profissionais mais experientes acompanhem, orientem e estimulem os estudantes em formação.[38] Sob a perspectiva dos alunos, os programas têm sido avaliados positivamente,[3, 40] sendo apontado também um potencial de mudança para o mentor, embora isto nem sempre aconteça.[40, 41]

Outro momento do curso reconhecido como ansiógeno é o internato.

De MARCO (1999),[42] trabalhando com alunos do quinto ano médico em grupo, cita que a atividade era vivida muitas vezes como "perturbação ou desconforto" em meio à rotina atribulada do aluno. Apesar das resistências, o autor menciona que o grupo preenchia uma lacuna na instituição e permitia trocas, na medida em que: "... as faculdades de Medicina não abrem espaços para reflexão. Há muita informação, horários lotados de aulas, além dos plantões e dos atendimentos..."[42] Na mesma linha do acolhimento aos internos, RAMOS-CERQUEIRA et al. (2005)[43] desenvolveram uma atividade psicodramática a partir da utilização dos contos de fadas. Nesta atividade, os alunos rememoraram e dramatizaram contos de fadas relacionados às suas vivências no sexto ano. A atividade seguiu o pressuposto de que a dramatização e o compartilhamento dos sentimentos experimentados seriam um auxílio na elaboração das situações conflituosas vivenciados pelos alunos.

Disciplinas da grade curricular que disponibilizem aos alunos a possibilidade de interação e a troca de experiências também podem se constituir espaços de apoio. NOTO et al. (2001)[37] descreveram as atividades desenvolvidas pela disciplina de Psicologia Médica na Unifesp: durante os três primeiros anos da formação, os alunos têm atividades que vão de seminários a dramatizações e vivências em pequenos grupos. A discussão de experiências dolorosas, segundo os autores, alivia a carga psicológica associada a eventos muitas vezes vividos individualmente. Formas de organização dos cursos podem ser também mais ou menos estressantes, como a experiência de ZUARDI et al. (2008),[28] mencionada anteriormente.

Além das medidas de apoio citadas, há escolas que possuem serviços de atendimento e/ou apoio psicológico, embora a procura nem sempre seja a esperada. MILLAN et al. (1998)[24] realizaram um levantamento dos estudantes de Medicina que procuraram espontaneamente o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal), na Faculdade de Medicina da USP. De acordo com os autores, predominaram casos de ansiedade e depressão, e aproximadamente um quarto não apresentava "qualquer psicopatologia", relatando apenas dificuldades de relacionamento, como queixa principal. A procura ao serviço associou-se a não estar no sexto ano e ao sexo feminino, embora estudos apontem que a progressão no curso seja fator de risco importante.[44]

CUNHA et al. (2009)[9] relataram que 69,1% dos alunos de uma escola médica brasileira não conheciam nenhum programa de apoio, embora a faculdade na qual a pesquisa foi realizada contasse com este recurso. LEÃO et al. (2011)[45] estimaram a prevalência de sintomas ansiosos, depressivos, qualidade de vida e procura de ajuda entre alunos do último ano de um curso de Medicina. Os autores observaram que 20% apresentaram sintomas ansiosos e 27% sintomas depressivos, mas apenas uma pequena parcela procurou ajuda na instituição. Ser mulher, perceber necessidades psicológicas e apresentar sintomas ansiosos foram características que se associaram à procura de ajuda.

O ideal seria que várias estratégias fossem utilizadas, adotando-se uma política de apoio, como propõe TENNANT (2002),[46] ao descrever um programa desenvolvido na Austrália. O autor lista e discute ações importantes, como divulgar a importância da saúde mental entre os alunos e no currículo, encorajar uma política de cuidado dentro da escola médica, identificar pessoal habilitado para a assistência psicológica e ajudar os estudantes a conseguir bons cuidados por profissionais de saúde mental. Menciona ainda um cuidado ético, na medida em que não se divulguem os nomes dos alunos que estão com problemas, mas sugere que ao menos um professor do comitê responsável pelo bem-estar dos estudantes seja informado dos problemas pelos quais estão passando.

Considerações finais

Há sofrimento psíquico relevante nas escolas médicas e, embora este texto tenha tratado de sua existência entre estudantes, é bastante plausível supor que ele também esteja presente no corpo docente e nos demais profissionais que habitam a escola médica. Além deste sofrimento ser evitável, como proposto por Costa e Pereira (2005),[27] está potencialmente associado a aumento do cinismo nos estudos que investigaram *burnout* entre estudantes de Medicina e precisa ser dimensionado, ter suas causas identificadas e ser abordado adequadamente. É fundamental que o funcionamento institucional seja revisto naquilo que tem de potencial adoecedor, seja na prática do trote ou de outras formas de violência que podem ter lugar no cotidiano das escolas médicas.

Referências

1. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Acad. Med. 2006;81(4):354-373.
2. Sreeramareddy CT, et al. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. BMC Medical Education. Acesso: em 26 jun. 2015. Disponível em: *http:www.biomedcentral.com/1472-6920/7/26*.
3. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2002;6(11):107-16.
4. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS. 2008;11(3):285-294.
5. Baldisserotto CM. et al. Problemas psiquiátricos menores e indicadores do uso problemático de álcool entre os estudantes de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Arq. Catarinense Med. 2005;34(4):73-9.

6. Araújo CP. et al. Uso de álcool e psicotrópicos e o sofrimento psíquico em estudantes de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Adolesc. e Saúde. 2009;6(1):28-32.
7. Gianini RJ, et al. Prática de rastreamento no Cenário do Programa de Saúde da Família em Sorocaba, SP. Rev. Bras. Educ. Med.2008;32:15-22.
8. Souza FGM, Menezes MGC. Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Rev. Bras. Educ. Méd. 2005;29(2):91-96.
9. Cunha MAB, et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. Rev. Bras. Educ. Med. 2009;33(3):321-328.
10. Almeida AM. et al. Common mental disorders among medical students. J. Bras. Psiquiatr. 2007;56(4):245-251.
11. Lima MCP, Domingues MS, Ramos-Cerqueira ATA. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. Rev. Saúde Pública. 2006;40(6):1035-1041.
12. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de Medicina: prevalência e fatores associados. J. Bras. Psiquiatr. 2010;59(1):17-23.
13. Costa EFO, et al. Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross sectional study. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010;32(1):11-9.
14. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. The New England J Med. 1972;287(8):286-375.
15. Aguiar SM. et al. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina. J. Bras. Psiquiatr. Rio de Janeiro. 2009;58(1):34-38.
16. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. Acad. Med. 2006;81(4):374-384.
17. Agudelo AS, et al. Sindrome de burnout y factores asociados en Estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de La universidad de Manizales, Colombia. Arch. Med. Manizales. 2010;10(2):110-126.
18. Camacho-Ávila A, Juaréz-Garcia A, Arias GF. Síndrome de burnout y factores asociados em médicos estudiantes. Cienc. Trab. 2010;12(35):251-6.
19. Costa EFO, et al. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. Clinics. 2012;67(6):573-579.
20. Baldassin S. Ansiedade e depressão no estudante de Medicina: revisão de estudos brasileiros. Cadernos ABEM. 2010;6:19-26.
21. Vallilo NG, et al. Prevalência de sintomas depressivos em estudantes de Medicina. Rev. Bras. Clin. Med. 2011;9(1):36-41.
22. Costa EFO, et al. Sintomas depressivos entre internos de Medicina em uma universidade pública brasileira. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012;58(1):53-9.
23. Abuchaim D. Uma experiência de ensino de psicologia médica e psiquiatria. J. Bras. Psiquiatr. 1980;29:127-133.
24. Millan LR, et al. O I Encontro Paulista dos Serviços de Assistência psicológica ao estudante. Rev.Hosp. Clin.Fac.Med. S. Paulo. 1998;53(3):156-161.
25. Loureiro EMF, et al. Inventário de Fontes de Estresse acadêmico no Curso de Medicina (IFSAM). Rev. Bras. Educ. Med. 2009;33(2):191-197.
26. Silva FB, et al. Atitudes frente a fontes de tensão do curso médico: um estudo exploratório com alunos do segundo e do sexto ano. Rev. Bras. Educ. Med. 2009;33(2):230-239.
27. Costa LSM, Pereira CAA. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de Medicina. Rev. Bras. Educ. Med. 2005;29(3):185-190.
28. Zuardi AW, Prota FDG, Del-Bem CM. Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):136-138.
29. Silver HK. Medical students and medical school. JAMA. 1982;247(3):309-310.
30. Villaça FM, Palacios M. Concepções sobre assédio moral: Bullying e trote em uma escola médica. Rev. Bras. Educ. Med. 2010;34(4):506-514.

31. Silver SH, Glicken AD. Medical student abuse: incidence, severity, and significance. JAMA. 1990;263(4):527-532.
32. Richman JA, et al. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. JAMA. 1992;267(5):692-694.
33. Shoukat S. et al. Prevalence of mistreatment or belittlement among Medical students – a cross-sectional survey at a private medical school in Karachi, Pakistan. Plos one. 2010;5(10). Acesso em: 26 jun. 2014. Disponível em *http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0013429*
34. Hossne WS. Relação Professor-aluno: Inquietações – Indagações – Ética. Rev. Bras. Educ. Med. 1994;18(2):75-81.
35. Ackerman M. et al. Violência e intimidação na recepção aos calouros nas faculdades de Medicina: ato que persiste ao longo do ano. Rev. Bras. Educ. Med. 2010;34(4):627-628.
36. Lima MCP. Sobre trote, vampiros e relacionamento humano nas escolas médicas. Rev. Bras. Educ. Med. 2012;36(3):407-13.
37. Noto JRS, et al. Atenção à saúde mental do estudante de Medicina. Rev. Bras. Educ. Med.2001;25(1):71-75.
38. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria – *Mentoring* na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 370.
39. Bellodi PL, Vanzolini, ME. Expectativas: grupos de opinião. In: Bellodi PL, Martins, MA, organizadores. Tutoria – *Mentoring* na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.145-148.
40. Colares MFA, et al. Group mentoring for Junior medical students: perceptions of mentees and mentors. Rev. Bras. Educ. Med. 2009;33(4):670-675.
41. Gonçalves MCN, Bellodi PL. Being a mentor in medicine: an archetypal view on motivations and changes in the journey. Interface – Comunic. Saúde Educ. 2012;16(41):501-14.
42. De Marco OLN. Grupos de reflexão com quintanistas de Medicina. In: Millan LR, et al. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.129-138.
43. Ramos-Cerqueira A T A, et al. Era uma vez... contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. Interface – Comunic. Saúde, Educ. 2005:9(16):81-89.
44. Avancine MATO, Jorge MR. Medos, atitudes e convicções de estudantes de Medicina perante as doenças. Psiquiatr. Prat. Med. 2000;33(1):2-9.
45. Leão PBOS, et al. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011;57(4):379-386.
46. Tennant CC. A student mental health and welfare program in a medical faculty. Med. J. Aust. 2002;177; Suppl: S9-S10.

4 A saúde mental do médico residente

Luiz Roberto Millan

Ao amigo Paulo Vaz de Arruda, um exemplo de professor e de médico humanista, idealizador do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Grapal.

Aspectos históricos

A Residência Médica (RM) foi criada em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade de John's Hopkins, pelo cirurgião William Halstead, considerado o pai da cirurgia moderna, criador das luvas cirúrgicas e da técnica da mastectomia radical para o tratamento do câncer de mama. Com duração de quatro a seis anos, os residentes recebiam gradualmente responsabilidades maiores, sob a supervisão de colegas experientes. Mais de 50 anos depois, em 1944, foi criado o primeiro programa de RM no Brasil, pelo Departamento de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Com a expansão vertiginosa dos programas de RM, criou-se em 1977 a Comissão Nacional de RM (CNRM), órgão do Ministério da Educação e Cultura. Por meio de decreto presidencial, a RM é definida como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Em 1981, o Congresso Nacional aprovou a lei que estabelece o máximo de 60 horas de carga horária semanal ao médico residente, incluídas 24 horas de plantão, e a folga semanal de um dia, além de estabelecer o direito a alojamento, alimentação e bolsa de estudo.[1] O Conselho Federal de Medicina (2011) reconhece 53 especialidades médicas e mais 53 áreas de atuação.[2] Em 2013, formaram-se 16.800 médicos no Brasil e foram oferecidas 12 mil vagas para residentes do primeiro ano (*Folha de S. Paulo*, 2013), com bolsa de R$ 2.976,26.[3]

A saúde mental do médico residente

Encontramos na obra *Residência Médica: estresse e crescimento*, de Luiz Antonio Nogueira Martins, a bibliografia mais completa e aprofundada redigida em nosso país sobre o tema saúde mental do médico residente.[1] Em revisão da literatura, o autor cita o clássico trabalho de Aach e cols. (1988), que classificam o estresse do médico residente em profissional, situacional e pessoal, os quais tendem a se superpor.[4] O *estresse profissional* está ligado à responsabilidade, à dificuldade em lidar com pacientes difíceis, em absorver a crescente gama de conhecimentos médicos em supervisionar estudantes e em realizar o planejamento de sua carreira; o *estresse situacional* decorre de características da residência como excesso de trabalho, privação do sono, e eventuais problemas ligados ao ensino e ao ambiente educacional; o *estresse pessoal* está vinculado a características do residente como gênero, personalidade, maior dificuldade em lidar com privação do sono, emergências e determinados tipos de pacientes, problemas amorosos, familiares e socioeconômicos. No mesmo artigo, Aach e cols. (1988) descrevem as fases psicológicas que o residente tende a passar em seu primeiro ano de residência: uma *fase inicial de euforia* ao ser aprovado e no início do treinamento; *insegurança*, quando começa a perceber suas limitações; *depressão*, quando se somam à insegurança a privação do sono, a fadiga e a eventual falta de apoio emocional da instituição e de seu grupo social; com o *tédio*, entre o quarto e sexto mês, o residente mostra-se desinteressado e realiza suas atividades de forma automática até recair em uma *nova depressão* no oitavo mês, agora mais grave do que a anterior; gradativamente sai da depressão quando passa a reconhecer suas conquistas e entra no *período de elação*, que pode levar ao excesso de confiança, para finalmente atingir a *autoconfiança* no final do ano, quando se sente competente para tratar dos pacientes e ensinar os mais jovens.[4] No segundo e no terceiro anos, o residente tende a ganhar progressivamente mais autoconfiança, o que resulta em satisfação e realização pessoal.

Na revisão realizada por Nogueira-Martins (2010), a depressão é o transtorno mais encontrado entre os residentes, com prevalência de 14% a 30%, mais frequente no gênero feminino e em estágios com mais de 100 horas semanais, com risco maior para aqueles que possuíam antecedentes familiares ou pessoais de depressão.[1] Esses quadros tendem a ser acompanhados de raiva-hostilidade e fadiga-inércia, com redução da empatia pelos pacientes.[5] A privação do sono leva a distúrbios cognitivos. Os dados sobre suicídio são escassos e os poucos trabalhos publicados sobre o tema mostram um coeficiente inferior ao dos médicos, estudantes de Medicina e ao da população geral, mas quando acontece tem um efeito devastador para os colegas e familiares. A ideação suicida (8% a 22%) também é inferior à encontrada entre os estudantes de Medicina (50%).[6, 7] Por sua vez, os dados sobre o uso de substâncias psicoativas são

controversos, mesmo entre os residentes de anestesia, porém estudos recentes mostram uma tendência de abuso de substâncias entre residentes de psiquiatria (benzodiazepínicos e maconha) e de serviços de emergência (cocaína e maconha), sendo que residentes de pediatria, patologia e cirurgia apresentam menor risco de abuso de drogas e os de clínica médica e ginecologia um risco intermediário.[8, 9] Os quadros ansiosos estão relacionados ao atendimento de parada cardíaca, de pacientes agressivos e de quadros terminais, ao medo de errar, ao receio de contrair infecções e de apresentar casos nas visitas. Não são raros o desenvolvimento de cinismo e humor negro e a existência de uma forte competição entre os pares devido à seleção para as especialidades. Nogueira-Martins (2010) sugere medidas institucionais que auxiliem os residentes do ponto de vista emocional: programas de recepção, supervisão diuturna, extinção do regime de 36 horas de trabalho, folga pós-plantão, adequação do número de residentes à demanda assistencial, valorizar a preceptoria e tutoria, promover fóruns, suporte adequado de corpo auxiliar e de equipamentos, e programas de atenção à saúde, como o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica – Napreme, da Universidade Federal de São Paulo, criado por ele em 1996.[1]

Idealizado pelo professor Paulo Vaz Arruda, o Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Grapal-FMUSP) iniciou suas atividades em 1986, oferecendo assistência psicológica aos estudantes de Medicina. A partir de 1998, o serviço passou também a atender aos médicos residentes do Hospital das Clínicas da FMUSP e desde então, até o final de 2013, foram atendidos 449 residentes em 3334 atendimentos psiquiátricos e/ou psicoterápicos.[10, 11]

Souza e cols. (2009) realizaram um estudo dos prontuários dos 104 residentes atendidos pelo Grapal no período de 1998 a 2002, o que correspondeu a 4,9% dos matriculados no período.[12] A análise estatística mostrou uma procura maior de residentes do primeiro ano, do gênero feminino, oriundos de outras escolas, com menos de 26 anos, pertencentes às áreas cognitivas (clínicas), em detrimento das especialidades de habilidades (cirúrgicas) ou mistas; o diagnóstico de transtorno de humor (47 casos) foi mais frequente do que o de ansiedade (12) e do que outros transtornos (14), entre os quais foram incluídos transtornos alimentares, do sono, de adaptação, com prevalência maior entre os residentes do primeiro ano, havendo uma redução gradual no transcorrer da RM, até não ser encontrado entre os residentes do quinto ano. Foram encontrados 34 casos classificados arbitrariamente de "conflito psíquico", por não caracterizarem nenhuma patologia, mas os residentes apresentavam sofrimento psíquico por não estarem adaptados ao ambiente do departamento, por se sentirem pressionados com o cumprimento das atividades, por apresentarem dúvidas quanto à escolha da especialidade, pela presença de conflitos amorosos e familiares, e por estarem afastados da

família e do círculo de amizades. Assim como na depressão, os casos de conflito psíquico foram significantemente mais presentes nos residentes do primeiro ano e diminuíram com o transcorrer da residência até desaparecerem nos residentes do quarto e quinto anos, com maior prevalência, mais uma vez, entre o gênero feminino, nas especialidades cognitivas e em residentes oriundos de outras escolas.

Buscando refletir sobre os resultados obtidos, Souza e col. (2009) assinalam que nas especialidades cirúrgicas valoriza-se a atitude forte, viril e pragmática.[12] Somam-se a isso os aspectos apontados por Bellodi (2001), de que os cirurgiões são mais submissos à autoridade, valorizam a hierarquia e apresentam uma agressividade dirigida diretamente às atividades que realizam.[13] Os clínicos têm maior dificuldade em controlar vivências de ansiedade por terem uma atitude hipercrítica em relação às tarefas que desenvolvem, além de projetarem mais sua agressividade no ambiente que, como consequência, é sentido como mais hostil e ameaçador. Souza e col. (2009) assinalam também que os residentes de cirurgia temem por uma má repercussão em seu futuro profissional caso procurem auxílio psicológico, o que poderia significar um sinal de fraqueza.[12] Por essa razão, a procura espontânea é rara entre eles, que muitas vezes são encaminhados pelos preceptores ou professores de seu departamento, apesar de terem a maior carga horária de trabalho, a maior quantidade de estágios estressantes em emergências e a maior exposição à privação do sono.

Para Souza e col. (2009), a maior procura de ajuda psicológica por residentes do primeiro ano pode ser compreendida pelo fato de que por já ser um médico formado, recai sobre ele uma grande responsabilidade que não havia faz pouco tempo e que concomitantemente está iniciando o seu aprendizado na especialidade.[12] Soma-se a isso o fato de buscarem sua emancipação em relação aos pais e por estarem em busca de vínculos afetivos mais profundos, como o casamento e a formação de sua família. Trata-se de um momento de crise, em que os referenciais antigos se perdem e, junto, os mecanismos de defesa apropriados para lidar com eles. Há portanto um momento de ruptura que pode dar espaço ao desenvolvimento emocional, com o fortalecimento de novos recursos egoicos que possibilitem superar as limitações. Os autores lembram que há um consenso na literatura de que as mulheres apresentam maior prevalência de transtorno depressivo, de ansiedade e somatoforme. Esses achados, somado ao fato de que são mais sensíveis, com maior contato com a própria subjetividade, podem dar sentido ao fato de que residentes do gênero feminino procurem ajuda psicológica com mais frequência. Os egressos de outras escolas apresentaram um percentual maior de conflito psíquico, o que sugere uma forte influência ambiental. O mesmo não ocorreu quanto aos transtornos de humor, mostrando aqui a presença de aspectos constitucionais, sendo o primeiro ano da residência um desencadeante desses quadros. Finalmente, os autores chamam a atenção para o fato de

que os residentes procuram, sistematicamente, menos ajuda psicológica do que os estudantes de Medicina, talvez porque o aluno tem mais facilidade em administrar seu tempo, está menos preocupado com sua imagem, tem menos atividades com responsabilidades e conta com maior apoio institucional. Ao final do artigo, os autores sugerem que haja uma aproximação do Grapal com o grupo de preceptores que, por ser mais próximo dos residentes, pode desempenhar a função de irmão mais velho, confidente e conselheiro.

Em um estudo prospectivo, Nogueira-Martins (2010) confirmou os dados da literatura de que os residentes do primeiro ano são os que mais se estressam e que, com o transcorrer da residência, a tendência é que o estresse diminua.[1] O estresse foi relacionado à grande quantidade de pacientes, ao contato com pacientes hostis, reivindicadores, terminais e que falecem, às comunicações dolorosas a pacientes e familiares, ao receio de contrair infecções, à presença de dilemas éticos, ao medo de errar, ao constante trabalho sob pressão, à fadiga, aos plantões noturnos, à falta de orientação ou ao controle excessivo dos supervisores, à falta de tempo para o lazer, para a família e para os amigos e, finalmente, às exigências internas: como ser médico. Muitos deles revelam uma vivência de desamparo, abandono, descaso, desinteresse e desrespeito por parte dos professores e residentes mais antigos, gerando uma sensação de orfandade. Percebem-se desconsiderados e explorados, o que gera sentimentos de raiva e revolta. O autor sugere que o grupo de residentes de clínica médica do gênero masculino possui características peculiares que os impediram de ter o seu estresse diminuído no segundo ano e formula a seguinte hipótese (pag. 141-2):

> Um grupo de residentes com certas características de personalidade (provavelmente altas expectativas pessoais e profissionais), submetido às pressões da carga assistencial, agravadas pelas insatisfações ligadas às vicissitudes da carreira profissional e amplificadas em função de fenômenos intrínsecos às disciplinas clínicas (perda de prestígio das especialidades clínicas tradicionais), que não recebe a atenção e os cuidados necessários (vivência de abandono), de um corpo docente também em crise.

Dito de outra forma: é possível que as queixas, reclamações e reivindicações de residentes desgastados tenham caído em ouvidos também desgastados e eventualmente desorganizados com os novos rumos da Medicina. Ou seja, um grupo em crise (professores e preceptores de Clínica Médica), com dificuldade para ouvir e poder ajudar um outro grupo em crise (os residentes de Clínica Médica). Em uma metáfora familiar, pais em crise não têm energia psíquica para investir na criação e nos cuidados aos filhos.

O conceito de pulsão vocacional: uma nova proposta para a compreensão da saúde mental do estudante de Medicina, do médico residente e do médico

Buscarei, agora, trazer uma contribuição pessoal para o tema deste capítulo, uma hipótese elaborada no transcorrer dos 28 anos que atuei como psiquiatra do Grapal, atendendo inicialmente alunos e, depois, também, residentes. Pelo que foi apresentado anteriormente, observa-se que a saúde mental do médico residente tem sido um tema bastante estudado nas últimas décadas e a personalidade tem sido repetidamente citada como eventual fator de risco para depressão e/ou problemas de adaptação nos estágios. Tentarei explorar esse aspecto, articulando a questão da saúde mental do residente com a vocação médica e, para isso, inicialmente farei uma breve exposição de alguns conceitos psicanalíticos e psicológicos, fundamentais para a compreensão do tema.

Contribuições de Freud – Freud (Freud, 1973) conceituou pulsão como a força que faz um organismo tender para um determinado alvo.[14, 15, 16] Trata-se de necessidades biológicas com representações psicológicas que necessitam ser descarregadas, sendo o limite entre o somático e o psíquico. Distingue-se do instinto, ligado a padrões hereditários de comportamento animal, típicos de cada espécie. Em *Três ensaios sobre a teoria da personalidade*, de 1905, e em *As pulsões e suas vicissitudes*, de 1915, apresenta e desenvolve o conceito de *pulsão do ego* (autopreservação) e a *pulsão sexual* (preservação da espécie). Teriam uma *fonte* (partes do corpo de onde surgem os estímulos), uma *força* (quantidade de energia que busca uma descarga, o que chamou de aspecto econômico), uma *finalidade* (descarga da excitação para atingir o retorno a um estado de equilíbrio psíquico ou homeostase, semelhante ao estado uterino, o princípio de nirvana), um objeto (aquilo que é capaz de satisfazer ou apaziguar a tensão interna). O *investimento pulsional* ou *catexis* seria a quantidade de energia ou o interesse do ego ligado a um determinado objeto. Quando o investimento pulsional é o próprio indivíduo, trata-se de *narcisismo*. Depreende-se de algumas concepções de Freud que as pulsões podem sofrer *transformações* em fantasias, mecanismos de defesa (por exemplo, a formação reativa que dirige a pulsão para o sentido oposto, como o pudor opondo-se a tendências exibicionistas) ou em *sublimação* (mecanismo resultante do amadurecimento emocional que transforma parcialmente a pulsão sexual em uma atividade profissional, mais valorizada socialmente). Em 1920, em *Além do princípio do prazer*, Freud reformula sua teoria e descreve a *pulsão de vida* (construtiva, abrange a pulsão sexual e de autopreservação) e a *pulsão de morte* (autodestrutiva e destrutiva). Ambas coexistem, mas dependendo da patologia ou da personalidade pode

haver o predomínio de uma ou de outra. Trata-se de uma mudança muito importante, pois Freud sugere agora que a pulsão de vida não é exclusivamente sexual e introduz o novo conceito de pulsão de morte, que tem como finalidade a descarga de toda tensão orgânica e psíquica, levando à volta a um estado inorgânico, o que só é possível ser alcançado com a morte. Ela pode provocar angústias para o indivíduo e ser autodestrutiva ou ser destrutiva, dirigida para fora. A partir desse conceito elabora o da *compulsão à repetição*, a tendência do indivíduo repetir, sem se dar conta, experiências traumatizantes vividas anteriormente. Enquanto em sua *primeira tópica*, elaborada na *Interpretação dos sonhos*, de 1900, Freud organiza o psiquismo em *inconsciente* (parte mais arcaica do aparelho psíquico, onde estão as pulsões, que não pode ser acessada pelo esforço voluntário), *pré-consciente* (barreira que seleciona o que poderá passar para o consciente e cujo conteúdo pode ser acessado pelo esforço voluntário) e *consciente* (processa as informações provenientes do interior e do exterior). Na *segunda tópica*, proposta em *Além do princípio do prazer*, em 1920, divide as instâncias psíquicas em *id* (inconsciente, fundamentalmente constituído pelas pulsões), *ego* (mediador entre o id, as demandas da realidade externa e o superego) e *superego* (responsável pelos padrões éticos e morais).

Conceito de personalidade – Outro conceito fundamental para que possamos prosseguir é o de personalidade que, segundo Fernandez (1979), é formada pela:[17]

Constituição: características somáticas e físicas, mais básicas e permanentes, que dependem fundamentalmente da hereditariedade, mas que não estão livres da influência de fatores ambientais e psicológicos.

Temperamento: características afetivas mais estáveis e predominantes do indivíduo, cuja origem é preponderantemente hereditária.

Caráter: condicionado pelos fatores adquiridos, representa a vertente psicossocial da personalidade, e é o que há de mais pessoal em sua estrutura.

Do ponto de vista psicanalítico, o indivíduo que possui uma personalidade bem estruturada é aquele que possui um ego bem estruturado.[14]

A vocação médica – O vocábulo *vocação* origina-se do latim *vocatio* e significa a tendência, propensão ou inclinação para qualquer ofício ou profissão, mas vai muito além disso, uma vez que também significa *eleição*, *chamamento*, *predestinação*, o que demonstra a força desse aspecto da personalidade. Não seria exagero dizer que a Medicina é que escolhe a pessoa e não o contrário. Alguns dados corroboram essa ideia:[6,10,18]

• A profissão médica é a mais antiga de que se tem notícia.

• Como no século XIX era vedado às mulheres o exercício da Medicina, uma mulher chegou a se travestir de homem por toda a sua vida para poder

exercer a profissão. Trata-se de James Barry (1797-1867), que atuou no exército britânico como cirurgião e gozou de notável reputação. Apenas na sua autópsia descobriu-se que se tratava de uma mulher, mas mesmo assim foi enterrada como homem.

• Muitos médicos optam pela profissão ainda na infância, sendo que alguns dizem que sempre quiseram ser médicos.

• Em grande parte dos países a Medicina é a profissão mais concorrida na seleção para a faculdade.

• Na Universidade de São Paulo o curso de Medicina é, de longe, o que tem menor percentual de abandono, apesar de ser o curso mais longo (não tivemos acesso a dados de outras universidades).

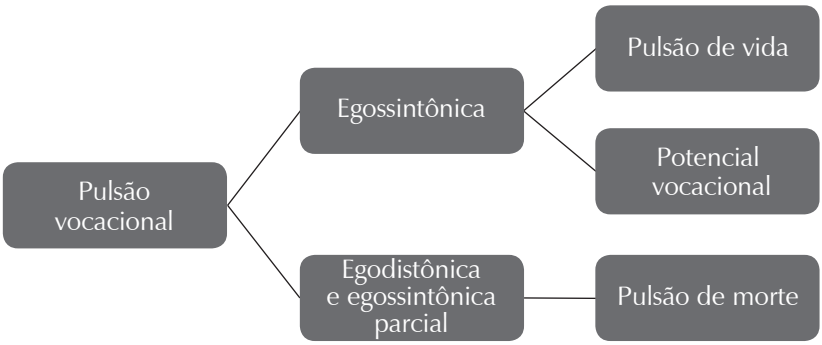
• Não é raro encontrar alunos que tentaram prestar vestibular até cinco vezes para entrar na FMUSP.

• O médico que tem vocação e que consegue obter condições adequadas para exercer sua atividade profissional o faz de forma prazerosa e realiza-se intensamente. Quando não tem uma dessas condições, fica extremamente frustrado e infeliz.

O conceito de pulsão vocacional – Os dados apresentados vão ao encontro da ideia de que o conceito de sublimação formulado por Freud é útil e coerente para a compreensão da escolha de muitas profissões mas, a meu ver, não é abrangente o suficiente no caso da profissão médica. Talvez ocorra o mesmo em relação à arte, mas este não é o foco deste capítulo. Penso, pelo que foi exposto, que a vocação médica aproxima-se muito mais do conceito de pulsão, exposto acima, do que de sublimação e, por isso, pode ser denominada de *pulsão vocacional*.[11] Enquanto na sublimação há uma transformação na finalidade da pulsão, no caso da vocação médica a pulsão vocacional busca diretamente uma descarga e o consequente prazer no próprio exercício da profissão médica. Quando a pulsão vocacional está presente em um indivíduo cuja personalidade é bem estruturada e que se encontra em um meio ambiente favorável, ela tem a oportunidade de ser a energia psíquica necessária para que ele desenvolva o seu *potencial vocacional* e pode ser denominada de *pulsão vocacional egossintônica*, ligada à pulsão de vida. Não havendo uma estrutura de personalidade adequada e/ou um meio ambiente favorável, pode ser chamada de *pulsão vocacional egodistônica*, que pode ser *parcial* ou *total*, ligada ao instinto de morte.

As pulsões vocacionais egossintônica e egodistônica não são necessariamente excludentes, mas sim tendências do funcionamento psíquico que podem estar presentes em um mesmo indivíduo. Em outras palavras, é pouco provável que alguém possua condições de personalidade para que sua pulsão vocacional seja apenas egossintônica, uma vez que tal pulsão pode estar mais ou menos presente, dependendo dos acontecimentos externos e da fase de de-

senvolvimento pessoal e profissional em que a pessoa se encontra. O inverso, porém, não é verdadeiro, pois há indivíduos que passam sua vida acadêmica e profissional com o predomínio da pulsão vocacional egodistônica.



A teoria das posições de Melanie Klein – Observa-se que o conceito de pulsão vocacional aproxima-se do conceito freudiano das pulsões descrito acima e da teoria das posições de Melanie Klein que será apresentada a seguir. A autora, nascida em Viena em 1882, cujo pai era médico, desde a juventude sonhava em ser médica e especializar-se em psiquiatria. Porém, devido ao casamento e à maternidade, estudou humanidades e lamentou não ter estudado Medicina por acreditar que, sendo médica, suas ideias seriam mais respeitadas. Autodidata, interessou-se pela psicanálise em 1910, em Budapeste, quando leu *A interpretação dos sonhos*, publicado por Freud em 1900. Procurou, então, o psicanalista húngaro Ferenczi, seu primeiro analista e grande incentivador. Em 1917, foi apresentada a Freud e, em 1919, apresentou o seu primeiro artigo sobre análise de crianças na Sociedade Psicanalítica Húngara e tornou-se Membro da Sociedade Psicanalítica de Budapeste. Em 1924 conheceu Karl Abraham, com quem iniciou análise em Berlim. A morte precoce de Abraham, nove meses depois, e conflitos com Anna Freud, que também havia iniciado o trabalho com crianças, fizeram com que perdesse o apoio da sociedade de Berlim. Em 1925, conheceu Ernest Jones que, impressionado com seu trabalho, convidou-a para apresentar conferências em Londres, onde foi bem acolhida. No ano seguinte mudou-se para lá, onde permaneceu até falecer, em 1960.[19, 20]

A breve apresentação da biografia de Melanie Klein é, a meu ver, fundamental para a compreensão de sua obra. Veremos que se tratava de uma cientista nata, brilhante, com rara sensibilidade e excepcional capacidade de observação. Porém, a meu ver, o fato de ter sido autodidata, por não ter realizado o seu sonho de ser médica e psiquiatra, fez com que tivesse algumas deficiências em sua formação, o que acabou facilitando os ataques de opositores de sua obra. Soma-se a isso o fato de que não era uma boa escritora, não

possuía uma boa didática e utilizava termos consagrados da psicopatologia com novos sentidos, o que causou dificuldades na interpretação de suas ideias. O percurso profissional da autora pode ser visto como mais um exemplo da pulsão vocacional.

Posição esquizoparanoide – Para Klein (1974,1975,1981,1982), os acontecimentos internos e externos que ocorrem no primeiro ano de vida são decisivos para a estrutura psicológica da criança e trazem repercussões para o resto da vida da pessoa.[21, 22, 23, 24] De acordo com a autora, é evidente que, ao nascer, a criança não é capaz de compreender intelectualmente a origem dos desconfortos a que é submetida, como o parto, a fome, o frio, a dor etc. Ela vive esses desconfortos como se fossem provocados por um objeto externo hostil enquanto o conforto do calor, a amamentação e o carinho materno são sentidos como algo recebido de um objeto bom, caracterizando uma cisão maniqueísta entre o bom e o mau. Soma-se a isso o fato de que é no início da vida que os impulsos sádicos atingem o seu ápice, na forma de *impulsos orais destrutivos*, ligados à pulsão de morte e cuja intensidade depende de características inatas e do grau de frustração. Em sua fantasia, o bebê ataca o objeto e teme ser atacado como retaliação, dando origem à *ansiedade persecutória*. Quando o bebê é gratificado, há uma compensação parcial dessa ansiedade e são mobilizados *impulsos orais libidinais*, ligados à pulsão de vida. Os impulsos destrutivos e os libidinais são projetados no seio e reintrojetados ininterruptamente até dar início à formação de uma imagem do objeto, inicialmente bastante distorcida pela fantasia. O ego primitivo do bebê carece de integração e utiliza a *idealização* do bom objeto como defesa contra a frustração e a ansiedade persecutória. Por meio da onipotência, fantasia ter o controle dos objetos internos e externos e, através da negação, contrapõe-se à realidade interna e externa. Pelo mecanismo da *identificação projetiva* projeta partes do ego, mas vai além disso, pois ataca o objeto e tenta esvaziá-lo, numa tentativa de controle e de torná-lo um prolongamento do ego. Quanto maior o componente agressivo inato da criança e piores os cuidados maternos, maiores serão a ansiedade persecutória e a voracidade, e menor a tolerância à frustração. Klein chamou a configuração psicológica descrita acima de *posição esquizoparanoide*.

Posição depressiva – Com o passar dos meses e com um relacionamento satisfatório com a mãe, os sentimentos amorosos (pulsão de vida) sobrepujam os destrutivos. Como a criança começa a perceber que seu amor e ódio são dirigidos a um mesmo objeto, a mãe, há uma redução da ansiedade persecutória, surgem a *ansiedade depressiva*, a culpa e o consequente desejo de realizar a *reparação* dos danos provocados ao bom objeto (desejo de cuidar do objeto), que é introjetado, projetado e reintrojetado seguidamente, até se estabelecer de forma consistente na criança. Com isso o ego torna-se mais integrado e

vigoroso, mais tolerante à frustração, estabelece-se uma relação melhor e mais realista com o mundo interno e externo, a divisão entre consciente e inconsciente torna-se mais permeável, o que possibilita o aparecimento do *insight*. Os mecanismos de defesa primitivos como a cisão, a idealização, a onipotência, a negação e a identificação projetiva tendem a ser menos utilizados, preponderando a repressão. Paulatinamente, as experiências felizes auxiliam a criança a superar os sentimentos melancólicos em que predominam a culpa e o sentimento de perda, o que torna possível a elaboração da posição depressiva. O uso do termo posição por Klein não foi casual, uma vez que a integração plena e permanente nunca é possível e, no transcorrer da vida, todo indivíduo oscila entre as duas posições. Quanto mais fortalecido for o ego, mais tempo estará na posição depressiva e vice-versa. Cabe ressaltar que o termo posição depressiva não deve ser confundido com o quadro clínico de depressão, que Klein denominava melancolia.

A integração da teoria das posições com a hipótese da pulsão vocacional e suas consequências na saúde mental do estudante de Medicina e do médico

Buscarei, a seguir, integrar o que foi exposto teoricamente e descrever suas consequências no cotidiano do estudante de Medicina e do médico.[7, 18, 11, 21, 22, 23, 24, 25]

Pulsão vocacional egossintônica – A pulsão vocacional que encontra um ego bem estruturado e um ambiente adequado para o desenvolvimento do potencial vocacional torna-se egossintônica, e o indivíduo tende a permanecer na posição depressiva, predominando a pulsão de vida. Nesse caso, o exercício da Medicina é feito com generosidade, dedicação, e a possibilidade de cuidar das pessoas é prazerosa e enriquecedora, apesar das limitações da ciência, do indivíduo e do meio. A capacidade de o médico sentir prazer vincula-se à resignação de poder fazer o que é possível e não buscar o inacessível. A sua generosidade não desaparece diante da falta de reconhecimento de alguns pacientes. Sente-se potente, confia em sua capacidade profissional e na possibilidade de sempre aprender e evoluir, desenvolvendo por toda a sua vida o seu potencial vocacional. Tem uma boa empatia com seus pacientes, um bom relacionamento com os colegas, com quem não rivaliza demasiadamente e, sempre que possível, busca ajudar os mais inexperientes a quem faz críticas construtivas. Sabe trabalhar em equipe, e quando percebe que um colega desenvolveu-se com o seu auxílio, partilha de sua alegria. Procura estar cercado de pessoas competentes, solicita auxílio dos mais velhos quando precisa, e demonstra reconhe-

cimento e gratidão quando esse auxílio é obtido. Diante de situações difíceis, como a morte de um paciente, sofre, mas por ter uma boa homeostase psíquica, tende a se reestruturar, procurando manter um distanciamento adequado entre ele e o paciente, mesmo tendo a consciência que o ideal não pôde ser alcançado. Ciente de suas próprias fragilidades, busca administrar o seu tempo e obter equilíbrio entre o trabalho, a família e o cuidado de sua própria saúde. Por ter um bom *insight* e um superego flexível, aceita a existência de impulsos destrutivos em si mesmo e nos outros. Diante de um erro, busca aprender com a experiência e, caso tenha sentimento de culpa, assume a responsabilidade do que foi feito e procura reparar seu erro, dentro do possível. O ganho financeiro é visto como necessário, mas como uma consequência natural do trabalho e de seu desenvolvimento profissional. É idealista, com valores pessoais bem estruturados e defende as causas nas quais acredita. A redução da onipotência que surge com a integração da personalidade desse médico acarreta, por um lado, certa perda da esperança. Por outro lado, a resignação diante das próprias limitações e das limitações da ciência, aliada às recordações de experiências felizes e bem-sucedidas, traz a esperança de que elas se repitam no futuro e alivia o ressentimento por frustrações passadas. A maior discriminação entre o ódio, que é destrutivo, e a agressividade, que é construtiva e necessária para o desenvolvimento, possibilita seu contínuo desenvolvimento profissional. Seu superego, por ser maduro, restringe-se a administrar e refrear seus impulsos destrutivos e permite que tenha maior tolerância e flexibilidade consigo mesmo, com seus colegas e com os pacientes. A percepção de que os impulsos destrutivos não sobrepujarão os construtivos corroboram para que haja esperança de vida e profissional.

Pulsão vocacional egodistônica – Quando a pulsão vocacional não encontra condições de personalidade ou externas para desenvolver o potencial vocacional, torna-se egodistônica, impedindo que o indivíduo se realize como médico e tenha prazer em sua profissão, o que leva a desvios da pulsão vocacional, que procura satisfazer-se com atitudes destrutivas, ligadas à pulsão de morte, que nada têm a ver com a Medicina. Quando o indivíduo permanece a maior parte do tempo na posição esquizoparanoide, a pulsão vocacional egodistônica é total. Não há generosidade nesse médico, que se sente explorado e sugado por seus pacientes, e tenta livrar-se deles fazendo consultas em um curto espaço de tempo, de forma fria, mecânica e sem empatia. Irrita-se facilmente quando o paciente não evolui conforme o esperado e coloca-se de forma arrogante e prepotente, acusando sempre algo que o paciente fez ou deixou de fazer para ter evoluído mal, sendo que, com certa frequência, chega a abandoná-lo. Devido à raiva que sente nesses momentos, atua de forma sádica, propondo condutas que trazem um sofrimento desnecessário ao paciente, como, por exemplo, exames invasivos desnecessários e tratamentos

que provocam muitos efeitos colaterais. Quando estudante de Medicina, era aquele que dava trotes violentos e participava de brigas nas competições esportivas. Onipotente, não suporta críticas e coloca os doentes em risco por querer vencer a doença a qualquer custo, por temer a própria morte ou por não aceitar as suas próprias limitações. Por desprezar seus colegas, tem grande dificuldade em trabalhar em equipe, acredita que tudo sabe, não ouve seus pacientes e desvaloriza os colegas mais velhos, a quem não expressa gratidão por seus ensinamentos que, por meio da negação, acredita nunca terem existido. Recusa-se a ensinar e humilha os mais jovens com críticas destrutivas e com agressividade, que chegam ao sadismo. Quando está diante de um colega que tem atributos que aprecia e deseja, tenta atacá-lo e destruí-lo ou mostra-se indiferente, como se não tivesse se dado conta de suas qualidades. Voraz, tenta impedir que seus colegas façam procedimentos importantes em seu treinamento na faculdade ou na residência, monopolizando-os para si e nunca está satisfeito com suas conquistas, querendo sempre mais e mais. No jargão dos estudantes de Medicina, são aqueles que lideram o *papômetro*. Para manter sua ilusão de superioridade, cerca-se de pessoas medíocres ou, então, para se promover, busca o *status* acreditando fazer parte de um suposto seleto grupo de médicos que acreditam ser os melhores médicos do país, quiçá do mundo. Desconfiado, sente-se perseguido por seus pares e crê ser odiado por todos. Por essa razão tem atitudes antissociais, também provocadas pela inveja excessiva, que impede que tolere o bem-estar alheio. Diante de momentos infelizes, de frustrações profissionais ou de alguma desavença com um colega ou paciente, sente ódio que, por ser intenso, traz forte ressentimento e desejo de vingança. Por não se realizar profissionalmente e não se interessar por seu trabalho, desloca seus objetivos para a busca de poder, prestígio pessoal, exposição excessiva na mídia e ganho financeiro. O progresso acadêmico, aqui, é apenas mais uma forma de atingir esses objetivos e não o de contribuir com o ensino médico. Essa configuração psicológica, em casos extremos, está presente nas psicoses, mas no meio médico é vista principalmente nos transtornos de personalidade.

Pulsão vocacional egodistônica parcial – Naqueles que possuem uma personalidade parcialmente estruturada, a pulsão vocacional, em um ambiente desfavorável, também é egodistônica, porém as consequências são diferentes das descritas acima, pois são pessoas que alcançaram a posição depressiva, mas não foram capazes de elaborá-la. Por essa razão pode ser denominada de pulsão vocacional egodistônica parcial, diferenciando-se da total. Por terem obtido uma integração apenas parcial de sua personalidade, são pessoas que tendem a projetar sua agressividade de forma excessiva e com isso perdem qualidades desejáveis como a força, a potência e a capacidade de adquirir novos conhecimentos. Ao projetarem partes boas do ego, idealizam os outros médicos ou seus professores, quando alunos, e com isso sentem-se dependentes

e incapazes de progredir profissionalmente, por acreditarem que o que sabem é sempre insuficiente. Alguns passam a vida profissional auxiliando colegas mais experientes sem nunca ganhar autonomia, buscando se sentir seguros, ou protegem-se em instituições nas quais a responsabilidade é sempre dividida com o restante da equipe. Assim, não há confiança nos próprios sentimentos construtivos e a tentativa de reparação é onipotente (maníaca), como foi descrito acima ou, com maior frequência, obsessiva (repetitiva e ineficaz), como, por exemplo, o médico que pede excesso de exames desnecessários repetidamente, por insegurança. Por duvidar de sua capacidade de cuidar dos pacientes, esse médico fica desesperado e com forte sentimento de culpa diante de um caso que evolua mal ou da perda de um paciente, o que Grinberg (1963) denominou de *culpa persecutória*.[26] Essa configuração psicológica está presente nos transtornos de ansiedade e depressivos encontrados com muita frequência entre estudantes de Medicina e médicos residentes, levando, nos casos extremos, ao suicídio, que seria um meio de eliminar o que o indivíduo acredita ter de ruim dentro de si: sua incompetência e impossibilidade de ser um bom médico.

• A pulsão vocacional pode passar de egodistônica total e parcial para egossintônica e vice-versa em um mesmo indivíduo num curto espaço de tempo, dependendo das variáveis já expostas anteriormente.

• Ao entrar na faculdade de Medicina os alunos que fizeram sua escolha por vocação, terão de lidar com sua pulsão vocacional e buscarão desenvolver seu potencial vocacional no transcorrer de sua formação. Por serem, em sua grande maioria, adolescentes e imaturos, dificilmente terão condições de ter uma pulsão vocacional preponderantemente egossintônica no transcorrer de todo o curso e passam por vários períodos de crise. Aqueles que não têm vocação médica e optaram pela Medicina por outras motivações como, por exemplo, pressões familiares ou o desafio de serem aprovados em uma seleção competitiva, dificilmente passarão de bons técnicos, caso não abandonem o curso antes do seu final. Talvez não sofram tanto por não terem de lidar com sua pulsão vocacional e, aparentemente, podem parecer bem adaptados ao curso a quem os observa de forma superficial.

• Ao contrário dos alunos, como foi visto no início deste capítulo, os médicos residentes tendem a apresentar apenas uma grande crise no primeiro ano. É o momento em que sua pulsão vocacional será colocada a toda prova, uma vez que pela primeira vez passa a ter a responsabilidade como médico, apesar de estar ainda em formação. Esse aspecto, somado aos problemas já descritos de más condições de trabalho e de relacionamento com seus superiores, tende a fazer com que a pulsão vocacional seja egodistônica, até que adquiram autoconfiança, no final do primeiro ano.

Finalizando

Procurei, inicialmente, descrever neste capítulo os principais problemas emocionais vividos pelo médico residente. Em seguida propus o conceito de pulsão vocacional, que acredito ser útil para auxiliar na compreensão dos aspectos psicodinâmicos do estudante de Medicina, do médico residente e do médico que terminou sua formação formal. Trata-se de um conceito em aberto, que poderá ser desenvolvido e expandido por meio de novas reflexões e pesquisas. Cabe aos professores das faculdades de Medicina e dos hospitais-escola criar um ambiente acadêmico adequado para que o desenvolvimento vocacional dos alunos e residentes seja exitoso. Os docentes não devem perder de vista o fato de que são modelos importantes com quem os mais jovens buscam se identificar, o que é uma grande responsabilidade, que traz repercussões a longo prazo. Os grupos de *mentoring* são uma oportunidade importante para que os docentes ou médicos assistentes possam transmitir sua experiência aos alunos, assim como os colegas de faculdade de anos mais adiantados. Finalmente, é digno de destaque que a experiência mostrou, nas últimas décadas, que a criação de grupos de assistência psicológica a alunos de Medicina e médicos residentes é de grande valia para auxiliá-los a lidar com sua pulsão vocacional e estabelecer de forma consistente a sua identidade médica.

Referências

1. Nogueira-Martins LA. Residência Médica – Estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n.º 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 01 ago. 2011. Seção I, p.144-147.
3. Aliski A. Governo dá reajuste de 24,8% a médicos residentes [periódico na internet]. Revista Exame.com; 2013. Acesso em: 13 mar. 2015. Disponível em: http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/governo-da-reajuste-de-24-8-a-medicos-residentes.
4. Aach RD, Cooney TG, Girard DE, Gro D, Mc Cue JD, Page MI, Reinhard JD, Reuben DB, Smith JW. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. Ann Intern Med. 1988;109(2):154-61.
5. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathyduring internship. JAMA. 2002;287:3143-6.
6. Cordás TA, Sendacz AM, Gonzales D, Tossoli AL, Bernardi A, Mizrahi EJ, Tan Leeuw ELLL. Ideação e tentativa de suicídio em uma população de estudantes de Medicina. Revista ABP-APAL. 1988;10:100-102.
7. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

8. Baldissieri MR. Impaired helthcare professional. Crit Care Med. 2007; 35 (suppl 2): 106-16.
9. Akvardar Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Soc Psychiat Epidemiol. 2004; 39:502-6.
10. Millan LR, Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 anos de experiência. Rev Assoc Med Bras. 2008; 55(1):90-4.
11. Millan LR. Sobre a precisão de ser médico. 50º Congresso Brasileiro de Educação Médica. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.
12. Souza EN, Gianini RJ, Azevedo Neto RS, Eluf-Neto J. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(6):684-91.
13. Bellodi PL. O clínico e o cirurgião – estereótipos, personalidade e escolha de especialidade médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
14. Freud S. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
15. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos – Teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed; 1999.
16. Zimerman DE. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2001.
17. Fernandez AF. Fundamentos de la psiquiatria actual. Madrid: Paz Montalvo; 1979.
18- Millan LR. Vocação médica – um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
19. Grosskurth P. O mundo e a obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
20. Segal H. As ideias de Melanie Klein. São Paulo: Cultrix/Universidade de São Paulo; 1983.
21. Klein M. Inveja de gratidão. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
22. Klein M. O sentimento de solidão. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
23- Klein M. Contribuições à psicanálise. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
24. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
25. Arruda PCV. Relação médico-paciente: o ponto de vista do psiquiatra. In: Marcondes E, Lima Gonçalves E. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1988.
26. Grinberg L. Culpa y depression. Buenos Aires: Paidos; 1963.

5 Carga horária de trabalho, plantão noturno, privação do sono e disfunções cognitivas em médicos residentes

Taciana Monteiro
Aida Cristina Suozzo
Luiz Antonio Nogueira-Martins

Este capítulo tem como objetivo abordar as principais repercussões da sobrecarga de trabalho, principalmente dos plantões noturnos, no desempenho profissional de médicos residentes. Essa abordagem justifica-se pelo grande número de pesquisas realizadas sobre a atenção à saúde, qualidade de vida e formação de médicos residentes.[1-7]

A Residência Médica é considerada a principal forma de capacitação profissional na Medicina. Foi criada há mais de um século por Willian Halsted, no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade John's Hopkins, em 1889, e, posteriormente, por Willian Osler, em Clínica Médica.[6] No Brasil, em 1944, surgiram os primeiros programas de Residência Médica nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro.[8] Desde então, entidades médicas, escolas médicas e os ministérios da saúde e educação têm debatido sobre os programas de Residência Médica, a fim de estruturá-los e aperfeiçoá-los; os principais temas debatidos têm sido: número de vagas, acesso aos diferentes programas, capacitação dos preceptores, avaliação dos programas e as condições de trabalho dos médicos residentes.

O histórico da Residência Médica é marcado pela conquista de alguns direitos, porém permeado de crises e conflitos, principalmente pela dualidade da função: estudante e trabalhador. Segundo a legislação brasileira, os médicos residentes são considerados estudantes e não trabalhadores; porém, vários direitos semelhantes aos trabalhistas são assegurados, como um dia de repouso por semana, 30 dias consecutivos de repouso por ano, filiação à previdência social e os direitos decorrentes do seguro de acidentes do trabalho, além de licença com continuidade da bolsa pelo período de quatro meses à médica residente gestante.[9]

Durante o período da Residência Médica, que pode variar de dois a cinco anos, a atividade clínica somada à carga de responsabilidade têm gerado muitas críticas, principalmente por se desenvolver em um regime de trabalho caracterizado por excessiva carga horária, grande número de atendimentos e privação do sono.[5-7; 10-13]

As consequências da privação do sono de jovens residentes relacionadas ao excesso de carga horária de trabalho têm recebido destaque na literatura científica. Cousins (1981)[14] comparou a Residência Médica como uma espécie de teste de resistência física, a um ritual de passagem, pelo qual o médico é submetido para pertencer à ordem dos verdadeiros médicos. Este autor descreveu suas impressões após visitar vários hospitais nos EUA: ...que espécie de competência científica é razoável se esperar de um médico que não dorme há 32 horas? É uma boa política deixar pacientes gravemente enfermos serem tratados por médicos que estão física e emocionalmente exaustos...?

O caso Libby Zion

Os efeitos da sobrecarga de trabalho dos médicos residentes e sua relação com a segurança dos pacientes e o aprendizado têm sido motivo de grande preocupação na comunidade acadêmica. Desde 2003, quando nos EUA o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) estabeleceu em 80 horas a carga horária máxima semanal dos residentes, limitando em 12 horas o plantão de emergência e a proibição de turnos com mais de 24 horas de trabalho contínuo, uma série de discussões foram realizadas tanto pela necessidade do aumento de investimentos na reestruturação dos serviços de saúde como pelo eventual impacto no treinamento e no aprendizado dos residentes.[11-13,15,16]

Em 1984, um caso judicial muito divulgado pela mídia contribuiu para as novas determinações do ACGME. Uma jovem de 18 anos chamada Libby Zion procurou um serviço de emergência em Nova York por orientação de seu médico particular com queixa de otalgia e quadro febril. A paciente foi atendida às 23h30, internada às 2h e faleceu às 6h30 da manhã. Libby foi atendida por um residente de primeiro ano (R1), que recebera supervisão de um residente de segundo ano (R2); ambos estavam de plantão havia mais de 18 horas. O pai da paciente, procurador de Justiça e articulista colaborador do jornal *The New York Times*, requereu uma investigação sobre as circunstâncias da morte de L.Z., atribuindo-a aos cuidados inadequados que teria recebido de residentes sobrecarregados e sem a supervisão de profissionais mais experientes.[12]

A decisão do grande júri não condenou o hospital e nem seus residentes, porém foram identificadas falhas no sistema de treinamento, e desta investigação foi elaborado um relatório que sugeriu cinco recomendações para modificação da estrutura assistencial:

1) Contratação de médicos com no mínimo três anos de experiência na área de emergências médicas para trabalhar em serviços de emergências;

2) Assegurar que os R1 e R2 deveriam ter supervisão de médicos que tivessem concluído especialização mínima de três anos em emergências;

3) Regulamentação para limitar o número de horas consecutivas de trabalho para os residentes nos hospitais. (Neste caso os residentes estavam há mais de 18 horas de plantão.)

4) Regulamentação para a restrição física de pacientes e padrões de atenção e cuidados a pacientes restritos. (No caso, a paciente havia sido contida no leito por agitação psicomotora e a ordem de contenção fora dada por telefone pelo R1.)

5) Os hospitais deveriam implementar sistemas computadorizados com a finalidade de controlar as contraindicações das combinações de drogas. (A paciente no caso fazia uso de fenelzina e havia sido medicada com meperidina. O resultado do exame toxicológico revelou presença de cocaína, fato este considerado relevante na etiologia do óbito da paciente.)

Após a implementação das novas regras em 2003, foram publicados vários estudos destacando o papel da fadiga na ocorrência de erros médicos, de acidentes com materiais pérfuro-cortantes e de acidentes automobilísticos após plantões noturnos em médicos residentes.[17-19] Os resultados de um grande estudo realizado em unidade de terapia intensiva causaram grande impacto na comunidade acadêmica. Neste estudo, Landrigan et al.[19] mostraram que os residentes apresentaram um número maior de erros quando trabalhavam em turnos maiores que 24 horas do que quando trabalhavam em turnos menores.

No Brasil, a Lei 6.932, de 07/06/1981, regulamentou a carga horária de trabalho dos residentes em 60 horas semanais, incluídas 24 horas de plantão.[20] Vale ressaltar, no entanto, que estudos têm revelado violações dessa lei e identificado alguns problemas relacionados à saúde e prejuízo da qualidade de vida durante a Residência Médica.[21-25]

O estresse na Residência Médica

É incontestável a gratificação da tarefa médica em poder salvar vidas, aliviar o sofrimento de pacientes e prevenir doenças; porém, um aspecto merece ênfase: a alta carga ansiogênica do exercício profissional. Lidar com pacientes difíceis, com as incertezas e limitações do conhecimento médico, atender pacientes terminais, ter contato com dor e sofrimento são estímulos emocionais que acompanham os profissionais em seu cotidiano. Este caráter estressante da Medicina atinge seu ápice durante a Residência Médica.[6]

O primeiro estudo nacional conduzido com residentes de 12 programas mostrou que as principais fontes de estresse identificadas foram: medo de cometer erros, fadiga, cansaço, falta de orientação, estar constantemente sob pressão, plantão noturno, excessivo controle dos supervisores, lidar com exigências internas (ser um/a médico/a que não falha), falta de tempo para o lazer, família, amigos e necessidades pessoais.[26]

Small descreveu a *Síndrome do Estresse do Residente* como sendo caracterizada por distúrbios cognitivos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, abuso de drogas, depressão, ideação suicida e suicídio. Esta síndrome se desenvolve principalmente no primeiro ano, sendo associada a alguns fatores como privação do sono, excessiva carga horária, responsabilidade profissional, mudança das condições de trabalho e competição entre os residentes.[27]

São três os tipos de estresse a que estão submetidos os médicos residentes: estresse profissional (ligado ao processo de profissionalização e desenvolvimento do papel do médico na sociedade), estresse situacional (relacionado às características do próprio treinamento como privação de sono, cansaço, excesso de demanda etc.) e estresse pessoal (relacionado às características individuais como sexo, tipo de personalidade, vulnerabilidade psicológica).[28]

Plantão em serviços de emergência: uma fonte de estresse

O trabalho médico disponível de modo contínuo nos hospitais em sistemas de turnos nos serviços de emergência durante 24 horas por dia é caracterizado por plantões nessas unidades de atendimento e pronto-atendimento. Esses plantões podem ser diurnos ou noturnos, habitualmente com duração de 12 ou 24 horas. Frequentemente são intercalados por jornadas de trabalho diurnas levando a um trabalho contínuo de 36 horas.

O serviço de emergência de um hospital de qualquer nível de atenção é sempre caracterizado como ambiente altamente ansiogênico. Neste local ocorre uma série de atendimentos envolvendo situações dramáticas de pacientes de elevada gravidade clínica com alto risco de morte; além disso, as habituais precárias condições de trabalho de alguns serviços tendem a gerar insatisfação e conflitos com familiares e pacientes.[5,6]

O fator "tempo" é outra característica marcante dos serviços de emergência, o que o diferencia dos atendimentos realizados em outras unidades hospitalares. A este fator soma-se a relação potencialmente conflituosa entre médicos residentes e pacientes, aumentando a sobrecarga do trabalho, levando a um desgaste físico e emocional.[5,6]

Efeitos da privação do sono nos residentes

As taxas de prevalência de depressão e *burnout* entre os residentes variam de 7% a 56%, obtidas por meio de diferentes instrumentos de avaliação.[29-33] Nos EUA, um estudo conduzido antes da implementação das novas regulamentações das atividades dos residentes revelou que a privação do sono estava associada à depressão moderada nos residentes de primeiro ano. Rosen et

al.[34] acompanharam 47 residentes de clínica médica durante todo o primeiro ano de treinamento e estudaram a prevalência de privação crônica de sono, depressão, empatia e *burnout*. Os resultados mostraram que as taxas de prevalência aumentaram ao longo do primeiro ano: privação crônica do sono de 9% para 43%; depressão de 4,3% para 29,8% e *burnout* de 4,3% para 55,3%. Os autores ressaltaram que os aspectos inerentes às atividades dos residentes que possivelmente contribuíram com os resultados obtidos, foram vivências de desamparo, pouco controle sobre o próprio tempo e dificuldade para reparar as horas de sono.

Os efeitos da carga e sobrecarga de trabalho na saúde física de médicos também têm preocupado as associações profissionais e órgãos reguladores em diversos países. Um estudo realizado com 3.604 residentes americanos apontou para um aumento significativo de peso nos residentes que dormiram regularmente 5h ou menos por noite, além do risco de desenvolver diabetes.[35-36] As variáveis hemodinâmicas e eletrocardiográficas também se mostraram alteradas em médicos durante os plantões, sendo estas associadas ao estresse da atividade.[37-38]

Privação do sono e distúrbios cognitivos

A privação do sono causada pelos plantões noturnos representa um ponto crítico nos programas de Residência Médica. Há anos este aspecto tem despertado interesse na comunidade acadêmica. Na década de 70 foi demonstrada pela primeira vez a relação entre privação do sono e funções cognitivas. Friedman et al. submeteram 14 residentes de Clínica Médica a um teste de atenção sustentada por 20 minutos, com o objetivo de detectar arritmias cardíacas em um eletrocardiograma.[39] Os resultados revelaram que os residentes, quando privados de sono, eram menos capazes de reconhecer as arritmias no eletrocardiograma, cometeram um número maior de erros e necessitaram de 7,3 minutos a mais para identificar as arritmias. Além de estudarem as funções cognitivas esses autores também estudaram os estados psicológicos e psicopatológicos dos residentes quando estavam privados de sono. Foram identificadas as seguintes alterações: depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, sentimentos de autorreferência com extrema sensibilidade a críticas, despersonalização e desrealização, inadequação afetiva geralmente associada a humor negro e déficit de memória recente.[40]

Duas hipóteses foram discutidas pelos autores, sendo a primeira de que a Residência Médica é como um rito de iniciação, o residente é estimulado pelos seus superiores a tolerar desafios e sofrimentos: "Eu passei por isto, logo você também deve passar", e a segunda hipótese é de que o residente, quando privado de sono, realiza um desejo inconsciente de possuir habilidades e poderes

que transcendem o humano. "Isto é negar as limitações humanas", é a advertência que os autores ressaltam para o tipo de eficiência que se pode esperar de uma pessoa que é mantida acordada por 36 horas ou mais.[39-40]

No Brasil, um estudo realizado com residentes de anestesia mostrou que o plantão noturno pode reduzir a latência do sono a níveis patológicos (inferior a 5 minutos).[41] Outros autores avaliaram residentes de cirurgia por um circuito fechado de TV em 33 procedimentos cirúrgicos. Os residentes que haviam dormido menos que 2 horas na noite anterior apresentaram desempenho inferior e demandaram em média 30% a mais de tempo no cumprimento das tarefas.[42] Resultado muito semelhante foi obtido quando foi avaliado o desempenho nas cirurgias laparoscópicas dos residentes de cirurgia privados de sono: maior número de erros, diminuição da atenção, memória e coordenação motora após plantão noturno.[43-45]

Uma revisão sobre erro médico em pacientes hospitalizados mostrou que alteração do desempenho clínico, incidência de erros com medicamentos e o tempo necessário para realizar tarefas que requeiram destreza manual (intubação traqueal e cateterismo vascular), aumentam significativamente com a privação do sono. Além disto, erros em técnicas e procedimentos médicos ocorrem mais frequentemente durante os plantões noturnos (20h às 8h) do que durante os plantões diurnos (8h às 20h).[46]

Resultados de um estudo nacional

Embora haja uma literatura internacional extensa sobre Residência Médica e repercussões da carga horária de trabalho, poucos estudos nacionais têm se dedicado a este tema. Foi realizado um estudo nacional – tese de doutorado – com o objetivo de conhecer o desempenho cognitivo, a ansiedade e o comportamento da pressão arterial em um grupo de médicos residentes de primeiro ano em plantão noturno de 12 horas, após atividades de rotina em estágio de enfermarias.[1]

O estudo foi realizado com residentes de clínica médica. Todos estavam submetidos a uma carga horária de 60 horas semanais estabelecidas de acordo com a legislação (Lei 6.932, de 07/06/1981).[20] O desenho deste estudo foi elaborado para ser desenvolvido no estágio de enfermarias pelas seguintes características: horários bem estabelecidos para início e término das atividades, com raras exceções; por sua duração e sequência (três meses consecutivos), muitas atividades didáticas como aulas e seminários, contato interpessoal próximo com os instrutores de ensino e demanda menor de estresse em relação aos outros estágios.

Um aspecto que merece destaque foi o número de residentes que aceitou participar do estudo. Houve adesão de 95% da amostra estudada durante todo

o estudo (38 de 40 residentes totais de primeiro ano), permitindo aos residentes serem seus próprios controles na segunda etapa.

Dentre os vários aspectos estudados, alguns resultados merecem atenção. Os residentes apresentaram o mesmo nível de ansiedade-estado no início e término do plantão. Esses níveis são classificados como normais. Foram levantadas algumas hipóteses para os resultados. O curto intervalo entre as aplicações, aproximadamente 12 horas, pode ter contribuído para a memorização das respostas, não mostrando diferença entre os dois momentos.[1]

Em relação ao desempenho cognitivo, os residentes apresentaram diferença nos domínios: atenção, memória e funções executivas. Foi possível verificar que após o plantão noturno os residentes estavam mais lentos nas tarefas que envolviam tempo, com diferenças na atenção e na memória verbal imediata. Em relação à aprendizagem verbal, os residentes precisaram de três tentativas de memorização para atingir a mesmo desempenho que obtiveram após o descanso noturno. Além disto, mostraram velocidade de esquecimento maior e efeito distrator significantes. Também após o plantão, os residentes apresentaram pior desempenho na flexibilidade cognitiva e no controle inibitório dos impulsos.[2-3]

Em relação à pressão arterial foi possível observar que na jornada com plantão noturno não houve diferença entre o período diurno e noturno, e esses níveis estavam mais elevados em relação à jornada sem plantão noturno. No plantão noturno, 76% dos residentes não apresentaram queda nos níveis pressóricos. Mesmo com valores normais de pressão arterial obtivemos diferenças significantes entre as jornadas.[4]

Os estudos internacionais encontrados na literatura mostram resultados semelhantes, porém alguns aspectos chamam atenção pela dificuldade em compará-los.[47] De modo geral, as amostras não são homogêneas, incluindo residentes de vários anos, com número pequeno de participantes e de especialidades diferentes com atividades distintas. Neste estudo nacional, a amostra foi composta por um grupo de residentes que desempenhava o mesmo tipo de atividade, com a mesma carga horária de trabalho, com pouca ou nenhuma experiência anterior e todos foram os seus próprios controles na segunda etapa do estudo.

Outra questão que merece consideração são os diversos métodos utilizados pelos estudos. Pesquisadores relatam que testes psicométricos não traduzem a realidade de um atendimento médico, tampouco às situações simuladas. Mas há que se considerar a dificuldade de realizar alguns tipos de estudos que envolvam médicos, como, por exemplo, a adesão ao estudo, a infraestrutura dos locais nos quais as pesquisas são realizadas, o tipo de trabalho que os profissionais estão desempenhando, número de horas trabalhadas, bem como o próprio delineamento dos estudos.

Esse estudo realizou avaliações em jovens residentes com rotina de trabalho muito semelhante à de médicos clínicos gerais (plantões noturnos in-

tercalados com as jornadas diurnas constituída de atendimento de pacientes em ambulatório/consultório e em unidades de internação). Esses resultados poderão ser comparados com estudos realizados em médicos de outras faixas etárias, permitindo uma análise mais aprofundada dos fatores envolvidos nas diferenças de desempenho cognitivo e das alterações cardiovasculares.[1-4]

É de suma importância que outros estudos sejam conduzidos visando ao conhecimento sobre as respostas físicas e cognitivas do plantão noturno em médicos.

Medidas preventivas

Os dados apresentados na literatura têm destacado o desgaste ocupacional sofrido pelos médicos em geral, em especial o do médico residente. Esses dados merecem atenção e devem ser cuidadosamente avaliados e considerados no planejamento de serviços e programas de Residência Médica. Recomenda-se com muita ênfase a criação de programas de tutoria e serviços de assistência psicológica e psiquiátrica a todos os residentes.[48-50]

Assim, uma especial atenção deve ser dedicada aos residentes, principalmente os residentes de primeiro ano, que devem ser alertados quanto às dificuldades que irão encontrar ao longo do treinamento e que devem sempre buscar ajuda junto aos seus supervisores e coordenadores. O primeiro ano de treinamento costuma ser carregado de expectativas e que acaba sendo com frequência uma das principais fontes de decepções e frustrações. Os residentes devem ser orientados e conscientizados a aproveitar ao máximo o tempo com atividades que não exerçam efeito deletério para a sua saúde física e mental.[6]

Como contribuição para o bem-estar ocupacional e a segurança tanto de residentes como de pacientes – principalmente com base nos estudos sobre o papel da fadiga em médicos residentes na ocorrência de erros médicos, acidentes com material pérfurocortante e acidentes automobilísticos após plantões[17-19] – recomendamos aos residentes:

1. Não assumir plantões com mais de 24 horas de trabalho contínuo;
2. Evitar dirigir veículos após os plantões, em especial os noturnos;
3. Ter atenção redobrada ao manipular instrumental perfurocortante quando estiver cansado;
4. Discutir todos os casos com os preceptores, supervisores e residentes mais experientes;
5. Não se sentir constrangido em solicitar auxílio em situações conflituosas com pacientes e familiares;
6. Pedir ajuda aos preceptores e colegas mais experientes para organizar uma lista de tarefas prioritárias no plantão;
7. Seguir as normas estabelecidas pela CNRM;

8. Procurar se alimentar antes dos plantões e se possível descansar;
9. Pedir ajuda profissional se estiver se sentindo angustiado e deprimido com as tarefas do cotidiano, em especial com os plantões noturnos.

Uma medida que deve ser destacada é a Resolução n.º 1 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que instituiu a folga obrigatória de 6 horas após o plantão noturno aos residentes de todas as especialidades que trabalharam no mínimo 12 horas.[51] Os dados apresentados na literatura nacional e internacional que evidenciam o estresse físico e psíquico sofrido pelos médicos residentes nos plantões e as suas consequências, com certeza, contribuíram para a implantação desta medida.

Os programas de Residência Médica, bem como os órgãos reguladores do exercício profissional, têm um importante papel a desempenhar nessa área, informando e estimulando o debate sobre os fatores de risco para a saúde do médico residente e seu aproveitamento durante sua especialização, adotando todos os níveis de prevenção.

Referências

1. Suozzo AC. Desempenho cognitivo, ansiedade e comportamento da pressão arterial em residentes de clínica médica em plantão noturno. São Paulo, 2011, Tese (doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
2. Suozzo AC, Malta SMTC, Tintori F, Gil G, Lacerda SS, Nogueira-Martins LA. Attention and memory of medical residents after a night on call: a cross-sectional study. Clinics 2011;66(3):505-508.
3. Suozzo AC, Malta SMTC, Rodriguez RA, Villar E, Nogueira-Martins LA . Executive functions of interns after a night on call. Rev Bras Psiquiatr 2011;33: 310-311.
4. Suozzo AC, Franken RA, Malta SMTC, Lacerda SS, Rosa RF, Nogueira- Martins LA. Blood pressure changes in residents with and without a night on call at emergency room: a cross-sectional study. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa de São Paulo 2012; 57:107-110.
5. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. Rev Assoc Med Bras 1998:44(1):28-34.
6. Nogueira-Martins LA. Residência Médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
7. Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. Rev Bras Educ Med 2010; 6:12-18.
8. Barbosa H. A residência Médica no Brasil. Residência Médica. v.6.n.1/2,p.2-12.1984.
9. Lima AMC. Residência Médica sob a óptica do Direito do Trabalho. Rev Esmesc 2010 17(23): 175-196.
10. National Academy of Sciences. Residency duty hours: enhancing sleep, supervision and safety. 2009. [on line] [Citado em 2015 Jan 12] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog/12508.html
11. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among Clinicians and safety patients. N Engl J Med. 2002;347:1249-55.
12. Steinbrook R. The debate over Residents' Work Hours. N Engl J Med. 2002; 347:1296-302.
13. Weinstein DF. Duty hours for resident physicians – tough choices for teaching hospitals. N Engl J Med. 2002; 347:1275-8.

14. Cousins N. Internship: preparation or hazing? JAMA 1981;245:377.
15. Byrnes MC, Narciso VC, Brantley L, Helmer SD, Smith S. Impact of resident work-hour restrictions on trauma care. Am J Surg. 2006; 191: 338-43.
16. Lobato RD, Fernandez-Alén J. y Alday R. La repercusión de la nueva regulación del horario laboral del residente sobre la calidad de la enseñanza en el pregrado y el postgrado. Neurocirurgia. 2008; 19:213-7.
17. Szklo-Coxe M. Are residents' extended shifts associated with adverse events? Plos Med. 2006;3(12):e497. Acesso em: 10 nov. 2012. Disponível em: http://www.plosmedicine.org
18. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Impact of extended duration shifts on medical errors, adverse events and attentional failures. Plos Med. 2006; 3:e487.
19. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med. 2004; 351: 1838-48.
20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 6.932 de 07/06/1981. Dispõe sobre as atividades do médico residentes e dá outras providências. [on line] Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09/07/1981. Acesso em: 29 out.2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm
21. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. Med Educ. 2002;36:66-72.
22. Lima FD, Buunk AP, Araujo MBJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Burnout syndrome in residents of the Federal University of Uberlândia – 2004. Rev Bras Educ Med. 2007; 31:137-46.
23. Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Assessment of quality of life, daytime sleepiness and Burnout in medical residents. Rev Bras Educ Med. 2010; 34:422-9.
24. Oliveira Filho GE, Sturn EJ, Sartorato AE. Compliances with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. Acad Med. 2005; 80:90-102.
25. Macedo PCM, Cítero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31:119-24.
26. Nogueira-Martins LA. Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. Tese (Doutorado) – São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.
27. Small GW. House officer stress syndrome. Psychosomatics. 1981; 22: 860-9.
28. Aach RD, Cooney TG, Girard, DE, Grob D, Mc Cue JD, Page MI, Reinhard JD et al. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. Ann Intern Med. 1988; 109:154-61.
29. Alves, HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3):139-143.
30. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. JAMA 2002; 287:3143-6.
31. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med.2002; 136:358-67.
32. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. Arch Intern Med. 2005; 165:2595-600.
33. Goiten L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care and education in an internal medicine residency program. Arch Inter Med. 2005; 165:2601-6.
34. Rosen IM, Gimothty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep de-

privation, mood disturbances, empathy, and Burnout among interns. Acad Med. 2006; 81:82-5.
35. Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK, Manson JE, Stapfer MJ,Speizer FE, et al. A prospective study of self-reported sleep duration and incidents diabetes in women. Diabetes Care.2003; 26:380-4.
36. Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. Sleep. 2003; 26:117-26.
37. Adams S, Roxe DM, Weiss J, Zhang F, Rosenthal JE. Ambulatory blood pressure and Holter monitoring of emergency physicians before, during and after a night shift. Acad Emerg Med.1998; 5:871-7.
38. Fialho G, Cavichio L, Povoa R, Pimenta J. Effects of 24- h shift work in the Emergency room on ambulatory blood pressure monitoring values of medical residents. Am J Hypertens. 2006; 19:1005-9
39. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. The intern and sleep loss. N Engl J Med. 1971; 285:201-3.
40. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. J Med Educ.1973; 48:436-41
41. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência do sono. Rev Bras Anestesiol. 2004; 54:694-9.
42. Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. Acad.Med. 1991; 66:687-93.
43. Grantcharov TP, Bardram L, Funch-Jensen P, Rosenberg J. Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: Prospective study. BMJ. 2001; 323: 1222-3.
44. Eastridge BJ, Hamilton EC, O'Keefe GE, Rege RV, Valentine RJ, Jones DJ, et al. Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. Am J Surg. 2003; 186:169-74.
45. Kahol K,Leyba MJ, Deka M, Deka V, Mayes S, Smith M, et al. Effect of fatigue on psychomotor and cognitive skills. Am J Surg. 2008; 195:195-204.
46. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr. (Rio de Janeiro) 2002; 78:261-8.
47. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep los and fatigue in residency training; a reappraisal. JAMA. 2002; 288:1116-24.
48. Bellodi, PL; Martins, MA.Projeto tutores: da proposta à implantação na graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev HU- USP 2001; 11:52-58.
49. Volich, RM. Os dilemas da formação do médico e os tutores na residência de clínica médica da FMUSP. Rev.HU-USP 2001; 11:59-63.
50. Marcolino JAM, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LAST. Tutoria com médicos residentes em anestesiologia: o programa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rev Bras Anestesiol 2004; 54(3):438-447.
51. Brasil. Secretaria de Educação Superior.Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução n.º 1, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Seção I, p.25.

Seção 2

Saúde mental do médico

6 A saúde mental do médico jovem

Arthur Hirschfeld Danila

O médico dificilmente pensará com cuidado a saúde de seus pacientes se ele negligenciar a sua própria.

Galeno, 130-200 d.C.

O médico jovem brasileiro e o panorama demográfico atual

O debate sobre a definição da faixa etária que compõe a juventude brasileira é recente. Partindo da discussão sobre juventude promovida pela publicação da Lei n.º 11.129, de 2005,[1] a Constituição Federal brasileira passou a considerar cidadão jovem aquele com idade de 15 a 29 anos completos, após a aprovação, em 2010, da Proposta de Emenda Constitucional n.º 65,[2] conhecida como PEC da Juventude. Os dados populacionais mais recentes mostram que essa população atinge a marca dos 51 milhões, o que corresponde a 26% dos quase 200 milhões de cidadãos brasileiros.[3]

Se essa discussão já logrou êxito na delimitação da idade da população juvenil brasileira, ainda não é clara a definição da faixa etária que compreende o grupo dos médicos jovens. A análise da variável *idade* na curva de progressão da carreira médica, assim como em outras áreas, permite estabelecer dois públicos distintos no tocante à relação com o trabalho e à vida pessoal. O mais jovem seria aquele no início de carreira, muitas vezes ainda envolvido em seu desenvolvimento acadêmico científico e em um período de transição para a prática profissional plena.

Na literatura internacional, é possível encontrar dois termos em inglês para descrever as populações médicas de menor idade. A denominação *junior doctors* – médicos juniores – comporia o público de médicos que ainda estaria em treinamento – na Residência ou em outra modalidade de aperfeiçoamento profissional – ainda necessitando de supervisão para a atividade assistencial. Já o termo *young doctors* – médicos jovens –, segundo a definição da Associação Médica Americana, representaria a população médica já graduada e em exercí-

cio pleno da Medicina, com menos de 40 anos de idade ou em seus primeiros oito anos de prática profissional.[4]

No Brasil, tendo em vista que a média de idade de entrada do estudante de Medicina é de 19 a 20 anos e que o curso apresenta duração de seis anos, o médico generalista egresso das escolas médicas seria aquele a entrar no mercado a partir da metade da terceira década de vida. Considerando que a formação médica cada vez mais pressupõe a sua complementação por meio da especialização em programas de Residência Médica, cuja duração varia entre três e cinco anos, o médico jovem especialista finaliza sua formação por volta dos 30 anos de idade. Dessa maneira, adaptando-se o modelo proposto do grupo de *young doctors* para a realidade brasileira, cuja graduação em Medicina é dois anos mais curta que a americana, arbitrariamente passou-se a considerar a população médica jovem aquela composta por profissionais em seus primeiros dez anos de prática profissional ou idade menor de 40 anos.

A população médica brasileira tem apresentado crescimento exponencial nas últimas quatro décadas, significativamente maior que a população geral. Se em 1970 havia 58.994 médicos no país, em dezembro de 2012 somavam-se 365.231 médicos em atividade,[5] o que representa aumento de mais de 600% nesses anos. Como forma de comparação, no mesmo período, a população brasileira cresceu apenas 104,8%.[6]

Esse aumento expressivo da população médica brasileira acarreta mudanças no perfil etário. Considerando o tempo de trabalho ativo dos médicos brasileiros em torno de 45 anos, o efeito cumulativo do rápido crescimento dessa população conduz ao alargamento da base da sua pirâmide etária. Estudos mostram que a safra de médicos brasileiros com menos de 40 anos de idade já corresponde a 42% de todos os profissionais em atividade no país. Esse comportamento demográfico proporciona efeito relativo de rejuvenescimento da população médica, com repercussões na assistência ainda não avaliadas no longo prazo.

O aumento exponencial da população médica nos últimos anos é resultado da abertura desenfreada de faculdades de Medicina. Apesar das dificuldades para a implementação de uma escola médica, dadas as suas particularidades no que tange aos cenários de prática e aprendizagem, não se observa receio pelo governo brasileiro em autorizar a abertura de mais escolas médicas. Se em 2012 contabilizavam-se 197 instituições de ensino médico,[5] em 2014 chega-se à marca de 234, com participação de 45,7% de escolas do setor público e 54,3% privadas. Apenas no Estado de São Paulo somam-se 39 faculdades de Medicina. Esse efeito acarreta o aumento da oferta de vagas, como se pode perceber, de 16.800 em 2011 para 20.519 em 2014.[7-8]

Como recurso de mapeamento da distribuição de médicos em um determinado país, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a razão de médico por número de habitantes. Mesmo sendo uma medida que varia em função das especificidades do sistema de saúde em questão e da relação público-pri-

vado, esse é o índice mais difundido mundialmente. Países como Canadá e os Estados Unidos, apesar de apresentarem sistemas de saúde distintos, exibem relação de 2 a 2,5 médicos por mil habitantes. Por semelhança em extensão territorial, salvaguardadas as diferenças dos sistemas de saúde entre esses países, julga-se que seria desejável uma razão de 2 a 2,5 médicos por mil habitantes para uma assistência médica de qualidade no Brasil.[9]

Com a lei n.º 12.871,[10] que institui o programa Mais Médicos, é esperada a criação de mais 11 mil vagas de graduação, e se propõe a universalização da Residência Médica a todos os egressos das escolas médicas até 2018, com forte crescimento de vagas de Residência de Medicina da Família e Comunidade. Mesmo desconsiderando a ampliação de vagas de graduação proposta pelo programa Mais Médicos, projeções estatísticas estimam excesso de médicos a partir da década de 2030 – quando o país atingiria razão de 2,7 médicos por mil habitantes –, com cenário ainda mais exacerbado a partir dos anos 2040, quando, além da manutenção da taxa de crescimento médico – que então contará com índice de 3,3 médicos por mil habitantes –, é previsto o início do movimento de queda populacional no país.[5] É evidente, portanto, que o crescimento exponencial da população médica no país produzirá um excedente de profissionais já nas próximas décadas.

Ainda assim, a preocupação com o crescimento populacional médico não é só observada em termos quantitativos. Observa-se também grande disparidade na oferta de médicos nas diferentes regiões do país. Enquanto as regiões Norte e Nordeste formam cerca de 20% do total de médicos e oferecem apenas 12% do total de vagas para o primeiro ano de Residência Médica, somente a região Sudeste forma mais de 60% dos médicos brasileiros e oferece cerca de 62% do total de vagas para os primeiranistas de Residência – especialmente no Estado de São Paulo. Sabendo-se que a Residência Médica é um dos principais fatores de fixação do médico jovem, resulta deste fato um vetor de migração de egressos das escolas médicas de todo o país para a região Sudeste, muitos dos quais terminam por se estabelecer nos locais onde concluíram sua Residência Médica, acirrando a competição por vagas de trabalho nos grandes centros e causando falta de cobertura médica nas regiões de origem. Tal situação também se reflete, em menor escala, na distribuição de profissionais dentro de um mesmo Estado, nas áreas rurais e nos grandes centros, em cidades maiores e menores, entre áreas centrais e periféricas das regiões metropolitanas e entre a assistência pública e privada.

O médico jovem e as transformações do mercado de trabalho brasileiro

A discussão sobre saúde no Brasil tem ganhado maior destaque recentemente. Um exemplo disso é o estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, antes das manifestações que tomaram as ruas em junho

de 2013, que revelou que as principais reivindicações da população jovem brasileira são por melhorias na educação e saúde.[11] Para atender a essa demanda, o governo tem criado programas com ações focadas na modulação do mercado de trabalho de saúde e intervenção no modelo de educação médica, sem, no entanto, considerar investimentos na formação dos profissionais e na infraestrutura dos locais de trabalho.

Inserido no contexto das transformações socioeconômicas e culturais por que passa o país, o médico jovem, após passar por vários processos seletivos, do vestibular às especialidades, enfrenta com cada vez maiores dificuldades o desafio de se colocar no mercado de trabalho. Por um lado, não mais atua no exercício liberal, trabalhando onde quer, escolhendo seus horários e a remuneração que determinar, como demonstra pesquisa que, nos anos 1995 a 2000, constatou redução de cerca de 20% nas atividades de consultório realizadas pelos médicos do Estado de São Paulo.[12] Por outro, é parte integrante cada vez maior de organizações públicas e privadas, em cujos setores é observada tendência crescente de contratação precária de trabalho como pessoa autônoma ou parte de empresas terceirizadas que prestam serviços para os centros de atendimento.[6]

De fato, independentemente do setor de trabalho – público ou privado – cada vez menos garantias e perspectivas de crescimento são oferecidas aos médicos jovens. Isso acontece principalmente em função do aumento da intervenção do Estado e do mercado sobre a profissão médica, por meio da expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do segmento privado – regulamentado notavelmente por planos e seguros de saúde. Envoltos neste cenário, os médicos acabam adotando diferentes modalidades de atuação. Atualmente, a maioria apresenta vínculos públicos e privados, cumpre carga horária de trabalho excessiva, geralmente superior a 50 horas semanais – quase um terço trabalha mais de 60 horas por semana – e acumula vários empregos, atuando, em média, em pelo menos três diferentes locais de trabalho.[13]

Para melhorar a assistência em saúde nas regiões carentes do Brasil, o governo federal tem criado programas que apostam na força de trabalho de médicos recém-formados, algo cujas repercussões o Reino Unido já discutia na década de 1990.[14] Tais programas governamentais, apesar de oferecer remunerações convidativas, não trazem a preocupação com o investimento em infraestrutura para o atendimento, não apresentam perspectiva de progressão na carreira, precarizam o vínculo empregatício e desoneram os municípios pela responsabilidade de fixação dos profissionais, pois os médicos desses programas são contratados por meio de bolsas de estudo pelo governo federal, deixando de fazer parte do quadro formal de funcionários municipais. Como consequência, além de não se resolver o problema de assistência nos rincões do país – pois os jovens não se sentem suficientemente valorizados para esse tipo de trabalho –, torna-se previsível que os médicos jovens sejam aqueles que se submetam a condições

mais precárias de vínculos empregatícios, seja em plantões de serviços de emergência nas periferias dos grandes centros, ou em unidades de atenção básica no interior, nas quais não há locais de atendimento com infraestrutura adequada.

Ainda que haja a precarização do vínculo assalariado no serviço público, com o abandono da contratação pelo regime estatutário, na rede privada o cenário também não é favorável. Neste setor, predomina a contratação de médicos via organização de terceiros – empresas de profissionais liberais ou cooperativas de médicos – ou como profissionais autônomos – ou seja, como pessoa física que recebe por serviços prestados sem qualquer vínculo empregatício.

Dessa maneira, em ambos os setores, o que se observa são estratégias para camuflar a vinculação regular de trabalho – para evitar os encargos previdenciários e sociais decorrentes – com crescimento de vínculos informais. Esta distorção do mercado é das mais preocupantes, pois os médicos com menor preparo técnico assumem tarefas, no caso das emergências e mesmo em atenção primária, nas quais se requer conhecimento especializado e experiência profissional, sem o respaldo normalmente previsto nos contratos formais de trabalho.

Mas não é somente nas relações trabalhistas que se enxerga movimento de precarização. Na tentativa de aumentar a outorga de médicos no mercado, os programas governamentais também acabam por interferir nos processos de formação e prática médica. O que se percebe é uma política de aumento desenfreado de escolas médicas e vagas de Residência Médica, sem a preocupação com a qualidade da formação, da especialização e da educação permanente desses profissionais. Sem o devido investimento em infraestrutura dos locais de formação e desconsiderando o tempo necessário – estimado em pelo menos dez anos – para que uma intervenção na formação possa se fazer sentir na assistência, não se pode deixar de temer a ampliação descomedida de vagas e as suas repercussões, sobretudo no atendimento à população, vitimada pelo baixo rigor no investimento e qualidade necessários para o processo educacional dos jovens médicos.

Afora as transformações socioeconômicas, com o avanço da tecnologia e ciência médica, aumentam-se as expectativas com relação à atuação médica. Cada vez mais se espera que os médicos sejam competentes em uma vasta série de papéis que ultrapassam aquele primordial de confortador do sofrimento. A confiança no desenvolvimento tecnológico e científico coloca sobre esses profissionais a esperança quase plena de cura, mesmo quando não há tratamentos contundentes para se garantir tais resultados. Além disso, enquanto a formação médica ainda apresenta entraves no desenvolvimento de ferramentas do campo das humanidades, é crescente a demanda populacional por uma prática médica cada vez mais empática, ética e responsável – tanto no âmbito preventivo quanto em situações de maior complexidade – em um espectro de atenção em saúde cada vez de mais longo prazo.[15]

Por fim, além das exigências da população e da precarização das relações trabalhistas oferecidas, os próprios médicos em parte contribuem para o aumento de expectativas de recompensa de sua profissão. Muitos entram nas escolas médicas iludidos pelo prestígio social e padrão de remuneração que outrora já desfrutou a Medicina, mas que hoje não apresenta as mesmas condições. Deslumbrados pela suposta qualidade de vida, status e retorno financeiro alcançados pelos seus colegas seniores, os médicos jovens acabam por sobrecarregar-se no trabalho, para atingir tal padrão de gratificação ou reverência social.

Considerações psicodinâmicas do trabalho e relações com a saúde mental

O trabalho desempenha papel importante na formação da identidade pessoal. Ele aparece como o mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica. Sendo a identidade entendida como processo vinculado à noção de alteridade, que se desenvolve ao longo da vida do sujeito, é justamente na relação com o outro – em processo de busca de semelhanças e de diferenças – que se constrói a identidade individual e social, a singularidade em meio a diferenças do coletivo.

O trabalho possibilita o confronto entre o mundo externo e interno do trabalhador. O mundo objetivo – com suas lógicas, desafios, regras e valores – por meio das relações de trabalho, entra em conflito com o mundo subjetivo – com suas características pessoais únicas, singulares – gerando sofrimento psíquico. No entanto, o trabalho pode ser também a oportunidade central de crescimento, fonte de prazer e de desenvolvimento humano do trabalhador. Fica evidente, portanto, que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como espaço de neutralidade subjetiva ou social.

Ainda, são cada vez mais evidentes as interferências do trabalho para além de seu espaço restrito na vida profissional, influenciando outras esferas da existência do trabalhador. O desenvolvimento de identidade e a transformação do sofrimento em prazer estão diretamente relacionados aos mecanismos de reconhecimento decorrentes do olhar do outro. Quando o reconhecimento do trabalho não existe, a desvalorização consequente se estende a outros espaços da vida cotidiana dos trabalhadores, contaminando o tempo do não-trabalho.

Em um mundo com tendências cada vez mais individualistas, vislumbra-se a falência do desenvolvimento de estratégias defensivas contra o sofrimento, que passariam pela cooperação entre trabalhadores na luta contra o sofrimento produzido pelas coações do trabalho: o medo de se acidentar, das agressões provenientes dos clientes e da demissão; a angústia de não seguir os limites de

tempo impostos; o sofrimento proveniente da repetição contínua e do aborrecimento; o receio da dominação e da autoridade exercidas pela hierarquia, entre tantos outros.

Dessa maneira, pode-se inferir que não são as estruturas psíquicas individuais que estão mais frágeis do que outrora, mas é a erosão das estratégias coletivas de defesa que constitui uma perda considerável de recursos para a saúde do trabalhador. Afinal, a proteção da saúde mental não depende apenas do talento de cada indivíduo, por meio de suas defesas maleáveis e eficientes; essa proteção passa também por estratégias coletivas de defesa, que visam garantir resistência aos efeitos psiquicamente desestabilizadores do trabalho.

Aproveitando-se do pensamento difundido por Hannah Arendt em seu livro *As origens do totalitarismo*, pode-se intuir que as novas patologias relacionadas ao trabalho são, antes, patologias da solidão. O assédio moral, por exemplo, não pode ser considerado uma questão nova, afinal, sempre houve a perseguição aos trabalhadores subordinados. O que tem mudado é como se reage diante destas perseguições, pois cada vez menos há solidariedade. A solidão e o abandono fazem crescer demasiadamente as patologias decorrentes do trabalho, pois se torna psicologicamente muito mais difícil suportar a injustiça do que quando se pode contar com a cumplicidade dos colegas.

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações.[16]

Início da prática profissional e vulnerabilidade psíquica do médico jovem

Há no inconsciente coletivo da população médica a expectativa de que o profissional de saúde seja psiquicamente inabalável. Qualquer sinal de fraquejo pode sugerir a fragilidade de acesso aos recursos necessários para o adequado tratamento de seus clientes. Buscando romper com essa crença, Carl Gustav Jung, psiquiatra do início do século XX, descreve o conceito do arquétipo do curador ferido na busca de explicações para o mistério da cura. Apropria-se do mito de Esculápio – o paradigma do médico ferido – e Quíron, para desenvolver a ideia paradoxal de que para que o tratamento de fato aconteça, o curador acabará permanecendo doente ou ferido.[17] De posse desse paradigma e com o seu desenvolvimento por sucessivos outros autores, torna-se atualmente bastante relativizada a concepção da necessidade de impermeabilidade psíquica do médico como atributo fundamental para a prática médica, ainda que alguns profissionais teimem em sustentá-la.

Sabe-se que a maior parte das doenças é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dentre as doenças que acometem o trabalhador, os transtornos mentais e do comportamento afetam indivíduos em todas as idades, países, e causam sofrimento às famílias e comunidades. Na maior parte dos casos, esses transtornos podem ser tratados, possibilitando às pessoas uma vida plena e produtiva em suas respectivas comunidades.

Quando comparados com a população geral, os médicos desenvolvem padrões adaptativos inadequados diante da ocorrência de alguma doença. Ausentam-se do trabalho menos vezes, ao trabalhar mesmo em condições de saúde impróprias, autoprescrever ou buscar auxílio informal a colegas ao invés de agendar uma consulta formal. Há muitos supostos obstáculos ao agendamento de uma consulta: encontrar um horário para tal; preocupações sobre a confidencialidade; e a noção de que o reconhecimento de uma doença é um sinal de fraqueza. Poucos médicos têm um clínico geral ou médico da família de referência, e a maioria não tem ideia clara do papel do Serviço de Saúde Ocupacional no auxílio de doenças relacionadas ao trabalho. Este cenário é visto como inapropriado, especialmente em casos de doença mental. [18]

Com as transformações sociais e a precarização das relações trabalhistas na Medicina, além da crescente vertente individualista no ambiente de trabalho, a saúde mental do médico, sobretudo do profissional jovem, tem se tornado mais frágil. Quer seja pela sua característica de profissão liberal, quer seja ao trabalhar em locais que oferecem pouca estrutura para o profissional – que muitas vezes nem é diretamente contratado pelo serviço no qual atua –, por vezes o médico jovem não conta com assistência em saúde, muito menos em saúde mental. Ainda, mesmo que conte com auxílio da Medicina do trabalho, o profissional que inicia a carreira tende a procurar menos ajuda, entre outros fatores, pela sobrecarga de trabalho que impede o acesso deste serviço, e pelo medo de ser identificado entre seus pares como vulnerável e fraco.

Diante deste cenário, preocupação crescente tem sido dada em relação à saúde e condições de trabalho dos médicos jovens. Boa parte desta preocupação tem-se centrado não somente na extensa carga horária executada, mas também em outros aspectos supostamente estressores do trabalho, por exemplo, as demandas emocionais dos clientes sob seus cuidados e as expectativas do futuro profissional.

No entanto, ainda são poucos os estudos prospectivos sobre o tema, sendo que os existentes apresentam limitações, especificamente a baixa taxa de resposta no segmento, o tamanho pequeno da amostra e curto período de observação. A maioria dos estudos mostrou que a prevalência de transtornos mentais, especialmente relacionados ao estresse pelo trabalho, ansiedade e depressão, foram mais elevados nos primeiros anos após o término da formação médica.

Os resultados também revelaram que os fatores individuais – tais como antecedentes familiares, traços de personalidade (neuroticismo e autocriticis-

mo) e resistência para aguentar o sofrimento ao pensá-lo de forma positiva – assim como fatores contextuais – incluindo estresse percebido pelo excesso de trabalho, pressão emocional, trabalho em cuidados intensivos e estresse fora do trabalho – muitas vezes eram preditivos da ocorrência de transtornos mentais comuns e severos, aumento da ocorrência de sintomas somáticos, piora no rendimento cognitivo e de memória, redução da qualidade de performance profissional por prejuízo na tomada de decisões e aumento de sintomas de disfunção social na população de médicos jovens.[19-20]

Classicamente, os problemas de saúde mental mais frequentes entre a população médica são a síndrome de *burnout*, depressão – inclusive com alta prevalência de ideação, planejamento e ato suicida –, ansiedade, transtornos relacionados ao estresse e ao uso de substâncias. Um estudo desenvolvido no sistema de saúde público do Reino Unido, com mais de 11.000 entrevistados, mostrou que 26,8% dos trabalhadores dos serviços de saúde – com destaque para médicos, enfermeiros e gestores – relataram níveis significativamente maiores de transtornos psiquiátricos comuns, em comparação com 17,8% das pessoas da população geral.[21]

A síndrome de *burnout* é um transtorno descrito na década de 1970, a partir da suposição de que existe na sociedade moderna uma tendência individual a se incrementar a pressão e estresse ocupacional, sobretudo nos serviços assistenciais. O contato constante com pessoas doentes produziria nos profissionais médicos um conflito entre a mística profissional, a satisfação ocupacional e a responsabilidade frente aos clientes. Investigações nas décadas subsequentes ampliaram o conceito para incluir fatores materiais, biográficos, satisfação ocupacional, carga de trabalho, ambiguidade de papéis no trabalho, expectativas no emprego, bem como variáveis demográficas como idade, sexo e estado civil. A composição da síndrome de *burnout* inclui três dimensões clinicamente observáveis: cansaço ou esgotamento emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.

Apesar do conceito de *burnout* ser criticado pela sua dificuldade em distingui-lo de outros transtornos mentais relacionados ao trabalho, alguns estudos têm tentado discriminá-lo de outros transtornos psiquiátricos, como depressão, tédio, alienação, ansiedade, insatisfação laboral, neurose existencial e desencanto. Apesar da depressão poder aparecer frente a qualquer contexto, inclusive justaposta ao *burnout*, este apresenta etiologia proveniente do contexto ocupacional. Trata-se, portanto, de um construto social que se desenvolve a partir das relações laborais e organizacionais, ao contrário da depressão, que delineia conjunto de emoções e cognições intrínsecas que repercute nestas relações.

Os médicos jovens estariam, naturalmente, mais vulneráveis ao desenvolvimento de *burnout* em função do tipo de trabalho realizado – a depender da especialidade escolhida –, maior carga horária, privação do sono, relações interpessoais mais tensas no ambiente de trabalho e a maior autocobrança

pelo desempenho ocupacional e pessoal. Um estudo longitudinal, durante três anos, realizado com mais de 300 médicos no Reino Unido revelou que o cansaço emocional e o estresse mostraram casualidade recíproca: altos níveis de cansaço emocional produzem estresse, e estresse produz cansaço emocional. Outros achados incluíram a relação de alto comprometimento pessoal com o aumento dos níveis de estresse, e ocorrência de despersonalização como fator protetor.[22] Outro estudo revelou maior prevalência de angústia entre médicos jovens quando comparados com diferentes faixas etárias de médicos de um mesmo hospital – 61,9% em médicos com idade menor de 35 anos e 49,4% com mais de 59 anos – e entre a posição funcional – 63,8% entre os médicos jovens e 24,6% entre os médicos chefes dos serviços.[23]

A sobrecarga de trabalho pode ocasionar inclusive a morte, como já descrito na patologia denominada *Karôshi*. Trata-se de uma morte súbita, geralmente causada por acidente vascular cerebral, às vezes por acidente vascular cardíaco, que sobrevém em indivíduos com menos de 40 anos, sem qualquer histórico de risco para doenças cardiovasculares. Em outros termos: a única causa que pode ser considerada é a sobrecarga de trabalho, com uma jornada que ultrapassa, geralmente, as 70 horas semanais. Inicialmente reconhecido e descrito como um problema de saúde e uma questão social no Japão na década de 1970, ainda são poucos os estudos acadêmicos sobre o tema, não há estudos em população de médicos jovens, ainda que a prevalência e abrangência em todos segmentos populacionais tenha aumentado nos últimos anos, se estendendo a países ocidentais com impacto social igualmente importante.[24]

A depressão é um dos transtornos mentais relacionados ao trabalho mais prevalentes na população médica. Caracteriza-se por humor deprimido, perda de interesse e prazer em atividades, energia reduzida e fatigabilidade aumentada. Em sua apresentação leve, mesmo permanecendo no trabalho, o indivíduo pode sofrer acentuada queda de rendimento. Nos episódios moderados e graves, o desempenho profissional pode estar seriamente comprometido, acarretando, na maioria dos casos, o afastamento do ambiente de trabalho. No âmbito do trabalho, estudos apontam as relações com os médicos mais experientes e os clientes como os principais fatores desencadeantes do transtorno, seguidas da ocorrência de erros e conflitos da carreira com a vida pessoal.[25] Traços de personalidade dependente, fraca performance no teste de realidade e autocriticismo foram preditores expressivos na ocorrência de depressão em médicos após dez a quinze anos de formatura.[26-27]

Médicos são população de risco para ocorrência de ideação, tentativa e ato suicida.[28] A ideação suicida é um fator de risco suicida conhecido, no entanto, estudos sobre prevalência e preditores de ideação suicida entre médicos jovens são escassos, e a questão só é tratada em alguns estudos. Em estudo realizado com estudantes de Medicina e médicos no primeiro ano após a formatura revelaram que o sofrimento psíquico nos médicos recém-formados

foi o preditor de pensamentos suicidas mais importante, além de estresse no trabalho, traços de personalidade (neuroticismo), estado civil solteiro, gênero, apoio social, e ocorrência de eventos traumáticos. Apesar da ocorrência de pensamentos suicidas ter sido alta, as tentativas foram pouco frequentes, o que sinaliza a importância de dirigir esforços assistenciais preventivos em saúde mental para essa população.[29]

Os transtornos de estresse – reação aguda ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de ajustamento – relacionados ao trabalho ainda são condições pouco estudadas no Brasil. O nexo relacional entre TEPT e trabalho começou a ser desenvolvido a partir de estudos na década de 1970, em populações compostas por seguranças, bombeiros e profissionais de saúde que atendiam nos cenários de urgência. Trata-se de uma condição de instabilidade emocional consequente à exposição a situações traumáticas ocorridas dentro do ambiente laboral. Dentre os sintomas mais prevalentes na apresentação clínica do TEPT estão a relembrança do evento traumático por meio de sonhos sobre o tema ou *flashbacks* recorrentes, entorpecimento ou esforço para se evitar contato com o assunto ou situações relacionadas ao trauma, e hiperatividade, distúrbios do sono ou irritabilidade diante da lembrança do evento. Sendo a população médica jovem a que mais se expõe a trabalhar em serviços de emergência e urgência – geralmente em longos turnos em esquema de plantão –, e sendo essa população a que menor vivência profissional apresenta para lidar com casos dramáticos, não é difícil imaginar que essa população esteja mais exposta ao risco de desenvolver transtornos relacionados ao estresse, como TEPT.[24]

Resultados contrastantes são observados no tocante à prevalência de transtornos relacionados ao uso de substâncias entre a população médica e os efeitos do trabalho na contribuição dessa prevalência. Um estudo sobre o uso de álcool entre médicos jovens mostrou que as jornadas extensas de trabalho ocasionaram oportunidade limitada para consumir essa substância, o que teria reduzido a quantidade de álcool ingerida por essa população.[20] Ainda que inicialmente estudos preliminares afirmassem uma maior prevalência de dependência química entre médicos nas várias faixas etárias, esses dados não se confirmaram nos estudos posteriores, que apontam prevalência de dependência de substancia igual à da população geral.[30] No entanto, quando se avalia o uso nocivo – ou seja, o abuso de substâncias –, estudos apontam prevalência tão ou mais frequente quando comparado com a população geral.[31] Como consequência mais comum desses transtornos, observa-se o prejuízo nas relações interpessoais e familiares e na qualidade da assistência aos pacientes. Ainda assim, observa-se considerável demora para buscar auxílio profissional, de cerca de 6,5 anos após início dos transtornos envolvendo substâncias.[32]

Estudos buscando características associadas a melhores níveis de bem-estar subjetivo encontraram personalidade extrovertida, forte apoio social,

ocorrência de casamento e a presença de religião ou fé. A presença de filhos poderia afastar a ocorrência de despersonalização e *burnout*. Idade, atração física e renda além do necessário para satisfazer as necessidades básicas não foram relacionadas a um efeito positivo sobre a felicidade, sendo a preferência pela alta renda, sucesso no trabalho e prestígio em detrimento de amigos e casamento esteve fortemente associada à infelicidade. Torna-se importante, portanto, conhecer essas interações no intuito de incentivar a ocorrência de relacionamentos pessoais desde a idade mais tenra, como forma de promoção da saúde do profissional médico.[33]

Breves considerações sobre a saúde mental da mulher médica jovem

Na questão de gênero, o perfil populacional dos médicos está passando por uma transformação histórica. A partir de 2003 encontra-se taxa de ingresso de mulheres em cursos de Medicina maior que de homens, e a partir de 2009, pela primeira vez, se inscreveram no Conselho Federal de Medicina mais profissionais do sexo feminino. Um estudo realizado em 2011 constatou que, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria: dos 48.569 médicos nessa faixa etária, 53,31% são mulheres e 46,69% são homens.[8]

O estudo sobre o gênero no campo do estresse laboral é recente. Em grande parte dos estudos em saúde tem sido feita uma abstração do gênero ou seu efeito tem sido controlado. Este fato parece ocasionar uma escassa referência sobre esta variável, bem como a existência de um corpo de investigações que, na busca da associação entre enfermidade e estresse no trabalho, acaba por reforçar estereótipos.

O gênero pode ser confundido com diversas variáveis: prestígio profissional, salário, trabalho em tempo parcial ou integral, estado civil, educação, carga global de trabalho e responsabilidade do cuidado de familiares. É preciso levar-se em conta essas variáveis quando se quer avaliar o efeito de gênero na saúde mental do trabalhador.[34]

No âmbito da instituição médica, apesar da luta pelos direitos femininos, ainda é observada a presença de um certo "machismo", mesmo que de forma inconsciente e camuflada. Apenas cinco especialidades (pediatria, ginecologia, clínica geral, cardiologia e dermatologia) das 53 reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina concentram 60% do contingente feminino, o que demonstra baixa dispersão dessa população em especialidades tradicionalmente compostas pelo público masculino – como as cirúrgicas, por exemplo. Ainda, o rendimento financeiro das mulheres se concentra na faixa de renda mais baixa quando comparado com os profissionais do sexo masculino, e a ocupação acontece principalmente em empregos da esfera pública, com menor

participação em consultórios particulares, plantões e no setor privado – locais nos quais a remuneração é costumeiramente maior.[35]

Fatores que justificam a preferência do trabalho público pela mulher são a garantia de direitos trabalhistas – como licença-maternidade, abono de faltas e férias – e maior flexibilidade quanto ao horário de trabalho – ao permitir que possa se destinar tempo para atividades da casa e da família. Enquanto alguns estudos apontam efeito da sobreposição de responsabilidades profissionais e domésticas como precursor de sobrecarga emocional – especialmente quando os filhos ainda são pequenos, o que acontece na faixa etária das médicas jovens –, outros estudos, ao observarem crescimento progressivo de escolha das médicas por especialidades com maior carga de trabalho – como ginecologia e obstetrícia e até cirurgia –, mostram que barreiras estruturais na combinação de cuidado familiar e carreira médica não explicam totalmente a orientação de fluxo laboral dessa população.[36, 37] Ainda, na literatura, alguns estudos mostram mais efeitos benéficos que adversos para a saúde mental da combinação de trabalho remunerado e doméstico; o que diferenciaria o impacto dos efeitos benéficos desse acúmulo de papéis entre homens e mulheres seria quanto à natureza e extensão dos conflitos entre trabalho e cuidados domésticos, ao suporte social obtido no trabalho, às atribuições de responsabilidade nos problemas conjugais e aos sentimentos de culpa e autoavaliações da atuação como pais e cônjuges, quando comparadas com os homens.[34]

Uma metanálise sobre estresse no trabalho e ocorrência de suicídio aponta que as médicas apresentam níveis mais elevados em ambas as condições do que seus colegas do sexo masculino. A taxa relativa de ocorrência de suicídio entre médicos do sexo masculino em comparação com a população em geral é de 1,41, enquanto entre médicas do sexo feminino essa proporção atinge os 2,27, o que revela dados contrastantes com os da população geral, que conta com maiores taxas de suicídio entre homens quando comparadas às mulheres.[38]

Apesar de serem necessários mais estudos vocacionados a entender as escolhas profissionais e aspectos de saúde mental relacionados ao trabalho na população de mulheres médicas, atenta-se para o fato de que a presença de profissionais do sexo feminino se torna cada vez mais evidente no mercado de trabalho, sobretudo entre a população médica jovem. Destaca-se, dessa maneira, a relevância e necessidade da discussão mais aprofundada das repercussões na saúde mental relacionadas ao gênero na prática médica.

Considerações finais

Apesar de ser clara a distinção entre os desafios, oportunidades e interesses da população médica jovem quando comparada à população com maior experiência profissional, ainda não há consenso sobre a delimitação da faixa etária

que compõe essa população. Com o objetivo de adaptar à realidade brasileira os conceitos propostos internacionalmente sobre a população médica jovem, adota-se no Brasil, arbitrariamente, a definição do público médico com menos de 40 anos de idade, ou em seus primeiros dez anos de atividade profissional.

São poucos os estudos em quantidade e consistência que objetivam a análise dos determinantes de saúde mental dessa população. Torna-se difícil, portanto, a caracterização e discussão de suas relações e implicações, acarretando dificuldades para a formulação de diretrizes preventivas e assistenciais para esse público.

Ao mesmo tempo, em função do crescimento exorbitante de faculdades de Medicina, a faixa etária correspondente aos médicos jovens vem ocupando posição de relevância no panorama demográfico médico brasileiro, correspondendo atualmente a 42% de toda a população médica do país.

Diante desse crescimento, realça-se a necessidade de se pensar novas políticas de planejamento e regulação da formação, processo de trabalho e organização dos serviços de saúde, considerando-se as particularidades dessa população. Intervenções em aspectos como a duração do tempo de atividade profissional, jornada de trabalho semanal, multiplicidade de vínculos, escolha de especialidades médicas segundo gênero, somados à falta de preocupação com a melhoria da infraestrutura dos locais de atendimento – que acabam por expor o médico em início de carreira a situações estressoras sem o suporte adequado – precisam ser realizadas, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade ao adoecimento psíquico dessa população, por conta do trabalho.

Ainda, estudos robustos de caráter prospectivo precisam ser elaborados, para que se possa evidenciar possíveis efeitos dependentes da idade na saúde mental do profissional médico. Tal abordagem permitiria que se testasse qual intervalo de tempo e quais os fatores de influência que podem diminuir a prevalência de transtornos mentais ou aumentar as suas possibilidades de recuperação, nas diferentes faixas etárias desse contingente populacional.

Há também que se repensar o estímulo subliminar para o estoicismo, distanciamento emocional e impermeabilidade ao adoecimento psíquico na população médica. Se isto é um fenômeno cultural desenvolvido durante a graduação ou Residência Médica, ou simplesmente devido à pressão do trabalho e à falta de estrutura para abordagem física e psíquica dos médicos jovens, há que se priorizar essa discussão. Não fazer isso é colocar em risco a saúde dos próprios médicos, o bem-estar de seus colegas e familiares e, sobretudo, o cuidado ao paciente.

Referências

1. Brasil. Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Acesso em: 18 de nov. 2015. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6698.
2. Brasil. Constituição(1988). Emenda Constitucional n.º 65, de 13 de julho de 2010. Acesso em: 18 nov. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm. Acessado em 20 de junho de 2014.
3. Juventude levada em conta – Demografia. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos, Governo Federal, Presidência da República; 2013. 45 pp.
4. American Medical Association. About Us. Acesso em: 18 de jun. de 2014. Disponível em: http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/young-physicians-section/about-us.page?.
5. Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. Relatório I. São Paulo; 2013.
6. Demografia Médica no Brasil – Volume 2: Cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2013. 255 p.
7. Nassif ACN. Escolas Médicas do Brasil. Acesso em: 29 jun. 2014. Disponível em: http://escolasmedicas.com.br/estat.php.
8. Demografia Médica no Brasil – Volume 1: Dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2011. 118 p.
9. Simões JC. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? Rev. Med. Res. 2011;13(4).
10. Brasil. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Acesso em: 29 de jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
11. Juventude levada em conta – Demografia. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos. 2013; 45 p.
12. Souza EN. O mercado de trabalho e o médico jovem. In: Guimarães KBS, organizador. Saúde mental do médico e do estudante de Medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007; 232 p.
13. O trabalho médico no Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007; 23 p.
14. McKee M, Black N. Does the current use of junior doctors in the United Kingdom affect the quality of medical care? Soc Sci Med. 1992;34(5):549-58.
15. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003
16. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Brasília: Paralelo 15; 2008; 396 p.
17. Groesbeck CJ. The archetypal image of the wounded healer. J Anal Psychol. 1975; Jul;20(2):122-45.
18. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health – II. Health and health behaviour. Soc Sci Med. 1997;45(1):41-4.
19. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. Harv Rev Psychiatry. 2002;10(3):154-65.
20. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health – I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? Soc Sci Med. 1997;45(1):35-40
21. Wall TD, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. Br J Psychiatry. 1997;171:519-23

22. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. Lancet. 2002;359(9323):2089-90.
23. Bauer J, Groneberg DA. Distress among physicians in hospitals – an investigation in Baden-Württemberg, Germany. Dtsch Med Wochenschr. 2013;138(47):2401-6.
24. Série saúde mental e trabalho, vol. III. Guimarães LAM, Grubits S, organizadores. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
25. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. Br J Gen Pract. 1998;48(435):1647-51.
26. Brewin CR, Firth-Cozens J. Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. J Occup Health Psychol. 1997;2(3):242-6.
27. Støen Grotmol K, Gude T, Moum T, Vaglum P, Tyssen R. Risk factors at medical school for later severe depression: A 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). J Affect Disord. 2013;146(1):106-11.
28. Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry. 1996;168(3):274-9.
29. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord. 2001;64(1):69-79.
30. Skipper GE. Treating the chemically dependent health professional. J Addict Dis. 1997;16(3):67-73.
31. Sanz Yagüez F, López Corbalán JC. Abuse of psychoactive drugs among health professionals. Rev Esp Anestesiol Reanim. 1999;46(8):354-8.
32. Brooke D, Edwards G, Taylor C. Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. Br J Addict. 1991;86(8):1011-6.
33. Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. Am Psychol. 2000;55:56 –67
34. Série saúde mental e trabalho, vol. II. Guimarães LAM, Grubits S, organizadores. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
35. Millan LR. Vocação médica: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
36. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences and gender differences in final specialisation. Soc Sci Med. 2002;54(4):591-605.
37. Gjerberg E. Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. Soc Sci Med. 2001;52(3):331-43.
38. Gramstad TO, et al. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. BMC Med Educ. 2013;13:150.

7 Consequências do trabalho na saúde mental do médico: qual a realidade?

Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro

Introdução

Os estudos sobre as relações entre saúde e trabalho nas últimas décadas têm abordado sobre ergonomia, fatores psicossociais e distúrbios emocionais relacionados ao trabalho em diversas profissões ou atividades laborais.[1,2] Entretanto, há uma ausência de literatura específica sobre as consequências do trabalho entre médicos ao longo de sua carreira, até sua parada, que nem sempre ocorre com a aposentadoria por tempo de trabalho. "Ser médico é uma paixão sem remédio", é o preceito que acompanha a categoria deste profissional de saúde, que desde a infância vê-se já preocupado e ocupado com o seu próprio preparo para a longa caminhada e trajetória que terá de enfrentar. A tendência, propensão ou inclinação para esse ofício começam e são reforçadas por familiares e professores que exacerbam a exigência para a dedicação aos estudos, pois terá que enfrentar um dos vestibulares mais difíceis, seja em universidade pública ou particular. Há pouca preocupação em se evitar desajustamentos que ocorrem desde a formação médica.[3]

Exige-se do futuro profissional médico algumas aptidões fundamentais: sentimento de respeito ao ser humano, sólido bom senso, interpretação equilibrada, objetividade, espírito vivo, tomada de decisão, julgamento sobre o plano pragmático, grandes possibilidades de adaptação, gosto pela responsabilidade, curiosidade discreta, sentimentos e sensibilidade, generosidade e dedicação, e estofo moral intacto.[4, 5]

Na formação do profissional médico, ele deve ter atributos como: 1. Possuir esquema referencial que consiste no conjunto de conhecimentos, afetos e experiências com os quais ele pensa, age e se comunica; 2. Deve ter capacidade de intuição e empatia. A intuição pertence à área cognitiva que precede o raciocínio lógico dedutivo e permite ao médico reconhecer aquilo que vai além do que aparece como concreto e visível. A empatia é a capacidade afetiva de poder colocar-se no lugar do paciente, que vai derivar atributos essenciais de respeito e tolerância; 3. O profissional médico deve ter a capacidade de ser

continente, absorver e metabolizar angústias e fantasias trazidas pelo paciente e devolvê-las de forma não assustadora; 4. O profissional médico deve ter a capacidade de responsabilizar-se por suas falhas e limitações. Buscar aperfeiçoar-se nas suas habilidades, discriminação, individuação, autonomia, reflexão e criatividade; 5. Capacidade de comunicação com os mais diferentes pacientes, independentemente da idade, gênero, condição socioeconômica e cultural.[6]

Na natureza médica há alguns interesses especiais: a. O humanitário, que é o desejo de cuidar, de curar, de se dedicar, de prazer por contatos com o ser doente; b. O científico, que é o de estudar a biologia, ciências experimentais e humanas; c. O teórico-prático, que é o desejo de experimentar, de transgredir, associado ao gosto do saber, da curiosidade de conhecimento do corpo e de ver; d. O financeiro, que é buscar por uma posição social, pessoal e econômica, além de busca de prestígio e realização.[7]

Quando o interesse financeiro aumenta gradativamente, pode levar à perda do interesse humanitário. O desprendimento emocional e a negação de sua vulnerabilidade pessoal são incentivados pela escola médica, que leva à distorção na relação médico-paciente. Essa distorção também favorece o surgimento de ansiedade ou de depressão no próprio profissional médico.[8] Como um grupo, profissionais médicos têm sido referidos serem mais saudáveis que a população geral. Entretanto, quando comparamos taxas de mortalidade por doenças cardíacas, cerebrovasculares e câncer, são semelhantes à população. Porém, há uma discrepância enorme nas taxas de suicídio entre profissionais médicos em relação à população geral.[9,10,11,12,13,14,15]

Contexto das condições do trabalho do profissional médico

Há um aspecto fundamental e perverso do difícil encontro entre Economia e Saúde, que assume significação de âmbito universal.[16] Nas últimas décadas houve um extraordinário aumento das despesas com a saúde determinado em grande parte pelo progressivo envelhecimento das populações, consequentes aumentos de doenças crônicas e degenerativas, aparecimento de novas formas de doença, recrudescimento do alcoolismo e outras drogas, acentuado aumento das vítimas da violência em todas as formas, somado à própria revolução tecnológica da Medicina, a qual exige a utilização de equipamentos sofisticados e de alto custo, que nem sempre são proporcionais a suas reais vantagens em termos de saúde da população.[17] Esses são alguns exemplos das múltiplas questões que impõem uma reflexão sobre a necessidade de limitar as despesas com a saúde, em crescente expansão, e de harmonizar economia e ética em relação à necessidade desse limite.[16]

As mudanças ocorridas no âmbito de sistema de saúde brasileiro são perturbadoras. Na saúde pública temos o Sistema Único de Saúde – SUS, que na

teoria é bom, mas na realidade tem penalizado a população, que necessita de atendimento, e os profissionais médicos. Esse sistema falho de atendimento público (SUS) abriu um enorme espaço para o grande domínio das empresas operadoras de saúde suplementar (convênios e cooperativas) e também para hospitais privados, que recusam atender ao SUS e a diversos convênios, selecionando apenas o particular ou os convênios mais lucrativos. Outros profissionais médicos ficam sujeitos ao esquema de trabalhar como pessoa jurídica (PJ) para empresas ou clínicas que também exploram o profissional médico. O Programa Saúde da Família (PSF) é atualmente a fonte de emprego com melhor remuneração no setor público.

O caos no sistema de saúde brasileiro tem gerado transformações e deformações nas situações de trabalho dos profissionais da saúde, principalmente para as equipes médicas e de enfermagem, acarretando repercussões à saúde dos próprios trabalhadores de saúde.[18] Os processos de deterioração das estruturas hospitalares e ambulatoriais, em contraposição aos avanços tecnológicos dentro e fora da área médica, ocasionaram desestruturação, mudanças na forma de organização do trabalho e redução do número de profissionais por número de pacientes muito distante do que é indicado pela Organização Mundial da Saúde. Nesse cenário, a medida mais ampla que tem sido utilizada é a de restringir a remuneração do trabalho do profissional médico em níveis aviltantes.

Regras econômicas vêm sobrepor-se aos princípios médicos propriamente ditos. A Medicina tornou-se um enorme negócio, cuja gestão está subordinada ao julgamento de financistas, administradores, dirigentes políticos e dos próprios pacientes usuários. Todavia, esse sistema corrói e corrompe a relação médico-paciente, deteriora ou anula o humanismo do profissional médico.[16]

A imensa maioria dos gestores públicos massacra continuamente a categoria médica com salários infames e indignos. O reflexo dessa exploração é observado pela grande evasão sem precedentes de profissionais médicos do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos grandes centros urbanos. Os concursos públicos há décadas já não são mais atraentes para os profissionais médicos; o que outrora foi respeitado e dava *status* de funcionário público, na atualidade é desprezado pelos recém-formados. Entretanto, os profissionais médicos que décadas atrás se dedicaram a estudar e conseguir aprovação em concursos públicos, hoje são submetidos a uma exigência excessiva de trabalho, tendo que marcar ou registrar ponto e realizar plantões para receber no final do mês um salário achatado e desvalorizado pelas políticas públicas nacionais.[19]

De outro lado há as empresas operadoras de saúde suplementar que, aproveitando-se do descaso do governo com a saúde da população, reforçado pelo refrão "a saúde pública está na UTI", extraem duplo benefício: da popu-

lação em geral, que arca com gastos de planos de saúde caros, e dos profissionais médicos, que recebem irrisórios valores pelo atendimento realizado. Não há nenhuma segurança jurídica que possa garantir aos profissionais médicos seus direitos a reajustes de remuneração. Estes são desrespeitados por falta de regulamentação.

Pelo estrangulamento do mercado de trabalho, sem outras soluções individuais ao seu alcance, são impulsionados, por suas necessidades de sobreviver, a aceitar múltiplas atividades e plantões, e não têm a segurança de um descanso anual remunerado (férias e décimo terceiro salário) ou mesmo contar com uma aposentadoria digna, a exemplo do que ocorre atualmente com magistrados, políticos e outros.[19]

As alterações na rotina hospitalar e ambulatorial, com automação e grande avanço da tecnologia da informação, trouxeram intensificação do trabalho, maiores exigências e demandas aos profissionais médicos e à enfermagem em todos os níveis hierárquicos. Uma das grandes consequências observadas foi o aumento das exigências mentais, incluindo os aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais, nas mais diversas ocupações do profissional médico.[15] Isso reflete penosamente em sobrecarga de trabalho, gera insegurança e angústia no profissional médico diante das condições desfavoráveis para o exercício de suas funções. Tudo contribui para criar um clima de ameaça frente à possibilidade do erro médico.[20]

Há situações potencialmente geradoras de repercussões na saúde dos trabalhadores profissionais médicos apontadas por Nogueira-Martins (1990)[21] em seu estudo sobre fatores estressantes do exercício profissional: sobrecarga horária; privação de sono em plantões; comportamento idealizado; contato com a dor e o sofrimento; contato com a morte e o morrer; lidar com pacientes difíceis; intimidade corporal e emocional; limitações do conhecimento médico; incertezas e inseguranças, e medo do erro médico.

Entretanto, pouca atenção tem sido dispensada aos profissionais médicos como trabalhadores expostos a transtornos mentais relacionados ao trabalho. Nenhuma preocupação das organizações públicas (municipais, estaduais e federais), das empresas operadoras de saúde suplementar e empresas ou clínicas privadas, dos sindicatos dos médicos e ainda pouca mobilização dos próprios Conselhos Regionais e do Federal para o reconhecimento e prevenção das patologias ligadas e exacerbadas pelo trabalho dos profissionais médicos.[22]

Frente aos desafios e à complexidade da questão, quais as consequências do trabalho na saúde mental do médico ao longo da sua vida? Infelizmente, há escassa literatura sobre esse assunto, além da ausência de preocupação, de estratégias e planejamento de redução de danos do trabalho do profissional médico para sua própria saúde física e mental e natural, e consequentemente benefício ou prejuízo para a população geral, quando esta necessita de cuidados médicos, sejam preventivos ou curativos.[23]

Profissão de risco e medo do erro médico no sistema de saúde brasileiro

A Medicina sempre foi uma profissão de risco, e o profissional médico não ignora que seu trabalho consiste em escolher entre riscos. Toda ação terapêutica e todo ato médico comportam riscos.[24] É uma profissão, sobretudo, de responsabilidade com a vida do próximo, essencialmente de natureza moral, que é mais profunda, exigente e sutil que a responsabilidade civil, mas com uma forte contrapartida penal, que amplia a responsabilidade jurídica do profissional médico. Acrescenta-se a responsabilidade técnica, na qual o profissional médico deve saber usar os meios de sua intervenção, disponíveis pelo progresso dos conhecimentos, para que ele mesmo possa alcançar o bem que pretende.[25] Não se pode desconsiderar a dimensão perversa que assume a questão do erro médico.[20] O medo da possibilidade de litígio afetou a prática clínica, favoreceu o aumento da solicitação de exames, medicações e procedimentos, sem deixar de considerar os aspectos do reconhecimento dos limites da atividade médica.[26]

Vale salientar que erro médico é a conduta profissional inadequada que supõe inobservância técnica capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde do paciente, por imprudência, imperícia ou negligência. As denúncias que chegam aos Conselhos Regionais ou Federal de Medicina são rigorosamente analisadas e, se houver provas de imprudência, imperícia ou negligência, são investigadas. As punições vão da advertência à cassação do diploma e do registro no Conselho.[27]

Desgaste no exercício da profissão de médico

Ninguém desconhece o desgaste a que o profissional médico sempre esteve exposto no exercício de sua profissão.[28, 29, 30] Mas nunca foi tão grande como nas últimas décadas, com as precárias condições de trabalho, baixa remuneração para a grande maioria dos profissionais médicos, a sedução e a submissão à tecnologia e à própria (des)estrutura da formação médica.

Entretanto, os profissionais médicos são cobrados a nunca errar, embora o erro seja inerente à natureza humana.[3] O desejo universal de imortalidade faz todos idealizarem um ser onipotente capaz de retardar, deter ou mesmo anular a ameaça de morte. As expectativas sobre a atuação do profissional médico, além de nunca errar, são sempre prolongar a vida ou não deixar ninguém morrer. O profissional médico acaba por personificar o ser tanatolítico, isto é, no sentido etimológico da palavra, aquele que tem a missão de quebrar (lítico) a morte (tanato) como se estivesse ao alcance dele o próprio dom da vida.[31]

A necessidade de educação continuada exige tempo, requer disposição e tenacidade especiais. Estas qualidades sempre foram exercitadas pelos profis-

sionais médicos desde os tempos de sua juventude, quando fizeram a escolha da profissão.[3] Entretanto, o profissional médico está exposto a longas jornadas de trabalho, múltiplos empregos, baixos salários e constante pressão psicológica. Não sobra tempo e energia para manter a educação continuada.

As precárias condições da rede pública de saúde e a desgastante relação com as empresas de saúde suplementar e empresas privadas que não reajustam os honorários comprometem a saúde mental dos profissionais médicos. Muitas vezes, é comum alguém referir-se ao médico como o profissional bem sucedido, estável e bem financeiramente. Talvez menos que 5% da população médica brasileira seja incluída nesse grupo. Certamente, a maioria dos médicos não está assim, como revelou o estudo do perfil do médico brasileiro realizado pela Fiocruz (1997)[32] com 184.708 médicos de todo o Brasil. Este importante estudo nacional apontou que 79% dos médicos consideravam a atividade desgastante, 90% exerciam a profissão, na qual 50% dos profissionais médicos do Brasil trabalhavam em três ou quatro locais diferentes, que os profissionais médicos mostraram-se inseguros e apreensivos quanto ao seu futuro profissional, familiar e pessoal. A renda mensal média foi de US$ 1.325,53.

Frente a este cenário, não é de surpreender que os profissionais médicos estejam expostos a agravos de saúde mental gerados por essas condições de trabalho e apresentem grande incidência à dependência química, depressão e alta taxa de suicídio comparada a outros profissionais de nível superior, e também maior que a população geral.[3, 15]

A realidade laboral dos profissionais médicos no Brasil não tem estudos respaldados por evidências. Ironia que assola o profissional médico, que tem por objetivo cuidar e zelar pela saúde da população geral, ele tem para si mesmo precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução dos salários.[33] Quem tem por ofício curar, tem por obrigação se cuidar. Desafortunadamente, não é o que acontece com os profissionais médicos.[15]

Os profissionais médicos nos últimos anos precisam viver em uma sociedade de pleno consumo, muitas vezes são obrigados, como meio de subsistência, a vender sua força de trabalho a valores não condizentes com sua formação médica e seu longo preparo que demanda no mínimo cerca de dez anos.[16]

Muitos profissionais médicos têm que deixar suas residências e familiares em fins de semana e dias festivos, não têm horário para parar de trabalhar. Ser médico em tempo integral, com sobrecarga de trabalho e em precárias condições, traz prejuízo ao seu estado mental.[29]

A sobrecarga emocional também é enorme, ver pessoas morrerem sem poder cuidar, ou fazer nada, pois a realidade é essa: o médico atende a um paciente gravemente enfermo, faz o diagnóstico, decide por sua conduta médica e preconiza o melhor tratamento. Entretanto, depara-se com a realidade: não há vaga em hospitais, nas UTIs, nos ambulatórios, para encaminha-

mento; não há medicação, não há soro, faltam recursos adequados para a boa prática médica.[16]

Neste contraponto está o sistema de saúde brasileiro, no qual o profissional médico exerce suas atividades laborativas, quer seja para o SUS, com salários indignos e falta de estrutura para atender com dignidade ao paciente, quer para as empresas operadoras de saúde suplementar com pagamentos ínfimos pelos serviços prestados, como também a exploração da pessoa jurídica (PJ) do profissional médico.

Diversas vezes tive a oportunidade de ouvir relatos dos profissionais médicos que, mesmo com filhos ou familiares doentes, não podem deixar de trabalhar para não perder a renda mensal, que já é pequena. Alguns médicos, mesmo estando doentes, sem condições humanas de prestar cuidado adequado aos pacientes, não deixam de fazê-lo.[34]

Medicina é uma profissão ou sacerdócio?

Entre os profissionais médicos tem-se que a vocação para a Medicina é um "chamado", do qual os membros não conseguem separar sua vida. É seguramente esse humanismo médico que sempre considera o paciente como indivíduo com direito ao respeito e sempre ressalta as exigências imensas que a arte de curar, como um sacerdócio, impõe aos seus melhores curas.[8]

Existem profissionais médicos que, "tendo atendido ao chamado", sentem-se obrigados a vivê-lo. Já no exercício da profissão, no encontro com o sofrimento humano e com a grandeza e privilégio de acudi-lo. Percebe-se, então, que para o profissional que se torna médico, significa comprometer-se a passar toda a vida aprendendo, atualizando-se, principalmente porque a Medicina avança de modo notável e, para além desse domínio intelectivo, o exercício da profissão reclama com veemência o concurso de atributos excepcionais do caráter.[35]

Os profissionais médicos clamam por atenção e respeito. Apontam as precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução dos salários.[33] Alçada à condição da mais sublime das profissões, com exigências técnicas e humanitárias proporcionais a essa soberania, a Medicina é vista como uma profissão sacerdotal, quase divina.[5] A prática médica comporta um caráter de moralidade, de desinteresse, de abnegação e de sacrifício, que merece ser identificada e consagrada a sua originalidade profissional. Quando exercida em sua completude, acalenta, conforta e enobrece o profissional médico.[15]

Há um consenso popular entre as pessoas que compreendem que essa atividade deve ser exercida com nobreza de caráter e sacrifícios, mesmo tendo decorridos tantos séculos de exercício da Medicina, o enfermo sempre espera

do profissional médico atenção, gentileza e conhecimento científico apurado.[36] Entretanto, no mundo absolutamente injusto do trabalho, essa concepção sacerdotal é utilizada para a prática da exploração do trabalho do profissional médico. Em face da atitude de algumas autoridades que dela se utilizam, quando os médicos exercem o direito soberano de reclamar por melhores condições salariais, o poder público utiliza o sentimento do povo acerca da Medicina como sacerdócio para obrigar os médicos a abdicar das suas atitudes contestatórias. Era comum que, nas raras ocasiões em que os profissionais médicos entraram em greve, o poder público fez exaltados apelos à santidade da profissão médica, para alegar que sua destinação suprema deve superar qualquer anseio de ordem material, num reclamo descabido à população para que censure os profissionais médicos grevistas.

A esse profissional médico que se atribui caráter tão elevado, não é mencionado o fato real que os médicos se alimentam, pagam tributos, criam filhos e que têm de enfrentar as terríveis Políticas de Saúde. Desta forma, o decantado sacerdócio médico constitui tanto uma coroa de glória quanto uma de espinhos.[34]

Não resta dúvida que o trabalho do profissional médico é enobrecedor por si mesmo, e que a maioria dos profissionais médicos se sente honrada e satisfeita com a escolha profissional que fez. De acordo com Carneiro e Gouveia (2004),[19] poucos são os profissionais médicos que abandonaram a profissão para se dedicar a outras atividades, e escassos são aqueles que têm outras fontes de renda além da Medicina. Preocupante e revelador é o fato que a maioria relatou que a profissão é desgastante, e a taxa de suicídio elevada.[37, 38, 39]

Ser médico é dignificante e exige sacrifícios. Receber da população o reconhecimento por seu labor, mas também a cobrança para nunca errar, são apenas dois lados do mesmo desígnio.[36] Anos a fio de estudos e o ideal de cumprir a vocação de amenizar a dor e promover o bem-estar reforçam o desejo de ser médico. Não obstante, os médicos são pessoas, como quaisquer outros profissionais, e exigidos sem condições de trabalho dignas ou em troca de míseros salários obtidos em múltiplas atividades, incluindo os plantões. Estes profissionais médicos reclamam também a sua precária condição de saúde e, nas conversas informais, denunciam o pleno esgotamento e o limite das suas capacidades de suportar a dor, não somente física, mas emocional, e a perda, em sentido amplo de prestígio, status e confiança.[40] Isso certamente deve ser espelhado no esgotamento laboral que potencializa o surgimento ou a acentuação de quadros nosológicos orgânicos e psiquiátricos.[29]

Carneiro e Gouveia (2004)[19] estudaram acerca do trabalho médico no Brasil, e encontraram que a expressiva maioria dos profissionais médicos tem seu sustento obtido exclusivamente do exercício da Medicina. Esclarecedor é o fato de que o setor público constitui a fonte principal de exercício da profissão médica, quando anteriormente, em pesquisa realizada nos anos 1990, este lu-

gar era ocupado pelas atividades em consultório.[33] Ressaltaram que 85% dos médicos neste país exercem duas ou mais atividades em Medicina; os que exercem três ou mais contabilizam 55,4%; e, penosamente, 28,2% exercem quatro ou mais atividades médicas em diferentes locais.[19] É evidente que esses números causam profunda consternação, pois revelaram a sobrecarga do trabalho do profissional médico, demandando esforços sem limites e dedicação mais do que incondicional. Isso implica um deslocamento diário, às vezes distantes quilômetros, bairros diferentes, cidades distantes uma da outra. A aceitação desta sobrecarga expressa uma dependência profunda destes profissionais médicos a um mercado de trabalho aviltante, do qual o SUS é paradigmático pela baixa remuneração, tornando o exercício da profissão médica no Brasil uma coisa penosa e diminutiva, numa evidente contradição com a consideração que se apregoa existir em relação a esse trabalho e à sua importância, da qual ninguém, em sã consciência, pensa em prescindir por um minuto sequer, nem mesmo os governantes.

Um estudo mostrou que a remuneração dos profissionais médicos aumentou na última década, entretanto foi devido ao aumento da jornada de trabalho, conforme dados já apresentados.[19] A precariedade salarial se reflete igualmente nas expectativas destes profissionais médicos, que têm diminuído nos últimos anos. Na pesquisa de 2004, quase metade dos médicos entrevistados afirmou que se contentaria com salários equivalentes a U$ 4.000,00 (quatro mil dólares). Essa pretensão, longe de se tornar realidade para a maioria dos profissionais médicos, muito declinou em relação à pesquisa de 1997.[32] Atualmente, 72% dos médicos possuem renda mensal individual igual ou inferior a U$ 3.000,00 (três mil dólares); pior ainda é que, deste contingente, 37% ganham U$ 2.000,00 (dois mil dólares) ou menos. Quando se comparam esses valores com a importância do trabalho do profissional médico percebe-se a condição deplorável em que pode estar a autoestima desses profissionais médicos. Deve ser salientado que 52% dos médicos entrevistados na pesquisa exercem atividades de plantonista.[19] Conclui-se, necessariamente, que esta modalidade estafante de trabalho constitui parcela significativa do mercado de trabalho médico no Brasil, com certa variação regional. Na maioria dos Estados brasileiros as condições de assistência à saúde da população geral que depende do setor público são amplamente deficitárias e, associadas à baixa remuneração, a plantões seguidos em ambientes carentes de recursos tecnológicos imprescindíveis, constituem um ambiente nefasto aos anseios de médicos e pacientes, pondo em risco a saúde de ambos.[16]

O que se depreende desses dados é que, para significativa parcela de profissionais médicos, o trabalho em Medicina constitui a única fonte de poder aquisitivo. Para muitos, o trabalho excessivo certamente não produz socialização nem identidade, senão isolamento, angústia e aborrecimento. Muitos médicos passam parcela significativa de suas vidas em diversos locais de trabalho,

frequentemente em plantões estafantes, longe da família, privados de divertimentos.[15] Se o empenho laboral propicia benefícios pecuniários compensadores, o que está longe de ocorrer para a maioria dos profissionais médicos, constitui apenas uma fonte de satisfação de ordem prática, mas que não se traduz em bem-estar pleno.

Deve ficar claro que parte substancial da satisfação do profissional médico é obtida quando existem condições adequadas de trabalho; disponibilidade de recursos tecnológicos mínimos para que uma Medicina moderna viável possa ser exercida. É fato consumado que uma satisfação enorme para o profissional médico é o acerto diagnóstico, a instituição da terapêutica adequada e bem-sucedida.[25] Constitui um prazer curar, aliviar, acalmar. Somente no âmbito da psicopatologia se pode conceber que o ato médico, exercido em sua plenitude, satisfaça, enobreça, exalte, acalente e encha de satisfação o espírito de qualquer profissional médico. Portanto, constitui uma imensa fonte de desprazer e de sentimentos de inutilidade e impotência o trabalho incompleto, fragmentado em face da carência de recursos do local de trabalho. Essa carência, quase sempre tida como um ato de negligência criminosa dos governos (municipal, estadual, federal), é coisa devastadora para quem necessita desses recursos para exercer o seu trabalho e, evidentemente, para os enfermos.[16] Trabalhar nesses ambientes é desalentador e imensamente estressante, mas é a realidade em nosso país. Não raro, os Conselhos Regionais e o Federal de Medicina, em todo o Brasil, denunciam a falta de condições de instituições de saúde vinculadas, frequentemente, ao poder público, mas não resulta ou muda em nada. É necessário tentar afastar ou minimizar o estresse que desencadeia ansiedade, inadaptação, descontentamento, depressão e dependência química no profissional médico, que fica sujeito a processos por má prática.

Os recursos materiais são fundamentais para as condições do trabalho do profissional médico, e quando eles faltam além de certo limite para a boa prática, qualquer satisfação importante torna-se inviável. É lícito supor que a situação atual impõe a parcela significativa da população de profissionais médicos brasileiros um modo de vida gerador de desconforto psicológico, com consequências adversas, não raro graves, para a saúde desses profissionais médicos.[41]

Esta preocupação com o bem-estar generalizou-se e passou a despertar o interesse de diversas categorias ocupacionais; a dos profissionais médicos vem recebendo atenção em diversos países como Canadá, Espanha, Estados Unidos, Nova Zelândia.[22] Há aproximadamente duas décadas tiveram lugar os primeiros debates e as pesquisas sobre o desconforto psicológico (distress) dos profissionais médicos, incluindo depressão e ansiedade, mas também o uso e abuso de substâncias psicotrópicas.[24,25] A Canadian Medical Association realizou até então a maior pesquisa nacional cujo foco principal era a situação precária dos médicos; foram consideradas as respostas de 3.520 profissionais médicos que atuam no Canadá, tendo sido desenhado um perfil nada satis-

fatório: 62% opinaram que têm uma carga de trabalho muito pesada; 55% relatam que sua família e vida pessoal sofrem porque escolheram a Medicina como profissão; e 65%, apesar de insatisfeitos, veem oportunidades limitadas de mudar de profissão.[42]

O desgaste profissional do médico também se reflete em sua vida pessoal, provavelmente em maior medida do que ocorre em outros ofícios.[43] O trabalho do profissional médico afeta suas relações interpessoais devido à falta de tempo, aos estressores acadêmicos, à sobrecarga de trabalho, fadiga e privação de sono.[44] A vulnerabilidade a crises pessoais o leva a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia, problemas com álcool ou drogas psicotrópicas, assim como outras manifestações físicas.[3] Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si; as doenças, a incapacidade e mesmo a morte podem ser desencadeadas em decorrência do tabagismo, dieta, abuso de bebidas alcoólicas e drogas psicotrópicas. A profissão médica parece mesmo implicar um conjunto "natural" de estressores, com os quais se começa a conviver já como acadêmico.[5]

O quanto este desgaste profissional afeta os profissionais médicos brasileiros. Parece imprescindível conhecer algo acerca do estresse e da fadiga e mesmo do esgotamento ocupacional, também conhecido como Síndrome de *Burnout*, cuja implicação deveria ser sentida nos sintomas psiquiátricos como ansiedade, depressão, dependência química e comportamento suicida.[15, 45, 46]

Síndrome de *burnout* nos profissionais médicos

É inegável que o contexto do trabalho profissional do médico é estressante e, portanto, que concorre efetivamente para a gênese de distúrbios fisiológicos ou psicológicos. Hans Selye descreveu sobre o paradoxo que os sistemas fisiológicos ativados pelo estresse podiam não somente proteger e restaurar, mas também causar danos ao organismo.[47, 48, 49]

As reações em resposta a esses estressores podem ser ansiedade ou depressão, desenvolvimento de sintomas orgânicos, aumento da ingestão de bebidas alcoólicas e outras drogas. As respostas subjetivas incluem medo por repetição do evento ou de sua inevitabilidade, raiva ante a frustração, culpa em razão de atitudes agressivas e vergonha por sentimento de incapacidade.[41] O estresse agudo é reativado e pode manifestar-se como fadiga, inquietação ou excitação e tensão.

As reações podem afetar o sono e causar dificuldade de concentração. Este distúrbio adaptativo em resposta ao estresse é denominado distúrbio de ajustamento, especificado juntamente com o sintoma principal, por exemplo, distúrbio de ajustamento com humor deprimido.[3] Essas condições podem ser confundidas com distúrbios ansiosos, afetivos ou de personalidade exacerbados

pelo estresse, exigindo diagnóstico diferencial que o conhecimento médico proporciona. Mais difícil é convencer-se de que as manifestações somáticas são de natureza psicogênica, tendo em vista a experiência médica com doenças graves que se manifestam de forma semelhante, passando ao temor de uma enfermidade orgânica grave e, não raro, levando a pessoa a submeter-se a exames diversos. Por outro lado, às vezes cientes ou desconfiados da natureza de sua situação, passam à automedicação ou, negligentemente, ao alcoolismo como forma de atenuar o mal-estar psicológico (alcoolismo com nexo causal laboral).

Os efeitos do estresse sobre o desempenho de trabalho devem ser lembrados: absenteísmo, acidentes em maior número, às vezes ligados ao problema de alcoolismo,[50] errático desempenho no trabalho com altos e baixos, perda da concentração, distraibilidade, inabilidade para completar a tarefa, perda da memória de curto prazo: sem argumentos sobre quem disse, e o que foi decidido, erros de julgamento que podem interferir no raciocínio médico, diagnóstico e conduta, aparência pessoal de estressado ou alcoolizado, pobre relacionamento com a equipe de trabalho, irritabilidade, sensibilidade e ceticismo, mudanças de humor no trabalho e em casa.[51]

Parece muito evidente que as condições inadequadas de trabalho, que incluem ambientes de trabalho impróprios, até por questões de higiene, conforto mínimo e mesmo salubridade, salários tidos como insuficientes em relação ao valor do trabalho, plantões excessivos e falta de lazer constituem igualmente estressores poderosos que afetam o profissional médico. Há fatores estressantes ao longo da vida relacionados ao emprego; no adulto jovem é a luta para alcançar a estabilidade financeira, na faixa etária mediana. Mais tardiamente, ainda no âmbito laborativo, a aposentadoria pode constituir uma fonte de tensão.[52] Outros estressores, evidentemente, podem ser relevantes e somam-se a esses em circunstâncias diversas, como conflitos de família, distúrbios conjugais e perdas afetivas.

Rivetti (1994)[30] comentou que entre os médicos existe um sentimento de culpa, atribuído à sua responsabilidade pelo tratamento e a cura do paciente; quando esta não é bem-sucedida, a experiência resultante é de enorme estresse laboral. A falta da capacidade de responsabilizar-se por suas faltas e limitações caracteriza-se por um excesso de medicação, de encaminhamento, de pedidos de exames, por uma devoção exagerada, ou por alguma forma de fugir do doente. Se ele não percebe suas falhas e faltas, culpa os outros, acredita que está sempre certo e não tolera contestações. Às vezes ele não sabe escutar seu paciente, tem a mente saturada por preconceitos, julgamentos morais e padrões de comportamento, utiliza jargões técnicos que o significado é um para ele e para o paciente é outro, tem dificuldades de comunicar diagnósticos que são penosos para o paciente.

Para Casas (2004),[53] as principais fontes de estresse no contexto hospitalar são as complicações graves do estado do doente, as complicações durante a

prescrição do medicamento, o excesso de trabalho existente nas urgências, ter que tomar decisões sem critérios claros de atuação, os plantões de fim de semana, a falta de coordenação na assistência intra e extra-hospitalar, que pode repercutir no paciente e nos dias de plantão do profissional médico.

As diferenças individuais vinculadas a fatores genéticos, desenvolvimento e experiência explicam a maior ou menor expressividade da ação mórbida desses estressores. No entanto, isso nada justifica, até porque essas diferenças individuais são irrelevantes no contexto geral e não há como determinar antecipadamente quem é mais ou menos resistente ao estresse. O estresse representa o resultado de um processo de adoecimento, resultado de múltiplos fatores adversos com os quais as pessoas, repetidamente, precisam se deparar. Não se restringe a uma área específica da vida nem se limita a uma atividade profissional específica. Portanto, trata-se de uma entidade mórbida que emana um conjunto de respostas fisiológicas, afetivas e comportamentais que visam restabelecer a homeostase do corpo enfermo.[49]

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho dos profissionais médicos

Os distúrbios mentais estão aumentando como problema em todo o mundo, principalmente em áreas metropolitanas, nas quais se estima que 18% da população necessita de algum tipo de ajuda psiquiátrica, e são as doenças que afastam por mais tempo os trabalhadores do trabalho, e já ocupam a terceira posição entre os motivos de concessão de benefícios previdenciários.[54] Os episódios depressivos e o estresse estão entre os mais estudados na população trabalhadora.[55]

As ações implicadas no ato de trabalhar podem não só atingir o corpo físico dos profissionais médicos trabalhadores, produzindo disfunções, lesões e patologias biológicas a que estão em alto grau submetidos pelo ambiente hospitalar, de ambulatório e consultórios, por terem que lidar com pessoas da população geral com toda e qualquer enfermidade, doença, distúrbios e anormalidades, mas também acarretar reações e efeitos psíquicos e comportamentais devido às "situações de trabalho", ou seja, às características do processo, das condições e da organização do trabalho dos profissionais médicos, incluindo as relações de trabalho, quando patogênicas, determinadas pelos lugares, tempo e ações no trabalho.[1]

Em decorrência do enorme lugar de destaque que o trabalho do profissional médico ocupa na sua vida, sendo fonte de garantia de subsistência, na maioria das vezes única, e de posição social exigida, isso gera sofrimento psíquico no profissional médico, pois ameaça a manutenção material da sua vida e de sua família.[56] A repercussão que acarreta no próprio profissional

médico que atribui a si mesmo uma desvalorização, produz sentimento de menosvalia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, que irão caracterizar os quadros ansiosos, depressivos, dependência ao álcool e outras drogas, e infelizmente ao suicídio.[15]

O trabalho do profissional médico está desprovido de valorização, de significação, de não reconhecimento, e tem sido fonte constante de ameaças à integridade física e\ou psíquica, determinando maior sofrimento aos profissionais médicos.[57] Sua carreira profissional, muitas vezes, é impedida pelos serviços públicos, gerando o sentimento de fracasso, aumentando o número de acidentes de trabalho, principalmente agressões por parte de familiares ou dos próprios pacientes. Outras vezes é impedido de mudanças de posição, como ascensão ou readaptação, por entraves na hierarquia que podem determinar diversos quadros psicopatológicos, variando de transtornos de ajustamento, reações ao estresse, síndrome do esgotamento profissional (*burnout*), até depressões graves e incapacitantes, dependência química severa e suicídio de profissionais médicos.[15]

Não raro há morte por arma de fogo de profissional médico no exercício de suas atividades em hospitais de emergências. Ao prestar atendimento a pessoas baleadas, muitas vezes o profissional médico é ameaçado por gangues criminosas que comparecem aos serviços de emergências, caso ele não dê o atendimento com prioridade e, principalmente, se o bandido baleado vem a falecer. É frequente muitos profissionais médicos desenvolverem quadros de ansiedade e transtornos de estresse pós-traumáticos (TEPT) decorrentes dessas situações do trabalho.[34]

O trabalho ocupa grande parte do tempo em que os profissionais médicos estão em vigília. Muitos sofrem de insônia crônica, ou têm privação crônica de sono com repercussão em suas atividades laborais como profissional médico.[58, 59]

As longas jornadas de trabalho em ambiente totalmente insalubre, com pouca ou nenhuma pausa destinada a real descanso e\ou para refeições de curta duração em lugares desconfortáveis, sujeitas às piores condições nutricionais, como as famosas pizzas nos plantões. Salientamos os turnos noturnos, alternados ou iniciando muito cedo pela manhã em outro lugar distante, para manter um mínimo de renda mensal para subsistência própria e da família.

O profissional médico é submetido a um ritmo intenso, com controle do tempo de trabalho por pressão de suas chefias, ou pelos próprios pacientes e familiares. Essas situações são geradoras de quadros ansiosos, fadiga crônica, distúrbios do sono e do esgotamento profissional – *burnout*.[60] Acrescentam-se os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização de tarefas combinadas com a pressão exercida por diferentes pontos: novas tecnologias, reestruturação produtiva com enxugamento, exigindo grande flexibilidade de tarefas, também geradores de transtornos mentais decorrentes do estresse do

trabalho que começam com sintomas como irritabilidade, nervosismo, inquietação, alteração da memória e cognição para o profissional médico.[61] Estes interferem de forma direta com o estado psíquico desses trabalhadores, agem no dinamismo da vida psíquica ou por ação sobre o cérebro de sobrecargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, comprometendo funções, ou sobre o sistema cerebral, cortical e subcortical, e sistema límbico, principalmente hipocampo.

Dificuldade da investigação diagnóstica em saúde mental do trabalhador profissional médico

Para a construção do diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho deve-se considerar: 1. Anamnese ocupacional; 2. A história de trabalho; 3. O exame físico e psíquico do profissional médico adoecido; 4. Indicar o processo de estabelecimento dos nexos causais entre os sinais e sintomas apresentados pelo profissional médico e o trabalho exercido.[1]

Para Jardim e cols. (2010),[60] o campo de investigação das condições de trabalho, em particular do profissional médico, é especialmente sensível às pressões históricas dos interesses sociais que se contrapõem, uma vez que toca no problema socioeconômico e político. Todos os trabalhadores, incluindo os profissionais médicos, podem estar expostos a agravos à sua saúde física e mental, gerados pelas condições, incluindo a organização em que o trabalho é realizado.

O estabelecimento da relação causal entre agravos à saúde mental e o trabalho é objeto de questionamentos entre os diferentes profissionais vinculados aos serviços de saúde, aos órgãos previdenciários, aos sindicatos e aos serviços de Medicina e segurança do trabalho das empresas.[1] Entretanto, nesse contexto, há aqueles que defendem a premissa de que não é possível estabelecer nexo causal entre doença mental e trabalho, sob o argumento da "invisibilidade" dos sintomas psíquicos, atribuindo a estes um caráter exclusivamente subjetivo. Geralmente não há o reconhecimento, pelos órgãos previdenciários, de nexo causal entre o trabalho e um transtorno psíquico.

Vale salientar aqui que em 2006, a 1.ª Jornada Multidisciplinar em Perícia Médica do Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo e do Comitê Multidisciplinar de Psiquiatria Forense da APM, realizada em 4 e 5 de agosto de 2006, pela Associação Paulista de Medicina, e que teve apoio da Secretaria do Estado da Saúde e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), foi destinada a médicos peritos e outros profissionais envolvidos na área. Eu fui contribuir com o tema: "Avaliação Pericial em Psiquiatria e Síndrome de *Burnout*".[62] Durante a exposição do tema e posteriormente nos debates, grande parte dos médicos peritos (capital e interior de São Paulo) identificou-se com os sintomas e percebeu estar sofrendo da síndrome

do esgotamento profissional, *burnout*. A discussão girou em torno de eles mesmos serem portadores de uma doença relacionada à atividade laborativa, com nítido nexo causal para a maioria dos profissionais de saúde presentes. Ficou pairando no ar o sentimento de impotência, de revolta e de surpresa diante dessa constatação por parte da plateia formada principalmente por profissionais médicos peritos do Estado de São Paulo.

Esse fato revelou dois pontos importantes. Primeiro: há poucos profissionais de saúde treinados especificamente para reconhecer ou prevenir doenças relacionadas à ocupação, correndo-se o risco de não se fazer a associação entre os riscos ocupacionais e a doença manifestada pelo trabalhador. Quando profissionais de saúde falham em perguntar ao paciente sobre seu trabalho – "qual a sua profissão?" –, doenças podem ser incorretamente atribuídas a causas não ocupacionais; exames desnecessários são solicitados, com encaminhamento a especialistas igualmente despreparados para correlacionar exposições ocupacionais à doença. Uma grande oportunidade perdida para proteger outros trabalhadores em risco.[63] Segundo ponto: os próprios profissionais médicos peritos, presentes na Jornada, se autoidentificaram como portadores da Síndrome do Esgotamento Profissional (*burnout*), o que causou espanto para eles mesmos. A tarefa por eles realizada em seus labores era estressante a ponto de fazê-los sentirem-se adoecidos: insônia, tensão muscular, ansiedade, irritabilidade, depressão e hipertensão foram os sintomas por eles comentados.

Deve-se ponderar que não é necessário um modelo exclusivo de anamnese ocupacional, mas que perguntas referentes ao trabalho sejam incorporadas às anamneses tradicionais. Naturalmente, itens sobre a história laboral do indivíduo – condições de trabalho, medidas de proteção, descrição de um dia laboral, relações no local de trabalho, tipos de exposições sofridas anteriormente – devem ser avaliados na entrevista em saúde mental.[1] É fundamental, na avaliação do trabalhador profissional médico, a relação com a organização do trabalho, horário, turnos (fixos, alternados, noturnos), escalas, pausas, horas extras, ritmo de trabalho, política de pessoal existente no local de trabalho (hospital, ambulatório, clínica) e tipo de vínculo empregatício. Incluir também as relações psicoafetivas perturbadoras com familiares e pacientes, e a percepção sobre riscos ocupacionais.[63]

Síndrome de dependência do álcool relacionada ao trabalho do profissional médico

O trabalho está entre os fatores psicossociais de risco capazes de influenciar o desenvolvimento da dependência do álcool e suas manifestações.[1] O álcool apresenta efeitos farmacológicos popularmente conhecidos e por isso é utiliza-

do: é calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor de sono, anestésico e antisséptico. O consumo coletivo e/ou individual de bebidas alcoólicas associado a situações de trabalho tem um aspecto de prática defensiva, suscitada pela vivência partilhada pelos profissionais médicos dos perigos, riscos, sofrimentos e adoecimentos no trabalho, para viabilizar o enfrentamento.

A perturbação do controle de ingestão de álcool caracteriza-se por ser contínua ou periódica e por distorções do pensamento, tem a negação como ponto central: o profissional médico tende a não reconhecer que faz uso abusivo de álcool.[64, 65, 66]

Os danos ocupacionais dos profissionais médicos são refletidos indiretamente na destruição de redes sociais de apoio, ou na precipitação de sintomas depressivos, dependência química em indivíduos suscetíveis ou vulneráveis. É inconcebível admitir causa única para os transtornos associados à dependência de álcool e de outras drogas, mas a contribuição do estresse ocupacional no profissional médico não deve ser desprezada, e sim enfatizada.

Segundo a OMS, a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. Os fatores relacionados ao trabalho que determinam o alcoolismo crônico são classificados pela CID 10 como: problemas relacionados com o emprego e com o desemprego, condições difíceis de trabalho (código Z 56.5) ou circunstâncias relativas às condições de trabalho (código Y 96).

O decreto n.º 3.048/99, de 6 de maio de 1999, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Diário Oficial da União de 12 de maio de 1999 – n.º 89), é um marco histórico de avanço no reconhecimento das relações de determinação entre transtornos mentais e condições de trabalho. Encontra-se na lista B do Regulamento da Previdência a nova lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho, a qual inclui diagnósticos do Capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima edição (CID-10), ou seja, dos Transtornos Mentais e do Comportamento (capítulo do dígito F), conforme Quadro 1. Essa lista caracteriza-se por ter uma dupla entrada: na primeira coluna, estão os diagnósticos das doenças, e na segunda, os agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Um conjunto de 12 categorias faz parte desta listagem de diagnósticos de transtornos mentais. Segundo as orientações do Ministério da Saúde em seu Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, referente às doenças relacionadas ao trabalho e à CID-10, no seu capítulo V – Transtornos Mentais e do Comportamento.

Quadro 1 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (CID-10)

F02.8	Demência, em outras doenças específicas classificadas em outros locais
F05.0	Delirium não sobreposto à demência
F06.7	Transtorno cognitivo leve
F07.0	Transtorno orgânico de personalidade
F09._	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado
F10.2	Alcoolismo crônico
F32._	Episódios depressivos
F43.1	Transtorno de estresse pós-traumático
F48.0	Síndrome da fadiga crônica (inclui neurastenia)
F48.8	Neurose ocupacional (inclui outros transtornos neuróticos específicos)
F51.2	Transtorno do ciclo sono-vigília (inclui transtorno do ciclo sono-vigília não orgânico)
Z730	*Burnout* ou síndrome do esgotamento profissional

Episódios depressivos relacionados ao trabalho do profissional médico

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrante, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho, geradas pela escassez de profissionais médicos por número de pacientes atendidos, ou responsabilidades nas enfermarias, ambulatórios, UTI e pronto-socorro.[34]

As manifestações mais frequentes observadas nos profissionais médicos é a fadiga constante tanto mental como física, má qualidade do sono, dificuldade de aprofundar o sono, despertar frequente durante o período de sono (seja noturno ou diurno, na dependência do horário de labor), dificuldade de adormecer, não consegue desligar para conciliar o sono, irritabilidade, impulsividade e desânimo.[67] São frequentes também dores de cabeça e dores musculares por tensão, o que ocasiona a automedicação com relaxantes musculares e analgésicos, alterações no apetite para mais ou para menos.

Os fatores de risco de natureza ocupacional que contribuem são: ritmo de trabalho acelerado, pressão pela urgência, sem pausas ou com pausas sem as

devidas condições para o repouso e relaxamento, jornada de trabalho prolongada, plantões, dupla jornada de trabalho para completar a renda familiar e/ou turnos alternados.[68] Considera-se jornada de trabalho normal a divisão do tempo de trabalho no horário entre 6 e 18 horas, com base na semana de cinco dias e em 40 horas semanais.

Raramente os profissionais de saúde trabalham dessa maneira.[69] É comum o comentário, principalmente do profissional médico residente de primeiro, segundo e terceiro anos, que 40 horas eles fazem em menos de três dias. Começam antes das seis da manhã, circulando pelos leitos dos hospitais para a evolução dos pacientes no leito, solicitações de exames, para as sete horas da manhã passarem a visita com os chefes das enfermarias; e após as nove ou dez horas da manhã, devem continuar com as atividades, aulas, plantões, preparação de seminários, ou caso clínico para apresentação em reuniões clínicas, e muitas vezes dar cobertura a serviços fora da residência por solicitações de sua chefia.[44, 59, 69]

A quantidade, qualidade e regulação insatisfatórias do sono causam angústia marcante, interferem no funcionamento ocupacional e social, favorecem o transtorno de abuso de substâncias psicoativas ou medicamentosas.[44] Parte-se do pressuposto que apesar de os profissionais médicos serem seres humanos, e mesmo que o transtorno do ciclo sono-vigília exacerbe os episódios depressivos e facilite a realização de atos suicidas, os profissionais médicos devem suportar a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para dormir.[61]

O trabalho em turno como o dos profissionais médicos é um fator de risco associado ao transtorno do ciclo sono-vigília, no qual implicar turnos contínuos, isto é, 24 horas por dia, todos os dias da semana, todos os dias do ano, independentemente de feriados, finais de semanas, datas comemorativas, nunca são considerados que sejam Natal, Ano Novo, Dia das Mães, ou dos Pais.[68]

Segundo o CID 10, o transtorno do ciclo sono-vigília decorrente de fatores não orgânicos ligados ao trabalho são classificados como problemas relacionados ao emprego e desemprego, má adaptação à organização do horário de trabalho (turnos ou noturno), código Z56.6, e circunstância relativa às condições de trabalho (Y.96).

Segundo Renick (1998),[70] as consequências no trabalho dos médicos deprimidos sobre seus pacientes são desconhecidas. Sabe-se que há sinais que evidenciam a depressão no médico: mudanças no comportamento, redução no ritmo de atendimento; dificuldade de decisão e, algumas vezes, faltas em plantão. A depressão decorrente do estresse do profissional médico causa interferência no funcionamento interpessoal (relacionamento, casamento), social e profissional, prejudicando o próprio profissional médico e, sem dúvida, a quem ele prestar atendimento.[57, 71]

Nexo causal em saúde mental do profissional médico

A despeito de o profissional médico preconizar a qualidade de vida para seus pacientes, ele médico não a tem. Raros são os profissionais médicos que fazem uso de seus direitos legais, e solicitam a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) quando se evidenciam, no diagnóstico, que a situação de trabalho teve papel como desencadeante ou agravante do adoecimento. Outros profissionais de saúde com razoável frequência solicitam a CAT, entretanto o profissional médico quase nunca o faz: "suportam tudo". Esse sentimento de onipotência reforçado durante o curso médico não favorece o trabalhador profissional médico saber que ele é igual aos demais e deve buscar o favorecimento que o Direito do Trabalho lhe oferece.[34] Geralmente há consciência de que o trabalho está afetando-o de maneira deletéria. Ao fazer uma retrospectiva sobre suas atividades laborais, o profissional médico faz elaborações sobre o vivido e compreende de que forma adoeceu. Mas há uma dificuldade do reconhecimento e da iniciativa em buscar ajuda de um colega médico.[3] Existe a preocupação com o julgamento sobre o que dirão se ele solicitar uma CAT.

A Medida Provisória (MP) n.º 316, editada em 11 de agosto de 2006, que ampliou o regime de presunção legal, introduziu substancial alteração no critério de prova de acidente de trabalho por doença ocupacional. Com o Nexo Técnico Epidemiológico (NTE), o trabalhador profissional médico que contrair uma doença cujo diagnóstico estiver relacionado ao ramo de atividade em que trabalha terá automaticamente reconhecido o nexo do trabalho. O nexo epidemiológico estabelecido pela Previdência afirma que, se determinada doença é mais frequente em uma dada atividade, todo caso identificado deve ser considerado como doença ocupacional; pressupõe-se dano ocupacional.

Considerações finais

No Brasil o sistema de saúde é palco da disputa entre diversos modelos de assistência ineficientes, que em face de uma situação de extrema desigualdade social é definidor, infelizmente, de padrões heterogêneos do adoecer e até mesmo de morrer. A questão da saúde não pode ser dissociada das políticas de saúde. Os desafios do profissional médico são também os desafios do homem. Entretanto, a especificidade desse desafio para o profissional médico exprime-se na urgência de recuperar a dignidade profissional ameaçada, de resgatar a relação de confiança entre o médico e o paciente, essência da própria atividade profissional. É necessário reconstruir o humanismo médico nos tempos da tecnologia da informação, para que a Medicina continue a ser a mais nobre atividade do ser humano e a mais bela profissão do mundo.[16]

A literatura internacional e a nacional apontam para o elevado índice de dependência de álcool e outras drogas e suicídio entre os profissionais médicos comparados à população geral. Podemos atribuir como fatores de risco a que estão expostos os profissionais médicos, para ter com maior incidência essas duas morbidades: depressão e dependência química e mortalidade trágica por suicídio. O profissional médico que zela pelo bem-estar e saúde da população acaba por sacrificar a sua própria vida pelos danos ocupacionais.[72] É necessário aprimorar o saber destas relações tão fundamentais e delicadas entre o trabalho do profissional médico, seu sofrimento, adoecimento e morte. Precisa-se urgentemente dar visibilidade às opções que devem ser realizadas para reconhecer e prevenir os agravos nos transtornos mentais nos mesmos. Todo este capítulo deve ser considerado aberto a novos esclarecimentos, a mais pesquisas, a um maior refinamento dos conceitos e especialmente do testemunho da clínica com os profissionais médicos adoecidos pelo seu labor.

Realidade do Doutor – O médico entrou no hospital com muita pressa, depois de ser chamado para uma cirurgia de emergência. Ele respondeu ao chamado o mais rápido possível. Mudou de roupa e foi diretamente para o bloco cirúrgico. Ele encontrou o pai do menino indo e vindo na sala de espera. Depois de vê-lo, o pai da criança gritou: "Por que você tomou todo esse tempo para vir? Não sabia que a vida do meu filho estava em perigo? Você não tem senso de responsabilidade?" O médico sorriu e disse: "Desculpe, eu não estava no hospital. Eu vim o mais rápido que pude, depois de receber a sua chamada. E agora eu gostaria que você se acalmasse para que eu faça meu trabalho". Disse o pai irritado: "Acalmar-me? Se fosse seu filho que estivesse nessa sala? Você estaria calmo? Se fosse seu filho agora que estivesse morrendo?" O médico sorriu novamente e respondeu: "Vou dizer o que disse Jó na Bíblia: 'do pó viemos e ao pó voltaremos'. Bendito seja o nome de Deus. Os médicos não podem prolongar a vida, vou interceder por seu filho. Vamos fazer tudo pela graça de Deus." E o pai, furioso, falou novamente. "Dar conselho quando não estamos na situação. Esta situação é só eu que estou passando e não você, doutor". O médico foi saindo e foi para o centro cirúrgico. A cirurgia levou algumas horas. Depois, o médico saiu feliz e disse: "Graças a Deus seu filho está salvo". Sem esperar uma resposta do pai, com muita pressa olha para o relógio e foge. Ao mesmo tempo em que ele vai, ele diz: "Se você tiver alguma dúvida pergunte à enfermeira". E o pai olha para a enfermeira e diz: "Por que ele é tão arrogante? Não podia esperar mais alguns minutos para dar informações sobre o estado do meu filho?". E a enfermeira, cheia de lágrimas no rosto, diz ao pai: "O filho do doutor morreu ontem em um acidente de estrada. O médico estava no cemitério quando você o chamou para realizar a cirurgia de seu filho, agora ele correu para terminar o sepultamento do filho dele".

Nunca julgue ninguém porque você nunca sabe nada sobre a vida das pessoas e o que está acontecendo naquele momento na vida delas. Reflita sobre isso. E pense nas consequências do trabalho na saúde mental do médico: essa é a realidade.

Referências

1. Glina DMR, Rocha L.E. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. São Paulo. Ed. VK; 2000.
2. Stranks J. Stress at work: management and prevention. 1st Ed.Elservier. Butterworth-Heinemann; 2005. p 232.
3. Meleiro AMAS. O médico como paciente. 2. ed. São Paulo. Segmento Farma; 2005
4. Machado ECSF. Responsabilidade cível dos médicos. Dissertação de Mestrado. FMUSP. São Paulo; 1985. 391p.
5. Millan L R, Arruda PCV. A vocação médica. In: Millan L R, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. Casa do Psicólogo. São Paulo;1999.
6. Zimmerman DE. A formação psicológica do médico. In: Mello-Filho J. Psicossomática hoje. Artes Médicas. Porto Alegre; 1992; p 64-69.
7. Millan L R, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1999.
8. Meleiro AMAS. A identidade médica. In: Anais de Simpósio. Os limites da vida. Realizado em 20/11/1993, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; 1994, p 14-20.
9. Arnetz BB. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population: Acta Psychiatr Scand. 1987; 75: 139-43.
10. Arnetz BB, Tonks A. Doctors are in good health but risk suicide, says BMA. BMJ. 1993; 306:1711.
11. Carpenter LM, Swerdlow Aj, Fear Nt. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000NHS consultants. Occup Environ Med. 1997;54:388-95.
12. Hawton K, Clements A, Simkin S, et al. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. Q J Med. 2000; 93: 351-7.
13. Hawton K, Claments A, Sakarovitch C, et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales. 1979-1995. J Epidemiol Community Health. 2001;55;296-300.
14. American Foundation for Suicide Prevention (AFSP): Physician depression and suicide prevention project. 2002. Acesso em: 15 nov. 2015. Disponível em: http://www.afsp.org.
15. Meleiro AMAS. Suicídio na população médica: qual a realidade? Rev Bras Med. Ed Especial/Neuropsiquiatria. 2013;70:20-8.
16. Sampaio AP. O médico e os desafios dos novos tempos. In: Meleiro AMAS. O médico como paciente. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2005.
17. Arnould L, Stern DT. What is medical professionalism? In: Measuring Medical Professionalism. Ed. by Stern DT. New York: Oxford University Press; 2006:15-38.
18. Meleiro AMS, Almeida AM, Bartorelli B. O Médico com Depressão. In: Renério Fráguas Jr, João Augusto B. Figueiró. (Org.). Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas. São Paulo: Editora Atheneu. 2001; 541-556.
19. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
20. Nassif ACN. O erro médico. ARS Creand. Ver Clin Geral. 1991; 25(6): 16-7.
21. Nogueira-Martins LA. Residência Médica: estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo. 1994. 228p. Tese (Doutorado).
22. Stella RCR, Nogueira-Martins LA. Reflexões sobre a profissão médica. Ser médico – Cremesp. 1997; 1(1): 19-21.
23. Andrews LW. Substance-impaired physicians: treating doctors and protecting patients. J Med Licensure and Discipline. 2005; 91:7-12.
24. Stanton JE, Caan W. How many doctors are sick? BMJ. 2003; 326(7391): 97Sa.

25. Smith S. Why are doctors so unhappy? BMJ. 2001; 322: 1073-4.
26. Fraguas R Jr, Meleiro AMS, Henriques Jr SG, Marchetti RL. Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: integrando especialidades. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda; 1997.
27. A saúde dos médicos no Brasil. Barbosa GA, et al. coordenadores. Brasília:Conselho Federal de Medicina; 2007; 220p;
28. Pitta AMF. Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico. Tese (Doutorado). FMUSP; 1989.
29. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo:Ed Hucitec; 1991.
30. Rivetti LA. Fatores estressantes do exercício profissional. Os limites da vida. Annais do Simpósio. Realizado em 20/11/1993, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; 1994. p.10-13.
31. Simon R. O complexo tanatolítico justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de Medicina. Bol Psiquiatr. São Paulo. 1971: 4(4): 113-5.
32. Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. Perfil dos Médicos no Brasil. J. Cons Fed Med. 1997; ano X, 82:21.
33. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
34. Meleiro AMAS. Consequências do trabalho sobre a saúde mental dos médicos: qual a realidade? Palestra no II Workshop de Economia em saúde mental: Impacto socioeconômico dos transtornos mentais no trabalho. Mesa redonda: Os diferentes aspectos de saúde mental do médico ao longo de sua história profissional. Realizado em 16/17/05/2014. São Paulo: Cremesp/ Unifesp; 2014.
35. Firth-Cozens J. Doctors: their well-being and their stress. BMJ. 2003: 326: 670-1.
36. Meleiro AMAS. O médico enquanto paciente: estudo comparativo com pacientes cardíacos de nível universitário internados no Instituto do Coração de São Paulo. Tese de Doutorado – FMUSP; 1998; p.291.
37. Myerson S. Under stress? Symposium on doctor's health. Practitioner. 1990; 234: 973-6.
38. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. J Epidemiol Community Health. 2001;55(5):296-300.
39. Scherrnhammer ES, Colditz GA. Suicide rate among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psych. 2004;161:2295-302.
40. Rodrigues AL. O stress no exercício profissional: uma abordagem psicossocial. Tese (Doutorado). PUC-SP; 1998.
41. Nogueira-Martins LA. Saúde dos profissionais de saúde. In: Botega NJ (org) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed ed; 2005.
42. Canadian Medical Association. CMA guide to physicians health and well-being: facts, advice and resources for Canadian doctors. Otawa; 2003.
43. Leape LL, Fromson JA. Problem doctors: is there a system-level solution? Ann Intern Med. 2006: 144: 107-15.
44. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência de sono. Rev Bras Anestesiol. 2004; 54(5): 694-9.
45. Bauman KA: Psysician suicide. Arch Fam Med. 1995;4:672-3.
46. Beevers CG, Miller IW: Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. Suicide Life Threat Behav. 2004; 14: 126-37.
47. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004; 292:2880-9.
48. Vieira I et al. *Burnout* na clínica psiquiátrica. Rev Psiq. 2006; 28(3): 352-6.
49. Meleiro AMAS. O stress do professor. In: Lipp M. O stress do professor. Ed. Papirus. 5. ed. Campinas, São Paulo; 2007.
50. Alves HNPA, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laran-

jeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(3): 139-43.
51. Myers MF, Gabbard GO. The physician as patient. A clinical handbook for mental health professionals. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC. USA; 2008.
52. Casas M. Programa de atenção aos médicos doentes da Província da Catalunha, Espanha. Comunicação oral. Simpósio sobre Atenção à Saúde Mental do Médico. XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, Bahia; 2004.
53. MPS\DATAPREV – Ministério da Previdência e Assistência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPS\DATAPREV; 2008. Acesso em: 30.12.2015. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_091028-191015-957.pdf.
54. Barbosa-Bianco A, Oliveira P R A, Mateus A. Epidemiologia da incapacidade para o trabalho por doença mental no Brasil. In: XI Congresso Mundial de Saúde Pública\ VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006. Rio de Janeiro. Anais do XI Congresso Mundial de Saúde Pública\VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2006.
55. Edwards N, Kormacki MJ, Silversini J. Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? BMJ. 2002;324:835-8.
56. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA. 2003; 289(23): 3161-6.
57. Clever LH. Who is sicker: patients or residents? Residents distress and the care of patients. Ann Intern Med. 2002; 136(5):391-3.
58. Marcolino JAM, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LAST. Tutoria com médicos residentes em anestesiologia: o Programa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rev Bras Anestesiol. 2004;54(3):438-47.
59. Jardim SR; Ramos A, Glina DMR. Diagnóstico e nexo com trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010.
60. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep deprivation on cognitive performance and mood in medical house officers. BMJ. 1987;295:1513-6.
61. Meleiro AMAS. I Jornada Multidisciplinar em Perícia Médica do Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo e do Comitê Multidisciplinar de Psiquiatria Forense da APM, realizado em 04 e 05 de agosto de 2006, pela Associação Paulista de Medicina, apoio da Secretaria do Estado da Saúde, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Disponível em: http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=377.
62. Gennart JP, Hoet P, Lison D, et al. Importance of accurate employment histories of patients admitted to units of medicine. Scan J Work Environ Health. 1991; 17: 336-91.
63. Gastfrield DR. Physician substance abuse and recovery: what does it means for physicians – and everyone else? JAMA. 2005; 293: 1513-5.
64. Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K. Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. Psychiatr Clin North Am. 2004; 27:745-53.
65. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM et al. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. J Addict Dis. 2006;25:15-21.
66. Myers MF, Dickstein LJ. Treating Medical Students and Physicians. American Psychitric Association. 152 nd Annual Meeting. Washington DC. May, 17, 1999.
67. Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, et al. Effect of the 80-hour work week in resident burnout. Arch Surg. 2004; 139: 933-8.
68. Macedo PCM, Citero VA, Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida em médicos residentes da Unifesp – EPM. Rev Bras Psiquiatria 2004; 26 (Spl 11):77.
69. Remick RA. Refractory depressive illness in physicians. BCMed J. 1988;40(4): 153-5.
70. Doherty WJ, Burge SK. Divorce among physicians: comparisons with other occupational group. JAMA. 1989; 261: 2374-7.
71. Agaire CA, Lopes PS, Cordás TA. Suicídio, doença das condições de trabalho entre médicos e estudantes de Medicina. Arq Med ABC. 1983; 6(1/2): 5-7.

8 Uso de drogas entre médicos

Marcelo Niel

1. Introdução

O uso de álcool e outras drogas e, mais precisamente, a dependência química, têm ganhado grande interesse por parte dos profissionais de saúde nos últimos anos. Embora a psiquiatria tenha ficado mais diretamente encarregada de diagnosticar e tratar esses pacientes, o uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas podem afetar diversas áreas da saúde do indivíduo, para além das alterações comportamentais. Talvez seja por esse motivo que o interesse por parte de outras especialidades médicas tenha aumentado mais recentemente.

Por outro lado, o uso de drogas e a dependência química entre profissionais de saúde, sobretudo entre médicos, ainda são assuntos tabus. Apesar da consciência de que o uso de álcool e outras drogas se inicia, na grande maioria dos casos, durante a formação universitária, e que esse seria um momento propício para detectar usuários problemáticos com risco de desenvolvimento de problemas mais graves na relação com álcool e outras drogas, pouco se aborda esse tema durante a formação médica. E o que se observa, em geral, é um continuum de um problema que se iniciou nessa fase e que apenas tomou corpo ao longo dos anos de exercício da profissão.

Estabelecer um ponto de separação entre as modalidades de uso é bastante difícil. De acordo com Mansur,[1] o processo que vai do uso à dependência obedece a matizes e tons – assim como um dégradé que vai do rosa-claro ao vermelho – que nem sempre delimitam com clareza as fases da construção da dependência.

Olievenstein[2] propõe que a dependência se estabeleceria a partir de um tripé formado pelo *indivíduo*, em suas dimensões biológica e psíquica, pelo *ambiente* e pela *droga*, com suas propriedades farmacológicas específicas. Esse tripé pode servir não apenas para a compreensão do estabelecimento da dependência, mas também como um meio de ressaltar que, na questão do uso de drogas, representada por um continuum que parte de um extremo (uso não

problemático) a outro (dependência), deve-se levar em conta essas três esferas – o indivíduo, o ambiente e a droga – para se constituir um caminho que melhor elucide essa compreensão.

De acordo com os conceitos fundamentados por Becker[3] e Velho[4] a respeito do desvio, deparamos com uma situação peculiar relativa ao uso de drogas entre médicos: supõe-se que o médico seja alguém investido da capacidade de curar e não da de adoecer. Mais ainda: considerando que tenha recebido um aprendizado voltado para a Medicina curativa, recorrerá a todos os meios disponíveis para salvar a vida do paciente. Portanto, não se espera que consuma algum tipo de substância que possa alterar o estado de consciência, podendo comprometer a capacidade de trabalho e colocar em risco a vida de pacientes.

Sendo assim, o ato de consumir drogas por parte de um médico passa a ser considerado "desviante" por diversas razões: 1) pelo fato de adoecer como "curador"; 2) por se considerar o uso de drogas uma conduta desviante per se; e 3) pela possibilidade de colocar outras vidas em risco.

2. O uso de drogas como problema de saúde

O uso de drogas por um indivíduo ou por um determinado grupo social passa a ser considerado como *indevido* ou *problemático* a partir do momento em que interfere negativamente em alguma esfera da vida, seja pessoal, social, da saúde ou ocupacional, entre outras.[5]

Lecky e colaboradores[6] consideram que o uso indevido de substâncias psicoativas configura um grave problema socioeconômico, uma vez que pode acarretar sérias consequências para a saúde do indivíduo, interferindo em sua capacidade de trabalho e nas relações familiares. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization),[7] o uso indevido de drogas guarda uma relação importante com taxas elevadas de absenteísmo, acidentes de trabalho e maior utilização dos recursos de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde,[8] cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, com graves consequências para a saúde pública mundial. Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce e de forma mais pesada de substâncias psicoativas, incluindo o álcool.[8]

3. O ambiente de trabalho e o uso de drogas

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization),[7] as condições gerais do trabalho determinam, em mui-

tos aspectos, o modo como as pessoas experimentam sua relação com o trabalho. Portanto, torna-se necessário o estabelecimento de padrões mínimos para as condições de trabalho nos diferentes países e nos diferentes tipos de profissão, muito embora a maior parte dos trabalhadores que necessitam de melhorias seja geralmente excluída das medidas de proteção no trabalho.

Segundo Seligmann-Silva,[9] o uso indevido de substâncias psicoativas pode ocorrer como forma de lenitivo para as sensações desagradáveis às quais o trabalhador está submetido e pode culminar na instalação de um quadro de dependência, se o uso se mantiver e se a condição estressora não for solucionada ou minimizada.

Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – Fiesp, em 1993, mostra que de 10% a 15% dos empregados brasileiros têm problemas de dependência. Por sua vez, o uso de drogas aumenta em cinco vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15% a 30% dessas ocorrências e respondendo por 50% do absenteísmo e das licenças médicas.[10]

Outra questão que contribui para a complexidade do fenômeno é o fato de o usuário de drogas encontrar-se no ambiente de trabalho ou, em certos casos, utilizar-se das substâncias disponíveis nesse ambiente. Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas.

Entretanto, não se pode afirmar que o ambiente de trabalho, as relações interpessoais e o acesso facilitado às drogas sejam as únicas causas possíveis para o estabelecimento de uma relação problemática com as drogas. Retomando o conceito do tripé para o estabelecimento da dependência proposto por Olievenstein,[2] é possível que o uso de drogas também esteja ligado a outras esferas da vida desse sujeito, tais como a presença de algum desconforto psíquico e presença de problemas nas relações familiares e interpessoais fora do ambiente de trabalho.

Há cerca de duas décadas, sobretudo nos Estados Unidos, o conceito de "ambiente de trabalho saudável" (Healthy Workplace) vem sendo desenvolvido pelas empresas. Robinson e Smallman[11] definem que um ambiente de trabalho saudável não é apenas aquele com baixos índices de acidentes e doenças, mas sobretudo aquele onde existem relações internas equilibradas, capazes de conduzir a bons níveis de saúde e bem-estar.

Portanto, a questão do uso de drogas por trabalhadores não deve enfocar apenas o comprometimento da qualidade do trabalho e da produtividade, mas também sua influência do ambiente na gênese do uso abusivo de substâncias e de que forma este pode ser o espaço para a detecção do problema, oferecendo ao trabalhador as informações necessárias e as alternativas de prevenção e tratamento.

4. Sofrimento mental entre médicos

Alguns grupos de médicos são considerados como de maior risco para o desenvolvimento de distúrbios emocionais. Os residentes, em especial os de primeiro ano, são mais suscetíveis ao desenvolvimento de estresse e depressão, apresentando taxas de prevalência maiores que as da população geral e de outros grupos profissionais.[12]

Roberts e colaboradores[13] realizaram um estudo de corte transversal com acadêmicos de Medicina nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a questão da saúde física e mental dos estudantes. Em linhas gerais, o estudo aponta que os estudantes de Medicina têm dificuldade maior em procurar atendimento médico e até em se reconhecerem como doentes, com medo do estigma por parte de médicos e pacientes, bem como de perdas profissionais.[13]

Segundo o estudo mencionado, esse processo conduz, na maioria dos casos, a uma atitude de negação, à automedicação e a uma protelação da busca por ajuda, o que dá origem a um ciclo vicioso que vai consequentemente piorar a saúde física e mental, predispor ao abuso de álcool e outras substâncias e contribuir sobremaneira para o processo de incapacitação profissional.

5. Uso de drogas entre médicos

A dependência química é uma das questões mais preocupantes na área da saúde mental dos médicos e tem sido motivo de estudos e pesquisas em diversos países. Sua relevância se deve tanto em relação ao sofrimento psicossocial do médico quanto aos riscos que representa para o atendimento de pacientes. O consumo de substâncias de abuso pelos médicos é causa frequente de erro, absenteísmo e queixas junto aos Conselhos Regionais de Medicina. Este problema demanda urgente e cuidadosa atenção, pois determina riscos tanto para o público quanto para o médico.[14]

De acordo com Farley e Talbott,[15] ao estudarem médicos em tratamento para dependência química nos Estados Unidos, estima-se que entre 10% a 14% deles podem-se tornar dependentes de drogas em algum momento de suas carreiras. Entretanto, quando o álcool é excluído dessas estimativas, a incidência estimada é de 1% a 2%.

Recente estudo realizado no Brasil[16] traçou um perfil de 198 médicos brasileiros que estavam em tratamento ambulatorial por uso nocivo de drogas e dependência química: eram em sua maioria homens (87,8%), casados (60,1%), com idade média de 39 anos. A maioria (79%) possuía título de Residência Médica e as especialidades mais envolvidas eram Clínica Médica, Anestesiologia e Cirurgia. Sessenta e seis por cento dos médicos já tinham sido internados por causa do uso de álcool e/ou drogas. Alguma comorbidade psiquiátrica foi

diagnosticada em 33% dos pacientes. Quanto às substâncias consumidas, o item mais frequente foi o uso associado de álcool e drogas (36,8%), seguido por uso isolado de álcool (34,3%) e uso isolado de drogas (28,3%).

Um dado importante desse estudo se refere ao tempo decorrido entre o surgimento do problema e a busca por assistência médica. De acordo com o estudo, observou-se o intervalo de 3,7 anos, em média, entre a identificação do uso problemático de substâncias e a procura de tratamento. Trinta por cento procuraram tratamento voluntariamente, enquanto o restante o fez por pressão da família, amigos e colegas. Quanto aos problemas sociais e legais observou-se o seguinte: desemprego no ano anterior em quase um terço da amostra; problemas no casamento ou separação (68%); envolvimento em acidentes automobilísticos (42%); e problemas jurídicos (19%). Dois terços apresentaram prejuízo na prática da profissão e 8,5% registraram alguma ocorrência junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

De acordo com Sans-Yagüez e López Corbalán,[17] em um estudo de revisão bibliográfica, os profissionais de saúde estão sujeitos ao uso indevido de substâncias psicoativas em porcentagem igual ou até superior à da população geral. Diversos fatores têm sido apontados como causas possíveis para o problema: o trabalho estressante, o trabalho em turnos, a dificuldade em lidar com situações-limite – como tragédias, acidentes e com a morte – e falta de reconhecimento do valor do próprio trabalho, entre outros.

Dentre os profissionais de saúde, os anestesiologistas são os que apresentam maior incidência relativa aos quadros de dependência de substâncias psicoativas. Segundo esses autores, com base em estudos realizados sobre o assunto,[18,19] enquanto apenas 3% dos médicos americanos são anestesiologistas, 13% dos médicos em tratamento para dependência atuam nessa área.

Segundo estes estudos,[17] vários fatores de risco estão associados ao uso indevido de substâncias psicoativas, destacando-se entre eles o estresse ocupacional, a vulnerabilidade individual, a história pregressa de uso de drogas ou de farmacodependência na família, o fácil acesso a fármacos potencialmente aditivos, os transtornos psiquiátricos associados, principalmente ansiedade e depressão, e o hábito de automedicação.

Em estudo realizado pela Associação de Anestesiologistas da Grã-Bretanha e Irlanda em 1995,[20] foram relatados os principais estressores para os anestesiologistas: 42% estavam envolvidos em situações de perda de controle; 25% tinham problemas de relacionamento profissional; 23% cumpriam jornada com sobrecarga de trabalho; 41% desempenhavam tarefas com responsabilidades administrativas; 35% expuseram dificuldade em administrar conflitos entre as demandas domésticas e do trabalho.

De acordo com Kam,[20] a forma com que o indivíduo lida com o estresse guarda precisa relação com seus traços de personalidade, mas, em linhas gerais, o abuso de drogas tem sido um mecanismo bastante utilizado, particular-

mente compreensível se considerarmos a complexa relação do fenômeno de negação que é estabelecido nos anos de formação médica, nos quais existe um aprendizado constante de "não sentir e não reagir como uma pessoa, ou seja, como um paciente".

Para Dejours,[21] deve-se levar em consideração que as práticas de risco ritualizadas entre certas classes de trabalhadores podem ser o resultado de mecanismos de defesa contra o sofrimento no ambiente de trabalho e que, por se tratar de mecanismos inconscientes, não são contemplados inicialmente pelos indivíduos que estão passando pela situação.

Uma questão central que também é apontada na maior parte dos estudos de prevalência nessa população é o antecedente pessoal do uso de drogas durante a formação médica. De acordo com Farley,[22] em um estudo de avaliação da prevalência de abuso de drogas em programas de tratamento para médicos nos Estados Unidos, verificou-se que entre 500 médicos atendidos, 60 deles (12%) eram anestesiologistas, dos quais 45 (75%) eram residentes ou frequentavam o primeiro ou segundo anos de prática profissional. O autor ressaltou algumas situações que podiam servir como desencadeantes para o abuso de drogas, tais como: facilidade de acesso, estresse ocupacional, curiosidade em experimentar o efeito da droga, dor física ou emocional, senso de "invencibilidade" e baixa autoestima.

Em um estudo realizado por Wright[23] nos Estados Unidos, ressaltou-se o risco aumentado para o abuso de substâncias entre estudantes de Medicina, Enfermagem e Farmácia. Entre os médicos, destacaram-se diversos fatores de risco, tais como história pregressa de uso de drogas e "exagero em prescrever", caracterizado por um desejo descontrolado de querer proporcionar auxílio, associado a sentimentos de onipotência, busca por soluções imediatas e dificuldade em lidar com as frustrações.

Os dados citados acima corroboram os achados de Reeve[24] no que concerne à predisposição para reações extremadas e abuso de substâncias no grupo cujos traços de personalidade denominou "instáveis". Além disso, segundo o autor, na Medicina seriam consideradas especialidades de alto risco: Anestesiologia, Cirurgia, Medicina de Emergência, Clínica Médica e Medicina de Família.[24]

Spiegelman[18] aponta para o problema que consiste na ênfase do ensinamento do médico a ser sempre forte e autossuficiente e para a falta do aprendizado em lidar com o estresse por meios não-medicamentosos. Lanier,[25] em um estudo realizado entre estudantes de Medicina da Southern Illinois University nos Estados Unidos, demonstra uma forte correlação entre o uso de substâncias e pontuações altas na escala de bem-estar geral, questionando a falta de preparo para lidar com situações estressantes desde o início da formação.

Segundo dados da Sociedade Americana de Anestesiologistas, há uma forte correlação entre o uso de substâncias psicoativas por médicos anestesiolo-

gistas americanos e o aumento de suicídios; os anestesiologistas apresentam ainda probabilidade de três a quatro vezes maior de suicídio do que indivíduos da mesma idade na população geral.[18] De acordo com Weeks e cols., apesar desses dados alarmantes, o problema tem sido subestimado tanto nos programas de formação acadêmica como no ambiente de trabalho.[26]

Lutsky[27] realizou um estudo comparando o uso de drogas entre anestesiologistas, generalistas e cirurgiões. As conclusões do estudo não revelaram diferenças em relação ao uso de drogas na população geral e nem entre os três grupos.

Lutsky[28] efetuou outro estudo retrospectivo de 30 anos sobre abuso de drogas entre médicos anestesiologistas, por meio do sistema de arquivos de médicos em tratamento nos Estados Unidos; no Serviço de Anestesiologia do Medical College de Wisconsin, entre 1958 e 1988, encontrando taxas de 96% para o uso de álcool, 31% para a *Cannabis sativa* e 9,4% para a cocaína. Dos anestesiologistas avaliados, 16% foram identificados como dependentes. O autor descreve também uma forte presença de antecedente familiar relativo ao uso de drogas entre os anestesiologistas dependentes (37%) quando comparados ao dos não-dependentes (8%).

Segundo Baird e Morgan,[29] os principais fatores de risco para o abuso de substâncias são:

- estresse;
- trabalhar sozinho;
- fadiga crônica;
- horas de trabalho prolongadas;
- acesso facilitado aos opioides.

Farley e Talbott[15] desenvolveram uma teoria em que descrevem cinco mecanismos principais de "gatilho" para o uso problemático de drogas:

1) fácil acesso às drogas, em ambiente externo, mas também às drogas de prescrição e às drogas ditas lícitas, como o álcool, sendo esta uma das substâncias comumente mais consumidas antes mesmo do uso em centro cirúrgico;

2) experiências de alteração dos estados de consciência: os autores descrevem que essa predisposição no início de carreira é relativamente comum na história do uso de drogas;

3) estresse ocupacional: cerca de 95% descreve seu trabalho como tedioso, enquanto apenas 5% relatam sensação de grande pânico diante de situações com iminente ameaça à perda de controle;

4) falta de reconhecimento profissional: embora o anestesiologista seja uma peça fundamental no *setting* cirúrgico, existe um sentimento de que todo o reconhecimento profissional recai sobre o cirurgião;

5) "modo químico de viver"(*chemical way of life*): os autores descrevem o aprendizado do anestesiologista, baseado nas repetidas experiências para controlar a dor, o cansaço, a fadiga e outros sintomas por meio de medicações

administradas a seus pacientes, nas quais ele transpõe essa aparente facilidade de controle para a própria vida.

Na publicação "A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas"[8] descreve-se de que modo a realidade contemporânea tem colocado novos desafios na forma como certos temas têm sido habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde, como o uso indevido de substâncias psicoativas, questão que, por sua complexidade, exige que se evitem simplificações reducionistas.

No Brasil, o uso de álcool e drogas entre médicos tem sido recentemente apontado como um problema que merece atenção,[14] mas sobre o qual não existem estudos que avaliem sua magnitude de modo mais direto. Mais do que uma escassez de dados quantitativos – pois todos os dados de prevalência derivam de estudos americanos realizados há várias décadas –, há uma escassez de pesquisas que procuram traçar alguma linha de entendimento sobre como esse processo se estabelece localmente.

6. Proposições de tratamento

Uma vez identificado o problema, faz-se necessário o correto encaminhamento para tratamento. Conforme demonstra o estudo realizado por Alvez e cols[16] junto ao Cremesp, os médicos demoram cerca de três anos para buscar tratamento a partir da identificação do problema, e essa busca é geralmente feita por pressão de chefias e familiares.

Considerando-se que a dependência química pode trazer graves prejuízos ao desempenho laborativo dos médicos, podendo colocar em risco a vida dos pacientes, é importante frisar que há, muitas vezes, dada a resistência do profissional em buscar tratamento, a necessidade de levar o comportamento do profissional ao conhecimento das chefias para que o médico seja conduzido a um tratamento. Se esse fato pode parecer, à primeira vista, como um procedimento invasivo, que pareça desrespeitar a individualidade do sujeito, deve-se refletir a respeito da gravidade desse comportamento e o quanto pode comprometer a adequada realização do trabalho médico.

Além disso, a prática rotineira de atendimento a médicos dependentes tem demonstrado que, quando um médico é encaminhado adequadamente para realização de tratamento, muitas vezes recomendados e amparados por seus superiores, as chances de sucesso são maiores, garantindo-se a manutenção da abstinência, redirecionando o profissional para áreas de menor risco, quando necessário.

Por outro lado, vê-se que, quando o profissional não tem seu tratamento monitorado, muitas vezes acaba fazendo-o de forma irregular, ou simplesmente protelando sua realização, contribuindo para o agravamento do quadro,

com graves consequências em seu desempenho, aumentando o risco de erros médicos, entre outros prejuízos na realização do seu trabalho.

Um outro desfecho grave e irreparável é o suicídio de médicos dependentes. Sabe-se que muitos profissionais acabam optando por não revelar o problema às chefias e é fato que há uma grande omissão por parte destas, bem como dos colegas de trabalho. É bastante comum que médicos dependentes realizem tratamentos de modo irregular, optando por internações em clínicas psiquiátricas durante períodos de férias, com o intuito de evitar a exposição no ambiente profissional. Entretanto, sabe-se que o retorno desse profissional é bastante delicada, porque apresenta alto risco de recaída, além do risco de morte por *overdose* e, não raras vezes, o suicídio.

Referências

1. Mansur J. O que é alcoolismo? 2 ed. São Paulo: Brasiliense; 1991.
2. Olievesntein C. Destino do toxicômano. São Paulo: ALMED; 1985.
3. Becker HS. Outsiders: Éstudes de sociologie de la déviance. Paris: Métaillé; 1985.
4. Velho G. Desvio e divergência: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1985.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
6. Lecky JH, Aukburg SJ, Conahan TJ 3rd, et al. A departmental policy addressing chemical substance abuse. Anesthesiology 1986;65(4):414-417.
7. International Labour Organization. Safework: workplace drug and alcohol abuse prevention programmes. [Internet]. Genève: ILO. Disponível em : http://www.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/art050.pdf
8. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
9. Seligmann-Silva E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. Cad Saúde Públ 1997;13(Supl 2):95-109.
10. Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional Antidrogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2001.
11. Robinson A, Smallman C. The Healthy Workplace? Research Papers in Management Studies. Cambridge: Judge Institute of Management Studies, University of Cambridge; 2000.
12. Martins LAN, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. Rev Ass Med Bras 1998;44(1):28-34.
13. Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1027 students of nine medical schools. Compr Psychiatry 2001;42(1):1-15.
14. Martins LAN. Programa de atenção à saúde e qualidade de vida do médico. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
15. Farley W, Talbott GD. Anesthesiology and addiction. Anesth Analg 1983;62(5):465-6.
16. Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Rev Ass Med Bras 2005;51(3):139-43.

17. Sans Yaguez F, López Corbalàn JC. Abuso de sustancias psicoactivas entre los professionales de la salud. Rev Esp Anestesiol Reanim 1999;46(8):354-358.
18. Spielgeman WG, Sauders L, Mazze RI. Addiction and Anesthesiology. Anesthesiology 1984;60(4):335-341.
19. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's impaired Physicians Program. Review of first 1000 physicians: analysis of specialty 1987;257(21):2927-2930.
20. Kam PCA. Occupational stress in anaesthesia. Anaesth Intens Care 1997;25(6): 686-90.
21. Dejours CL. L'évaluation du travail à l'épreuve de réel: critique des fondements de l'évaluation. Versailles: Editions Quæ; 2003.
22. Farley WJ. L'accoutumance et le résident d'anesthésie. Can J Anaesth 1992;39(5):R14-R17.
23. Wright C. Physician Addiction to Pharmaceuticals: personal history, practice setting, access to drugs and recovery. Maryland Med J 1990;39(11):1021-25.
24. Reeve PE. Personality characteristics of a sample of anaesthetits. Anaesthesia 1980;35(6);559-568.
25. Lanier C, Nicholson T, Duncan D. Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and gradute college students. Jornal of Drug Educ 2001;31(3):329-348
26. Weeks AM, Buckland MR, Morgan EB, Myles PS. Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. Anaesth Intensive Care 1993;21(2):151-5.
27. Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of Psychoactive substance in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. Can J Anaesth 1994;41(7):561-7.
28. Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Jacobson GR, Haddox JD, Kampine JP. Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30 year retrospective study. Can J Anaesth 1993;40(10):915-21.
29. Baird WLM, Morgan M. Substance misuse amongst anaesthetists. Anaesthesia 2000;55(10):943-5.

Seção 3

Saúde mental dos profissionais de Saúde

9 A saúde mental dos profissionais de saúde

Natasha Malo de Senço
Juliana Albuquerque Venezian
Miriam Abduch
Quirino Cordeiro
Eduardo Sauerbronn Gouvêa

"O sistema não tem nenhuma necessidade.
Mas nós seres de fragilidade,
...nós temos necessidade de sentido."

J. Lacan, 1991

Introdução

O trabalho é parte essencial da vida humana e constitui um meio de produção e lucro para a sociedade e para o indivíduo. Nele, além das necessidades de sustento, o homem também busca sua valorização pessoal e satisfação como um ser útil e provido de capacidade intelectual.[1,2,3]

Atualmente, as modificações na ordem global impactam sobremaneira a relação do trabalho com as condições de vida e saúde dos trabalhadores. Tais repercussões guardam estreitas relações com a crise do modelo econômico, iniciada nos anos 70, e com as notáveis inovações tecnológicas, particularmente nos campos da informática, da automação e das comunicações.[4]

Pesquisas no setor agrícola, comercial e industrial realizaram importantes contribuições para o entendimento dos processos de saúde e doença que envolvem as atividades ocupacionais.[5, 6, 7, 8] Mais recentemente, a avaliação da saúde dos próprios trabalhadores do setor saúde, em função de sua importante força de trabalho e do maior reconhecimento dos desafios de cuidado desta população, também tem sido objeto de estudo e atenção.[9, 10, 11, 12, 13] No Brasil, o Censo demográfico de 2000 estima que este setor empregue mais de 2,5 milhões de trabalhadores, sendo um milhão deles vinculado a atividades na atenção primária à saúde.[14]

Vários aspectos que contribuem para a morbidade da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, como, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho

no âmbito hospitalar.[15, 16] Pesquisas sobre as relações entre o estresse ocupacional, o sofrimento psíquico e a saúde mental dos diferentes profissionais de saúde têm sido realizadas em nosso meio, com destaque para as profissões de Enfermagem,[3, 9, 17] Psicologia[18] e Medicina.[16]

O desgaste físico, emocional e mental gerado pelo trabalho pode produzir apatia, desânimo, hipersensibilidade emotiva, raiva, irritabilidade e ansiedade; provoca ainda despersonalização e inércia, acarretando queda na produtividade, no desempenho e na satisfação do trabalhador.[19]

No entanto, ao estudar a saúde mental no trabalho, também é fundamental a observação de problemas relacionados à organizacão da atividade laboral, como a valorizacão da função, a carga, o ritmo, a qualidade dos relacionamentos interpessoais, períodos de descanso, pressão de chefia, conteúdo das tarefas, horas trabalhadas, pois estas muitas vezes são as causas de agravos psíquicos.[20]

Tratando-se especificamente do ambiente hospitalar, muito se tem falado e publicado a respeito das condições de trabalho vigente em grande parte dessas instituições, caracterizadas frequentemente por uma estrutura formal e burocrática, que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social.[21, 22]

Apesar da organização hospitalar buscar a satisfação tanto do trabalhador quanto de seus pacientes, muitas instituições são burocráticas e a equipe de saúde não tem participação efetiva na formulação dos planos institucionais, piorando a situação dos trabalhadores e favorecendo a sobrecarga de trabalho, o que por sua vez desencadeia o risco para o estresse.[23, 24]

Com relação ao trabalho na atenção básica de saúde, Dilélio e outros[25] avaliaram 4.749 profissionais da atenção básica das regiões Nordeste e Sul do país, e constataram uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores de 16%, variando de 10% a 18,8% entre as categorias profissionais, sendo maior entre outros trabalhadores de nível médio e agentes comunitários de saúde (18,8% e 18,4%, respectivamente) e menor entre outros profissionais de nível superior (10%).[25] Ainda, este estudo identificou uma menor prevalência de transtornos nos trabalhadores da atenção primária em comparação a estudos que avaliaram trabalhadores de hospitais e de outras categorias profissionais.

Outro estudo realizado com os profissionais da rede básica, em Botucatu, São Paulo, constatou que estes profissionais são submetidos a demandas psicológicas elevadas no trabalho, identificando fatores de estresse ocupacional e elevada prevalência de transtornos psiquiátricos menores. Os resultados apontaram para uma necessidade de intervenção visando melhorar as condições gerais de trabalho e o fornecimento de suporte social ao coletivo de trabalhadores.[26]

A literatura sobre a morbidade psicológica entre trabalhadores de saúde indica que dentre as profissões de nível superior os médicos são os que apre-

sentam os mais altos índices de dependência de álcool, estresse e depressão, e é grande o número de médicos que fazem uso de psicotrópicos ou drogas ilícitas.[16] Também são relatados distúrbios do sono, licenças e afastamentos da atividade laboral por problemas psicopatológicos, transtornos depressivos e ansiosos e até ideação suicida.[27]

Na França, a prevalência de *burnout* e de fatores associados foi investigada em 978 médicos de Unidades de Terapia Intensiva de adultos em hospitais públicos. Um alto nível de *burnout* foi identificado em 46,5% deles, e os fatores organizacionais relacionados ao trabalho foram fortemente associados ao desenvolvimento da síndrome. Houve uma relação estreita entre o desenvolvimento de *burnout* e vários aspectos, dentre eles a precária qualidade de vida dos intensivistas, a sobrecarga de trabalho, os relacionamentos prejudicados e os conflitos com outros colegas intensivistas.[28]

Em Salvador, Bahia, um estudo transversal investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores em uma amostra aleatória de 350 médicos. Constatou-se elevada sobrecarga de trabalho, ocorrência de trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento. Nesse estudo, a prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 26%. Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 3,07 (IC95%: 1,38-6,85) vezes mais distúrbios psíquicos menores do que aqueles com trabalho de baixa exigência.[10]

Andrade e outros[29] realizaram uma revisão de literatura acerca do estresse relacionado ao trabalho de médicos anestesistas. Apesar de algumas condições de trabalho investigadas terem sido consideradas adequadas, como extensão da jornada de trabalho, tempo de locomoção trabalho-casa-trabalho, fruição regular de férias, flexibilidade do horário de trabalho, realização de cursos de capacitação, possibilidade de informar à chefia sobre o andamento do trabalho e tratamento dado pela chefia às informações sobre o trabalho, ainda assim os sujeitos revelaram-se insatisfeitos com a remuneração, o reconhecimento profissional e a impossibilidade de ascensão na carreira.[29]

Estudos realizados desde a década de 70 com enfermeiros, a respeito da tarefa assistencial, também constataram um alto nível de tensão, angústia e ansiedade entre os profissionais, com faltas, abandono de tarefa e de emprego constantes.[30] Além dos custos pessoais e da queda de produtividade dos trabalhadores adoecidos, o absenteísmo em instituições hospitalares tem sido fonte de estudo e preocupação de muitos administradores, visto que desencadeiam problemas tanto de ordem organizacional como de ordem econômica, onde se calcula que na equipe de enfermagem pelo menos 35% dos dias de trabalho perdidos anualmente são por motivos de ordem psicológica.[22, 31]

Segundo Nogueira-Martins, um conjunto de fatores tem contribuído para o aumento do estresse profissional na área da saúde no Brasil, dentre

eles a perda do caráter liberal da profissão, consequência do aumento da presença de empresas compradoras de serviços, o acelerado desenvolvimento tecnológico e mudanças normativas e culturais que acabam por influenciar a relação cuidador-paciente, impondo à mesma aspectos mais estritos de prestação de serviços.[16]

Apesar dos avanços, parece haver certo consenso de que os sistemas de saúde, tanto na esfera pública como privada, atravessam uma crise e observa-se um sentimento de insatisfação, tanto por parte dos usuários, quanto de seus trabalhadores. Ao passo que a Medicina realizou progressos tecnológicos, antagonicamente, houve uma perda da autonomia de seus profissionais frente à organização do sistema da saúde e às transformações socioculturais contemporâneas. A seguir, discutiremos as repercussões deste cenário na subjetividade do profissional.

O sujeito e as profissões em saúde

A proposta deste escrito é levantar questões acerca das impossibilidades do cuidado de si que o profissional de saúde encontra hoje no seu ambiente de trabalho. Para isso recorreremos às contribuições que a psicanálise nos oferece, para adentrar em aspectos que dizem respeito ao espaço subjetivo do profissional e também para levantar possíveis saídas para o sofrimento destes no atual contexto sociocultural.

São estes enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e outros que, distribuídos na rede pública ou privada, oferecem a seus pacientes, para além de intervenções de saúde baseadas em suas técnicas e saberes científicos, o alento de uma relação de cuidado. Este último é sabidamente um elemento fundamental nos processos de cura em qualquer área da saúde, são evidentes e presentes na literatura os melhores resultados e adesões aos tratamentos, se o paciente deposita em seu cuidador confiança e segurança.

O lugar de referência que o profissional de saúde ocupa, assim como professores, juízes e enfim, até mesmo o pai de família, condensa um conjunto de representações que sintetizam um campo de saber, saber sobre a lei, portanto o certo e o errado, saber sobre a saúde, portanto sobre o bom funcionamento do corpo e outras normatividades construídas no percurso civilizatório humano. Por fim, mas de forma bastante central, temos o médico, que dentre os profissionais de saúde, ocupa um lugar de referência cuidadora de forma emblemática, tradicional e histórica nos processos de cura.

Estes profissionais são muitas vezes os produtores de um corolário de regras, de significantes mestres. De acordo com Nasio,[32] significantes mestres são aqueles ao redor dos quais fundam-se as instituições, com seus modos de

funcionar, regras e valores. A partir destes significantes são construídas as referências sociais que assegurariam uma convivência civilizada.[32]

Freud nos acrescentaria:[33]

> Durante as últimas gerações, a humanidade efetuou um progresso extraordinário nas ciências naturais e em sua aplicação técnica, estabelecendo seu controle sobre a natureza de maneira jamais imaginada... Os homens se orgulham disso e têm todo o direito de se orgulhar.

Nenhum problema nisso, já que é *à luz do aparato da ciência*[34] que é possível fundar o que não vai bem, o que não funciona como deveria, as próprias noções de doença ou higiene, e, a partir disso, desenvolver a tecnologia necessária à manutenção da vida, do bem-estar.

Estar munido destes recursos faz certa manutenção do estado de saúde biopsicosocial destes profissionais cuidadores, tamanha e profunda a identificação com o lugar de cuidador. O profissional de saúde se beneficia com os recursos da ciência e tem sua recompensa por tanta doação de si com o reconhecimento de seu trabalho. Mas é precisamente neste ponto que podemos pensar uma crise.

Lacan[34] dirá de importantes efeitos psicológicos relacionados ao que chamará de declínio social da imago paterna, elemento que teria grande importância na formação do eu, na construção de ideais e articulação de funções psíquicas como repressão e sublimação.

> Um grande número de efeitos psicológicos nos parecem depender de um declínio social da imago paterna. Declínio condicionado pelo retorno de efeitos extremos do progresso social no indivíduo. (p. 60)[34]
> (...) Nossa experiência nos leva a designar sua determinação principal na personalidade do pai, sempre carente de alguma forma, ausente, humilhada, dividida e postiça. É essa carência que (...) vem não só exaurir o impulso instintivo como também prejudicar a dialética das sublimações. (p. 61)[34]

Neste contexto de declínio do pai, algo falha no conhecido esquema sustentado pelos significantes mestres, incorporados pelos sujeitos que transmitem e interpretam a lei fundante das instituições. A dúvida, a falta de confiança e a insistência em pôr à prova o saber do profissional minam a força do mestre, ele não terá consistência reconhecida em sua interpretação da teoria e da lei.

Uma importante ressalva a ser feita é que Lacan não se referirá ao pai da realidade, mas a uma função no psiquismo; não devemos, portanto, tomar o pai em sua concretude ou individualmente. Estamos falando então de uma importante mudança na relação do sujeito com as referências e significantes mestres, portanto com a lei e com o saber.

O profissional antes reconhecido por suas habilidades e poder de cura, está hoje reduzido a um representante da ciência. Portanto, este profissional que teve alta exigência de estudo, tempo de estágio ou residência, acaba por não receber reconhecimento, já que sua experiência não é valorizada.

Dunker nos falará de perda de experiência como meta diagnóstica da pós-modernidade:[35]

> Segundo Honneth,[41] há uma dupla interpretação da modernidade, a partir da antropologia filosófica, de Montaigne a Rousseau, e a partir da filosofia da história, de Hobbes a Hegel. Ambas partilham a ideia comum da perda da experiência, entendida alternativamente como incapacidade do sujeito de reconhecer-se em sua própria história particular ou como dificuldade de estabelecer formas sociais universalmente compartilháveis. Alienação e fetichismo seriam duas figuras fundamentais de nomeação desse bloqueio da experiência.

Temos elencados anteriormente neste escrito morbidades e agravos psíquicos, mas dos aspectos de sofrimento levantados por Nogueira-Martins em seu artigo "Saúde mental dos profissionais de saúde", temos alguns que podemos destacar como mais diretamente ligados à hipótese do declínio da imago paterna. São eles:[16]

- as ambiguidades dirigidas pelos pacientes em sua relação com estes mestres. Assim como há admiração e confiança na relação de dependência do sujeito com seu cuidador, há também inveja e insurgência.
- o advento de novas técnicas diagnósticas, exames laboratoriais, desenvolvimento da indústria farmacológica em um modelo empresarial acéfalo, junto à banalização das informações e técnicas que empoderam de forma inconsistente a população, que munida de informações, questiona o valor da experiência do clínico.
- a franca piora das condições de trabalho e precárias condições dos serviços são colocadas como responsabilidade do profissional pelos usuários.[16]

A exigência de um saber total e uma postura impecável ainda é grande, na verdade nunca esteve tão forte, apesar da desvalorização e questionamento, busca-se nos mestres declinados a resposta para as mazelas humanas, pois o fato de termos mais acesso a informações e mais tecnologia disponível não dá conta do mal-estar na civilização, que é constitutivo. Diz Freud:[33]

> O que chamamos de felicidade no sentido mais restrito provém da satisfação de necessidades represadas em alto grau, sendo, por sua natureza, possível apenas como uma manifestação episódica... Nossas possibilidades de felicidade sempre estão restringidas por nossa própria constituição. (p. 84)

A proposta à qual este mestre furado responde é de um impossível, o sujeito que se presta a curar deve sustentar o incômodo do que sobra de não saber, de não cura, não adaptação, de inesperado, de mal-estar estrutural da experiência humana. Há a cobrança de comportamento e saúde ideais, pois além de poder oferecer alívio, tratamento, orientação ao outro, o profissional de saúde deverá desempenhar o papel de saudável, ativo, feliz, ou espera-se dele que o faça.

Nesse sentido, ao profissional que cuida do sofrimento do outro não é permitido sofrer. O estresse da categoria encontra sua causa, não raro, em uma excessiva autocobrança, por meio da responsabilização onipotente pelas dificuldades ou insucessos nos tratamentos aos pacientes, que são experimentados como fracassos do profissional. Para que se sustente este lugar e esta potência, o profissional vira instrumento de cura e restringir-se-á a responder à demanda de adaptação e ajuste a uma vida saudável. Quem sente, experimenta, adoece, sofre é o outro, assim literalmente "tira o corpo fora", tira da pauta a sua dor, sofrimento ou não saber.

Já na formação do profissional de saúde esta postura é preconizada. É desejável que mostre segurança e adequação, e, ainda que este processo de aprendizagem sobre o corpo ou a mente tenha seus percalços, fazem parte da construção da identidade profissional a suportabilidade e saída racional dos impasses vividos.

Se por um lado as exigências de alta performance não abrandam, por outro a recompensa por tanto sacrifício já não chega para este profissional, e isso em vários sentidos, dos mais subjetivos aos mais ligados a aspectos trabalhistas, como defasagem na remuneração, condições precárias de trabalho, extensas jornadas etc.

Excessos de manuais tanto de diagnóstico quanto de autoajuda são utilizados como substitutos de uma avaliação ou tratamento que passa pela formação e pela experiência de um sujeito. A representação é mais importante que o representante.

Os efeitos deste declínio da imago paterna e da desvalorização da experiência do sujeito não serão portanto privilégio da área da saúde, se há uma mudança na relação do sujeito com os alicerces psíquicos constitutivos de uma vida social, é possível escutar sofrimento semelhante nas áreas da educação e do direito, assim como no campo social propriamente dito através da violência generalizada e da fetichização da mercadoria e da ciência.

Angústia, nome clínico que se dá para o mal-estar e *afeto que não engana*, como nos diz Lacan,[35] é o que eventualmente aparece quando falha o engodo significante, quando encontraremos o que não pode ser dito, mas que sempre esteve ali, "muito perto, em casa" (p. 87). Então ainda que suprimido seu espaço de sofrer, o sujeito encontrará caminhos de expressão disso, o sintoma será uma tentativa mal acabada, insatisfatória e sofrida de dar lugar a isso.[34]

Os caminhos que o sujeito encontra poderão ser as depressões, as crises de angústia, de ansiedade, o *burnout* ou, ainda, doenças psicossomáticas e sintomas hipocondríacos, consequentes de uma prática diária de convivência com a doença, com a morte, com a dor. Há também as saídas para um modo mais violento dirigido ao outro como apatia, irritabilidade, frieza e agressividade.

Como pensar saídas para uma crise como essa?

Não é incomum escutar de tais profissionais tanto nas áreas da saúde como nas da educação e direito, propostas de um retorno ao "bom tempo" disciplinar e ao modelo autoritário, no qual se respeitava e obedecia ao pai, o professor tinha autoridade, a lei impedia o excesso de violência e o médico da família era sempre escutado, porém nos parece irreversível e não de todo ruim que as informações possam permitir mais espírito crítico ao cidadão e que gestões institucionais sejam mais horizontalizadas e democráticas.

> A tese do declínio da autoridade paterna é outro bom exemplo de como alterações em formas de vida (família patriarcal) implicam reinterpretações da perda das experiências (liberais, disciplinares, românticas), que, por sua vez, implicam reformulações de modos de sofrimento, expressos na contradição entre aspirações de reconhecimento e determinações simbólicas pelas quais estas deveriam se efetuar.[37]

As alterações em formas de vida, como nos coloca Dunker, exigirão novas formas de gestão de saberes neste campo plural e manejos institucionais, assim como novos espaços para a subjetividade dos mestres.

O sofrer e a formação do profissional

O sofrimento de todo ser humano é condição inexorável da existência. A expressão do sofrimento pode se dar de diferentes maneiras, quais sejam: numa inscrição corporal, na fala, nos sonhos, na relação vincular, no desempenho pedagógico, no desempenho profissional etc. A maneira como ele se manifesta depende de como cada um vivenciou, sentiu e nomeou suas experiências de vida.

No dizer da psicanálise, somos seres angustiados, com mal-estar, sendo isto imprescindível à constituição de um Sujeito, de um Ser no mundo. A mente só se constitui a partir da angústia: nosso desenvolvimento está vinculado às experiências de sofrimento, tornando-nos humanos, e preparando-nos para lidar com situações de alta complexidade, tanto do ponto de vista social como emocional e cognitivo.[33]

No mundo atual, as experiências devem ser absorvidas de modo rápido, o tempo é da ordem do imediato e esperar faz parte do passado. Tudo e todos

devem estar ao nosso alcance rapidamente. As funções do sentimento, do pensamento filosófico, existencial, psicológico e político perderam espaço e valor. A ilusão do prazer, da felicidade infinita, das respostas para tudo é o alicerce de nossa sociedade, não existindo lugar para o desconhecido.

Nossa cultura "favorece o produto pronto para uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea, resultados que não exigem esforços prolongados, receitas testadas, garantias de seguro total e devolução do dinheiro..."[36] A subjetividade é permeada pelo efêmero, pelo que é descartavel, nada devendo se perpetuar e ser vivido em consonância com o tempo. Cada indivíduo tem seu próprio ritmo de conquistas e de aprendizado; porém, não há mais espaço para as singularidades.

Na área da saúde isto também se observa nas relações vinculares, na medicalização excessiva, na dicotomia entre o corpo biológico e o psicológico. O tempo de dedicação exigido e a própria natureza do trabalho fazem com que as profissões ligadas à saúde sejam vistas como uma espécie de sacerdócio e aqueles que as exercem como onipotentes: os que não adoecem, não sofrem e nada desconhecem. Ironicamente, aquele que cuida se distancia cada vez mais daquilo que mais se depara, e do qual nunca pode fugir: a própria humanidade.

Durante a formação acadêmica o aluno introjeta a "desafetação", uma vez que o afeto pode colocá-lo em situações de intensa fragilidade e contato com a impotência humana. Devemos questionar que tipo de profissionais estamos formando: aqueles sem sofrimento, angústia, dúvidas, ou os que devem ser preparados para uma atuação profissional que os coloque diante das questões mais humanas. Os estudantes, principalmente os do curso de Medicina, dada a exigência do vestibular, ao ingressarem na faculdade já são corrompidos por um sentimento de supremacia, o qual logo entra em falência, já nas primeiras avaliações.

As frustrações podem ocorrer logo no início do curso, caso tenham baixo rendimento: como foram selecionados de acordo com um sistema de elevada exigência, acreditam que nunca falharão. Diante disto sentem-se inseguros, assustados, angustiados, colocando em dúvida sua própria vocação. Neste momento institui-se a necessidade de medidas "disciplinadoras"; o aluno é destituído de sua condição de sujeito, para tornar-se paciente. Se ele fica triste, ansioso, seus sentimentos devem ser diagnosticados e ele deve ter a seu alcance aquilo que acredita ser eficiente num curto período de tempo: a medicação.

Em nossa experiência no Repam (Retaguarda Emocional do Aluno, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo) no atendimento dos alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia, notamos que muitos alunos chegam preocupados em esconder que precisam de ajuda, encarando seus problemas como um sintoma a ser tratado e não como algo a ser compreendido. Tornar-se humano, deparar-se com suas fragilidades não fazem parte de seu universo. Aos profissionais da saúde, principalmente ao

médico, é delegado o lugar da cura. Ele não sofre nenhum mal-estar, ao contrário: o tem sob seu domínio e, quando o mesmo surge, deve ser combatido.[39]

A vida é composta por sentimentos, e os mesmos independem da escolha profissional. A área da saúde nos expõe às situações de morte, doença, incapacidade e confinamento, integrantes da impotência humana. Ser portador de habilidades de cura, alívio da dor e do sofrimento faz com que os profissionais desta área sejam permeados por uma aura de "endeusamento", tornando difícil o enfrentamento das próprias limitações humanas. Nosso papel é o de poder dar voz e espaço para a escuta deste sofrimento, reconhecendo o sujeito como um ser humano.

Acreditamos que estes profissionais devem dar outra dimensão ao sofrimento, encarando-o sob a mesma ótica desrita por Dejours.[40] Ou seja, podemos pensar em sofrimento não só como algo negativo, mas também como solução criativa diante das vicissitudes da vida, alterando nosso paradigma, fazendo-nos enxergar o aluno e o profissional da saúde como sujeitos históricos, cujos sentimentos fazem parte do ato de viver.

Considerações

Ao considerar-se a natureza da ocupação e do sofrimento dos profissionais de saúde, não devemos esperar uma solução unilateral e definitiva para a complexa tarefa de tornar as atividades de cuidado mais salutares. Acreditamos que exista um conjunto de medidas, nas esferas política, administrativa, pedagógica e assistencial, que nos permita remodelar, em longo prazo, o papel das profissões de saúde na sociedade. A partir desta reflexão, levantamos algumas propostas que estão sendo apresentadas por diferentes campos de estudo que têm se dedicado ao tema. Acreditamos que a articulação destas mudanças será capaz de produzir um aumento significativo tanto na qualidade de vida destes trabalhadores quanto na assistência por eles prestada, de modo sistêmico. São elas:

• Revisão das possibilidades de reestruturação da organização dos sistemas de saúde, com maior reconhecimento do espaço dos prestadores de cuidado. Foco na elaboração de serviços de saúde mais efetivos, tanto para seus usuários quanto para a força de trabalho que os compõe.

• Elaboração de programas de planejamento de carreira, visando à maior estabilidade do vínculo empregatício, medidas de combate ao multiemprego e correção da defasagem salarial.

• Programas de mapeamento dos riscos ocupacionais de acordo com a especificidade das tarefas e maior regulamentação das condições de trabalho.

• Promoção de políticas institucionais de saúde do trabalhador, com maior

incentivo e regulamentação do descanso no pós-turno, limitação do número de horas consecutivas trabalhadas, melhoria das condições ambientais, da segurança, higiene e ergonomia no trabalho.

• Melhoria das condições de trabalho dos estágios, internato e Residência Médica, auxiliando o indivíduo a incorporar a importância do cuidado de si ao longo de sua formação profissional.

• Investimento na formação acadêmica para que esta também habilite o aluno a desenvolver habilidades para lidar com situações difíceis referentes ao sofrimento dos pacientes e ao próprio.

• Maior ênfase na formação de um pensamento crítico e filosófico acerca do conceito e do espaço da saúde na sociedade. Além do ensino de habilidades de gestão de carreira ao longo da formação.

• Programas de tutoria para a aquisição de habilidades não meramente técnicas referentes à prática profissional e possibilidade de maior criação de vínculo e cuidado do aluno.

• Provimento de serviços de suporte psicológico e psiquiátrico nos diferentes estágios das carreiras em saúde, desde a formação acadêmica.

Apesar da apresentação de um panorama de crise, cabe ressaltar que este momento também configura uma oportunidade de crescimento e transformações estruturais. Diversos setores da sociedade estão empenhados na promoção destas medidas. A reflexão sobre os conceitos de saúde mental e qualidade de vida e sobre o papel dos representantes das ciências da saúde torna-se questão atual a ser não apenas oferecida aos pacientes, mas também vivenciada por seus cuidadores.

Referências

1. Nogueira DP, Azevedo CAB. Absenteísmo-doença em mulheres. Rev Bras Saúde Ocup 1982;10(38):48-51.
2. Santos KJ, Soler ZASG. Absenteísmo na enfermagem: enfoque nas causas de ordem psicológica. Enfermagem Brasil 2003;2(6):336-343.
3. Faria AC, Barboza DB, Domingos NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq Ciênc Saúde 2005;12(1):14-20.
4. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995.
5. Facchini LA. Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero: el caso del ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos" [Disertación de Maestría]. México DF: Universidad Autónoma Metropolita- na; 1986.
6. Buschinelli JTP, Novaes TCP. "Idiopático?" Respirando benzeno. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Editora Vozes; 1993. p. 436-460.
7. Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). Rev Saúde Pública 1999; 33(4):391-400.

8. Palácios M, Duarte F, Câmara VM. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na Cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2002; 18(3):843-851.
9. Araújo TM, Aquino EMG, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev. Saúde Públ 2003 Aug; 37(4):424-433.
10. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador. Brasil Rev Assoc Med Bras 2006; 52(2):97-102.
11. Aranda Beltran C, Pando Moreno M. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. Rev Méd Urug 2007; 23(4):369-377.
12. Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. Rev Saúde Pública 2008; 42(2):279-286.
13. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(Supl 1):s193-s201.
14. Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.
15. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC, 1990.
16. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho 2003; 1(1):56-58.
17. Bianchi ERF. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. Rev Esc Enf USP 1992; 26(1);121-122.
18. Covolan MA. Stress ocupacional do Psicólogo Clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In: Lipp MEN, editor. Pesquisas Sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus; 1996. p. 225-240.
19. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Brit J Anaesth 2003; 90(3):333-337,
20. Seligmann-Silva E. Psicopatoloia e saúde mental no trabalho. In: Mendes R, editor. Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 1141-1179.
21. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latinoam Enf 2000; 8(5):44-51.
22. Barboza DB. Afastamentos do trabalho na enfermagem de um hospital geral no período de 1995 a 1999 [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2001. apud Faria AC, Barboza DB, Domingos NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq Ciênc Saúde 2005; 12(1):14-20,
23. Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Rev Gaúcha Enferm 1997; 18(2):133-144.
24. Belém JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1998; 51(4):679-708.
25. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2012; 28(3):503-514.
26. Braga LC, Binder MCP. Condições de trabalho dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP. In: Anais do X Congresso Paulista de Saúde Pública. Botucatu: Saúde e Sociedade; 2007.
27. Neto RF, Obara CS, Macedo PCM, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. São Paulo Med J 2004; 122(4):152—157.

28. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175(7):686-692.
29. Oliveira Andrade G, Andrade Dantas RA. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anestesiologistas. Rev Bras Anestesiol 2014. Disponivel em: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.02.
30. Menzies I. The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties. Institute of human relations, 1970. apud Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC, 1990.
31. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica 1999; 6(6):415-25. apud Faria AC, Barboza DB, Domingos NAM. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq Ciênc Saúde 2005;12(1):14-20.
32. Nasio JD. A criança magnífica da Psicanálise: o conceito de sujeito e objeto na teoria de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991.
33. Freud S. O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos – Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.21). Rio de Janeiro: Imago; 2006.
34. Lacan J. Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
35. Lacan J. O seminário, livro X: A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1963
36. Lacan J. O seminário, livro XVII: O avesso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991.
37. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. Tempo social 2011; 23(1):115-136.
38. Bauman Z. Amor líquido. Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro : Zahar; 2009.
39. Foucault M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
40. Dejours C. Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris: Centurion; 1980.
41. Honneth A. La société du mépris. Paris: La Découverte; 2006.

10 A formação e a atuação do enfermeiro: estresse e síndrome de *burnout*

Ruth Beresin
Quirino Cordeiro

O desgaste físico e emocional do enfermeiro

Na sociedade atual, pode-se considerar que o trabalho tornou-se uma das atividades humanas que mais causam estresse. Esse fenômeno está relacionado às mudanças tecnológicas, ao grande volume de informações, ao aumento das exigências laborais relacionadas ao conhecimento técnico, eficiência, desempenho nas atividades, comportamento e competitividade.

O progresso da ciência e da tecnologia trouxe mudanças importantes para a sociedade e para os indivíduos, o que desencadeou transformações muito rápidas e, como consequência, ocorreram o aumento da insegurança e uma alteração nas formas de pensar, sentir e agir nos diferentes âmbitos da atividade humana.[1]

Dentro desse contexto, os profissionais da área da saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia, vinculada tanto ao desenvolvimento dos meios diagnósticos quanto à evolução das técnicas de intervenção, à qualidade de vida dos pacientes e à humanização da assistência.[1]

Dessa forma, os desafios dos profissionais da área da saúde se tornaram maiores, somando-se ao fato de que, em muitos momentos de sua atividade ocupacional, estes estão expostos a situações que trazem ansiedade e angústia, e os desgastam emocionalmente. A morbidade psicológico-psiquiátrica é grande entre esses profissionais e são muitas as situações estressantes que podem ser de natureza externa e/ou interna.[2]

Dentre os profissionais de saúde, observa-se que os enfermeiros vivenciam no seu cotidiano diferentes situações em sua atuação profissional que podem gerar desgaste físico e psicológico. Estudos apontam que o estresse ocupacional incide principalmente em atividades profissionais como ajudar, prestar assistência ou ser responsável pelo desenvolvimento de pessoas.[3]

A equipe de enfermagem tem um ritmo de trabalho acelerado, com grandes exigências físicas e emocionais, e muitas vezes em condições inade-

quadas. Esse profissional desempenha atividades multifacetadas e simultâneas, como, por exemplo, realizar um procedimento de cuidado ao paciente e liderar uma equipe.[4, 5, 6, 7]

Outro aspecto a considerar é o aspecto humano da profissão, que se dá no convívio constante que o enfermeiro tem com situações intensas como o nascimento, a doença, a morte, o contato prolongado com os enfermos e seus familiares, o que pode gerar no enfermeiro uma sobrecarga emocional. Com isso, tanto aspectos da saúde física como mental desses profissionais podem ser influenciados, causando diminuição na produtividade, sentimentos de incapacidade e insatisfação, desencadeando o processo do estresse.[5, 6, 7]

O estresse ocupacional ocorre quando o profissional interpreta a situação como que excedendo a sua capacidade de adaptação; um indivíduo pode interpretar um trabalho extra como uma ameaça, enquanto outro pode interpretar como um desafio.[8]

Em síntese, pode-se considerar que os estressores ocupacionais que afetam os enfermeiros estão relacionados aos seguintes aspectos: atuação profissional, ambiente de trabalho, administração de pessoal, relacionamento interpessoal, assistência prestada e vida pessoal.[8]

A formação profissional do enfermeiro: saúde mental e fatores de estresse

O estresse e os fatores de estresse que atingem a equipe de enfermagem também podem ser observados no período da sua formação profissional, quando o estudante vivencia nos estágios angústias na relação com os pacientes, pressão na avaliação acadêmica, cansaço devido ao acúmulo de tarefas, falta de tempo, preocupação com mercado de trabalho e outros.[9, 10]

Atualmente, nas sociedades tecnologicamente desenvolvidas, o ingresso na universidade pode ser considerado para os jovens um marco de transição da adolescência para a vida adulta. Neste início de vida acadêmica normalmente os estudantes se deparam com dúvidas e incertezas quanto à carreira escolhida, como também vivenciam diferentes aspectos novos em sua vida: como um novo ambiente social, novos desafios intelectuais, e a necessidade de aquisição de maior autonomia e independência com relação ao seu grupo familiar e outros.[11, 12]

A vida acadêmica propicia o desenvolvimento e crescimento dos jovens nos aspectos cognitivos, sociais e emocionais. Entretanto, observa-se que é comum neste início o jovem sentir-se pressionado e sobrecarregado com as diferentes demandas e não conseguir uma boa adaptação, e muitas situações novas que ele vivencia se transformem em fatores de estresse.[11]

Existe uma alta prevalência de transtornos mentais entre estudantes universitários.[13] O aluno, no início da faculdade, vivencia situações de estresse

as quais pode não estar preparado para enfrentar, podendo ficar suscetível a desenvolver transtornos mentais menores.

Os transtornos mentais menores são definidos como quadros menos graves e mais frequentes de transtornos mentais,[14] e suas características são os sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes,[15] que se manifestam em distúrbios emocionais como esquecimento, dificuldades na concentração, tomada de decisões, insônia, irritabilidade e fadiga, associados ou não a distúrbios físicos.

As dificuldades dos estudantes de enfermagem não estão relacionadas somente aos aspectos cognitivos como aprendizagem, interesse, motivação, atenção e outros. Mas também às situações relacionadas ao sofrimento desencadeado, tanto pelas questões comuns da vida do estudante universitário, como também a vivência a partir dos estágios curriculares do cotidiano da profissão de enfermagem, na qual a dor e a morte dos pacientes estão presentes.[16]

O processo de ensino-aprendizado no curso de graduação em Enfermagem pode apresentar um caráter ameaçador ou desafiador para o estudante, pois o erro que faz parte deste processo pode prejudicar de forma importante o paciente.[17]

Outros aspectos que fazem parte da formação do profissional enfermeiro estão relacionados ao atendimento do paciente, que requerem do aluno um período para se adaptar a condições específicas, tais como: intimidade corporal com o paciente, o contato íntimo com a dor, o sofrimento, e o atendimento a pacientes em fase terminal.[18]

Em diferentes momentos da formação profissional, os estudantes de Enfermagem podem necessitar de apoio e suporte para a preservação de uma boa qualidade de vida.[16, 19, 20, 21, 22]

Estresse, Síndrome de *Burnout* e estratégias de *coping*

A sua qualidade de vida pode ser prejudicada devido ao estresse e ao *burnout*. Estas são síndromes psicológicas que podem gerar consequências graves para o indivíduo, como transtornos psicológicos, doenças físicas e problemas familiares.[23]

O estresse é uma reação psicofisiológica complexa, que se origina da necessidade do organismo de enfrentar algo que ameace seu equilíbrio interno. Há a tentativa de vencer o desafio, sobreviver e adaptar-se à situação. Desta forma, a reação ao estresse pode ocorrer em face de estressores, ou em decorrência da interpretação que se dá ao evento desafiador.[24]

O processo do estresse é dividido em três fases: alarme, resistência e exaustão, e foi proposto por Hans Selye em 1956. A partir deste modelo, Lipp adicionou uma quarta fase, chamada de quase exaustão, localizada entre a fase de resistência e a de exaustão.[25]

Alguns dos fatores predisponentes para este distúrbio no cotidiano acadêmico do estudante de Enfermagem são: pressão para aprender, quantidade elevada de novas informações, constantes avaliações, competitividade e pouco tempo para uma vida social.[9, 10] Além destes fatores, é comum que boa parte dos alunos tenha que trabalhar para poder pagar os estudos, tendo assim uma dupla jornada, restando muito pouco momento livre para o descanso e lazer, o que poderia auxiliar no alívio dos fatores de estresse a que estão submetidos.

Burnout, termo inglês, significa queimar ou destruir-se pelo fogo. É uma síndrome do meio laboral que se caracteriza por um processo de resposta de cronificação ao estresse ocupacional, quando os processos de enfrentamento falham ou são insuficientes, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social.[26]

A síndrome de *burnout* pode começar durante o período de formação e prosseguir durante a vida profissional.[27]

O conceito de *burnout* em estudantes se constitui de três dimensões: *exaustão emocional*, caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; *descrença*, entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e *baixa eficácia profissional*, caracterizada pela percepção de estar sendo incompetentes como estudantes.[28]

Existem diferenças nos níveis de tolerância a situações estressantes, ou seja, alguns indivíduos são perturbados por pequenas mudanças ou emergências, enquanto outros são afetados apenas por estressores de maior magnitude ou quando a exposição a eles é muito prolongada. Por outro lado, também diversas são as estratégias utilizadas para lidar com as demandas internas e externas de um evento estressante.[29]

Coping é definido como os esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar, vencer, tolerar ou reduzir as demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa. A forma como a pessoa lida com as situações estressantes desempenha um importante papel na relação entre o estresse e processo de saúde-doença.[30]

No Brasil, nos últimos anos, o interesse no estudo acerca da qualidade de vida, estresse, síndrome de *burnout* e estratégias de *coping* dos estudantes de Enfermagem vêm se ampliando. E as conclusões destas pesquisas apontam para a necessidade de se criar programas de intervenção para os estudantes de Enfermagem que tenham como foco a prevenção e o controle do estresse.

Estresse e Síndrome de *Burnout*: prevenção e intervenção

O estresse é um fator que tem impacto negativo na saúde e bem-estar dos estudantes, sendo necessário intervir preventivamente junto daqueles que apresentam maior vulnerabilidade ao mesmo, e promover o uso de estratégias de *coping* adequadas.

A intervenção ao nível da prevenção do estresse pode ser pensada em duas vias: atuando sobre os estressores ou desenvolvendo estratégias de *coping*. Para aperfeiçoar a intervenção importa integrar estas duas dimensões, pois se há estressores que podem ser erradicados, outros há que persistirão, por não estarem sob o controle do indivíduo, pelo que as estratégias de *coping* assumem um papel fundamental.

Tais estratégias interventivas poderão revestir a forma de ações de formação de curta duração sobre o estresse e seus efeitos e de *workshops* sobre estratégias de *coping* e estilos de vida saudáveis. Poderão também se traduzir na integração nos planos de estudo de unidades curriculares de opção que vão ao encontro das necessidades dos estudantes, de modo a lidar com as situações de vida, em geral, e com as exigências dos estudantes dos cursos de Enfermagem em particular.

Acreditamos que a implementação de estratégias e de programas para lidar com o estresse não deve apenas ser contemplada nos cursos de formação inicial, mas também nos planos de formação contínua dos enfermeiros, de modo a exercer a sua profissão com um sentimento de bem-estar e realização pessoal e profissional.

Ainda como recomendação, que se desenvolvam estudos com enfoque nas manifestações e fontes de estresse, para que possam ser traçadas estratégias de intervenção, a fim de proporcionar melhoria na qualidade de vida desses estudantes. Os alunos treinados para utilizar estratégias de *coping* usufruirão melhor a etapa acadêmica e saberão aplicar a experiência na futura vida profissional.[31]

Referências

1. Guido LDA. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
2. Carvalho V. A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In: Pimenta CAMP, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri: Manole; 2008.
3. Pereira AMTB. *Burnout*: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São PAulo: Casa do Psicólogo; 2002.
4. Simonetti SH. Stress e valorização no trabalho do enfermeiro de unidade de internação do município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de

Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-19082011-073525/en.php
5. Kirchhof RS, Guido LA, Freitas EO, Benetti ERR, Lopes LFD. Stress among emergency nurses. Rev Enferm UFPE 2012 Dec; 6(12):2927-2933.
6. Guido LA, Linch GFC, Pitthan LO, Umann J. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1434-1439.
7. Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo WA, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev Gaúch Enferm 2012 Jun; 33(2):78-85.
8. Grazziano ES, Ferraz Bianchi ER. Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global; (18):1-20.
9. Monteiro CFS, Freitas JFM, Ribeiro AAP. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Esc Anna Nery Rey Enferm 2007 Jan-Mar; 11(1):66-72.
10. Behere SP, Yadav R, Behere PB. A comparative study of stress among students of medicine, engineering, and nursing. Indian journal of psychological medicine 2011 Jul-Dec; 33(2):145–148.
11. Calais SL, Carrara K, Brum MM, Batista K, Yamada JK, Oliveira JRS. Stress entre calouros e veteranos de Jornalismo. Estud. Psicol; 24(1):69-77.
12. Teixeira MAP, Dias ACG, Wottrich SH, Oliveira AM. Adaptação à universidade em jovens calouros. Rev Sem da Ass Bras de Psic Esc e Educ 2008; 12(1), 185-202.
13. Neves MCC, Dalgalarrondo P. Transtornos mentais autorreferidos em estudantes universitários. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 2007; 56(4):237-244.
14. Cerchiari EAN. Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
15. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Rev Psiq Clín 1999 Set-Out; 26(5):246-256.
16. Saupe R, Nietche EA, Cestan ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de Enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem 2004 Jul-Ago; 12(4):636-642.
17. Farah OGD. Stress e coping no estudante de graduação em Enfermagem: investigação e atuação [Tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
18. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de Enfermagem (AEEE). Rev Esc Enferm USP 2009; 43(esp):1017-1026.
19. Silva Bampi LN, Pompeu RB, Baraldi S, Guilherme D, de Oliveira Campos AC. Percepção sobre qualidade de vida de estudantes de graduação em Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2013; 34(2):125-132.
20. Eurich RB,Kluthcovsky AGC. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul 2008; 30(3):211-220.
21. Arronqui GV, Lacava RMVB, Magalhães SMF, Goldman RE. Percepção de graduandos de Enfermagem sobre sua qualidade de vida. Acta Paul Enferm 2011, 24(6):762-765.
22. da Silva CHM, Morales RR, Pinto RDMC, da Silva Paro HBM, Souza IMDM. Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2012; 20(4):Tela-1.
23. Rossa EG de Oliveira. Capítulo 12 Relação entre o stress e o *burnout* em professores do ensino fundamental e médio. p. 131-150.in Lipp MEN. O stress no Brasil: pesquisas avançadas. 1a ed. Campinas (SP): Papirus; 2004.
24. Lipp MEN. O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papirus; 2004.

25. Lipp MEN. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
26. Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do Burnout no Brasil. Rev Elet Inter-Ação Psy 2003; 1(1):4-11.
27. Carlotto MS, Câmara SG. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. Psico-USF 2006; 11(2):167-173.
28. Martínez IMM, Pinto AM, Silva AL. Burnout em estudantes do ensino superior. Revista Portuguesa de Psicologia 2002; 35:151-167.
29. Savóia MG, Santana P, Mejias N. Adaptação do Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo 1996; 7(1):183-201.
30. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
31. Benavente SBT, Costa ALS. Respostas fisiológicas e emocionais ao estresse em estudantes de Enfermagem: revisão integrativa da literatura científica. Acta Paul Enferm 2011; 24(4):571-576.

11 Saúde mental entre os cirurgiões-dentistas

Maria Aparecida da Silva
Glauco Fioranelli Vieira
Ana Estela Haddad

> Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, emperdenidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que máquinas, precisamos de humanidade.
>
> *Charles Chaplin*

O trabalho em Marx é o resultado da ação do homem sobre a natureza. Ao mesmo tempo em que o homem a transforma pelo seu trabalho, transforma a si mesmo, afirmando-se como homem; este ato o diferencia dos outros animais. Assim, o homem é definido como um animal trabalhador.[1]

Dentre todas as atividades humanas, o trabalho é considerado a mais importante e aquela que "dignifica" o homem. Quando se pergunta o que seria feito com o trabalho, caso tivesse dinheiro pelo resto da vida, cerca de 80% dos indivíduos respondem que continuariam trabalhando devido à importância de se relacionar com outras pessoas, ter um objetivo, ter algo para fazer, poder produzir.[2]

Hannah Arendt[3] cita que a palavra trabalho, no período medieval (*travail*, *arebeit*), tinha o significado de feito heroico, exigindo grande força e coragem, sendo realizado com espírito de luta, já nos tempos modernos a luta travada diariamente nada tem de semelhante a feitos heroicos; portanto, a atividade que deveria dar ao homem prazer por constituí-lo como sujeito e capacidade para gerir sua sobrevivência e de outros seres humanos pode causar dor e sofrimento.[4]

O mundo do trabalho vem passando por significantes transformações em decorrência da crise no sistema capitalista e das grandes inovações tecnológicas que têm levado ao desemprego, baixos salários e empregos precários. O momento atual é de grande pressão física e psíquica entre os trabalhado-

res, dado pela falta como pelo excesso de trabalho, e nem sempre é possível desenvolver resistência a isso, repercutindo em processo de adoecimento no e pelo trabalho.[5]

Gomes et al[5] observam que o trabalho em saúde, localizado no setor de serviços, guarda características especiais em relação ao setor de produção de material e setor primário da economia; na atualidade, tem propriedades de um modelo de produção capitalista, assim como do trabalho profissional do tipo artesanal que, conforme explica Pires,[6] teve sua origem nas corporações de artífices da Idade Média, compostas por indivíduos capacitados, unidades de produção e a comercialização do produto, sendo os produtores os donos das ferramentas de trabalho e realizando o controle de todo o processo de produção, desde a idealização até sua comercialização.

Em oposição a outros setores econômicos, a saúde exige trabalho intensivo, o contato pessoal é indispensável e a relação profissional-paciente incorpora a essência do cuidado em saúde. A saúde não pode ser adiada, o fator tempo é essencial, e precisa ser oferecida a cada pessoa. Por maior que seja a evolução dos protocolos e do conhecimento baseado em evidência, não existe previsibilidade absoluta, e não haverá máquinas elaborando diagnóstico ou prescrevendo tratamento.[7]

A profissão odontológica não foge ao cenário de mudanças no trabalho e tanto sua formação como a prática encontram-se em fase de transição, repercutindo nas expectativas e sofrimentos desses profissionais. De uma Odontologia de natureza liberal e privada que resultou na mercantilização da profissão, para uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda, em um mercado competitivo, como consequência, aumentando a insatisfação com os ganhos, acompanhado da diminuição de autonomia do trabalhador frente aos empregadores.[5]

O mercado de trabalho para o cirurgião-dentista passa a sofrer importantes modificações a partir de 1980; até então predominantemente autônomo, sofre com a perda de poder aquisitivo da população, diminuindo a procura por tratamento particular, e o modelo vigente perde a força, obrigando os profissionais a buscar trabalho assalariado direto (contratação) ou indireto (credenciamento).[8, 9]

Essa modificação no modelo profissional, impulsionado pelas transformações socioeconômicas, pelo desenvolvimento técnico e científico crescente resultando em novos materiais, técnicas e novas relações de trabalho alteraram muito a rotina, diminuindo a qualidade de vida dos profissionais, aumento da sobrecarga de trabalho devido à concorrência, cobrança quanto à produtividade, horas excessivas de trabalho, insatisfação com os ganhos, e como consequência uma sobrecarga psicossocial que, não raramente, tem como resultado doenças físicas e mentais, colocando a Odontologia na condição de profissão estressante.[10, 11]

Outro aspecto a ser considerado, de relevante modificação no mercado de trabalho odontológico, foi a crescente entrada das mulheres a partir dos anos de 1970, quando sua participação era apenas 20% e nos dias atuais já ultrapassa os 60%. Além do próprio desgaste profissional, ainda há a dupla jornada de trabalho para muitas dentistas e, embora o impacto no campo de trabalho ainda seja pouco dimensionado, infelizmente as carreiras em que houve aumento da predominância feminina são mais mal remuneradas no mercado de trabalho.[12] Ou seja, apesar dos grandes avanços das mulheres socialmente, ainda há obstáculos e preconceitos e, não raro, para provar que é suficientemente capaz profissionalmente, a mulher precisa demonstrar muito mais trabalho que o homem.

O fato é que todas as transformações ocorridas na atividade odontológica nos últimos anos resultaram numa crise sem precedentes, como muito bem analisado por Lima e Farias:[13] de um lado, o profissional autônomo sente-se ansioso, desgastado emocionalmente e inseguro diante da incerteza de garantir e/ou manter seu padrão de vida com qualidade, isto por conta da diminuição da receita dada pela fuga dos pacientes particulares, pelo aumento dos custos dos instrumentos e equipamentos oriundos dos avanços tecnológicos que passaram a ser também desejados e procurados pelos pacientes.

Para os profissionais credenciados a convênios ou planos de saúde, a obrigação de aumentar sua produtividade, muitas vezes em detrimento da qualidade do atendimento, e para aqueles profissionais de instituições públicas ou privadas, a qualidade de vida tem se mostrado igualmente comprometida, pois muitas vezes são tratados por meros objetos que precisam ter rendimento satisfatório e alta produtividade, o ambiente é precário em termos de instrumental e equipamentos. Essa insatisfação gera um sofrimento no trabalho, conforme descreve Rodrigues:[14]

> Um dos mais cruéis golpes que o homem sofre com o trabalho é a frustração de suas expectativas iniciais sobre o mesmo, à medida que a propaganda do mundo do trabalho promete felicidade, e satisfação pessoal e material para o trabalhador; porém, quando lá adentra, o que se tem é infelicidade e, na maioria das vezes, a insatisfação pessoal e profissional do trabalhador, desencadeando, então, o sofrimento humano nas organizações.

Há um grande paradoxo na prática odontológica: a Odontologia, desde sua separação definitiva da Medicina nos anos de 1920, ganhou o *status* de profissão, e na área científica foram grandes os avanços que vêm ocorrendo até os dias atuais, mas as condições de trabalho não seguiram essa evolução, e ocorreu a precarização, que tem sido responsável pela piora das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico do adoecimento desses profissionais, sendo o estresse um dos fatores preditivos para o surgimento de alguns transtornos mentais.[4]

Estresse: vilão dos trabalhadores?

Estresse ocupacional caracteriza-se pelo conjunto de respostas físicas e mentais, que quando intensificadas transformam-se em reações emocionais negativas. Este evento tem sido de grande interesse entre os pesquisadores devido à sua associação com o aumento do número de acidentes, absenteísmo, queda da produtividade e risco de abandono de emprego, e se o tempo de exposição for prolongado, pode provocar sérios prejuízos ao profissional de saúde, levando a problemas físicos e mentais.[15, 16]

Mas por que o estresse pode ser tão nocivo? Existe uma polêmica quanto ao conceito de estresse, que caiu no senso comum e tem sido responsabilizado por todo o sofrimento que um indivíduo possa ter em virtude da dinâmica da sociedade contemporânea, sendo associado apenas a eventos negativos, entretanto só recentemente essa condição vem sendo associada a algumas doenças, particularmente aos transtornos mentais.

A palavra estresse significa força, pressão, esforço, tensão, e este termo é utilizado na física para designar qualquer força aplicada a um sistema que é passível de ser medida. Nos anos de 1930, o fisiologista canadense chamado Hans Selye tomou emprestado da física o termo estresse e o aplicou na biologia para designar um padrão comum de resposta do organismo a diferentes agentes estressores caracterizada pela ativação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal, e observou que as consequências dessa exposição poderiam ser tanto prejudiciais quanto benéficas, dependendo dos dispositivos do organismo para a reação.[17] A partir dessas observações, o estresse passou a ser reconhecido pela Medicina como um estado dinâmico de equilíbrio, alternando estado de estresse e homeostase. Na atualidade entende-se estresse por um conjunto de reações físicas.

Na atualidade, além dos estressores físicos, como estudado por Seyle, fatores psicológicos, como novidades ou problemas sociais, o estresse mental e emocional é o mais intenso no século XXI, se compararmos aos nossos antepassados.[18] Assim, diante da ameaça real ou potencial à homeostase, o organismo humano apresenta reações adaptativas complexas, selecionadas a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico. Caso consiga eliminar ou solucionar a situação estressora provocará uma diminuição da cascata fisiológica ativada; contudo, se a situação de estresse for excessiva ou mantida por longos períodos, o sistema de proteção pode se manter hiper-reativo e provocar danos ao organismo.

Dentre as alterações fisiológicas, há envolvimento de neurônios do núcleo paraventricular hipotalâmico que produz o hormônio de liberação da corticotrofina, núcleos noradrenérgicos do tronco cerebral (*locus coeruleus*) e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPP), responsável pela liberação de glicocorticoides pela suprarrenal.[18, 19] Essas regiões, envolvidas no estresse

também têm participação em alguns quadros psicopatológicos como ansiedade e depressão.

Pesquisadores têm associado eventos estressantes à neurotoxidade do hipocampo, provavelmente mediado pelo aumento de glicocorticoides que predispõem à depressão,[18] enquanto outros estudos associam o locus coeruleus, rico em neurônios noradrenérgicos, ao "sistema de alarme", por exercer a função de atenção, monitoramento do ambiente e o preparo do organismo para situações de emergência à ansiedade.[20]

Retornando aos estudos de Seyle, as consequências negativas ao estresse estavam ligadas provavelmente a déficits nos dispositivos de reação adaptativa de todo organismo vivo. Transpondo para o ser humano, baseado no reconhecimento de que fatores genéticos estariam envolvidos nos transtornos mentais, possivelmente alguns indivíduos tenham maior sensibilidade a eventos estressantes, desencadeando assim um transtorno mental, como ansiedade e depressão. Estudos com genética molecular, avaliando a influência do estresse sobre ansiedade e depressão, têm associado influência de polimorfismos de genes serotoninérgicos (5-HTT) à depressão e genes catecolaminérgicos à ansiedade.[21, 22]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o estresse como uma epidemia global, devido à constante necessidade de adaptações para lidar com novas informações em decorrência da exigência de atualização advinda das transformações em todos os segmentos sociais. O interesse científico reside na sua possível relação com o sofrimento que ele provoca, desencadeando sintomas físicos e psíquicos, como fadiga, cefaleia, insônia, dores pelo corpo, diminuição de concentração e memória, indecisão, medo, frustração, impaciência e irritabilidade.[23]

Estresse na prática do cirurgião-dentista (odontoestresse)

Dentre as mais variadas atividades laborais, a Odontologia se destaca por ser uma atividade voltada para a saúde, mas que impõe ao seu praticante uma série de fatores predisponentes a alterações sociopsicofisiológicas e organizacionais de seu trabalho, como equipamentos e instrumentos elaborados sem obedecer a critérios ergonômicos, iluminação inadequada no campo operatório, exposição a ruído, jornada longa de trabalho, pacientes cada vez mais informados e exigentes quanto aos procedimentos, alta competitividade e nem sempre um retorno financeiro a contento; fatores importantes para tornar essa atividade profissional bastante estressante.[24, 25]

Nas últimas três décadas, as importantes mudanças ocorridas no universo profissional dos cirurgiões-dentistas e suas repercussões no psiquismo têm impulsionado investigações quanto à saúde mental desses profissionais

em todo o mundo. No Brasil, ainda são poucos os estudos, com estresse e repercussões na qualidade de vida, sendo a maioria das pesquisas focadas nos pacientes e, em relação aos profissionais, o foco recai sobre as doenças físicas relacionadas ao distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) ou lesão por esforço repetitivo (LER) que têm entre seus fatores desencadeantes os psicossociais, mas pobremente descritos.

A Associação de Odontologia Sueca afirma que os dentistas vivem dez anos menos do que a população geral do país, devido aos riscos ocupacionais a que estão expostos, incluindo fatores psicológicos como estresse, angústia e ansiedade.[26] Shang et al[27] investigaram causa de mortalidade de 1995-2009 entre os cirurgiões-dentistas tailandeses e verificaram aumento na razão de mortalidade comparado à população geral para as doenças cardíacas (isquemia e hipertensão), corroborando a hipótese do aumento do estresse nessa categoria profissional.

Em amostra brasileira, o estresse está presente em mais de 60% dos dentistas e significantemente associado a muitas horas de trabalho.[25, 28] Outro aspecto bastante negativo relacionado ao trabalho odontológico é a alta porcentagem de insatisfação com seus rendimentos.[8]

Síndrome de *burnout*

Burnout é um termo inglês que significa perda do funcionamento por falta de energia. A síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional é uma doença ocupacional que se caracteriza por um ritmo de trabalho penoso, em que há esgotamento emocional, despersonalização (estado descrito como paralisia da imaginação, distanciamento afetivo) e falta de realização pessoal. Clinicamente, o profissional torna-se improdutivo, indiferente, desatento e embotado em seus vínculos afetivos e laborais[29] e configura-se na 10.ª Edição da Classificação Internacional das Doenças sob o código Z73.0.

O *burnout* pode ser consequência das inúmeras exigências impostas pela pós-modernidade no âmbito do trabalho. Este problema é frequentemente entendido como um prolongamento do estresse ocupacional crônico, no qual o profissional sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados.[30] Comumente, esta síndrome desperta dúvidas quanto às próprias capacidades profissionais, nervosismo e fadiga, incapacidade de concentração e foco em tarefas excessivas, preocupação com coisas triviais, pensamentos negativos e depressão.

Pelo fato de o estresse profissional e *burnout* serem desencadeados por situações relacionadas ao trabalho, considerar suas diferenças pode ser difícil, conforme observa Abreu,[31] porém é preciso destacar que o *burnout* resulta de uma tentativa prolongada de superar um estresse sem possibilidade de solução, sendo a despersonalização um fator que melhor marca a diferença entre as duas condições.

A OMS considera quatro dimensões para enumerar os fatores de risco do *burnout*, as quais serão descritas brevemente a seguir, mas para os leitores que quiserem maiores detalhes e referências, ler estudo de Trigo et al.[32]

1. **Organizacional**
   a. Burocracia no trabalho;
   b. Falta de autonomia do profissional;
   c. Mudanças frequentes de normas e regras;
   d. Comunicação ineficiente;
   e. Não reconhecimento do trabalho, impossibilidade de ascensão na carreira e/ou melhor remuneração.
2. **Fatores individuais associados a índices superiores ao *burnout***
   a. Padrão de personalidade: indivíduos competitivos, dificuldade de tolerar frustração, indivíduos controladores;
   b. Superenvolvimento: indivíduos empáticos, sensíveis, obsessivos, entusiastas;
   c. Indivíduos pessimistas e perfeccionistas.
3. **Trabalho**
   a. Sobrecarga;
   b. Precário suporte organizacional e relacionamento conflitivo entre colegas;
   c. Sentimentos de injustiça;
   d. Mudanças organizacionais.
4. **Sociedade**
   a. Falta de suporte familiar e social;
   b. Valores e normas culturais;
   c. Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial.

Síndrome de *burnout* entre os cirurgiões-dentistas

A literatura tem mostrado alta prevalência dessa síndrome nos profissionais da Odontologia, em sua maioria ligados ao serviço público, resultando em baixa satisfação profissional, seguida de queda do rendimento e qualidade do trabalho.[33] Estudos transversais indicam que acima de 10% dos dentistas experimentam altos níveis de *burnout*, uma possível consequência de uma longa exposição ao estresse ocupacional,[34] resultando em pior saúde e práticas menos saudáveis, comparados a seus pares menos estressados.[35] Transtornos relacionados ao estresse são uma causa comum de aposentadoria precoce entre os dentistas.[36]

Dentistas com *burnout* descrevem mais dificuldade na execução do seu trabalho, pois o contato com o paciente torna-se pesado e a relação com os

colegas e funcionários passa a ser evitada, o que afeta a qualidade do trabalho, e como consequência a predisposição do profissional a acidentes, abandono do emprego, absenteísmo e isolamento social.[37]

Em estudo com uma amostra brasileira de dentistas, Innocente et al[10] verificaram que o sentimento de solidão no trabalho, o desequilíbrio entre os esforços despendidos e a remuneração, bem como o perfeccionismo, estão relacionados à má saúde mental, como o *burnout*. Bonafé et al[37] encontraram frequência de 14% de *burnout* entre os dentistas de um serviço público de Araraquara, São Paulo, e esse índice foi semelhante a países como Holanda e Reino Unido; ainda observaram alta prevalência de exaustão emocional, descrença e baixa realização profissional entre os sujeitos avaliados.

Há forte associação entre *burnout* e depressão, o que tem suscitado questões sobre a sobreposição e redundância conceitual, mas estudo que investigou a relação temporal entre estresse no trabalho, *burnout* e depressão encontrou que os efeitos entre os dois últimos são recíprocos: *burnout* é um preditor para novos casos de sintomas depressivos e depressão é um preditor para novos casos de *burnout*.[38] Quase metade das pessoas que sofrem *burnout* apresenta depressão grave, diminuição da capacidade para o trabalho que pode se estender por até dois anos se não forem estabelecidas medidas emergenciais para tratamento.[39]

O pequeno número de trabalhos com a condição descrita acima, bem como outros transtornos mentais nessa categoria profissional, pode estar relacionado à possível falta de conhecimento do cirurgião-dentista em reconhecer essa condição e consequentemente tanto o processo de tratamento como medidas preventivas ficam comprometidos.

Não é possível afastar o modelo de formação profissional vigente como um dos responsáveis pela dificuldade na identificação de queixas subjetivas relacionadas a um quadro psicopatológico. Lembrando que o modelo liberal, no qual perdurou em sua totalidade até recentemente na Odontologia, alimentou uma atividade situada quase semelhante ao modelo médico: da racionalidade e do interesse científico, assim como o lucro e rentabilidade. Uma formação essencialmente técnica e de trabalho, com pouco espaço para o subjetivo.

Um processo em que se possa reconhecer um sofrimento e identificá-lo como passível de tomar medidas efetivas, só ocorrerá se houver mudança no processo de formação desse profissional, como relatam Traverso-Yépez e Araújo de Morais:[40]

> Destaca-se, assim, a necessidade de mudanças nas práticas de ensino e formação profissional, criticando-se diferentes aspectos dessa formação, tais como a educação baseada na memorização e repetição, que inibe o pensamento reflexivo e crítico... Essas mudanças passam, sobretudo, pela necessidade de se formar alunos capazes de pensar criticamente e compreender a permanente interdependência existente entre as dimensões biológicas, psicológicas e socioambientais do processo saúde-doença...

Referências

1. Marx K. El capital, volume I, pag 131, seção III, capítulo V. El processo de trabajo. Fondo de Cultura Economica, México, 13 reimpressão, 1978.
2. Morin E. Os sentidos do trabalho. RAE 2001; 41(3):9
3. Arendt H. Labor e vida. In: Arendt H. A condição humana. 10.ª edição. Rio de Janeiro:Forense Universitária; 2005. p. 107-112.
4. Braga LD, Carvalho LD, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(Suppl 1):1585-96.
5. Gomes D, Gonçalves ASR, Pereira LDS, Tavares RDS, Pires DEPD, Ramos FRS. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. RFO UPF 2010; 15(2):104-110.
6. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm. 2009 set-out; 62(5): 739-44.
7. Haddad AE. A Odontologia na política de formação dos profissionais de saúde, o papel da teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da Fousp. Tese de Livre-Docência, Fousp, 2011. 196p.
8. Magalhães Bastos JR, Aquilante AG, de Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru–USP entre os anos de 1996 e 2000. J Appl Oral Sci 2003; 11(4):283-9.
9. Paranhos LR, Castro R, Scanavini, MA. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Norte do Brasil. Revista Odonto 2009;17(34):27-36.
10. Inocente JJ, Inocente N, Inocente CO, Reimão R, Rascle N. A avaliação de certos fatores psicossociais e o impacto na saúde dos cirurgiões-dentistas brasileiros. Anais do XI Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino-Americano de Pós-graduação da Universidade do Vale do Paraíba 2007:2047-2049.
11. Sousa EI, Mejia DPM. Enfoque ergonômico nas desordens musculoesqueléticas LER/DORT relacionado ao trabalho dos cirurgiões-dentistas. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/40/01_-Enfoque_ergonYmico_nas_desordens_musculoesquelYticas_LER_DORT_relacionado_ao_trabalho_dos_CirurgiYes_-_Dentista.pdf
12. Melo Costa S, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl 1):186-1873.
13. Lima ADF, Farias FLR. O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. RBPS 2005; 18(1):50-54.
14. Rodrigues PF, Alvaro ALT, Rondina R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. Revista Científica Eletrônica de Psicologia 2006; 4(7).
15. Carvalho LD, Malagris LEN. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. Estudos e pesquisas em Psicologia. Estudos e Pesquisas em Psicologia 2007; 7(3):570-82.
16. Reyes-Torres M, Ríos-Santos JV, López-Jiménez A, Herrero-Climent M, Bullón P. Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 Sep; 7(5):e821-4.
17. Farias FR. Sobre o conceito de estresse. Arq Bras Psic 1985; 38(4): 97-105.
18. Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(Supl II):46-51.
19. Loures DL, Sant'Anna I, Baldotto CSDR, Sousa EBD, Nóbrega ACLD. (2002). Estresse mental e sistema cardiovascular. Arq Bras Cardiol ; 78(5): 525-530.

20. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RDO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2003; 25(1):65-74.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301(5631):386-389.
22. Enoch MA, Xu K, Ferro E, Harris CR, Goldman D. Genetic origins of anxiety in women: a role for a functional catechol-O-methyltransferase polymorphism. Psychiatr Genet 2003;13(1):33-41.
23. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(2):255-61.
24. Loges K, Amaral FG. Fatores de risco associados à saúde dos dentistas – uma abordagem epidemiológica. XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção – Porto Alegre, RS, Brasil, 29 out a 01 de nov de 2005.
25. Regis Filho GI, Ribeiro DM. O estresse ocupacional em cirurgiões-dentistas: o desafio da administração do trabalho. Saúde em Revista 2012; 12(32):7-20.
26. Kamin V. Fear, Stress and the Well Dental Office. Northwest Dent. 2005 Mar-Apr;85(2):10-11.
27. Shang TF, Chen PC, Wang JD. Mortality among dentists in Taiwan, 1985-2009. J Formos Med Assoc 2012; 111(10):567-71.
28. Saliba NA, Moimaz SAS, Prado RLD, RovidaTAS, Garbin CAS. Saúde do Trabalhador na Odontologia: o cirurgião-dentista em foco. Pesq Bras Odont Clín Integ 2013; 13(2): 147-154.
29. Cruz Junior AJ. Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2011; 10(2).
30. Schaufeli WB. Burnout. In: Payne R, Firth-Cozens J. Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions. New York: John Wiley & Sons; 1999. p. 17-32.
31. Abreu KLD. Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da Psicologia. Psicologia: ciência e profissão 2002; 22(2):22-29.
32. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev de Psiq Cl 2007; 34(5):223-233.
33. Campos JADB, Trotta OST, Bonafé FSS, Maroco J. Burnout em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão! Revista de Odontologia da Unesp 2010; 39(2):109-114.
34. Ayers KMS, Thomson WM, Newton JT, Rich AM. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. Occupational medicine 2008; 58(4):275-281.
35. Gorter RC, Eijkman MA, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. Eur j oral sci 2000; 108(4):261-267.
36. Burke FJ, Main JR, Freeman R. The practice of dentistry: an assessment of reasons for premature retirement. British dental journal 1997; 182(7):250-254.
37. Bonafé FS, Trotta OS, Campos JADB, Maroco J. Síndrome de *burnout* em dentistas do serviço público. Psychology, community & health 2012; 1(1):56-67.
38. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. Journal of affective disorders 2007; 104(1):103-110.
39. Pranjic N, Males-Bilic L. Work ability index, absenteeism and depression among patients with burnout syndrome. Materia socio-medica 2014;26(4):249.
40. Traverso-Yépez M, Araújo de Morais N. Ideias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. Estudos de Psicologia 2004; 9(2):325-333.

12 Saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: o papel da exposição à violência no trabalho

Andréa Tenório Correia da Silva
Paulo Rossi Menezes

1. Introdução

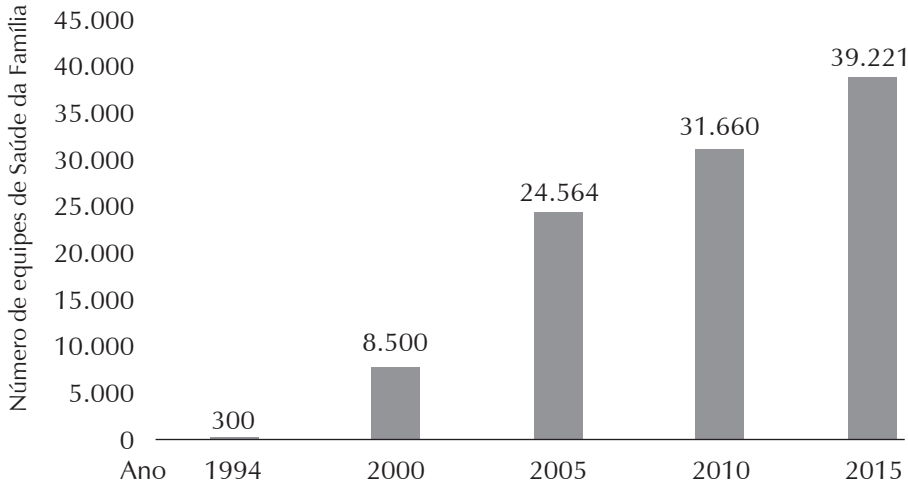
1.1 A Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata defendeu o desenvolvimento de políticas nacionais e de planos de ação para a implantação e expansão da Atenção Primária em todo o mundo. O que vem ocorrendo principalmente em países de baixa e média rendas na Ásia, na África e na América Latina.[1] Os modelos de Atenção Primária implantados nesses países destacam o agente comunitário de saúde como um trabalhador-chave para a construção do vínculo entre a população assistida e a equipe de saúde, e para a redução da morbidade e da mortalidade de várias doenças, em especial as doenças crônicas não-transmissíveis e as doenças infecto-contagiosas.[2, 3, 4] No Brasil, o Ministério da Saúde criou Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, a partir da ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que havia sido concebido em 1991. O objetivo central do PSF era reorganizar a Atenção Primária no país, ampliando o lócus de intervenção na saúde das populações, a partir do reconhecimento dos contextos nos quais os indivíduos estão imersos, como o contexto familiar e as características culturais, ambientais e sociodemográficas relacionadas à região em que indivíduos vivem. Assim, o PSF teve como princípio o fortalecimento do vínculo entre os profissionais das equipes e a comunidade, e tem no agente comunitário de saúde o elo com a comunidade, auxiliando na identificação das necessidades de saúde da população e na construção do cuidado articulado ao contexto local. Em 2006, o MS modificou o termo de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que "programa" está vinculado à ideia de finalização, enquanto "estratégia" se refere à continuidade.[5] De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF é de fundamental importância para a estruturação do Sistema Único de Saúde, uma vez que a Atenção Primária deve ser a principal porta de entrada

no sistema de saúde e responsável pela articulação com toda a rede de serviços de saúde. Os princípios norteadores da Atenção Primária incluem a universalidade, a integralidade, o cuidado contínuo, a humanização, a equidade e a participação social.[6]

Atualmente, a ESF é responsável pelo cuidado de mais de 121 milhões de pessoas em todo o território nacional, o que corresponde a 62,5% da população do país.[7] Para alcançar esse número, grandes investimentos foram realizados e houve um aumento exponencial do número de equipes de saúde da família. Em 1994 eram 300 equipes e em 2015 são mais que 39 mil equipes (Gráfico 1) distribuídas em todo o país. Cada equipe de saúde da família é constituída por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, e é responsável pelo cuidado de, no máximo, 4 mil pessoas.[6] No município de São Paulo, existem 1.165 equipes de saúde da família implantadas, que realizam uma cobertura de 35,4% da população, o que corresponde a aproximadamente 4 milhões de pessoas.[7]

Gráfico 1 – Número de equipes de saúde da família no Brasil de 1994 a 2015



Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde,[7] 2015.

1.2 Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Os profissionais que trabalham na Atenção Primária, segundo Barbara Starfield,[8] são aqueles responsáveis por garantir acesso ao sistema de saúde, por oferecer cuidado longitudinal e integral, além de serem responsá-

veis pela coordenação do cuidado. Essa concepção se reflete nas atribuições comuns aos profissionais da ESF descritas pelo Ministério da Saúde; entre elas estão:

> ...fornecer atenção integral e contínua à população adscrita; garantir assistência resolutiva da demanda espontânea e do primeiro atendimento às urgências; realizar as ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, proporcionando atendimento humanizado, e estabelecendo vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território, como espaços comunitários e escolas; responsabilizar-se pela coordenação do cuidado; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações em sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho.

Diante dessas atribuições e do escopo desenhado pelo Ministério da Saúde para a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, fica evidente a importância que esses trabalhadores possuem para o bom funcionamento do sistema de saúde. Apesar disso, e do número cada vez maior de profissionais de saúde que se dedicam à ESF, ainda são poucas as pesquisas que avaliaram a saúde mental desses trabalhadores e os estressores ocupacionais associados, como a exposição à violência no trabalho. Uma vez que esses profissionais atuam não apenas nas Unidades de Saúde, mas executam várias atividades nas áreas adscritas às equipes, como visita domiciliar, vigilância epidemiológica, grupos de promoção da saúde etc., eles podem estar expostos a estressores ocupacionais que diferem daqueles vivenciados por profissionais que atuam exclusivamente dentro dos serviços de saúde. A importância de estudar a saúde mental desses profissionais, em especial, sintomas depressivos e violência no trabalho também estão relacionadas às repercussões que essas condições geram para o indivíduo, para as organizações e para a população assistida, como, por exemplo, absenteísmo, baixa qualidade do cuidado ofertado, má prática (erro de conduta e negligência),[9] erros de prescrição comprometendo a segurança do paciente,[10] rotatividade, queda de produtividade, abandono do trabalho[11] e suicídio.[12]

Neste capítulo, apresentaremos alguns resultados do Estudo Pandora-SP (*Panorama of Primary Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*)[13] referentes à prevalência de sintomas depressivos em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e as associações desses sintomas com exposição à violência no trabalho, incluindo insultos, ameaças, agressões físicas e violência presenciada.

2. O Estudo Pandora-SP

O Estudo Pandora-SP foi elaborado a partir dos resultados de uma pesquisa que avaliou a saúde mental dos agentes comunitários da saúde em uma região do município São Paulo e que encontrou altas prevalências de transtornos mentais comuns e de esgotamento profissional (*burnout*).[14] O Estudo Pandora-SP é uma pesquisa de delineamento transversal realizada no município de São Paulo em 2011 e 2012, que investigou fatores individuais e ocupacionais associados à saúde mental dos profissionais que compõem a equipe nuclear da ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Para realizar essa pesquisa contamos com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), com o apoio da Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das instituições parceiras da SMS para a gestão da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da SMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Participaram do estudo os profissionais de 351 equipes de saúde da família, distribuídos em 66 unidades básicas de saúde, que foram selecionadas a partir de um sorteio aleatório. Um total de 2.940 profissionais da ESF respondeu aos questionários. Obtivemos uma alta taxa de resposta (93%).

Os profissionais que participaram do estudo tinham média de idade de 36,7 anos (desvio padrão 9,6), com predomínio do grupo etário de 30 a 39 anos (40,3%), 42,2% referiram ter cor branca e houve o predomínio de mulheres (90,5%). A maioria dos participantes eram agentes comunitários de saúde (60,2%), seguidos por técnicos de enfermagem (22%), enfermeiros (10,4%) e médicos (7,4%). Aproximadamente 37% dos entrevistados trabalhavam na Estratégia Saúde da Família entre dois a seis anos e 29,5% há mais que seis anos. Cerca de dois terços dos participantes (65,5%) referiram trabalhar em área vulnerável (favelas, cortiços ou áreas de invasão).

No contexto internacional, esse foi o primeiro estudo a avaliar as associações de exposição à violência no trabalho e depressão em trabalhadores da atenção primária, incluindo os agentes comunitários de saúde.

2.1 Investigação dos sintomas depressivos e classificação da gravidade

A investigação dos sintomas depressivos foi realizada utilizando a versão validada para o português do questionário sobre a saúde do paciente (*Patient Health Questionnaire-PHQ-9*).[15] O PHQ-9 é módulo do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* para rastreamento de depressão maior e outros transtornos depressivos em serviços de Atenção Primária.[16] Além de forne-

cer dados sobre os critérios diagnósticos, também informa sobre a gravidade dos sintomas.[17] O PHQ-9 é constituído por nove perguntas que avaliam cada um dos critérios para diagnosticar depressão maior do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e fornece escores de acordo com a frequência dos sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. As possibilidades de resposta e os respectivos escores são: nenhuma vez (zero); vários dias (1); mais da metade dos dias (2) e quase todos os dias (3). Como a pontuação de cada pergunta varia entre zero e três, a medida da gravidade do quadro depressivo varia entre 0 e 27. Com base nos escores obtidos no PHQ-9, foi possível classificar os participantes do estudo em três categorias: (1) sem sintomas, (2) sintomas depressivos intermediários e (3) sintomas de depressão maior. Optamos por utilizar a classificação com três possibilidades de desfecho ao invés do desfecho binário (ausência ou presença de sintomas depressivos) para poder avaliar se a maior frequência de exposição à violência no trabalho estaria associada à maior gravidade de sintomas depressivos (efeito dose-resposta).

2.2 Investigação da exposição à violência no trabalho: tipos de violência e frequência da exposição

A violência contra os profissionais de saúde tem sido descrita em todo o mundo, principalmente no contexto hospitalar, geriátrico e psiquiátrico. Entretanto, a exposição à violência no trabalho no contexto da Atenção Primária ainda é pouco estudada. As pesquisas existentes geralmente focaram na investigação do médico generalista em países de alta renda.[18, 19] Nos países de média e baixa renda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem destacado que o papel da violência contra os profissionais que atuam na Atenção Primária como um importante fator para tornar ainda mais grave a falta de recursos humanos para esse setor da saúde. Essa situação é considerada pela OMS crítica em 57 países.[20, 21]

Considerando que os profissionais da ESF realizam várias atividades fora das Unidades de Saúde, nas áreas adscritas às equipes de saúde da família, eles podem estar mais expostos à violência do que os profissionais que atuam exclusivamente dentro dos serviços de saúde. Além disso, em grandes áreas urbanas, como o município de São Paulo, essa situação pode ser particularmente problemática, uma vez que a rápida urbanização desordenada está associada a altas taxas de violência urbana, o que pode elevar os níveis de exposição à violência no trabalho na Atenção Primária, e contribuir para aumentar o risco de depressão nos profissionais da ESF.

Uma vez que não encontramos um questionário que avaliasse a exposição à violência no contexto da Atenção Primária, realizamos uma adaptação do questionário *WHO – Multi-country Study on Women's Health and Domestic*

Violence.[22] Avaliamos exposição à violência que tivesse ocorrido nos últimos 12 meses, pesquisamos quatro tipos de exposição à violência (insulto, ameaça, agressão física e violência presenciada no trabalho) e a frequência da exposição (nenhuma, uma/poucas vezes e várias vezes). Inserimos duas questões para saber se a exposição ocorreu durante o trabalho na ESF e se o episódio violento foi perpetrado pelo paciente ou por alguém da população adscrita à equipe de saúde da família. Consideramos violência presenciada quando o trabalhador testemunhou agressão física, roubo, brigas com arma branca, arma de fogo ou outro tipo de arma, tiroteio e/ou alguém recebendo um tiro. Estudos que tenham avaliado a exposição à violência testemunhada no trabalho ainda são raros. Essa escassez de estudos sobre violência testemunhada no trabalho pode estar relacionada ao fato de que as definições de violência no trabalho, incluindo a utilizada pela Organização Mundial de Saúde,[23] considera apenas a vitimização direta do trabalhador.

3. Depressão em profissionais da ESF

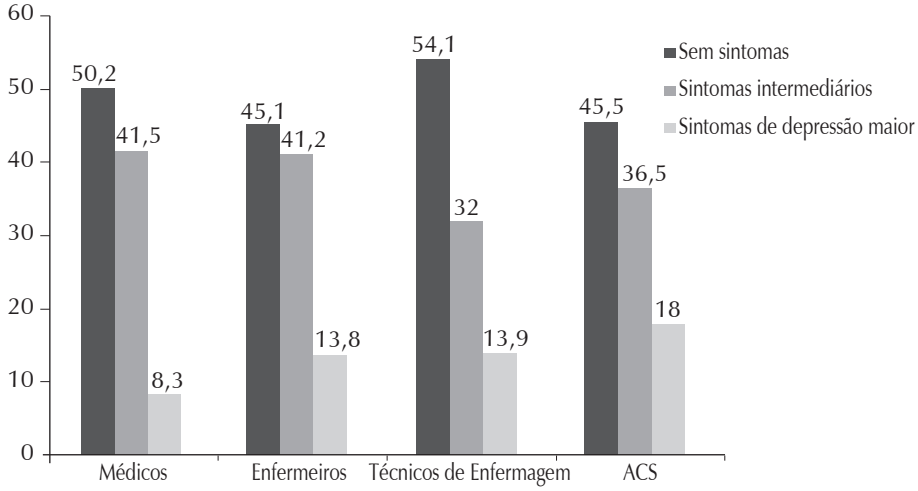
Na amostra de 2.940 profissionais da ESF no município de São Paulo encontramos alta prevalência de sintomas depressivos (52,3%). Desses, 36,3% apresentaram sintomas depressivos intermediários e 16% sintomas de depressão maior. Quando comparamos com a prevalência de depressão maior descrita na população da cidade de São Paulo, observamos que a prevalência encontrada nos trabalhadores da ESF é quase o dobro da encontrada na população (9,4%).[24] Esses dados são alarmantes, uma vez que evidencia que a saúde mental desses trabalhadores está mais comprometida do que a da população cuidada por eles.

Observamos que os agentes comunitários de saúde foram os profissionais que apresentaram maior prevalência de sintomas de depressão maior (18%)(Gráfico 2). Após o ajuste do modelo estatístico por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor, escolaridade e renda individual), e relacionadas ao trabalho (tempo de trabalho na ESF e trabalhar em área vulnerável), encontramos que os ACS tiveram uma chance quase duas vezes maior de apresentar sintomas de depressão maior quando comparados com os médicos. Por outro lado, a chance de apresentar depressão maior não diferiu entre os enfermeiros, os técnicos de enfermagem e os médicos (Tabela 1). Formulamos três hipóteses que podem contribuir para explicar a chance mais elevada de sintomas de depressão maior nos agentes comunitários de saúde: (1) os ACS são os únicos profissionais da ESF que precisam morar na mesma região em que trabalham; (2) eles trabalham a maior parte do tempo fora da Unidade Básica de Saúde, enquanto os demais profissionais executam a maior parte do trabalho dentro do serviço de saúde. Essas duas características contribuem para que os ACS recebam as demandas da população cadastrada de

maneira constante, independentemente de estarem em horário de trabalho; assim, ocorrem interrupções frequentes dos momentos de descanso e limitação da privacidade desse profissional.[25] A terceira hipótese (3) está relacionada ao tipo de trabalho que os ACS apresentam; quando utilizamos o modelo demanda-controle de Karasek e Theorell encontramos que a maior parte dos agentes comunitários exerciam trabalho passivo e de alto degaste,[26] que são os tipos de trabalho mais associados à depressão.[27]

Outra variável fortemente associada a maior chance de sintomas depressivos em profissionais da ESF foi o tempo de trabalho na ESF: quanto maior o tempo de trabalho maior chance de apresentar sintomas depressivos intermediários e sintomas de depressão maior (Tabela 1). Isso pode estar relacionado ao fato de esses profissionais atuarem na porta de entrada do sistema de saúde, além de assumirem a responsabilidade pelo cuidado integral e longitudinal das populações cadastradas. Nessa situação eles lidam diretamente com diversos estressores ocupacionais relacionados, por exemplo, às limitações do sistema de saúde (como a falta de profissionais de saúde, em especial, de médicos; falha de vagas nos serviços de referência; infraestrutura inadequada etc.) e as reclamações da população cadastrada diante dessas limitações. Além disso, por executar várias atividades na área adscrita, fora da UBS, pode ocorrer uma maior exposição à violência no trabalho. A exposição prolongada a esses estressores ocupacionais pode ter efeito cumulativo e aumentar a chance de depressão de acordo com o maior tempo de trabalho na ESF.

Gráfico 2 – Prevalência de sintomas depressivos intermediários e de sintomas de depressão maior em profissionais da Estratégia Saúde da Família



Fonte: Estudo Pandora-SP, 2015

Tabela 1 – Associações de sintomas depressivos intermediários e sintomas de depressão maior com a profissão e o tempo de trabalho na ESF – Estudo Pandora-SP (n=2.940)

	Total	Sintomas depressivos intermediários			Sintomas de depressão maior		
Profissão	n (%)	n (%)	OR ajustado	IC 95%	n (%)	OR ajustado	IC 95%
Médicos	217(7,4)	90(41,5)	1		18(8,3)	1	
Enfermeiros	306(10,4)	126(41,2)	0,75	0,49-1,15	42(13,8)	0,99	0,48-2,04
Técnicos de Enfermagem	647(22,0)	207(32,0)	0,46***	0,32-0,67	90(13,9)	0,77	0,40-1,49
ACS	1770(60,2)	646(36,5)	0,83	0,58-1,17	319(18,0)	1,96*	1,07-3,60
Tempo de trabalho							
3 meses a 2 anos	999(33,9)	337(31,5)	1		138(29,4)	1	
2 a 6 anos	1.075(36,6)	422(39,5)	1,52***	1,24-1,86	181(38,6)	1,62**	1,20-2,18
Mais que 6 anos	866(29,5)	310(29,0)	1,58***	1,23-2,03	150(32,0)	2,36***	1,66-3,33

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Regressão multinomial, modelo ajustado por: sexo, idade, cor, escolaridade, renda, eventos de vida relacionados ao estresse, tempo de trabalho ESF, cuidar de área vulnerável e violência no trabalho

4. Exposição à violência no trabalho e suas relações com depressão

Mais da metade dos profissionais da ESF entrevistados (60,3%) referiu exposição a pelo menos um tipo de violência no trabalho nos 12 meses prévios à pesquisa. Ser insultado (44,9%) foi o tipo de exposição mais frequentemente relatada, seguida por violência testemunhada (29,5%), ameaça (24,8%) e violência física (2,3%). Cerca de 30% dos participantes reportaram exposição a dois ou mais tipos de violência no trabalho. Com relação à frequência da exposição, 23,2% referiram que a exposição ocorreu frequentemente ('muitas vezes') nos últimos 12 meses (Tabela 2). A violência contra profissionais da saúde foi avaliada em estudo conduzido pela OMS em sete países,[28] incluindo

o Brasil, onde a exposição à violência no trabalho nos últimos 12 meses foi avaliada em uma amostra de profissionais da saúde na cidade do Rio de Janeiro, predominantemente composta por indivíduos que atuavam em hospitais. Cerca de 47% desses profissionais reportou exposição à violência no trabalho (violência psicológica e física), o que é muito menor do que a frequência da exposição encontrada em trabalhadores da ESF (violência psicológica [insultos e ameaças] em 69,7% e violência física em 2,3%). Esses resultados corroboram a nossa hipótese: atuar além do espaço físico da Unidade de Saúde, isto é, nas áreas adscritas à Equipe de Saúde da Família, faz com que os profissionais da ESF estejam mais expostos à violência no trabalho do que aqueles profissionais que atuam exclusivamente dentro dos serviços de saúde.

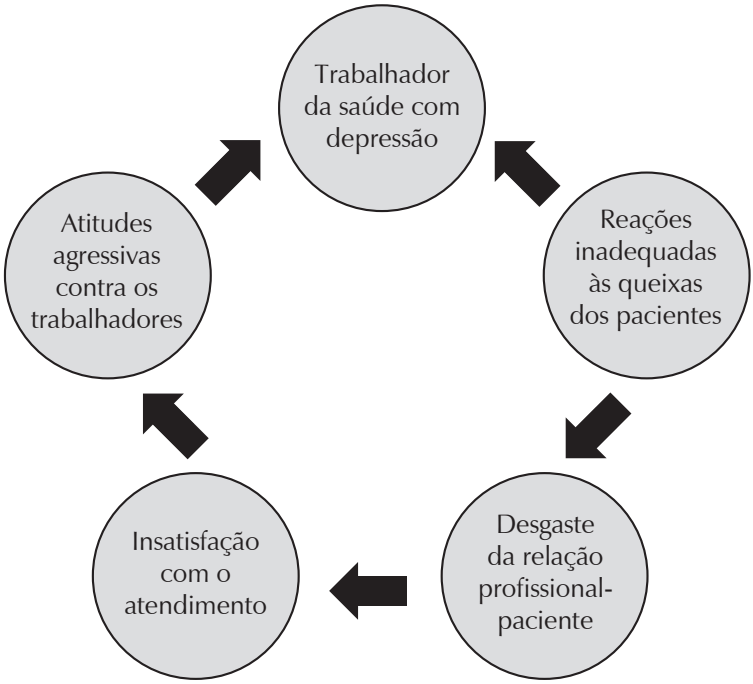
A exposição à violência no trabalho foi fortemente associada aos sintomas depressivos e aos sintomas de depressão maior. Considerando os quatro tipos de exposição à violência no trabalho investigados, quanto mais tipos de exposição relatados, maior a chance de sintomas depressivos intermediários e de sintomas de pressão maior. Por exemplo, para os participantes que referiram exposição aos quatro tipos de violência no trabalho a chance de apresentar sintomas depressivos intermediários foi 5,1 vezes maior, e de apresentar sintomas de depressão maior a chance foi cerca de 14 vezes mais elevada do que aqueles participantes que não sofreram violência no trabalho nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Com relação à frequência da exposição, quanto mais frequente a exposição à violência no trabalho, maior a chance de apresentar sintomas depressivos e sintomas de depressão maior. Assim, observamos que os participantes que referiram ter sido insultados "muitas vezes" nos últimos 12 meses apresentaram uma chance 6,28 maior de ter sintomas mais graves de depressão, para aqueles que referiram ter sofrido ameaças; frequentemente, a chance de apresentar sintomas de depressão maior foi 1,48 maior, essa chance foi de 3,68 para os indivíduos que relataram ter sofrido violência física no trabalho "várias vezes" e de 2,02 para aqueles que presenciaram violência no trabalho "várias vezes" nos últimos 12 meses (Tabela 2). A maior frequência da exposição à violência no trabalho na ESF associada à maior gravidade de sintomas depressivos fala a favor de uma associação do tipo dose-resposta, o que está de acordo com outros estudos que observaram a existência de relação dose-resposta entre o número de eventos traumáticos e a gravidade dos sintomas depressivos.[29, 30]

É possível que a associação entre exposição à violência no trabalho e depressão em profissionais da Estratégia Saúde da Família ocorra também em forma de um círculo vicioso: os trabalhadores da ESF com sintomas depressivos ou depressão maior estão mais propensos a reagir inadequadamente às reclamações e atitudes de descontentamento dos pacientes, o que pode afetar a relação profissional-paciente, e propiciar um desgaste da relação, perda da confiança e insatisfação do paciente com o atendimento/serviços de saúde.

Diante dessa situação, o paciente pode ter atitudes agressivas (insulto, ameaça, violência física) contra os profissionais de saúde, o que pode repercutir na piora dos sintomas depressivos desses profissionais (Figura1).

Figura 1 – Representação gráfica do círculo vicioso depressão-violência no trabalho



Fonte: Silva, ATC. Tese de Doutorado, 2015.[26]

Entre os trabalhadores da ESF, os médicos e as enfermeiras apresentaram maior chance de sofrer ameaça quando comparados aos agentes comunitários de saúde (Tabela 3). Um fator que pode contribuir para que isso ocorra é que os médicos e as enfermeiras da Atenção Primária lidam diretamente com as dificuldades que os pacientes enfrentam no sistema de saúde (como a falta de acesso aos níveis secundários e terciários); além disso, há expectativa da população que esses profissionais tenham acesso aos gestores e sejam capazes de resolver essas dificuldades. Uma vez que essas expectativas não são alcançadas, os pacientes ficam insatisfeitos e podem culpar os profissionais pelo não funcionamento adequado dos serviços de saúde; assim, os conflitos emergem e os médicos e enfermeiras ficam mais expostos às ameaças.

Tabela 2 – Associações da exposição à violência no trabalho com sintomas depressivos de acordo com modelo ajustado da regressão multinomial. Estudo Pandora-SP (n = 2.940)

		Sintomas depressivos intermediários			Sintomas de depressão maior
	n (%)	n (%)	OR ajustado (95% CI)	n (%)	OR ajustado (95% CI)
Insulto					
Nenhuma	1.621 (55,1)	516 (31,8)	1	167 (10.3)	1
Uma ou poucas vezes	1.005 (34,2)	424 (42,2)	1,68 (1,36- 2,08)	182 (18.1)	2,15 (1,57- 2,94)
Muitas vezes	314 (10,7)	129 (41,1)	2,55 (1,79- 3,62)	120 (38.2)	6,28 (4,11-9,61)
			p < 0,001		p < 0,001
Ameaça					
Nenhuma	2211 (75,2)	758 (34,3)	1	292 (13.2)	1
Uma ou poucas vezes	613 (20,8)	260 (42,4)	1,18 (0,89- 1,55)	136 (22.2)	1,28 (0,95- 1,74)
Muitas vezes	116 (4,0)	51 (44,0)	1,44 (0,84- 2,49)	41 (35.3)	1,48 (0,83-2,66)
			p = 0,08		p = 0,03
Agressão física					
Nenhuma	2.869 (97,6)	1.043 (36,3)	1	444 (15,5)	1
Uma ou poucas vezes	65 (2,1)	25 (38,5)	1,09 (0,57- 2,09)	22 (33,8)	1,67 (0,91- 3,04)
Muitas vezes	6 (0,2)	1 (36,4)	0,67 (0,07- 5,81)	3 (50,0)	3,68 (0,85-15,79)
			p = 0,92		p = 0,02
Testemunhada					
Nenhuma	2.073 (70,5)	1.015 (44,2)	1	118 (5,1)	1
Uma ou poucas vezes	624 (21,2)	150 (57,5)	1,27 (1,02-1,59)	15 (5,7)	1,05 (0,77-1,45)
Muitas vezes	243 (8,3)	207 (53,8)	1,43 (1,00-2,02)	33 (8,6)	2,02 (1,30-3,13)
			p = 0,002		p = 0,002
Número de tipos de violência					
Nenhuma	1.167 (39,7)	338 (29,0)	1	113 (9,7)	1
Um tipo	866 (29,5)	341 (39,4)	1,67 (1,36-2,04)	131 (15,1)	1,84(1,32- 2,56)
Dois tipos	624 (21,2)	274 (43,9)	2,21(1,76-2,78)	128 (20,5)	2,97(2,16- 4,07)
Três tipos	260 (8,8)	107 (41,1)	2,85 (2,01-4,03)	86 (33,1)	6,19 (3,97-9,63)
Quatro tipos	23 (0,8)	9 (39,1)	5,10 (1,31-19,76)	11 (47,8)	14,34 (3,86-53,17)
			p < 0,001		p < 0,001

Modelo ajustado por sexo, idade, cor, escolaridade, renda individual, eventos de vida relacionados ao estresse, profissão, trabalhar em área vulnerável e tempo de trabalho na ESF

Tabela 3 – Associação entre o tipo de profissão e exposição à violência no trabalho. Estudo Pandora-SP (n = 2.940)

	Tipo de violência no trabalho											
	Insultos			Ameaças			Agressão física			Testemunhada		
	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p	n(%)	OR(IC95%)	p
Profissão												
ACS	827 (46,7)	1		431(24,3)	1		41(2,3)	1		708(40,0)	1	
Técnicos de Enfermagem	237 (36,6)	0,65 (0,54-0,79)	<0,001	127 (19,6)	0,75 (0,60-0,94)	0,01	18 (2,8)	1,20 (0,68-2,11)	0,51	94 (14,5)	0,25 (0,20-0,32)	<0,001
Enfermeiros	141 (46,1)	0,97 (0,76-1,24)	0,83	94 (30,7)	1,37 (1,05-1.79)	0,01	7 (2,3)	0,98 (0,43-2,22)	0,97	40 (13,1)	0,22 (0,15-0,31)	<0,001
Médicos	114 (52,5)	1,26 (0,95-1,67)	0,10	77 (35,5)	1,70 (1,26-2,30)	<0,001	5 (2,3)	0,99 (0,38-2,54)	0,99	25 (11,5)	0,19 (0,12-0,29)	<0,001

ACS: agentes comunitários de saúde
Fonte: Silva, ATC. Tese de doutorado, 2015.[26]

Os agentes comunitários de saúde foram mais suscetíveis a presenciar violência no trabalho (Tabela 3). O que era esperado, uma vez que são os ACS que atuam na maior parte do tempo na área adscrita, diferentemente dos demais profissionais da ESF. Encontramos apenas um estudo que avaliou exposição de profissionais da saúde à violência testemunhada no trabalho. Esse estudo avaliou profissionais da saúde que atuavam no atendimento domiciliar e encontrou que 8,5% presenciaram violência durante o trabalho, o que está bem abaixo da porcentagem encontrada nos trabalhadores da ESF (29,5%). O fato do estudo Pandora-SP ter sido realizado no município de São Paulo, o maior centro urbano da América do Sul, que altos índices de violência urbana podem ter contribuído para a elevada frequência de exposição à violência testemunhada.

5. Propostas para o enfrentamento desses problemas

Para os gestores da saúde torna-se imprescindível elaborar estratégias que auxiliem o diagnóstico e o tratamento dos trabalhadores da saúde com depressão, prevenindo que as repercussões da depressão afetem os trabalhadores, as organizações e os pacientes assistidos. Além disso, os gestores e os trabalhadores da saúde devem viabilizar e motivar o profissional a relatar o episódio de violência sofrido no trabalho, uma vez que a violência é muito pouco relatada, principalmente por medo, por vergonha ou por acreditar que nenhuma providência será tomada pela gestão. A constituição no ambiente de trabalho de uma rede de apoio aos trabalhadores que foram vítimas de violência seria importante para identificar os casos, conhecer os fatores que aumentam o risco desse tipo de violência e elaborar estratégias de prevenção. Esse seria o ponto de partida para ações de prevenção da exposição à violência no trabalho e também para minimizar os efeitos dessa exposição, como os sintomas depressivos.

As condições inadequadas de trabalho e de atendimento da população, a falta de infraestrutura nos serviços de saúde e as dificuldades enfrentadas no sistema de saúde, em especial a desarticulação entre os níveis primário, secundário e terciário, contribuem para gerar conflitos entre a população assistida e os profissionais de saúde, em especial os que atuam na ESF, que estão na porta de entrada do sistema de saúde. Assim, a melhora dessas condições é fundamental para redução dos conflitos, da violência no trabalho e dos sintomas depressivos associados à exposição à violência.

6. Conclusão

As altas prevalências de sintomas depressivos intermediários e sintomas de depressão maior em profissionais da Estratégia Saúde da Família e a alta porcentagem de exposição à violência no trabalho são de grande preocupação para os profissionais, para os gestores e para a população assistida, uma vez que esses problemas trazem graves consequências, como: absenteísmo, incapacitação, queda de produtividade, abandono do trabalho, queda da qualidade do atendimento, erros e negligência, e suicídio. Além disso, é fundamental destacar que os trabalhadores da ESF ocupam um lugar estratégico dentro do sistema de saúde, já que atuam na base do sistema e devem, idealmente, garantir acesso, atendimento longitudinal e integral, além de coordenar o cuidado da população assistida (mais de 121 milhões de pessoas no país). Portanto, o comprometimento da saúde mental desses trabalhadores pode ameaçar a sustentabilidade da Atenção Primária e repercutir no sistema de saúde.

Apresentamos neste capítulo resultados de um estudo que avaliou profissionais da ESF no município de São Paulo. A saúde mental de trabalhadores que atuam em equipes de saúde da família que cuidam de populações em situação de rua, populações ribeirinhas e rurais também devem ser estudadas. A investigação mais ampliada dos contextos de trabalho na ESF e das características da gestão promoverá maior compreensão dos fenômenos que afetam a saúde mental dos trabalhadores da ESF e fornecerá substratos fundamentais para a elaboração de intervenções.

Referências

1. Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet 2008; 372(9642):950-61.
2. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? Geneva: WHO; 2007.
3. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? Am J Public Health 2013; 103(7):e74-e82.
4. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. Annu Rev Public Health 2014; 35:399-421.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica 2012. Brasília:

Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
8. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344(8930):1129-1133.
9. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med 2004; 61(6):495-503.
10. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008; 336(7642):488-491.
11. Goldberg RJ, Steury S. Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. Psychiatr Serv 2001; 52(12):1639-1643.
12. Kolves K, De Leo D. Suicide in Medical Doctors and Nurses An Analysis of the Queensland Suicide Register. J Nerv Ment Dis 2013; 201(11):987-990.
13. Da Silva ATC, Peres MFT, Lopes CDS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50(9):1347-55.
14. Silva ATC Da, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. Rev Saude Publica 2008; 42(5):921-929.
15. Osório FDL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. Perspect Psychiatr Care 2009; 45(3):216-27.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9):606-13.
17. Nease DE, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. J Fam Pract 2003; 52(2):118-24.
18. Hobbs F. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. BMJ Br Med J 1991; 302(6772):329-332.
19. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. J Eval Clin Pract 2008; 14(2):336-342.
20. WHO. Working together for health. The World Health Report 2006 : WHO; 2006.
21. WHO. Workforce crisis a major obstacle in global tuberculosis control. Bull World Health Organ 2003; 81(11):852.
22. Schraiber LB, Latorre MRDO, França I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. Rev Saude Publica 2010; 44(4):658-666.
23. Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case Stud Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study 2002. Disponível em: http://cdrwww.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf.
24. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. PLoS One 2012; 7(2):e31879.
25. Fan M, Wai P, Maria A, Carvalho P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev Enferm UERJ 2009; 17(4):563-568.
26. Da Silva ATC. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo [Tese de doutorado].São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.
27. Karasek R, Theorell T. The Psychosocial Work Environment. In: _____. Healthy

Work: Stress Productivity And The Reconstruction Of Working Life. New York: Basic Books; 1992. p. 31-82.
28. Di Martino V. Workplace violence in the health sector Country case studies. Geneva; 2002. Disponível em: http://cdrwww.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf.
29. Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. Compr Psychiatry 2009; 50(2):121-127.
30. Tracy M, Morgenstern H, Zivin K, Aiello AE, Galea S. Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban area. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; 49(11):1769-1782.

Seção 4

Programa de tratamento em saúde mental para profissionais de saúde

13 Programa do Cremesp para tratamento de médicos dependentes de álcool e drogas

Hamer Nastasy Palhares Alves
Daniel Sócrates de Castro
Ronaldo Ramos Laranjeira

Introdução

Médicos podem estar sujeitos a mais problemas de saúde mental e dependências que profissionais de áreas de ofício equivalentes.[1] Historicamente, entretanto, têm sido tratados de uma dentre duas formas: ou são negligenciados ou são punidos.[2] A preocupação com o adoecimento do médico, especialmente quanto aos problemas relacionados à saúde mental e dependências, começou a chamar a atenção das autoridades internacionais no século passado. Em 1973, a Associação Médica Americana elaborou um documento que considerou dever ético de todos os médicos reconhecer problemas de saúde mental em si e nos colegas.[3]

O adoecimento do médico se associa a elevado custo social e perda de capacidade produtiva, além da potencial exposição de pacientes a riscos. As principais causas de aposentadorias precoces entre médicos são os transtornos mentais e relacionados ao uso de substâncias.[4]

Epidemiologia

A real prevalência de transtornos por uso de substâncias entre médicos, dadas as dificuldades metodológicas, não é claramente conhecida. Alguns estudos sugerem que a prevalência de transtornos por uso de substâncias entre médicos, em algum momento da vida, seja semelhante à da população geral, em torno de 10% a 15%.[5, 6] Contudo, a prevalência de problemas relacionados ao uso de opioides e benzodiazepínicos pode ser até cinco vezes superior ao da população geral. É provável que a dependência de álcool e drogas entre médicos possa relacionar-se com o número elevado de mortes por suicídio,[7] overdose e cirrose nessa população.

Fatores de risco

Médicos estão expostos aos mesmos fatores de risco que a população geral. Dentre eles, destacam-se a história familiar, experimentação precoce, disponibilidade de droga e clima social de tolerância ao consumo. Aspectos individuais como personalidade, comportamento de busca de sensações e novidades, falta de monitoramento por parte dos familiares também podem ser considerados fatores de risco. De fato, boa parte dos problemas com uso de substâncias começam já durante a adolescência e nos anos de graduação, o que evidencia a necessidade de programas voltados à prevenção primária e secundária na graduação.[8] Contudo, o uso de benzodiazepínicos e opioides costuma ocorrer mais tarde, geralmente nos anos de Residência Médica.[9] Tais drogas são mais frequentemente abusadas por médicos que pela população geral.[6]

Concomitantemente, diversas situações próprias às profissões de saúde podem levar a riscos peculiares, tais como: 1) facilidade de acesso a drogas com alto potencial de gerar dependência; 2) perda do tabu em relação a injeções; 3) estresse profissional contínuo somado a estratégias ineficazes de enfrentamento; 4) cultura favorável à automedicação;[6] 5) fadiga crônica; 6) onipotência e "otimismo farmacológico", ou seja, percepção de que problemas da vida pessoal e profissional possam ser tratados com medicamentos. Idealismo, perfeccionismo e dificuldade de reconhecer emoções têm sido citados.[10] Sugere-se que o acesso facilitado interfira no tipo de droga utilizado, mais que na prevalência.

Particularmente, a Residência Médica tem sido considerada período de alto risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias, e estratégias direcionadas são salientadas na literatura médica.[6, 11] Algumas especialidades são reportadas como de alto risco, como anestesiologia, psiquiatria, cuidados intensivos e médicos emergencistas.[12]

O treinamento de residentes para enfrentamento de questões de estresse profissional, dor, cansaço, sobrecarga de trabalho, *burnout*, ansiedade e depressão, e redução da sobrecarga de trabalho, têm sido reportados como estratégias viáveis.[13]

Detecção do problema

Não existem sinais patognomônicos que auxiliem a detectar o uso problemático de substâncias por um médico. Contudo, a concomitância de uma série de sintomas deve chamar a atenção. Tais elementos podem ser comportamentais (alterações súbitas de humor, isolamento, irritabilidade), sinais no local de trabalho (absenteísmo, muitas prescrições para familiares, quebra acidental recorrente de ampolas de medicamentos, problemas com a equipe e pacientes) e problemas de saúde (alterações de sono, apetite e peso corporal, condição médica geral).[14]

Alguns estudos sugerem que o trabalho e o desempenho profissional são a última área da vida afetada e, quando isto ocorre, problemas familiares, sociais e psíquicos já estão instalados.[15]

Intervalo de tempo até a busca de tratamento

Observa-se uma significativa demora entre o surgimento de problemas e a busca por tratamento. Médicos parecem ser eficientes em controlar vários aspectos de sua vida, assim, podem ter dificuldades em admitir que perderam o controle sobre o uso de substâncias. Estima-se que o intervalo até a procura de ajuda seja superior a seis anos.

Dentre os fatores explicativos para a demora na busca de tratamento, citam-se respostas psicológicas disfuncionais, particularmente a negação, racionalização e intelectualização do problema ("eu posso cuidar de mim mesmo", "sei o que estou fazendo"), bem como a falta de conhecimento específico sobre saúde mental e álcool e drogas, o que acarreta um senso de desamparo e intratabilidade.

Adicionalmente, dependentes de substâncias enfrentam estigma maior que os portadores de outras doenças mentais ou clínicas, e o próprio sujeito acaba por julgar-se moralmente por estar doente.[16]

Paralelamente, estabelece-se uma "conspiração do silêncio":[17] tanto familiares quanto colegas e o próprio médico enfermo preferem não abordar o assunto por temor às consequências, desemprego e preocupação em abalar o *status* do serviço.

Serviços para apoio à saúde do médico

Histórico e situação mundial

Serviços de assistência à saúde do médico têm se revelado uma tendência em diversos países, fornecendo cuidados mais apropriados à natureza da clientela. Tais programas são disponíveis em todos os estados norte-americanos desde 1979[2] e em diversos países como Austrália, Japão e Inglaterra. Segundo o Manifesto de Barcelona,[18] fruto de um consenso de experts europeus no ramo da saúde mental do médico, algumas características destes serviços são recomendáveis:

1. Providenciar acesso rápido e discreto ao tratamento.
2. Preservar a confidencialidade do atendimento.
3. Criar programas de tratamento suficientes para contemplar as diversas necessidades.
4. Manter contato com órgãos profissionais e reguladores da atividade médica.
5. Preservar a qualidade do atendimento.
6. Ter um objetivo preventivo e de detecção precoce.

7. Promover a pesquisa sobre as condições de trabalho e a saúde mental dos médicos.
8. Promover a saúde no nível individual e institucional.

A Rede de Apoio a Médicos

Contextualização

Antes do início das atividades da Rede de Apoio a Médicos, realizou-se um artigo descritivo do perfil clínico e repercussões apresentadas por médicos em tratamento naquele período (até 2001), com 198 médicos.[19] Dentre estes, 27,7% apresentavam comorbidades psiquiátricas de Eixo I e 6% no Eixo II do DSM-IV. A substância que mais causou problemas foi o álcool, isoladamente (34%), ou associado a outras drogas (37%). Observou-se desemprego no ano anterior em quase um terço da amostra, problemas conjugais em 52%, bem como problemas jurídicos (19%). Uma minoria dos casos apresentava problemas específicos com o Conselho Regional de Medicina (8,5%), ou seja, o número de pessoas que precisavam de auxílio era bem maior que os que apresentavam problemas profissionais. O que se observava era que muitos pacientes-médicos precisavam de tratamento, mas a tomada de medidas administrativas e punitivas tornava-se um "duplo castigo": a um tempo deixava o médico sem trabalho (e sem a "homeostase psíquica" proveniente deste) e sem condições para arcar com as despesas de seu tratamento.

O que é a Rede de Apoio a Médicos?

A Rede de Apoio a Médicos é um serviço resultante de um convênio entre o Cremesp e o Centro de Estudos Paulista de Psiquiatria, visando fornecer atendimento a médicos com problemas relacionados ao uso de substâncias. A avaliação e o atendimento são feitos na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad).

Trata-se de um serviço pioneiro no Brasil, cujo objetivo é oferecer mais uma alternativa de tratamento para médicos com transtornos relacionados ao uso de substâncias, por meio de uma entrada rápida e simplificada ao tratamento (geralmente a primeira consulta é feita em 48 a 72 horas após o primeiro contato) e atendimento especializado em dependência de álcool e drogas. Fornece avaliação da dependência de álcool e drogas, avaliação de comorbidades psiquiátricas, motivação para o tratamento e gerenciamento de casos.

Também constituem funções da Rede de Apoio a geração de conhecimento sobre a saúde do médico e a participação na criação de alternativas de apoio à saúde e qualidade de vida dos médicos.

Não constitui objetivo deste serviço ser a via única de tratamento dos médicos, uma vez que cabe a cada sujeito e sua família decidir qual a melhor

maneira de se tratar. Adicionalmente, não realiza perícias médicas, assistência técnica e tampouco opera como disque-denúncia. Trata-se, portanto, de um serviço de atendimento e acompanhamento clínico.

Atualmente, contamos com uma secretária que faz a coleta dos dados do paciente e dois psiquiatras que fazem o atendimento inicial e seguimento dos casos. Quando é preciso encaminhar para atendimento no interior de São Paulo, após avaliação inicial, sugerimos nomes dentre uma lista de especialistas para continuar o seguimento.

Com o passar dos anos, tendo em vista a procura por parte de médicos que não tinham transtorno por uso de substâncias, sugeriu-se a ampliação do serviço para atender outras demandas, o que de fato se concretizou pela ampliação do convênio, visando o atendimento desta clientela no Proesq, a partir de 2011.

Princípios norteadores do tratamento

Buscamos respeitar os princípios do tratamento efetivo, documento que ressalta o que há de mais consistente nas pesquisas científicas sobre transtornos por uso de substâncias nas últimas quatro décadas.[20] Em linhas gerais, cada sujeito tem necessidades diferentes e todas devem ser levadas em conta (aspectos familiares, reabilitação profissional, apoio jurídico) e não só o uso de substâncias. O consumo deve ser monitorado ao longo do tratamento, em entrevistas com familiares e/ou exames de rastreamento (urina e fio de cabelo). O tratamento não necessariamente precisa ser voluntário para ser efetivo (sanções por familiares e empregadores podem motivar o sujeito a iniciar e permanecer aderido ao serviço). A desintoxicação é o passo inicial do tratamento mas, isoladamente, terá pouco efeito. Deve-se manter o seguimento por tempo adequado para que melhores resultados sejam atingidos. O tratamento deverá envolver um balanço entre estratégias psicoterapêuticas, farmacológicas e abordagens em grupo. Finalmente, deve-se manter em mente que a dependência é uma condição crônica, e o sujeito estará exposto a recaídas e exacerbações. Por vezes, vários episódios de tratamento são necessários até a aquisição de abstinência mantida.

Gerenciamento de casos

Gerenciamento de caso pode ser definido como um processo de cuidado que inclui avaliação, distribuição, coordenação e monitoramento de serviços e fonte de recursos para garantir que as necessidades dos sujeitos sejam reconhecidas. Gerenciar casos em saúde mental consiste em avaliar as necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados para atendê-las.[21]

A postura do gerente de casos é proativa. Por exemplo, se o paciente falta a uma consulta, a conduta do terapeuta será fazer algum contato breve-

mente, para saber se está tudo bem e para reagendar o atendimento tão cedo quanto possível, evitando interpretações dos motivos para a falta. Para isso, é importante manter diversos contatos do paciente atualizados (incluindo dados dos familiares e cônjuge). O paciente deve ter acesso aos dados de contato do médico.

Na Rede de Apoio a Médicos, utilizamos procedimentos de confirmação de consultas e busca ativa de pacientes faltosos, além de envio de e-mails e contato com familiares como formas de reassegurar a continuidade do atendimento.

Confidencialidade

Todos os pacientes são tratados de forma sigilosa e confidencial, o que é fundamental para a credibilidade e aceitação do serviço junto à população atendida.

Afastamento

É frequente que médicos com transtorno por uso de substâncias sejam prontamente demitidos dos serviços ou "convidados a sair". Na população atendida, o índice de desemprego nos anos anteriores é de 33%. Consideramos que simplesmente demitir o médico enfermo seja uma resposta disfuncional, já que não aborda o problema, deixa o médico doente desamparado. Adicionalmente, diminuem as chances de que novos problemas de saúde mental e dependências em outros colegas sejam revelados e tratados adequadamente. O afastamento da atividade deve ser considerado quando o consumo de substâncias interfere (real ou potencialmente) no exercício profissional. Deve ser feito pelo período necessário e suficiente. O afastamento por atestado médico para tratamento pode ser uma alternativa.

Envolvimento familiar

Envolver os familiares no cuidado do médico é fundamental ainda que, por vezes, o paciente-médico seja contrário a esta ideia. Os familiares são úteis na coleta da história clínica, na manutenção do acompanhamento e na comunicação de eventuais recaídas (evitando, assim, o abandono precoce).[21] Familiares podem auxiliar no monitoramento durante a internação domiciliar (afastamento parcial ou total das atividades laborais com permanência do médico em sua casa, monitorado por familiares, sem necessidade de internação psiquiátrica).

Quando o médico está resistente à ideia de buscar ajuda, é preciso primeiramente acolher a família e orientá-la. Nestes casos, fazemos orientações telefônicas e consultas presenciais com o familiar.

Atualmente temos 55 pacientes em acompanhamento. O total de pacientes-médicos que passaram por pelo menos uma primeira consulta desde o iní-

cio do serviço é de 429 casos. A maioria dos casos atendidos é de sujeitos do sexo masculino (85%), com idade média de 42 anos.

O número de consultas realizadas anualmente tem sido em média de 350 consultas. As atividades em grupo têm recebido participação de oito a dez médicos por sessão (reiniciadas em julho de 2015). Por volta de 5% dos casos atendidos são consultas de segunda opinião. Mais de metade dos pacientes recebem, paralelamente ao atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico (51%). Contudo, apenas uma minoria faz acompanhamento clínico conjunto (27%). Dentre os pacientes avaliados no último ano, a aderência foi considerada boa em 80% dos casos, e a frequência de pacientes que apresentou redução significativa do consumo foi de 69%; 67% dos casos apresentaram melhora clínica global (pela avaliação global de funcionamento). Desemprego foi um problema enfrentado por 18% dos pacientes atendidos no último ano.

Observamos, entre nossos pacientes, que o atraso para busca de apoio desde o início do uso problemático de drogas é por volta de 7,5 anos.[22] Contudo, no caso de dependentes de opioides é menor, ocorrendo geralmente no primeiro ano de uso, provavelmente porque o problema seja detectado no próprio ambiente de trabalho.

A busca de atendimento ocorre principalmente por busca voluntária em 52% dos casos e por demanda de familiares em 32% dos casos. Dezesseis por cento dos casos buscaram apoio por pressão de colegas ou demanda do Conselho Regional de Medicina.

Drogas mais consumidas

A substância mais utilizada pelos médicos que procuram atendimento é o álcool. A literatura mundial também cita o álcool como a mais prevalente, frequentemente associada com outras drogas de abuso, ainda que outras drogas possam chamar mais a atenção pelo potencial de desenvolvimento rápido de dependência e overdose.

Médicos fumam menos que a população geral. Ainda que o cuidado de pacientes tabagistas não tenha sido alvo deste serviço até o momento, muitos pacientes-médicos são fumantes e, nestes casos, são motivados a cessar o tabaco, e quando há prontidão para a mudança, o tratamento adequado é oferecido.

O uso de benzodiazepínicos parece estar fortemente ligado a suportar as pressões do dia a dia e como estratégia de automedicação.[23] Drogas ilícitas como cocaína e maconha foram observadas frequentemente, bem como drogas cujo acesso é facilitado pela profissão.

Comorbidades

A frequência de comorbidades psiquiátricas é bastante relevante entre médicos que procuram atendimento por dependência de substâncias. Na experi-

ência da Rede de Apoio a Médicos, comorbidades psiquiátricas são comuns, atingindo por volta de 65% dos casos.[22] O diagnóstico preciso e acompanhamento das patologias duais são fundamentais para melhorar as possibilidades de retorno seguro ao exercício profissional. A presença de comorbidades psiquiátricas pode prejudicar o prognóstico do dependente de álcool e drogas, contribuindo para menores índices de recuperação e abstinência.[24] O tratamento deve ser integrado e simultâneo, ou seja, o mesmo serviço ou profissional trata as condições existentes, evitando o risco de redução da aderência e de instruções terapêuticas conflitantes.

Grupos de mútua-ajuda

A importância dos grupos de mútua-ajuda tem sido enfatizada na literatura internacional e costuma relacionar-se com melhora do prognóstico no longo prazo.[25]

Era comum o relato de médicos que haviam participado de outros grupos de mútua ajuda não específicos, de que não se sentiam confortáveis em revelar sua profissão porque eram "julgados" pelos outros participantes e ouviam comentários como: "é um absurdo um médico usar drogas".

Desse modo, começamos a realizar reuniões de mútua-ajuda para médicos em 2011. A inspiração e o modelo surgiram da experiência do *British Doctors and Dentists Group*. As reuniões ocorrem quinzenalmente e a participação de um dos médicos da Rede de Apoio como coordenador tem função de facilitar os trabalhos do grupo, evitar discussões intelectuais e trazer o foco da reunião para os problemas relacionados ao uso de substâncias, enfrentamento do estigma e a reconstrução de um novo estilo de vida.

Algumas das falas representativas das sessões de grupo são elencadas, ilustrativamente:

> – Tive muitos problemas com meu chefe, fui afastado, tive medo de perder o emprego, foi a mesma coisa que vocês dois disseram.
> – Eu sempre imaginei participar de um grupo como este, acho inacreditável que algumas histórias sejam tão parecidas.
> – Comigo o pessoal foi muito compreensivo, fiquei afastado o tempo necessário, sem nenhum prejuízo.

Serviço Social

Contamos com o apoio de uma assistente social que auxilia nos casos que há dificuldade de aderência, por vezes pelas visitas domiciliares e acompanhando pacientes ao tratamento. Também auxilia no processo de entrada do paciente no serviço para os que buscam informações junto ao Conselho Regional de Medicina (pacientes-médicos, familiares e colegas).

Por vezes, o seguimento é iniciado em decorrência de demanda do Conselho Regional de Medicina, em especial para casos que estão sob Processo Administrativo. Alguns destes médicos são encaminhados para atendimento na Rede de Apoio a Médicos. Nestes casos, o paciente deve prestar esclarecimentos ao Cremesp sobre a continuidade do tratamento, o que é feito em relatórios médicos periódicos.

Nestas circunstâncias, o médico passa por avaliações periciais periódicas, que decidirão sobre a continuidade, afastamento parcial ou total do exercício médico.

Observa-se que pacientes em seguimento em Processo Administrativo apresentam melhor aderência ao tratamento do que os que o buscam espontaneamente, especialmente no longo prazo (período superior a dois anos). Alguns pacientes-médicos são claros em afirmar que o procedimento administrativo foi-lhes essencial não só para a permanência em tratamento quanto para a mudança do prognóstico em relação ao uso de substâncias.

Prognóstico

Contrariamente ao senso comum de que médicos não são bons pacientes, uma vez aderidos ao tratamento, seu desempenho costuma ser melhor que o da população geral,[26, 27] sendo que os índices de sucesso variam de 27% a 92%, a depender do tempo de seguimento, características do atendimento e setting terapêutico. A maioria dos médicos – entre 75% a 85% – retorna ao exercício da profissão.[28, 29] Tais achados provavelmente se relacionam com a maior cobrança dos pares e o risco de perder o direito de exercer a profissão.[30] Na amostra de médicos sob cuidados da Rede de Apoio a Médicos no último ano, o índice de pacientes que apresentou melhora clínica significativa foi de 69%, e 80% foram aderentes ao tratamento.

Mudança de especialidade

Alguns colegas podem precisar de mudanças de especialidade (especialmente aqueles de áreas de alto risco, como anestesiologia, endoscopia, intensivista). Tal procedimento diminui o risco de recaídas, principalmente para dependentes de substâncias cujo acesso é facilitado pelo ambiente profissional. Contudo, não há consenso internacional, e a decisão sujeita-se à avaliação da aderência ao tratamento, características locais de supervisão do médico no local de trabalho, presença de comorbidades e gravidade de dependência.

Mudanças de especialidades ocorrem em aproximadamente 9% dos pacientes-médicos atendidos pela Rede de Apoio a Médicos, geralmente para especialidades com menor exposição a substâncias, como pediatria, áreas administrativas e medicina de família.[22]

Arranjos para garantir um retorno laboral seguro, como diminuir a quantidade de horas de trabalho e plantões noturnos são bem-vindos.[28]

Anestesistas

Anestesistas estão superrepresentados nas amostras clínicas de médicos em tratamento por dependências.[26, 31] Estima-se entre 1% e 1,6% a prevalência de dependência de opioides nos programas de residência norte-americanos. Este parece ser o risco ocupacional mais preocupante entre anestesistas.[32]

Dentre médicos que buscaram atendimento na Rede de Apoio, anestesistas estão hiperrepresentados (são em torno de 3% da população médica e constituem 15% dos médicos em tratamento). Observa-se um padrão diferenciado de início do consumo entre anestesiologistas, o que se deu por substâncias de acesso facilitado (benzodiazepínicos e opioides), geralmente para automedicação de problemas físicos ou emocionais como ansiedade e insônia.[33] A experimentação pode ocorrer mesmo em pessoas sem histórico de dependências de outras drogas ou transtornos mentais.

A hipótese da dependência como doença ocupacional entre anestesistas tem sido considerada. Observaram-se pequenas concentrações de anestésicos no ar exalado pelo paciente, e esta exposição a partículas aerossolúveis tem sido considerada fator de risco para recaídas. Tal hipótese auxiliaria a compreender o alto índice de problemas entre anestesistas.[34]

A literatura não é consensual quanto ao retorno profissional dos anestesistas.[35, 36] Aqueles que retornam à profissão com monitoramento rigoroso, após um período de afastamento significativo (em torno de um ano) e utilizando antagonistas do sistema opioide apresentam melhor prognóstico.[37]

Divulgação

Para melhorar a busca por tratamento, há que se empreender, paralelamente à oferta de serviços e divulgação contínua, uma mudança cultural quanto à necessidade de abordar e revelar os problemas emocionais e melhorar a receptividade a tais questões no meio médico.[38]

A opção que tem se revelado mais segura é a de uma divulgação focada na classe médica, em jornais e revistas do próprio Conselho Regional de Medicina, uma vez que a divulgação na imprensa gera alarmismo quanto à saúde dos médicos.

Periodicamente, publicações sobre a saúde mental do médico e dependências são lançadas no *Jornal do Cremesp*, visando divulgar o serviço de apoio. Dados de contato da Rede de Apoio a Médicos são apresentados mensalmente no *Jornal do Cremesp*, na seção "Guia do Cremesp".

Trabalhos científicos descritivos do conjunto dos médicos atendidos foram publicados,[22, 39] além de artigos sobre a mortalidade geral[40] e por suicídio entre médicos.[41]

A participação em congressos da classe médica ocorre periodicamente (ao menos dois congressos médicos a cada ano). Assim, a divulgação ocorre em

congressos médicos, publicações em jornais do Conselho Regional de Medicina (*Jornal do Cremesp*) e publicações científicas formais.

Como lidar com o médico enfermo?

Médicos frequentemente têm dúvidas sobre como proceder quando enfrentam um problema de dependência química em um colega de sua equipe ou convivência e não se sentem confortáveis ou aptos a lidar com estas situações na maioria das vezes.[42]

Consideramos que a orientação e o encaminhamento para tratamento adequado trata-se, fundamentalmente, de um compromisso ético, já que o automonitoramento pode estar prejudicado em diversos transtornos mentais e dependências, que podem comprometer a capacidade de *insight*.

Sendo assim, cada médico tem papel fundamental em orientar aquele que enfrenta problemas potencialmente prejudiciais ao desempenho profissional.

A abordagem do paciente-médico deve ser feita de forma empática, porém firme e, de preferência, por mais de uma pessoa. Reassegurar a permanência no trabalho, desde que em tratamento, e demonstrar interesse na saúde do colega podem facilitar o engajamento na busca de ajuda.

Se o médico enfermo não tomar providência a respeito num período estabelecido, deve ser considerado reportar à Comissão de Ética Médica para que esta tome as medidas necessárias.

De modo geral, a pior atitude costuma ser não fazer nada a respeito.

Desafios

Dentre os desafios e pontos a serem enfrentados, têm-se a dificuldade de interiorização do serviço no Estado de São Paulo. De fato, alguns dos médicos que buscam ajuda, mesmo quando são de cidades acima de 200 a 300 mil habitantes, referem que conhecem todos os colegas médicos daquela cidade e, portanto, sentem-se desconfortáveis em procurar apoio local e preferem se tratar em São Paulo.

O desenvolvimento de serviços em outros Estados brasileiros poderá melhorar o encaminhamento e seguimento de colegas que vêm para São Paulo por falta de serviços desta natureza em seus Estados de origem.

Os casos que demandam internação constituem um desafio, uma vez que não dispomos de uma estrutura própria para internação, recorrendo à rede pública e conveniada, a depender das condições de cada caso em particular.

Proporcionar tratamento para tabagistas, uma vez que se trata de uma das substâncias mais prevalentes e com tratamentos recentes eficazes é um dos direcionamentos futuros.

Conclusão

Os transtornos por uso de substâncias são prevalentes e passíveis de tratamento. Períodos de exacerbação e recaídas podem ocorrer, o que direciona o tratamento para o seguimento continuado, em estratégias de busca ativa e gerenciamento de casos.

Serviços de prevenção secundária, durante os anos de graduação e residência, podem ser essenciais na detecção precoce e, desta forma, evitar uma evolução para quadros mais graves de dependência, constituindo uma evolução desejável na abordagem das questões pertinentes à saúde mental do médico.[43]

Sugere-se que uma mudança cultural no modo de abordar a saúde do médico,[44] falando dos problemas e dificuldades da profissão e com suporte aos colegas que precisam de ajuda terapêutica, possa fomentar um exercício profissional mais gratificante e solidário.

Referências

1. Williams S, Michie S, Pattani S. Improving the health of the NHS workforce. Report of the partnership on the health of the NHS workforce. London: Nuffield Trust; 1998.
2. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. Crit Care Med 2007; 35(Suppl2):S106-S116.
3. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. JAMA 1973; 223(6):684-687.
4. Pattani S, Constantinovici N, Williams S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. BMJ 2001; 322(7280):208-209.
5. Brewster JM. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1986; 255(14):1913-1920.
6. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV. Prevalence of substance use among US physicians. JAMA 1992; 267(17):2333-2339.
7. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry 2004; 161(12):2295-2302.
8. Kerr-Corrêa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de Medicina da Unesp. Revista Brasileira de Psiquiatria 1999; 21(2):95-100.
9. Baldwin DC Jr, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. JAMA 1991; 265(16):2074-2078.
10. Boisaubin EV, Levine RE. Identifying and assisting the impaired physician. Am J Med Sci 2001; 322(1):31-36.
11. Hurwitz TA, Beiser M, Nichol H, Patrick L, Kozak J. Impaired interns and residents. Can J Psychiatry 1987; 32(3)165-169.
12. Hughes PH, Baldwin DC Jr, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by specialty. Am J Psychiatry 1992; 149(10):1348-1354.
13. Saadat H, Snow DL, Ottenheimer S, Dai F, Kain ZN. Wellness program for anes-

thesiology residents: a randomized, controlled trial. Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56(9):1130-1138.
14. O'Connor PG, Spickard A Jr. Physician impairment by substance abuse. Med Clin North Am 1997; 81(4):1037-1052.
15. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Med 1972; 287(8):372-375.
16. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. Can J Psychiatry 2012; 57(8):464-469.
17. Cohen S. The conspiracy of silence. Can Fam Physician 1980; 26:847-849.
18. Physicians, Manifesto of Barcelona, 2001. Produced by consensus in the 1st European Meeting PAIMM, 8 Nov 2001 by expert participants about care programmes in Europe for health professionals with mental disorders and addictive behaviours; 2001.
19. Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Revista da Associação Médica Brasileira 2005; 51(3):139-143.
20. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. [Bethesda]: NIH Publication; 1999.
21. Enders LE, Mercier JM. Treating chemical dependency: the need for including the family. Int J Addict 1993; 28(6):507-519.
22. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA. A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. Rev Bras Psiquiatr 2007; 29(3):258-261.
23. Jex SM, Hughes P, Storr C, Conard S, Baldwin DC Jr, Sheehan DV. Relations among stressors, strains, and substance use among resident physicians. Int J Addict 1992; 27(8):979-994.
24. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hankes L. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. JAMA 2005; 293(12):1453-1460.
25. Khantzian EJ, Mack JE. How AA works and why it's important for clinicians to understand. J Subst Abuse Treat 1994; 11(2):77-92.
26. O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347(8996):237-240.
27. Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation. An eight-year follow-up. JAMA 1987; 257(21):2931-2934.
28. Gallegos KV, Keppler JP, Wilson PO. Returning to work after rehabilitation: aftercare, follow-up, and workplace reliability. Occup Med 1989; 4(2):357-371.
29. Alpern F, Correnti CE, Dolan TE, Llufrio MC, Sill A. A survey of recovering Maryland physicians. Md Med J 1992; 41(4):301-303.
30. Flaherty JA, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. Psychiatr Clin North Am 1993; 16(1):189-197.
31. Jungerman FS, Alves HNP, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A. Anesthetic drug abuse by anesthesiologists. Rev Bras Anestesiol 2012; 62(3):375-386.
32. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance abuse in anesthesiology. Anesthesiology 2008; 109(5):905-917.
33. Alves HNP, Vieira DL, Laranjeira RR, Vieira JE, Martins LAN. Perfil clínico e demográfico de anestesiologistas usuários de álcool e outras drogas atendidos em um serviço pioneiro no Brasil. Revista Brasileira de Anestesiologia 2012; 62(3):360-364.
34. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, Frost-Pineda K. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. J Addict Dis 2006; 25(1):15-21.
35. Lien CA. A need to establish programs to detect and prevent drug diversion. Mayo Clin Proc 2012; 87(7):607-609.

36. Oreskovich MR, Caldeiro RM. Anesthesiologists recovering from chemical dependency: can they safely return to the operating room? Mayo Clin Proc 2009; 84(7):576-580.
37. Merlo LJ, Greene WM, Pomm R. Mandatory naltrexone treatment prevents relapse among opiate-dependent anesthesiologists returning to practice. J Addict Med 2011; 5(4):279-283.
38. Rajgopal T. Mental well-being at the workplace. Indian J Occup Environ Med 2010; 14(3):63-65.
39. Palhares-Alves HN, Vieira DL, Laranjeira RR, Vieira JE, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of anesthesiologists using alcohol and other drugs under treatment in a pioneering program in Brazil. Rev Bras Anestesiol 2012; 62(3):356-364.
40. Sanchez ZM, Alves HNP, Nogueira-Martins LA; Prado MCO. Estudo da mortalidade dos médicos no Estado de São Paulo, Brasil, no período 2000-2009. Cadernos de Saúde Pública 2013; 29(7):1461-1466.
41. Palhares-Alves HN. Suicide among physicians in the state of Sao Paulo, Brazil, across one decade. Rev Bras Psiquiatr 2015; 37(2):146-149.
42. Baird WL, Morgan M. Substance misuse amongst anaesthetists. Anaesthesia 2000; 55(10):943-945.
43. Paice E, Orton V. Early signs of the trainee in difficulty. Hosp Med 2004; 65(4)238-240.
44. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. JAMA 2003; 289(23):3161-3166.

14 Centro para tratamento e reabilitação profissional de médicos

Ary Gadelha
Cristiano Noto
Ana Olívia da Fonseca
Rodrigo Affonseca Bressan
Cecília Attux

1. Introdução

Os médicos ocupam um papel especial em nossa sociedade. Ao mesmo tempo que recebem distinção e admiração, suas responsabilidades e expectativas constituem uma pesada cobrança. As habilidades atribuídas a um médico ideal são das mais exigentes: conhecimento técnico e compaixão, disponibilidade e altruísmo, atualização constante, sacerdócio. São essas elevadas expectativas por parte do próprio profissional, da sociedade e instituições médicas (faculdades, hospitais, associações profissionais) que a maior parte dos médicos usa para se definir profissional e pessoalmente.

Nenhum médico, nenhuma pessoa, é capaz de atingir tal grau de excelência o tempo inteiro. Como humanos, os médicos estão sujeitos a falhas e às mesmas enfermidades que tratam. Na realidade, dados disponíveis sugerem que os médicos estão mais sujeitos a doenças crônicas e problemas de saúde mental.[1] Nesse ponto, as elevadas expectativas podem justificar, em parte, por que buscam menos ajuda.

No campo da saúde mental esse problema se apresenta ainda mais sensível. Esses transtornos são carregados de estigma na maior parte dos grupos sociais. Por muito tempo, ter uma doença mental esteve associado à fraqueza, falha no caráter e outras ideias pouco abonadoras. Assim, admiti-lo leva o médico a enfrentar a falha em suas expectativas e os receios da sociedade e associações profissionais sobre sua capacidade de trabalho.

A criação do Centro de Atenção à Saúde Mental do Médico (CASMM) surgiu da necessidade de se proporcionar um local em que os profissionais com doenças mentais graves possam se tratar, com direito total à confidencialidade, propiciando reabilitação ou reinserção ocupacional. A seguir descreveremos a proposta do centro e uma breve descrição de suas atividades.

2. Estrutura do Centro e descrição dos procedimentos

O Centro é conduzido pela parceria firmada entre o Cremesp e o Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, utilizando estrutura e profissionais do Programa de Esquizofrenia (Proesq). O Proesq é um ambulatório especializado, composto por equipe multiprofissional e que há mais de 20 anos se dedica ao cuidado de portadores de esquizofrenia, com grande experiência no cuidado a portadores de transtornos mentais graves.

O encaminhamento ocorre por meio do serviço social do Cremesp, que solicita o agendamento, que é realizado em um intervalo máximo de até duas semanas. No primeiro contato é feita uma avaliação inicial com o objetivo de se formular um diagnóstico psiquiátrico e situacional do caso. Se necessário, a avaliação inicial pode se estender por mais de uma consulta. Os exames complementares são pedidos de acordo com a avaliação.

Psicoeducação

As doenças mentais são carregadas de estigma. No contexto do médico que adoece, o estigma parece ser especialmente forte. Em quase todos os casos atendidos no CASMM percebemos dificuldades em lidar com a doença por parte do paciente e/ou da família e, em vários casos, deparamo-nos com forte negação, uma recusa em aceitar estar doente ou precisar de cuidado. Em muitas situações parece ser mais fácil entender o que se passa, para familiares e para o próprio paciente, como "fraqueza" ou "falha moral" do que aceitar a existência de uma doença que afeta a mente ou o cérebro.

Os transtornos mentais podem causar grande impacto na família. É comum existir dificuldade em entender ou aceitar a situação de conviver com alguém com um problema de saúde mental. Muitas vezes a família fica dividida, cindida, o que se constitui uma dificuldade adicional para a melhora do paciente. Assim, como parte da avaliação inicial, se autorizado pelo paciente, buscamos um contato com familiares a fim de entender melhor a repercussão do processo de adoecimento no dia a dia e verificar a necessidade de intervenção. O foco do atendimento é na psicoeducação sobre o diagnóstico, em construir um significado sobre o que é ter um problema de saúde mental e desenvolver estratégias de como lidar com essa situação no dia a dia. A psicoeducação envolvendo familiares tem se mostrado efetiva em promover a adesão ao tratamento, melhorar o nível funcional, melhorar a qualidade de vida e alcançar maiores taxas de remissão.[2] Na prática, auxilia a alinhar expectativas e torna a família um agente terapêutico. As sessões de psicoeducação são conduzidas pelo próprio psiquiatra.

A carga de doença (*burden of care*) é um conceito complexo que tenta medir o impacto e as consequências que o cuidado a uma doença impõe aos

cuidadores. Podem ser listadas aspectos emocionais, psicológicos, físicos e econômicos, além de emoções como vergonha e culpa.[3] Assim, na avaliação da família é perceber que para além do cuidado com o paciente, muitos familiares podem precisar de cuidado para si. É relativamente comum que a esposa, mãe ou quem quer que esteja cumprindo a função de cuidador principal apresente sintomas depressivos ou mesmo desenvolva um quadro de depressão por algumas dessas situações. Uma vez identificada uma necessidade que vá além da demanda da psicoeducação para um familiar, como uma indicação para psicoterapia ou mesmo tratamento psiquiátrico, é feito um encaminhamento externo. Mesmo o acompanhamento sendo feito em outro serviço, procuramos reavaliar frequentemente essa situação.

Avaliação neuropsicológica

Após esse primeiro contato com o psiquiatra, os pacientes do CASMM são normalmente encaminhados para uma avaliação neuropsicológica. A neuropsicologia é uma área da psicologia em expansão, cujo principal objetivo é investigar a organização cerebral humana e suas relações com o comportamento e a cognição. São analisados subcomponentes das habilidades cognitivas como: atenção, percepção, memória, linguagem, funções executivas, e comportamento, utilizando-se técnicas de entrevista, além de exames quantitativos e qualitativos. Essa investigação necessariamente correlaciona as alterações observadas no comportamento do paciente com as possíveis áreas cerebrais envolvidas, realizando essencialmente um rastreamento clínico que, dentre outras avaliações, utiliza testes e exercícios neuropsicológicos.[4,5]

A estratégia de investigação por meio da avaliação neuropsicológica tem como principais demandas: a quantificação e a qualificação detalhadas de alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico e/ou detecção precoce de sintomas, tanto em clínica quanto em pesquisa; uma posterior reavaliação para acompanhamento dos tratamentos cirúrgicos, medicamentosos e de reabilitação; o direcionamento para o tratamento, visando principalmente à programação de reabilitação neuropsicológica; além dos aspectos legais, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais e/ou incapacidades mentais de pessoas que sofreram algum insulto cerebral ou doença, afetando o sistema nervoso central.[5]

Feito o diagnóstico, excluídos inclusive quadros que têm manifestações passíveis de serem confundidas (diagnóstico diferencial), é importante entender o curso da evolução e o impacto que as alterações podem gerar a longo prazo. Este tipo de previsão vai variar de acordo com a própria patologia ou condição de base da doença (lugar, tamanho e lado no qual se encontra a lesão/alteração). Estando delineada a relação entre o comportamento e a patologia, a avaliação neuropsicológica pode contribuir para a escolha ou mudanças nos tratamentos medicamentosos, bem como pode prover um

mapeamento para orientar quais funções devem ser reforçadas, reabilitadas ou substituídas por outras.[6]

A reabilitação cognitiva visa sobretudo reduzir os efeitos dos déficits cognitivos e das alterações do comportamento que se constituem como obstáculos para o desempenho adequado em tarefas do cotidiano. Reabilitar implica então melhorar o aproveitamento das funções total ou parcialmente preservadas por meio do ensino de estratégias compensatórias, promovendo a aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes. Desta forma, é possível melhorar a qualidade de vida dos pacientes e consequentemente de seus familiares e/ou cuidadores.[7, 8]

Vinheta clínica

A seguir uma vinheta clínica ilustrando um exemplo de atendimento. Foi preparado com base em situações que encontramos no serviço ao longo dos diferentes atendimentos.

Paciente A., 54 anos, divorciado, dois filhos, residente em São Paulo, clínico geral, atualmente trabalhando em dois empregos.

Paciente procura o atendimento encaminhado pelo serviço social do Cremesp por estar apresentando sintomas psiquiátricos que dificultam o exercício da profissão e, com isso, passa por situação econômica delicada.

O paciente foi avaliado cerca de uma semana após o pedido e vem acompanhado de sua namorada. Conta que tem o diagnóstico de depressão desde a época da faculdade e já foi inclusive internado em unidade psiquiátrica. Sempre trabalhou como clínico em diversos empregos (ambulatórios e plantões), mas ultimamente está com muito desânimo e irritabilidade, inclusive com brigas com pacientes e colegas de trabalho. Foi ameaçado de perder um de seus dois empregos por ser taxado de problemático. Estava em uso irregular de fluoxetina 40mg/dia e bromazepam 3mg à noite, prescritos por colega psiquiatra que o atendeu brevemente durante um plantão onde trabalhava.

Paciente chega ao atendimento mais exaltado, com pensamento acelerado, ansioso, agitado. Fala em ideias de morte, com discurso místico. Relata episódios ao longo da vida de aceleração do pensamento, gastos excessivos, insônia e muita energia. Teve episódios de depressão grave, quando não conseguia ir trabalhar e pedia demissão. Chegou a tentar suicídio uma vez ingerindo psicotrópicos, mas foi levado ao PS a tempo de fazer uma lavagem. Teve várias perdas financeiras ao longo dos anos pela dificuldade em produzir durante as crises e pelos gastos impulsivos e descontrolados. Foi casado duas vezes, tem dois filhos adultos (28 e 25 anos). A namorada confirma parte da história, mas o conhece há pouco tempo. Paciente desconhecia a possibilidade de outro diagnóstico diferente de depressão, e quando a hipótese de transtorno bipolar foi levantada, ficou inconformado, porém aceitou a mudança do esquema terapêutico. Iniciou

o uso de oxcarbazepina 300mg ao dia e a fluoxetina foi suspensa. Optamos por um acompanhamento semanal para ajuste mais rápido da medicação e suporte emocional para o paciente. Foi realizado um trabalho de psicoeducação com o paciente e sua namorada sobre o transtorno bipolar e suas consequências.

Em um primeiro momento, estava muito resistente a sair de licença médica porque "não era louco e tinha condições de trabalhar", mas na terceira consulta reconhece as dificuldades atuais e aceita ser afastado do trabalho. Decide que vai "parar de cuidar de todo mundo e cuidar dele". Começa a fazer caminhadas diariamente e se alimentar melhor. Os filhos e a ex-esposa do paciente também foram convocados para uma conversa sobre seu tratamento e diagnóstico. O filho mais velho se recusou a vir pois tem um relacionamento difícil com o pai.

Durante o atendimento foram necessárias trocas de medicações pela sensibilidade aos efeitos adversos. Em alguns momentos, o paciente chegou a fazer mudanças de prescrição por conta própria, mas com o estabelecimento maior do vínculo terapêutico passou a aceitar melhor a intervenção do psiquiatra que o acompanhava. Conta que nunca fez um acompanhamento regular do transtorno mental, sempre abandonava e prescrevia as medicações por conta própria. Conseguiu se adaptar ao uso do carbonato de lítio 600mg/dia.

Após cerca de um ano de tratamento e com a estabilização do quadro, o paciente manifestou desejo de retomar as atividades profissionais, porém ainda se sentia inseguro e apresentava uma série de queixas de memória, atenção e concentração. Nesse momento solicitamos uma avaliação neuropsicológica para investigar essas dificuldades e orientar o paciente no retorno de suas atividades. Os testes mostraram um prejuízo de atenção e em medidas relacionadas às funções executivas. As funções executivas são habilidades necessárias para a realização de uma tarefa, como planejamento, tomada de decisão e execução. Prejuízos nessas funções tornam o desempenho mais lento e aumentam o risco de sobrecarga. Normalmente melhoram gradativamente após a remissão dos sintomas e retomada da rotina. Reconhecidas essas dificuldades, foi construída uma programação com o paciente sobre a possibilidade de retorno em atividades menos estressantes, mais estruturadas e com menor carga de trabalho. Optou por retomar apenas a um ambulatório. Num primeiro momento teve piora dos sintomas e ficou bastante ansioso, mas conseguiu manter as atividades.

Atualmente em consultas mensais em nosso serviço. Está em acompanhamento há três anos e devido às dificuldades financeiras e gravidade do quadro optamos por não encaminhar o paciente para acompanhamento em outro serviço.

Comentários sobre a vinheta

Essa vinheta ilustra algumas situações comuns que encontramos nesses médicos que procuram nosso atendimento. Muitos estão em situação delicada profissionalmente e também na vida pessoal, decorrentes de um transtorno

mental muitas vezes crônico, sem tratamento adequado ao longo dos anos. O trabalho de psicoeducação do paciente e da família é fundamental para garantir a adesão ao tratamento. O suporte clínico semanal muitas vezes é necessário, tanto para melhor vinculação como pela gravidade dos casos. A automedicação ou esse "acompanhamento de corredor" é muito comum e prejudicial ao tratamento. A automedicação, em especial, é um comportamento comum muito prejudicial, pois pode piorar o quadro e retardar o início de um tratamento efetivo. O acompanhamento muitas vezes continua mesmo após a fase aguda da doença, o que é importante para manter a adesão e evitar recaídas. Muitos médicos que buscam o nosso serviço têm um histórico de falha justamente nessa fase de manutenção do tratamento, ou seja, interrompem o tratamento após a melhora dos sintomas. Quando o profissional falta consultas em sequência, mesmo na fase de manutenção, fazemos uma busca ativa a fim de evitar descontinuidade no tratamento.

Conclusão

Ter um serviço especializado para essa população é importante porque os médicos se sentem mais acolhidos e amparados. O fato de saber que existem outras pessoas na mesma situação diminui a sensação de cobrança que muitos têm devido à concepção que "médico não fica doente". O atendimento multiprofissional aumenta a efetividade da intervenção e o sigilo torna a situação mais confortável para o profissional que necessita de ajuda.

Referências

1. Nogueira-Martins L. Saúde mental dos profissionais da saúde. In: Botega N, editor. Prática psiquiátrica no hospital geral. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 98-112.
2. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull 2011; 37(1):21-2.
3. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. PharmacoEconomics 2008; 26(2):149-62.
4. Mäder-Joaquim MJ. O neuropsicólogo e seu paciente. Em: Malloy-Diniz et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Mattos P, Abreu N. Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Malloy-Diniz LF, Sedo M, Fuentes D, Leite WB. Neuropsicologia das funções executivas. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. Wilson BA. Reabilitação das deficiências cognitivas, In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur LL. Neuropsicologia das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo: Clínica Neurológica HCFMUSP; 1996. p. 314-43.
8. Pontes LMM, Hübner MMC. A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. Rev Psiquiatr Clin 2008; 35(1):6-12.

15 Relato de assistência em saúde mental para profissionais da saúde: a experiência do SESMT da Santa Casa de São Paulo

Sérgio Frenkiel
Amanda Assunção Verde
Débora Cristina Quevedo Ferraz
Dulceli Bandeira Ramaldes dos Santos
Maira Santos Marinho de Moura
Solange Negrão Franzolin
Thaysa Mara Gazotto Neves
Viviane Santos da Silva
Quirino Cordeiro

No início dos anos 70, frente aos altos índices de ocorrência de acidentes de trabalho, o governo instituiu a criação, obrigatória nas empresas, dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs) dimensionados de acordo com o grau de risco para acidentes e doenças de trabalho e o número de trabalhadores, com a obrigatoriedade da contratação de profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança). Em janeiro de 1978 foi criado o SESMT da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, como serviço específico e um dos pioneiros na área hospitalar. Em outubro de 1980, o serviço já sugeria, com o trabalho *A importância de um SESMT em hospital geral*, apresentado no Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (Conpat – de 19 a 24/out/1980 – Brasília), a necessidade de maior incentivo para a criação dos SESMTs na área hospitalar, e a inclusão de normas específicas relacionadas aos serviços de saúde.[1] Tal fato tornou-se realidade com a implementação da Portaria[2] MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005, instituindo a Norma Regulamentadora NR 32, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.[2]

Em 1985, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em sua Conferência Internacional do Trabalho, adotou a Recomendação 161, na qual os Serviços de Medicina do Trabalho passaram a ser denominados Serviços de Saúde no Trabalho, manifestando assim o conceito de que a segurança e saú-

de do trabalhador devem ser encaradas como uma atividade multidisciplinar, uma conjugação de esforços desenvolvidos por uma equipe que colabora e contribui para o bem-estar físico, psíquico e social do trabalhador.[3]

Na década de 90, o SESMT da Santa Casa já iniciava a composição de sua equipe multiprofissional, com a contratação de odontólogos, ginecologistas, ortopedistas e assistentes sociais, e a partir do ano 2000 completou-se com a contratação de psicólogos e psiquiatras para atendimento exclusivo de seus colaboradores.

De 1978 até 1994, a Irmandade tinha um único SESMT centralizado no Hospital Central da Santa Casa. A partir de 1995, foram criados SESMTs nas demais Unidades Hospitalares da Santa Casa, sendo que hoje conta com um contingente de mais de 100 profissionais especializados para dar atenção à saúde dos colaboradores da instituição nas diferentes unidades.

Os contingentes de pessoas que atuam dentro do Hospital Central da Santa Casa representam uma população maior que algumas cidades do Brasil; somando-se a ela, alunos de diferentes cursos de graduação, estagiários, os pacientes internados, os de ambulatório, representantes comerciais, prestadores de serviços terceirizados, visitantes e muito mais, sendo que todos eles estão expostos, em maior ou menor grau, a riscos potenciais no ambiente hospitalar e, ao mesmo tempo, contribuem em certo nível para a melhora ou piora do ambiente.

Com a globalização, o aparecimento de crises econômicas, de desemprego, pressões para resultados, aumento da demanda no atendimento em condições precárias ao desenvolvimento do trabalho, carência de insumos, pressões e desavenças entre colegas e chefias, associados às dificuldades com transportes, moradias etc., têm causado sofrimento e adoecimento do trabalhador, pela impossibilidade de resolução destes problemas.

Este adoecimento é representado pelo estresse, absenteísmo, doenças psiquiátricas e físicas, que levam a danos ao trabalhador, à família, à empresa e à sociedade, sendo que a eclosão destas doenças está intimamente relacionada à eficácia das medidas preventivas adotadas pela instituição e seguidas pelos profissionais.

Considerando que a adoção de política de segurança e saúde ocupacional por parte da instituição hospitalar agrega ao seu valor a satisfação e a preferência do colaborador e do cliente, melhorando de modo significativo esta relação, a Política de Segurança e Saúde Ocupacional visa estabelecer, implantar e monitorar processos padronizados para assegurar a promoção e prevenção da saúde e detecção de agravos à força de trabalho. São regras, ferramentas e procedimentos que visam eliminar, neutralizar ou reduzir as lesões e os danos decorrentes das atividades executadas.

Além do cumprimento de ordem legal, visando atingir a missão da instituição, os exames médicos no SESMT têm por finalidade detectar e prevenir

doenças, principalmente as relacionadas ao trabalho, e favorecer a manutenção do funcionário em condições físicas, clínicas, mentais e sociais, adequadas ao exercício de suas atividades e tarefas diárias, sem risco para si, terceiros e ao patrimônio da empresa, realizando avaliações médicas, sempre relacionando tipo, local e função de trabalho, adequando exames e cumprindo ações preventivas e educacionais nas quais se procura zelar pela qualidade, prevenção e manutenção da saúde dos funcionários.

A equipe multidisciplinar torna possível avaliar, estabelecer programas e obter uma visão psicossocial que pode contribuir para a prevenção de doenças, acidentes de trabalho e melhora do relacionamento interpessoal na organização.

Como participante da equipe multidisciplinar de cuidados ao trabalhador, o Serviço Social, membro do SESMT, tem como objetivo proporcionar aos funcionários condições de rever papéis, superar obstáculos para que possam exercer sua cidadania. Visa auxiliar o trabalhador a equacionar seus problemas sociais, ajudando ainda a mediar interesses do empregado e empregador, contribuindo assim para o aumento da produtividade da empresa, da valorização do trabalhador e da humanização do trabalho. Com relação aos trabalhos desenvolvidos junto aos trabalhadores da empresa, o Serviço Social utiliza-se de instrumentais como entrevistas, orientações com suporte às demandas apresentadas, acompanhamento e encaminhamento, indicando recursos da própria instituição e da comunidade para atendimentos relacionados à saúde e problemas sociais. O atendimento é direcionado também para orientações aos candidatos à admissão, funcionários e chefias sobre as normas e rotinas do serviço, procedimentos administrativos de orientação aos funcionários afastados, em benefício de auxílio-doença e outras demandas previdenciárias, como aposentados em atividade profissional. Além disso, é feito atendimento aos funcionários hospitalizados, que recebem apoio com orientações sobre procedimentos de afastamento. O Serviço Social compõe as equipes de acompanhamento de colaboradores inseridos nos programas de readaptação e reabilitação profissional, de afastados, da promoção da saúde de portadores de doenças crônicas, realizando acompanhamento e estudo de problemas de adaptação funcional do empregado ao local de trabalho.

No atendimento aos funcionários com problemas psicossociais, tem sido constatado que são poucas as situações nas quais o funcionário procura espontaneamente atendimento com psicólogo ou psiquiatra, excetuando-se casos em que o paciente já fez tratamento na área de saúde mental em algum momento de sua vida e volta a sentir os mesmos sintomas. Nessas situações, é orientado e, havendo a necessidade, encaminhado a serviços de saúde mental na comunidade ou ao Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism), serviço da própria Santa Casa, no qual os colaboradores podem optar por receber seu atendimento. No Caism, há um ambulatório de atendimento exclusivo aos funcionários da Santa Casa.

A presença de transtorno mental no funcionário muitas vezes é percebida pela sua chefia, que solicita orientações ao Serviço Social do SESMT sobre como proceder. Em outras situações, o funcionário pode ser atendido no Pronto-Socorro do Hospital Central da Santa Casa, sendo encaminhado pelo Serviço Social para tratamento apropriado em saúde mental. Além disso, funcionários diagnosticados com transtorno mental em exame periódico também podem ser encaminhados ao Serviço Social para o agendamento de tratamento. Todos esses funcionários são atendidos pelo Serviço Social, que realiza o acolhimento e orientação sobre os procedimentos de agendamento de consultas. Após agendamento da consulta, o Serviço Social sensibiliza o funcionário quanto ao seu encaminhamento e a real necessidade da continuidade do tratamento instituído, inclusive para os casos que futuramente poderão precisar do benefício de auxílio-doença.

Nos casos de funcionários encaminhados ao Caism, para que se possa confirmar os atendimentos agendados, oferecer vaga na lista de espera para consultas e diminuir o absentismo, o SESMT do Caism entra em contato com os pacientes um dia antes da consulta. Os pacientes que confirmam a consulta e não comparecem são contatados pelo setor do Serviço Social do SESMT da Santa Casa para que se justifiquem. Nesses contatos, a grande maioria justifica o esquecimento da consulta, dificuldades quanto a deixar o local de trabalho, ocorrência de faltas de colegas no plantão, dificuldades em cumprir o horário agendado, principalmente aqueles que possuem dois vínculos empregatícios, problemas de saúde no círculo familiar, dificuldades de adesão ao tratamento com sinais de resistência, crise emocional e isolamento social. Nos contatos telefônicos, o assistente social procura conscientizar o funcionário a rever e refletir sobre a necessidade em dar continuidade ao tratamento proposto e avaliar sua situação. Na análise das faltas, supõe-se que o não comparecimento à consulta ou abandono do tratamento pode se dar em decorrência da discriminação que paira no círculo profissional e social, além do preconceito e tabu que ainda existem no seio da sociedade sobre problemas psíquicos.

Os profissionais da saúde estão entre os trabalhadores mais sujeitos a desenvolver transtornos mentais, devido à natureza de sua atividade laboral, que inclui lidar diariamente com doenças, sofrimentos e morte, podendo gerar sentimentos de impotência, frustração e culpa. Aliados a essa dinâmica, encontram-se os problemas pessoais e/ou sociais, que podem contribuir para o sofrimento do profissional e, em muitos casos, denotam ser a causa principal do adoecimento. Na entrevista social, alguns colaboradores relacionam suas queixas com a rotina profissional, porém, muitas vezes, o foco principal são problemas pessoais e sociais advindos de problemas familiares, os quais o colaborador não consegue conciliar e administrar. Em outras situações, na impossibilidade de pedir demissão devido a questões financeiras, os funcionários acabam atribuindo o sofrimento psíquico ao trabalho e/ou à necessidade

dele. Todas essas situações são investigadas para que possam ser abordadas de maneira apropriada pelo assistente social.

Segundo a Previdência Social, os transtornos mentais relacionados ao trabalho são a terceira causa de afastamentos, correspondendo a 11,5% do total de afastamentos por doenças comuns, ou seja, sem nexo causal com o trabalho. Já entre os afastamentos com nexo causal, esse número cai para 2,8%. Quanto aos diagnósticos mais comuns entre os trabalhadores afastados sem nexo causal com o trabalho, o destaque é para os transtornos de humor (em sua maior parte as depressões), que respondem por 54,65% do total dos afastamentos. A segunda causa são os transtornos denominados neuróticos, que correspondem a 17,6% dos afastamentos e incluem transtornos pós-traumáticos, síndrome do esgotamento (*burnout*), entre outros. Em terceiro lugar, aparecem os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, que totalizam 11,6% dos casos. O estabelecimento da relação causal entre agravos à saúde metal e o trabalho é objeto de questionamentos entre diferentes profissionais vinculados aos serviços de saúde, aos órgãos previdenciários, aos sindicatos e aos serviços de medicina e segurança do trabalho.[4]

A Psicologia, por seu turno, foi inserida na equipe multidisciplinar do SESMT da Santa Casa em 2000, objetivando oferecer apoio psicológico aos funcionários da instituição, que apresentavam os mais diversos sofrimentos emocionais, sendo realizados inicialmente apenas atendimentos clínicos individuais.

Ao longo dos anos, a atuação da Psicologia do SESMT foi se expandindo, estreitando a relação com a equipe multidisciplinar, como também com as lideranças institucionais, que com confiança no trabalho realizado passaram cada vez mais a buscar neste serviço uma forma de ajudar os funcionários, que apresentavam problemas no setor, como faltas, descontrole emocional e problemas de relacionamentos interpessoais.

Por integrar uma equipe multiprofissional, a demanda da Psicologia deve-se aos encaminhamentos de todos os profissionais da equipe do SESMT, tais como médicos do trabalho, assistentes sociais, enfermeiros, médicos de outras especialidades e psiquiatras do Caism. Esses profissionais costumam encaminhar funcionários que apresentam algum problema no ambiente do trabalho, que muitas vezes refletem-se nas atividades laborais, porém não necessariamente são consequentes da atividade laboral. Dentre as demandas atendidas no Serviço de Psicologia do SESMT, podem-se observar aquelas que envolvem dificuldades de relacionamento entre funcionários e chefias, o que gera, em alguns casos, impacto na saúde mental dos mesmos. Porém, a forma de acesso mais comum ao serviço de Psicologia do SESMT é de funcionários que buscam o atendimento psicológico de forma espontânea, o que denota um serviço já conhecido entre os colaboradores e de confiança dos mesmos. Em geral, a procura espontânea acontece quando o próprio funcionário percebe a necessidade de receber apoio psicológico ou, em alguns casos, é apontada por

algum colega. A equipe do trabalho exerce um papel importante na identificação do funcionário que vem apresentando sintomas indicativos de problemas emocionais, especialmente as lideranças. Não raro, o próprio funcionário não percebe sua mudança de comportamento, e é o líder quem faz o papel de sinalizar e encaminhar esses colaboradores para avaliação psicológica.

Cabe ao líder a obtenção de resultados e em dar condições para que sua equipe desenvolva um bom trabalho, em um ambiente harmonioso. A forma como lida com as dificuldades encontradas no dia a dia, bem como a qualidade das relações estabelecidas entre seus funcionários, pode causar desde o aumento da motivação como também desequilíbrio emocional da equipe, neste caso, gerando diminuição da qualidade do trabalho exercido e dificuldades nas relações interpessoais. Porém, as próprias lideranças sofrem com a forte pressão exercida pelo papel que desempenham, já que são responsáveis por um grupo de pessoas e todo o trabalho desenvolvido por estas; e muitas vezes não encontram um espaço para refletir e discutir suas decisões e/ou condutas, o que pode levá-los a um quadro de estresse. Para que os funcionários líderes possam entender o serviço prestado pela Psicologia do SESMT, são oferecidas palestras que buscam mobilizá-los e capacitá-los a identificar mudanças de comportamentos dos colaboradores, que podem estar relacionadas a problemas emocionais, realizando então o encaminhamento desses casos para avaliação psicológica.

O médico do trabalho exerce um papel fundamental nos encaminhamentos dos funcionários que apresentam problemas psíquicos. No exame médico periódico ou em trocas de atestados, ao notar que o funcionário apresenta problemas emocionais, seja no trabalho ou em sua vida pessoal, que estejam impactando suas atividades laborais, o encaminhamento é feito para que a Psicologia possa avaliar a necessidade de atendimento. Essa primeira avaliação é realizada pelos psicólogos que, após realizarem a triagem e conforme a demanda apresentada, procedem ao encaminhamento adequado. Caso os problemas do funcionário não estejam interferindo em seu desempenho no trabalho, ou seja, apresenta questões apenas na esfera pessoal, sem impacto laboral, este é encaminhado para atendimento psicológico externo. Caso contrário, dá-se início ao acompanhamento psicológico no SESMT.

Rotineiramente, os funcionários são encaminhados ao SESMT/Caism e por vezes até para o Pronto-Socorro do Caism, pela necessidade de tratamento medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico que, aliado à psicoterapia, previne a entrada em auxílio-doença e promove um retorno mais rápido do funcionário às suas atividades laborais. Alguns funcionários buscam atendimento primeiramente no Caism, sendo então encaminhados pelos psiquiatras para dar início ao acompanhamento psicológico no SESMT.

Para auxiliar e acelerar o atendimento da demanda, a Psicologia desenvolveu o Plantão Psicológico, que consiste em um agendamento mais rápido,

sem a necessidade de vaga nas agendas dos psicólogos. Um dia da semana foi disponibilizado para esses atendimentos, no intuito de oferecer acolhimento, apoio, orientações e encaminhamentos.

A Psicologia do SESMT da Santa Casa atende a funcionários de todas as funções, entretanto, por ter um contingente maior de colaboradores do sexo feminino e da função de auxiliar de enfermagem, esta tem sido a maior demanda. Outra função atendida com frequência é de auxiliares administrativos, já que suas tarefas não se limitam a atividades burocráticas, tendo que lidar diariamente com pacientes e acompanhantes, presenciando situações permeadas por dor, sofrimento, ansiedade, revolta e agressividade.

A procura pelo acompanhamento psicológico acontece pelas mais diversas causas, porém tem-se constatado que situações de perdas, tais como morte de familiares e separação conjugal, filhos com problemas relacionados a uso de substâncias, problemas financeiros e doenças de familiares, estão entre as causas mais frequentes. Ou seja, tem-se notado que problemas pessoais e de âmbito social são os que mais impactam emocionalmente os funcionários, e consequentemente se refletem no desenvolvimento de suas atividades laborais.

Em relação aos problemas ocupacionais, as queixas mais frequentes são as que seguem: relacionamento interpessoal conflituoso com chefia e/ou colegas de trabalho; insatisfação e frustração quanto à atividade laboral; assédio moral e perfil inadequado à função.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, além de ser uma instituição de saúde é também de ensino, sendo formadora de profissionais, já que possui a Faculdade de Ciências Médicas. Oferece cursos de aprimoramento e pós-graduação e, em parceria com universidades, recebe estudantes para estágio. No SESMT, estudantes do último ano da graduação de Psicologia realizam atendimentos individuais e grupais, podendo atuar na prática, sob a orientação dos profissionais da área, assim ampliando e aprimorando seus conhecimentos. O estágio no SESMT exige conhecimento técnico e interlocução teórica para realizar e discutir os atendimentos, sendo um espaço no qual o aluno adquire vivência prática, que somada aos conhecimentos adquiridos durante sua formação, possibilita o desenvolvimento de um trabalho sério e enriquecedor para a sua vida profissional. O estagiário realiza o acolhimento, pequenas intervenções e aplicações de testes: BDI (Inventário de Depressão de Beck: escala de depressão), BAI (Inventário de Ansiedade de Beck: escala de ansiedade) e ISSL (Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp: escala de estresse), este último, quando necessário; coleta de dados para o prontuário, definição da demanda e encaminhamento (interno ou externo) ao final. É dada prioridade aos atendimentos de pacientes em situações emergenciais, seja por problemas relacionados ao trabalho, que interfiram no trabalho, ou por sintomas graves sugestivos de depressão, ansiedade, ideação suicida, ou outros transtornos.

A Psicologia do SESMT elabora e realiza Projetos de Promoção e Preven-

ção da Saúde do colaborador, em uma visão de "cuidar do cuidador". Além dos atendimentos psicológicos propriamente ditos, que têm um efeito preventivo de problemas emocionais, este serviço busca atuar de forma ativa no cuidado ao maior número possível de funcionários da instituição.

Grupos de reflexão são realizados desde 2011, objetivando diminuição de estresse e prevenção ao adoecimento psíquico, especialmente da síndrome de *burnout*. Esses grupos começaram a pedido das chefias da Santa Casa, sensíveis à necessidade de cuidar da equipe, que lida em seu cotidiano de trabalho com dor, sofrimento e morte.

Tais grupos têm sido realizados em três Unidades: Cirurgia, Medicina e Cuidados Paliativos Infantis, sendo que de 2011 a 2014 foram realizados também encontros quinzenais com residentes da Hematologia. A proposta inclui não apenas colaboradores, mas auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e enfermeiros, mas também são realizados encontros mensais com as lideranças.

Os grupos acontecem em modelos diferentes, de acordo com as características da dinâmica de trabalho: nas Unidades de Cirurgia e Medicina são grupos abertos, devido à dificuldade de os funcionários poderem participar semanalmente, já que muitos deles são auxiliares de enfermagem, cuja demanda de trabalho nem sempre permite que se deixe o cuidado ao paciente com o colega de equipe, que pode ficar sobrecarregado. Já no grupo de Cuidados Paliativos Infantis, estão sendo realizados dois grupos fechados, cujos encontros acontecem quinzenalmente. O objetivo desses grupos, além do gerenciamento de estresse, é levar os funcionários à reflexão sobre sua inserção no ambiente hospitalar, colaborando para um planejamento e mobilização para a realização de seus objetivos profissionais e/ou pessoais. Assim, os funcionários podem encontrar significação naquilo que fazem, conhecendo seus limites físicos e emocionais e assim preservando sua saúde. Os temas abordados referem-se ao sofrimento físico e emocional dos pacientes e da equipe, às emoções geradas por perdas e luto e questões relacionadas à hierarquia e regras institucionais. Em alguns encontros, há necessidade de funcionários se expressarem quanto a sofrimentos na vida pessoal, para o que há abertura e acolhimento no grupo.

Com uma visão preventiva e em promoção da saúde, o SESMT da Santa Casa propõe palestras que abordam temas relacionados à saúde mental e física dos colaboradores, sendo estas ministradas geralmente por profissionais da equipe multidisciplinar, tais como psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. O SESMT conta também com a colaboração de outros profissionais da instituição, tais como nutricionistas e fisioterapeutas. Nas palestras são desenvolvidos diversos temas, como depressão, ansiedade, obesidade, distúrbios do sono, abuso de substâncias lícitas (tabaco e bebida alcoólica) e/ou ilícitas, entre outros. As palestras são realizadas em programas de qualidade de vida, na Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (Sipat) e dentro da

programação de atividades ordinárias do SESMT, visando atingir um grande número de colaboradores, tendo um enfoque educativo, fornecendo informações baseadas em dados obtidos por meio de estudos e pesquisas, favorecendo a compreensão sobre algumas doenças e/ou problemas enfrentados. Busca-se promover reflexão sobre o modo de o funcionário lidar com seu corpo e seus problemas (emocionais, financeiros), incentivando-o a colocar em prática aquilo que aprendeu, transformando hábitos e formas de enfrentamento de problemas, antes não saudáveis e funcionais, sensibilizando-o, assim, para a necessidade de realizar mudanças em seu estilo de vida.

Dentre os programas elaborados destaca-se o de Promoção à Saúde das Gestantes, que consiste em um atendimento especializado e focado tanto na gestação como no retorno ao trabalho, após a licença-maternidade. O período gestacional ocasiona várias mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo que muitas gestantes buscam informações relacionadas à gestação, parto e puerpério, com o objetivo de amenizar ansiedade, angústias, medos e dúvidas. A gravidez, seja ela planejada ou não, acarreta mudanças importantes na vida da mulher, desde as corporais até alterações no estilo de vida, propiciando certa vulnerabilidade e instabilidade emocional. Os transtornos do humor desse período são classificados em três categorias: a melancolia pós-parto (*blues puerperal*), que é a mais prevalente, transitória e menos grave; a psicose pós-parto e a depressão pós-parto,[5] que podem vir a comprometer de forma significativa o retorno ao trabalho.

A volta ao trabalho da licença-maternidade é um momento que gera muitas dúvidas e angústias para as mães, principalmente em relação aos cuidados com o filho durante sua ausência e quanto à manutenção da amamentação.

Frente a essas questões, realizamos um trabalho multiprofissional com foco nos atendimentos das funcionárias no retorno da licença-maternidade, e nas gestantes que realizam pré-natal no SESMT ou são encaminhadas pelo médico do trabalho. O programa desenvolvido pelo SESMT consiste na distribuição de uma cartilha informativa elaborada pela equipe multidisciplinar e na avaliação e/ou atendimentos psicológicos. A cartilha contém temas diversos que estão presentes no universo das gestantes, tais como: alimentação, parto, leis trabalhistas relacionadas à licença-maternidade, amamentação, entre outros. Esta é oferecida à funcionária gestante durante visita ao SESMT, por exame médico periódico, ou na consulta de rotina com o ginecologista, sendo então convidada a participar do Programa de Promoção à Saúde das Gestantes. A avaliação psicológica é realizada em dois momentos: durante a gestação e no retorno da mulher ao trabalho após a licença-maternidade. O enfoque do atendimento das gestantes concentra-se em investigar sintomas de ansiedade e/ou depressão, como também detectar outros problemas psíquicos que a funcionária pode apresentar.

Durante a gestação, a avaliação da funcionária é realizada com foco na

investigação de vários aspectos referentes à gravidez (se foi planejada, sentimentos e fantasias referentes ao bebê e ao parto etc.), além do levantamento do histórico de doenças orgânicas e mentais, da qualidade dos seus relacionamentos afetivos em geral, e de sua relação com as atividades laborais. Caso seja detectado, por meio de avaliação psicológica, que a funcionária apresenta sintomas significativos de depressão e/ou ansiedade, entre outros problemas de ordem emocional, ou seja, tem demanda para atendimento, esta seguirá em acompanhamento psicológico até o fim da gestação ou melhora do quadro. Em um segundo momento, realiza-se uma nova avaliação psicológica, no retorno da licença-maternidade. Nessa avaliação investiga-se sobre o parto, período do puerpério, e como a funcionária está lidando com o retorno ao trabalho, já que este é um momento delicado em que podem estar presentes sentimentos de culpa e ansiedade de separação por "deixar o bebê", além de uma mudança significativa em sua rotina de vida, que exige uma reorganização para conciliar os cuidados com bebê (amamentação, creche), afazeres domésticos, casa e trabalho. Nessa avaliação, os testes psicológicos são reaplicados, e caso existam quadros de ansiedade ou depressão, é oferecido o acompanhamento psicológico. O enfoque do atendimento é prevenir o agravamento dos sintomas, como também auxiliar a funcionária a se reorganizar e se adaptar à nova rotina.

O programa tem um papel fundamentalmente preventivo, pois oferece suporte à funcionária para uma gravidez mais saudável do ponto de vista emocional, e para um retorno não só ao trabalho, mas aos outros papéis sociais (profissional, amiga), já que, por um período, a mulher fica exclusivamente voltada ao papel de mãe. Esse cuidado contribui para diminuição de problemas laborais, como absenteísmo e/ou falta de atenção e concentração na execução de suas atividades laborais, devidos à ansiedade intensa neste momento de readaptação. Caso a funcionária apresente bons recursos de enfrentamento e sintomas de ansiedade considerados normais para a fase de transição em que se encontra, não será necessário o acompanhamento psicológico. A experiência tem mostrado que o Programa favorece um melhor desempenho no trabalho durante a gestação, como também uma readaptação menos traumática no retorno da licença-maternidade, levando a funcionária a exercer suas atividades laborais de forma mais tranquila e plena.

Nos casos em que os funcionários da Santa Casa são encaminhados para atendimento psiquiátrico no Caism, os agendamentos são realizados por meio de pedidos de consultas, solicitados por médicos, psicólogos ou assistentes sociais, que atendem aos funcionários no SESMT da Santa Casa, bem como nas demais unidades da Irmandade.

Após realizado o atendimento do funcionário encaminhado, o pedido de consulta é reenviado para o profissional que solicitou o atendimento, com a análise e conduta tomadas pelo psiquiatra. Desta forma, há uma maior integração entre as equipes no tratamento deste paciente. Os retornos de consulta

são agendados após o término da consulta e a frequência destas consultas dependerá da gravidade de cada caso. Este serviço fornece atendimento a todos os funcionários da Santa Casa.

A maior demanda por atendimento psiquiátrico decorre dos profissionais de Enfermagem. Sabe-se que o trabalhador de Enfermagem é submetido a altos níveis de estresse em seu dia a dia. Os fatores ligados ao ambiente de trabalho, a relação direta com o cuidado dos pacientes e o perigo constante do risco biológico justificam a tensão e ansiedade vivenciadas por estes profissionais. Observa-se que o profissional desta área geralmente possui mais de um vínculo empregatício. Como a maioria dos trabalhadores pertence ao gênero feminino, a jornada de trabalho doméstico também deve ser considerada na análise da qualidade de vida desses profissionais. O estilo de vida frenético decorre, muitas vezes, de necessidades financeiras e da manutenção de um padrão social, fazendo com que o trabalhador estabeleça para si um ritmo rigoroso de atividades envolvendo os vínculos empregatícios e a vida doméstica, desta forma, levando ao estresse. Soma-se a isso o fato de trabalhar em situações adversas impostas pela profissão, que impõe grande demanda de atividades variadas – em turnos diferentes – e pode afetar o desempenho físico e psíquico.

Além destes profissionais demandarem mais atendimentos, é fato também que é nesta classe de profissionais que se encontra o maior número de afastamentos do ambiente de trabalho, devido à presença de transtornos mentais, sendo que as patologias mais frequentes são os transtornos depressivos e ansiosos, com uma grande parcela de transtorno de pânico associado. Entretanto, além dos fatores estressores inerentes ao ambiente de trabalho, é fato que as mazelas sociais e as dificuldades impostas por uma cidade da magnitude de São Paulo apresentam um peso considerável na saúde mental destes profissionais. Uma das queixas mais frequentes encontradas é a dificuldade de locomoção para o trabalho. A maioria destes profissionais reside em áreas periféricas de São Paulo ou até mesmo em cidades próximas, e, para conseguir chegar ao seu local de trabalho são necessárias várias horas dentro do transporte público, geralmente com um número excessivo de passageiros, além das diversas baldeações e trocas do meio de transporte. Chama a atenção o número de funcionários que sofrem de crises de pânico associadas ao transporte público de São Paulo.

Além das dificuldades com o transporte público, a violência nas regiões nas quais uma grande parcela destes funcionários reside, juntamente com casos de drogadição de filhos, cônjuges ou parentes e outras mazelas que fazem parte do cotidiano desta população, contribui de forma considerável para o adoecimento de nossos trabalhadores. No entanto, o trabalho também contribui para a promoção da saúde mental do indivíduo.

Assim, como apresentado acima, o atendimento médico psiquiátrico realizado no Caism para os funcionários da Santa Casa fecha o ciclo de serviços

prestados pela instituição. Com isso, uma relação mais humanizada estabelece-se entre colaboradores e instituição, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida e de trabalho dos trabalhadores.

Referências

1. BRASIL. Anais Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, 19.º Brasília, 1980. A importância de um SESMT em um hospital geral.
2. BRASIL. Portaria MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Institui a Norma Regulamentadora NR 32 – segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da União. 2006.
3. Organização Internacional do Trabalho. Serviços de Saúde do Trabalho, Convenção 161. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/node/507.
4. Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. Curitiba: Roca; 2010.
5. Sousa SG. Depressão pós-parto: estudo de prevalência e detecção de fatores de risco [Tese de doutorado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.

Em suas rotinas diárias de trabalho, os profissionais da área da saúde estão expostos a diversas situações estressoras, que são inerentes aos seus ofícios. A exposição a tal cenário faz com que esses profissionais fiquem mais susceptíveis a adoecimento físico e psíquico. Assim sendo, a prevalência de transtornos mentais tem sido maior entre essa classe de trabalhadores. Porém, o que se tem observado é que essa realidade se apresenta cada vez mais precocemente na vida desses indivíduos, ainda durante os cursos de formação profissional. Vale ressaltar que o impacto negativo desse quadro estende-se para além dos próprios profissionais e estudantes, atingindo também os pacientes que estão sob os seus cuidados. Diversos estudos têm demonstrado que a capacidade de prestar assistência adequada aos pacientes fica comprometida quando os cuidadores estão trabalhando em condições inapropriadas. Desse modo, o Conselho Regional de Medicina (Cremesp) decidiu editar este livro com o objetivo de lançar luz sobre essa questão, trazendo subsídios para discussão qualificada sobre o tema.

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP
01301–910 – Tel: (11) 3017-9300
www.cremesp.org.br

ISBN 978-85-89656-25-2
9 788589 656252