

Capítulo XXIII

ORIENTAÇÕES E DILEMAS ÉTICOS ANTE O MÉDICO COM TRANSTORNO MENTAL

Hamer Alves, Ronaldo Laranjeira e Luiz Antônio Nogueira-Martins.

Abordar o tema do médico com transtorno mental, dependência química e *burnout* (Síndrome do Esgotamento Profissional) é um assunto, ao mesmo tempo, delicado e imperativo. Procuraremos traçar algumas orientações gerais, porém sem a pretensão de abarcar a ampla miríade de situações e dilemas éticos que perpassam o tema do médico enfermo.

As observações, diretrizes e conclusões aqui estabelecidas embasam-se em: (1) A observação sociológica dos médicos através da revisão da literatura médica disponível e (2) A descrição da experiência acumulada durante quatro anos junto ao programa de atendimento a médicos (Rede de Apoio a Médicos), criado em 2002, fruto de um convênio entre o Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Trata-se de um programa de atendimento e orientação voltado para médicos, visando o rápido acolhimento e proteção deste e do público.

Perfil sócio-ocupacional do médico e fatores de risco psicossociais

No Brasil, 75% dos médicos têm idade inferior a 45 anos, 50% têm entre três e quatro atividades e 50% trabalham em plantões. A extensão da jornada de trabalho é notável: 46% dos médicos trabalham mais de 50 horas semanais, provavelmente como

mecanismo de compensação para perdas salariais e para substituição da ocupação autônoma. Os médicos trabalham mais que a maioria das pessoas — 15 horas por semana a mais que outros profissionais — e tiram menos tempo de férias — quatro semanas/ano versus oito semanas/ano de outros profissionais (Machado MH, 1997).

A profissão é percebida como desgastante para 80% dos médicos. Os principais fatores relacionados para a constituição desta visão são: excesso de trabalho/multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população, perda da autonomia no exercício profissional. A percepção do futuro da profissão é vista com insegurança, despertando sentimentos de incerteza e pessimismo (Machado MH, 1997). Tal quadro pode levar a comprometimento do desempenho do médico (Ribeiro RBA, 1989).

Ao mesmo tempo, a cobrança do desempenho profissional, tanto pela população como pelos colegas e demais profissionais da saúde é intensa.

Tal estado de insalubridade ocupacional tem repercussões psicológicas no profissional e em sua relação com os pacientes, e acaba resultando em uma situação insatisfatória tanto para quem assiste (médico) como para quem é assistido (paciente). Tais fatores fundam o caráter altamente ansiogênico do exercício profissional (Nogueira-Martins, 2003).

Transtornos mentais, *burnout* e dependência química

Com relação a transtornos mentais, Vaillant e col. (1972), em um estudo prospectivo clássico, investigaram a infância de 47 médicos comparada à de 79 profissionais não-médicos, socioeconomicamente pareados. Ao longo de 30 anos da vida adulta, o uso de drogas, a estabilidade no casamento, a busca de psicoterapia e os mecanismos utilizados pelos médicos para lidar com crises e conflitos foram

comparados com o grupo controle. Os resultados revelaram que os médicos apresentavam casamentos mais instáveis, usavam drogas e álcool de forma abusiva e buscavam psicoterapia em proporção maior do que os controles.

Por sua vez, a síndrome do *burnout* (esgotamento profissional) tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. Compõem-se de sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais; leva a um intenso desprazer no exercício da atividade clínica, em que o paciente é visto de forma desumanizada e os atendimentos passam a ser feitos de maneira ultra-rápida, para evitar o contato interpessoal.

Quanto à dependência química, os médicos passam por situações facilitadoras para dependência de drogas. São fatores de risco: 1) acesso fácil aos medicamentos; 2) perda do tabu em relação a injeções; 3) história familiar de dependência; 4) problemas emocionais; 5) estresse no trabalho e em casa; 6) busca de emoções fortes; 7) auto-administração no tratamento para dor e para o humor; 8) fadiga crônica; 9) onipotência e otimismo farmacológico; e 10) especialidades de alto risco: Anestesiologia, Emergência e Psiquiatria (Alves, HNP et al., 2005).

O uso de drogas é uma das principais causas de perda de produtividade no trabalho e de perda de anos de vida em idade produtiva (Murray et al., 1997). Entre a médicos, a prevalência de uso é tão freqüente quanto na população geral (Brewster, 1986; Skipper, 1997). A principal causa de aposentadoria precoce entre médicos decorre de transtornos psiquiátricos, principalmente os transtornos de ansiedade, depressão e dependência de álcool. Nossa experiência mostra que profissionais que

desenvolvem tais transtornos estão profundamente desconfortáveis e necessitando de ajuda para se desvencilharem de uma verdadeira teia na qual se aprisionaram.

Como tratar o médico mentalmente enfermo

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora e a falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos”. A negação retarda a busca de ajuda e tratamento. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade.

A visão que os médicos têm da saúde mental, aliada à formação específica deficiente, leva a um senso comum de intratabilidade e desesperança. O médico teme o estigma, a falta de confiança, a perda da reputação e o desemprego. Ocorre, assim, uma “conspiração do silêncio”: familiares e colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as conseqüências, o que leva a uma identificação abrupta e tardia.

O auto-diagnóstico e a auto-medicação também constituem desafios a enfrentar, devendo ser desestimulados por atrasarem o diagnóstico de transtornos mentais, podendo agravar o curso e evolução.

Providenciar tratamento para os médicos não é tarefa fácil, dada a dificuldade em aceitar o papel de paciente. É comum dizer que os médicos não são bons pacientes, porém, temos observado que os médicos têm dificuldades em aceitar o tratamento, mas, uma vez aderidos, seu desempenho costuma ser inclusive melhor que o da população geral.

Os médicos freqüentemente se queixam de não serem bem tratados, sendo-lhes oferecidas “consultas de corredor” por outros colegas, o que faz com que a complexidade de seu adoecimento não seja seriamente abarcada. Com tratamento adequado, no entanto, a maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão.

Os médicos devem ser tratados de forma empática, com orientações a familiares, orientações sobre como tomar os medicamentos, conseqüências de seu problema tratado ou não tratado, repercussões profissionais e capacidade de exercício profissional. Não devem ser tratados como pacientes “especiais”, uma vez que este tipo de tratamento tende a aumentar a racionalização e o distanciamento do enfermo dos aspectos emocionais de seu transtorno mental. Desvios de procedimentos para proteger o médico-paciente devem ser evitados. Ou seja, nada diferente do tratamento fornecido à população geral (Meleiro, AMAS; 1999).

Geralmente uma abordagem cuidadosa, precoce e empática tende a minimizar as conseqüências de transtornos mentais e dependência de álcool e drogas. O afastamento da atividade, pelo período necessário e suficiente, através de atestado médico é uma solução para estes casos e temos observado uma boa aceitação por parte da clientela que temos atendido.

Quanto ao segredo médico, o Artigo 105 do Código de Ética Médica adverte: “É vedado ao médico revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”. Logo, ponderamos que o respeito ao direito do médico de ser tratado de forma confidencial deve ser levado em ampla consideração e primazia e que o rompimento do segredo médico só pode ser quebrado por justa causa ou com autorização do mesmo (Art. 102 do Código de Ética Médica).

Consideramos importante uma profunda mudança cultural no modo de abordar o problema da saúde mental do médico, sendo assim, ponderamos que é dever ético dos médicos manter um relacionamento amistoso e franco com os seus colegas, onde as dificuldades do trabalho, problemas de saúde física, emocional, condições de trabalho e

uso nocivo de substâncias psicoativas possam ser abertamente abordados, tal maturidade no modo de lidar com tais questões podem facilitar o encaminhamento precoce ao tratamento.

A orientação e o encaminhamento para tratamento adequado tratam-se, fundamentalmente, de um compromisso ético. O auto-monitoramento pode ser útil, mas tem eficácia limitada, visto que a auto-avaliação pode estar prejudicada em diversos transtornos mentais e dependência química, daí o papel imprescindível dos colegas médicos em orientar aquele que está com problemas que possam causar prejuízos no desempenho profissional. É importante o treinamento dos colegas no sentido de reconhecer, aconselhar e confrontar (e confortar) o médico enfermo.

Nossa experiência adverte para não “deixar as coisas como estão, para ver como vão evoluir”, pois a evolução pode ser catastrófica. A abordagem do médico enfermo pelos colegas, superiores ou outros profissionais de saúde deve ser feita de forma empática, porém firme e, de preferência, por mais de uma pessoa. Se o médico enfermo não tomar providência a respeito num período estabelecido, deve ser considerado reportar-se à Comissão de Ética Médica para que esta tome as medidas necessárias.

A intervenção, nestes casos, pode ser “salvadora de vidas”, tanto para o médico quanto para pacientes, e o que costuma ser “raiva e irritação” pode se transformar em “eterna gratidão” ao fim de um tratamento bem sucedido.

A partir da experiência acumulada no atendimento a esta população, e em concordância com dados da literatura (Farley, 1992; Shore, 1987), temos elementos suficientes para acreditar que com tratamento intensivo, intervenção familiar, contrato de seguimento por longo prazo, suporte da família e dos colegas há possibilidades de retorno bem sucedido à prática profissional (Paris, 1999)

Referências Bibliográficas:

1. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. Rev. Assoc. Med. Bras., May/June 2005, 51(3):139-143.
2. Brewster, J. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA; 1986; 255 1913-1920
3. Código de Ética Médica. Artigos 102 e 105. Resolução CFM nº. 1.246/88, DE 08.01.88 (D.O.U 26.01.88)
4. Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. Can J Anaesth. 1992 May; 39(5 Pt 2):R11-7.
5. Machado MH (Coord). Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.
6. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.
7. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997 May 17;349(9063):1436-42.
8. Nogueira-Martins, LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Rev. Bras. Med. Trab., Vol. 1, Nº1, pp 56-68, Jul-Set, 2003.
9. Ribeiro RBA. A fadiga médica: suas causas e conseqüências. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1989, Monografia (Pós-graduação em Administração Hospitalar) in Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico, SIMESP, 2002.
10. Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs. other specialties. J Addict Dis. 1999;18(1):1-7.

11. Shore J. The Oregon experience with impaired physicians on probation: An eight year follow-up. JAMA; 257; 2931-2934; 1987.
12. Skipper GE. Treating the chemically dependent health professional. J Addict Dis. 1997;16(3):67-73.
13. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psycho-logic vulnerabilities of physicians. N Eng J Med 1972; 287(8):372-5.

Autores:

Hamer Nastasy Palhares-Alves¹, Luiz Antônio Nogueira-Martins², Ronaldo Ramos Laranjeira².

¹ Médico Psiquiatra, Pesquisador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

² Médico Psiquiatra, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP.

³ Médico Psiquiatra, Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP.