

# MEDICINA, MÉDICOS E PESSOAS

## Compreender o stresse para prevenir o *burnout*.

MARIA ANTÓNIA FRASQUILHO  
Serviço de Psiquiatria. Hospital Miguel Bombarda. Lisboa.

### RESUMO

Neste artigo considera-se o stresse na profissão medica.

Faz-se uma revisão descritiva dos problemas relativos à inadequada gestão do stresse e foca-se a importância e transcendência crescentes dos mesmos. Apresentam-se definições actuais dos conceitos de stresse e *burnout* e a evolução dos modelos respectivos. Expõe-se uma síntese da fisiopatologia do stresse. Detalha-se uma reflexão sobre os factores de stresse na medicina, nos quais se incluem os intrínsecos- as vulnerabilidades dos médicos.

Conclui-se que é imperiosa a consciencialização dos médicos sobre os riscos da sua profissão e que, actualmente, a boa gestão do stresse se lhes coloca como competência profissional e pessoal inadiável.

*Palavras chave: Médicos, stresse, burnout.*

### SUMMARY

#### MEDICINE, DOCTORS AND PERSONS Understanding stress to prevent burnout

This review is focused on doctors occupational stress.

A synthesis of the broad negative impact of distress is presented, as well as its spreading importance and magnitude according to recent research. Contemporary definitions of stress and burnout models are underlined with a remembering of their historical evolution. A synthesis of stress physiopathology is presented. The core risk factors of occupational medical stress are detailed and discussed, with more emphasis in those related to doctors vulnerabilities.

Great need actually unmet regards the public recognition of the professional medical risks, the acceptance by the doctors of their normal fragility as humans, and their insight about their own vulnerabilities as a group with specifics professional representation.

The conclusion is that there is a major and urgent need for the doctors to develop and practice competences of stress management.

*Key-words: Doctors, stress, burnout.*

Desejaria que algum dia todas as escolas relacionadas com a arte de curar dessem importância não só ao conhecimento, mas também àquilo que não se *pode* conhecer. Isso poderia dar-nos uma visão mais real de nós mesmos. Poderia recordar-nos algo que, como cientistas modernos, quase esquecemos e que precisamos recordar: todos – sem excepção – somos curandeiros que sofremos com as nossas próprias feridas. *Larrey Dossey* (médico)

## IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

Segundo os registos, há um crescendo de médicos em sofrimento, doentes por motivos relacionados com a profissão. Isto poderá parecer um anacronismo – como é que alguém altamente sabedor e formado para proteger a saúde e tratar a doença nos outros se revela inabilitado para se autocuidar, e mais: é co-autor num ciclo de autodestruição?

Os médicos compartilham com professores, controladores de tráfego aéreo, profissionais de emergência, enfermeiros, polícias, investidores na bolsa, o topo na listagem de profissões stressoras<sup>1</sup>.

Comparados com gestores, os médicos têm um nível superior das hormonas stresse. Comparados com dentistas e advogados apresentam aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina<sup>2</sup>.

O distresse médico alastra-se para a vida familiar. Os médicos têm frequente conflitualidade familiar e divorciam-se 20 vezes mais que a população geral<sup>3</sup>.

Chambers estuda clínicos gerais activos e reformados. Os primeiros têm maior prevalência de ansiedade, depressão, insónia. A doença psiquiátrica em médicos tem uma prevalência superior à população geral<sup>2</sup>.

Já em 1858, se evidenciou que a taxa de suicídio era mais elevada nos médicos do que na população geral<sup>4</sup>.

Vaillant, nos anos 60. foi pioneiro no estudo dos problemas de saúde dos médicos sob a perspectiva laboral e psicológica. Encontrou prevalências elevadas de sofrimento emocional aliadas ao uso de substâncias aditivas com consequências alarmantes tal como alta incidência de suicídio<sup>5</sup>. Evidenciou-se que 12 a 14% dos médicos têm perturbações de adicção. Os internos utilizam substâncias psicotrópicas para se “energizarem” quando necessário e para relaxarem quando tal é desejável<sup>6</sup>.

Neste grupo profissional a dependência química alia-

-se à dependência de álcool e assume uma dimensão e gravidade superior à de outras profissões com *status* socioeconómico equivalente – juristas e engenheiros<sup>7</sup> – e com uma característica peculiar: os médicos dependentes estão isolados e são ostracizados pelos seus pares<sup>8</sup>.

Os médicos, perante disfuncionamentos emocionais não procuram ajuda, auto medicam-se, além disso negligenciam as suas necessidades gerais quanto a saúde<sup>9</sup>. A maioria – 70% – dos médicos não faz *check ups* regulares<sup>10</sup>, 60% dos médicos de família não consultam o médico e quando uma doença lhes é de facto diagnosticada congregam-se múltiplos diagnósticos e a taxa de cirurgia é três vezes maior do que a população geral<sup>11</sup>. A adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre, recusam, ignoram, ou depreciam o seu próprio tratamento<sup>12</sup>.

Negam ou desqualificam os riscos inerentes à sua prática profissional ao mesmo tempo que minimizam o seu mal estar pessoal<sup>13</sup>. Quando comparados com outros trabalhadores na área da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos) os médicos são muito significativamente o grupo com menor absentismo<sup>14</sup>.

A incidência de doença mental (depressão e ansiedade graves) é maior (superior ao dobro) do que a de grupos similares usados como controlos<sup>2</sup>. Diversos estudos constatam que entre 23% a 47% dos médicos em exercício pontuam positivamente em questionários de rastreio de doença mental<sup>2,15</sup> Caplan determinou que 29% tem sintomas clínicos de depressão<sup>2</sup>.

Os suicídios representam 38 % das mortes prematuras em médicos e são quatro vezes superiores nas mulheres do que na população geral. Os suicídios em médicas são superiores àqueles existentes em qualquer outro grupo profissional<sup>16</sup>.

O perfil de maior risco para o suicídio inclui homem ou mulher, mais de 45 anos (mulheres) e mais de 50 anos (homens), raça branca, divorciado, separado ou solteiro, abusador de álcool ou outros tóxicos, dependente do trabalho – *trabalhólico* –, jogador, com comportamentos de desafio ao perigo, com sintomas de ansiedade ou depressão, sintomas físicos de dor crónica ou com doença crónica debilitante, com mudanças (ou ameaças de mudança) ao *status* – de reconhecimento, de autonomia, de segurança financeira – e perdas afectivas recentes<sup>17</sup>.

Esta epidemia tem sido alvo dum pacto de silêncio.

A medicina será então uma profissão patogénica por si mesma? O sofrimento e a doença dos médicos serão efeitos colaterais da profissão? O processo de tratar será impeditivo do cuidar-se? Serão os médicos estruturalmente patológicos e por isso escolhem esta profissão e acercam-se dos locais de cura? Ou serão simples masoquistas que desfrutam dum penar que perpetuam?

Se nenhuma das hipóteses é *per si* verdadeira, alguma reflexão se impõe dado que cada uma contém preciosas pistas.

### DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS STRESSE E BURNOUT

O actual modelo transaccional de stresse tem como fulcral o factor humano, *o Homem é a medida de todas as coisas*, logo a sua matriz psicológica é o elemento decisivo<sup>18</sup>. Em 1995, O Grupo Português de Intervenção Comunitária na área do Stress Psicossocial, entendeu o stresse como um conceito inovador que congrega a situação (as pressões), todas as respostas humanas à situação, a vivência da mesma e integra a relação entre o biológico e o social, a saúde e a doença. Neste quadro definiu-se o stresse como o **processo** de interacção humana, tanto consciente (voluntária) como fisiológica (involuntária) – em que a primeira sobressai –, numa situação de sujeição a estímulos exigentes<sup>19</sup>.

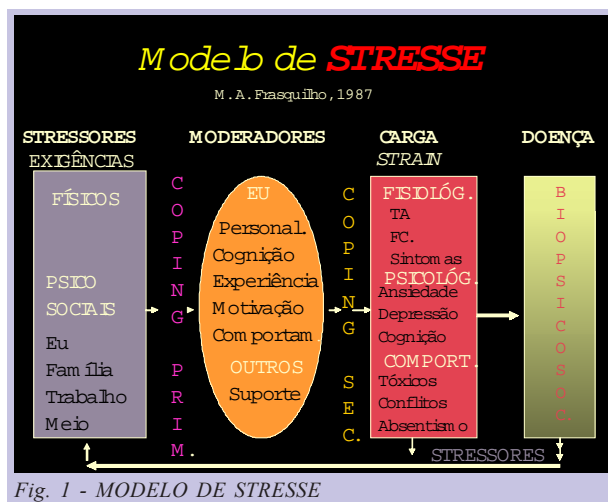


Fig. 1 - MODELO DE STRESSE

Os estímulos/pressões com que todo o ser humano tem de lidar são os **stressores, fontes ou factores de stress**. Os factores externos dizem respeito àquilo que coloca desafios à homeostase e que é externo ao próprio.

Todas aquelas pressões que são pertença da mente, expectativas, negativismo, frustrações, neuroticismo, etc., são os factores internos de stress. Em caso de mal estar ou doença o processamento psicológico das mesmas e da sua limitação residual são importantes stressores adicionais.

São descritas três grandes categorias de stressores: os cataclísmicos, intensos, súbitos, universais, traumáticos para a grande maioria das pessoas, a exemplo das guerras, catástrofes; os stressores pessoais, também intensos, mais ou menos inesperados e que se ligam aos acontecimentos de vida; e os stressores de fundo, que são quotidianos, aparentemente de mais fraca intensidade, mas repetitivos ou mantidos, rotineiros e cumulativos (aborrecimentos diários). São estes últimos os de maior risco psicossocial<sup>20</sup>.

Ao resultado final do processo de stress, que pode tomar a forma de reacções psicológicas do tipo ansiedade ou depressão, de alterações cognitivas, de reacções fisiológicas que podem culminar em doenças de todos os órgãos, envolvendo todos os sistemas biológicos, e reacções comportamentais como o uso de tóxicos, conflitos, alterações do estilo de vida e hábitos de conduta, apelida-se de *strain* ou simplesmente consequências ou impacto do stress. Impacto este que se alarga a toda a sociedade com graves repercussões financeiras e sociais.

Como se referiu, entre o estímulo e a resposta está a pessoa nas suas circunstâncias. O tipo de avaliação que esta faz de toda a situação e dos seus próprios recursos para lidar com ela e os mecanismos de *coping* – confronto – que põe em marcha para responder às exigências, irão mediar as consequências finais<sup>21</sup>.

Se hoje este é o cerne do conceito stress, e um importante foco de intervenção na prevenção e tratamento, recorde-se a evolução do significado do termo hoje banalizado e destituído de rigor.

Stresse deriva do latim *strictus*, que significa aperto, constrição. De alguma forma este constrição de algo (pressão) está presente no conceito de stress.

Hook lançou o termo no séc. XVII e reportava-se às forças exercidas sobre um objecto cujo material, sob a acção dessa pressão, sofreria deformações. O impacto desse stress era, pois, definido matematicamente e dependia tanto da força de pressão como da resistência do material.

Mais tarde, no início do séc. XX, e no âmbito da fisiologia, Cannon constatou que todos os organismos, animais ou humanos, quando eram expostos a uma diversidade de estímulos críticos, desde danos físicos à privação de nutrientes, apresentavam duas linhas de reacção típicas: a luta ou a fuga. Designou por stresse as ameaças ou perigos que afectavam suficientemente um organismo ao ponto romper o seu equilíbrio.

Porém, foi Selye, na década de 50, que deu mais notoriedade e um novo significado ao conceito stresse. Nas suas investigações biológicas constatou que ocorre automaticamente uma reacção standard – universal instintiva – quando o ser humano está perante um perigo. Esta reacção automática protege a vida.

A análise deste processo permitiu a Selye fazer um conjunto de elaborações que, em 1946, expôs sob o nome Síndrome Geral de Adaptação. Descreveu que esta reacção neuro-endócrina se processa em três estádios, sendo que a resposta do sistema nervoso é de curta duração e a endócrina (hormonal) é muito mais prolongada. O primeiro estádio do Síndrome Geral de Adaptação é a **reacção de alarme** e ocorre após a exposição súbita do organismo ao estímulo. Em termos humanos é o *susto* que no início é acompanhado de elevação da frequência cardíaca, redução da temperatura corporal, da força muscular e da pressão arterial, logo depois, ainda nesta primeira fase de alarme, ocorre o momento do *contra-choque* em que todas as forças defensivas são postas em acção, com um aumento de energia associado a um aumento de produção dos corticoides, e que permitem a todo o organismo reagir rapidamente. A resposta fisiológica traduz-se num aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial com maior vascularização do cérebro, pulmões e membros, respiração mais rápida proporcionando uma melhor oxigenação do organismo, aumento da tensão muscular o que facilita a acção, sudação que refrigera o aumento de calor derivado da tensão, libertação de factores de coagulação sanguínea o que reduz eventuais perdas de sangue, digestão mais lenta para que o sangue se vá concentrar em áreas mais decisivas como o cérebro e os músculos.

O segundo estádio é marcado por uma certa adaptação aos estímulos, como se o organismo se aquietasse e reequilibrasse. As reservas hormonais regressam ao normal. O nome porque é conhecida este estádio é o de **adaptação** ou **resistência**.

Por último, caso a exposição ao agente estimulante se

mantenha, ultrapassa-se a adaptação e surge o **estádio de exaustão** com reactivação vegetativa e manutenção no sangue de níveis elevados de cortisol, com o reaparecimento de todos os sintomas de prejuízo dada a excitação orgânica permanente. Em casos extremos a morte pode ocorrer.

Com Selye stresse tem o significado oposto ao de Hook, passou de **estímulo**, que pressiona o material ou o organismo, a **resposta** de todo o organismo quando sujeito a pressões quer externas quer internas.

Independentemente de se chamar stresse a uma ou a outra coisa o facto é que a espécie humana está preparada para lidar com certas agressões e que essa capacidade passa pela mobilização natural, ou seja involuntária, numa cascata de reacções neuro-endocrinológicas<sup>22</sup>. Assim, na presença dum estímulo o cérebro recebe um alerta e faz o respectivo processamento em termos de significado e memória (do facto e da emoção inerente), dando-se a activação da amígdala que faz parte do sistema límbico e está relacionada com os componentes emocionais do cérebro. A resposta neuronal proveniente da amígdala é transmitida ao hipotálamo, onde provoca uma resposta hormonal através da secreção do Factor Libertador de Corticotrofina que, por seu lado, tem a função de estimular a hipófise para que esta liberte uma outra hormona – a corticotrofina –, que actua sobre as glândulas supra-renais que têm um papel vital em toda esta resposta bioquímica do stresse através da secreção medular de adrenalina e noradrenalina, e cortical de aldosterona e cortisol.

Todavia, o hipotálamo também activa directamente o sistema nervoso autónomo e os nervos sensoriais para dar origem a uma resposta imediata, em milisegundos, aos estímulos. O balanço entre o sistema nervoso simpático, responsável pela estimulação do stresse (aumento da frequência cardíaca, respiração acelerada, actividade gastrointestinal diminuída) e o sistema nervoso para-simpático, que restaura o estado de repouso orgânico (reduzindo a frequência cardíaca, normalizando a respiração, diminuindo a sudação e aumentando a actividade gastrointestinal) explica a ampla sintomatologia ligada à situação de stresse. Os danos físicos (doenças) ocorrem quando o sistema nervoso simpático está em permanente ou repetida activação – alerta –, e constituem-se como novos stressores.

As vias pela qual uma doença se torna um stressor crónico envolvem uma constelação de factores interrelacionados, cérebro e sistema imunológico estão

conectados por um circuito fechado através do sistema nervoso.

Se o stresse é uma temática moderna não é um fenómeno novo<sup>23</sup>. Estímulos que exigem adaptações humanas são inerentes à própria vida. Sempre que a pessoa interage com o ambiente físico ou social está sujeita a pressões deste. São altas ou baixas temperaturas, ruídos, poluição, traumatismos, conflitos, privações, desafios e um infinito número de possibilidades de confronto a que temos de fazer face quotidianamente desde o momento em que surgiu a humanidade. O stresse é pois tão antigo quanto a existência humana e está intrinsecamente ligado à sobrevivência da espécie.

O que há é um nível óptimo de estímulos que equivale ao funcionamento positivo, à motivação para viver e trabalhar, ao rendimento, à realização pessoal. Porém, esse é um nível pessoal, sendo apenas considerado em termos de grupos um nível teórico de estimulação positiva colectiva. Pode imaginar-se uma curva tipo Gauss de estímulos. Numa fase ascendente teríamos a vitalidade, o entusiasmo, o optimismo, a lucidez, o bem-estar, o vigor físico, a alegria, as boas relações humanas, a motivação e alta produtividade e criatividade. Denomina-se **eustresse** essa fase ascendente, desejada e positiva. Superado o ponto culminante de boa adaptação entra-se na fase de declínio ou negativa em que, paulatinamente, se instala a fadiga, a irritabilidade pessimismo, a falta de motivação, a pouca concentração e incapacidade de decidir, a depressão, as doenças, a ineficácia, os acidentes e a baixa de produtividade. A esta fase indesejável chama-se **distresse**.

Nas profissões de saúde utiliza-se o conceito de **burnout** como equivalente à fase última do distresse.

Na verdade, o **burnout** é um fim dum processo que parte da primeira fase positiva de eustresse – **com idealismo**, com entusiasmo, dedicação à profissão, alta produtividade e cooperação interpessoal, atitudes positivas e construtivas. Com o somatório de expectativas não cabalmente respondidas surge a fase de **insatisfação**. Nesta são patentes a desilusão, o cinismo, a desmotivação, a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, e um leque variado de sintomas inespecíficos. A qualidade da produção resente-se. Posteriormente entra-se nas fases a que usualmente se dá o nome de **burnout**, instala-se o **alheamento**: surge o desânimo, a desesperança, a irritabilidade, o isolamento, a fuga a contactos intraprofissionais, a irritabilidade, o criticismo

fácil, o conflito, o negativismo, o *distress* franco, com toda a panóplia de sintomas e sinais observáveis de sofrimento físico e mental. Profissionalmente há uma sensação de inadequação, produz-se menos e os erros surgem. Finalmente há o **corte** por exaustão que se caracteriza pelo evitamento de tudo e todos os que se relacionam com a profissão, pelo *não querer saber*, ou *tanto dá*, pela sensação de traição, de que se errou no investimento feito, de que nada mais há a fazer com uma grave erosão de valores, da dignidade e do autoconceito. Instala-se improdutividade franca, o absentismo e caos com potencial retirada do local de trabalho ou mesmo da profissão. A depressão grave é comum tal como o potencial de suicídio<sup>24</sup>.

## FACTORES DE STRESSE NA MEDICINA

No caso dos médicos o *burnout* está em crescendo<sup>2</sup>. Num estudo de 1994 apura-se que 52,4% percebem actual *burnout*. A problemática é mais prevalente nos clínicos gerais, depois nos médicos hospitalares e sem significado nos com funções exclusivas de administração. Quanto aos colocados em emergências, 25,2% estão na fase final de *burnout*, e 23,1% pretendem deixar actividade nos próximos cinco anos<sup>25</sup>. Os maiores stressores nos clínicos gerais foram as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente nos ambientes de trabalho<sup>26</sup>. Hespagnol, em Portugal, relacionou o elevado número de doentes a cargo dos clínicos gerais, e o responder a mais de 125 consultas por semana, com a insatisfação laboral e o stresse<sup>27</sup>. Um estudo de referência de 2002 correlacionou positivamente as exigências do trabalho (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalhar individualmente) como os stressores mais negativos, e sublinhou como moderador o apoio entre pares e o apoio familiar<sup>28</sup>.

Nos médicos com funções de assistência o baixo salário, a progressão nas carreiras e estilo de gestão do hospital são os maiores stressores. As taxas de depressão foram estudadas em diversas especialidades (excluindo a clínica geral), entrando com o diferenciador género. verifica-se que para os médicos as especialidades mais *depressivas* são a ginecologia, a psiquiatria, a radiologia, a anesthesiologia e a medicina interna. Para as médicas é a cirurgia, a psiquiatria, a ginecologia, a pediatria e a anatomia patológica<sup>2</sup>.

Comprovou-se que ocorre maior mortalidade nos doentes internados quando o *staff* está em sobrecarga<sup>29</sup>.



Tanto o trabalho sob pressão como os factores sociais e ambientes relacionais no trabalho são importantes fontes de stresse, e este está intrinsecamente associado à insatisfação<sup>30</sup> capaz de afectar a motivação para o trabalho e a opção por *desistir* emocionalmente ou, em último caso, abandonar objectivamente o trabalho (dedicar menos horas ou demitir-se). A desmotivação instala-se quando se constata que o trabalho não cumpre as necessidades básicas humanas (sobrevivência, segurança, de pertença, de reconhecimento, de realização pessoal). Estão em jogo tanto motivadores extrínsecos como intrínsecos (uma energia interna que propulsiona à dedicação). No caso dos médicos usualmente os motivadores intrínsecos estão patentes – o altruísmo, o humanismo, a atitude de valorizar o acto praticado-, mas as altas expectativas geram ilusões que no contacto com a realidade se desfazem em múltiplas frustrações<sup>31</sup>.

A violência sobre os médicos está em crescendo e é outro importante factor de stresse. Na Grã Bretanha 1/3 dos médicos considera a violência um problema no trabalho clínico, 95% foi vítima de agressões nos últimos 12 meses<sup>32</sup>. Em Portugal a DGS realizou em 2004 uma pesquisa em que 81% de unidades hospitalares e 77% dos centros de saúde revelaram ter registado casos de violência sobre profissionais de saúde, e as vítimas são predominantemente médicos (66%). A maioria assenta na ameaça e agressão verbal – 93% –, no entanto a agressão física está também patente em 54% dos casos, tal como os danos à propriedade orivada – 21%. Porém, só 2 a 4% dos vítimas apresenta denuncia<sup>33</sup>.

A satisfação profissional é um indicador indirecto de sofrimento psíquico. Verificou-se que nos centros de saúde da ARSLVT a satisfação é neutra (nem satisfeito nem insatisfeito), o que é algo paradoxal e que remete para uma situação de *desligado*, sugestiva de *burnout*, 34% dos clínicos está motivado para deixar a carreira e 9% para abandonar a profissão<sup>34</sup>.

A Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, tem conduzido uma linha de investigação sobre o stresse nos profissionais de saúde. No caso dos médicos incide sobre: a) a satisfação profissional (Felicio – 92 – conclui que os factores de insatisfação são o clima organizacional e as condições de trabalho); b) stressores (Pereira – 97 – encontra como principais as exigências da tarefa); c) *burnout* (equivalente entre médicos e professores); d) sobre experiência profissional (os clínicos gerais mais novos têm valores mais elevados de distresse)<sup>31</sup>.

## POSTO ISTO, QUAIS SÃO OS RISCOS QUE SE DESTACAM QUANTO A FACTORES DE STRESSE DA PRÁTICA MÉDICA ?

### Modelagem/ Formação.

Quando um interno inicia a sua actividade faz uma entrada inocente na complexa ambiguidade da prática médica, para a qual não foi minimamente preparado. A partir daí é uma jornada de surpresas que poucos superam com o êxito desejável (embora aparentem sucesso e sejam de facto vistos como tal, devido ao autodesenvolvimento de estratégias compulsivas de controlo) a não ser muito mais tarde na vida e à custa de muito sofrimento e danos evitáveis.

Nesta jornada o mapa que o novel clínico usa para se guiar vem de outros (professores, mentores), de teorias que aplicadamente absorveu. Defronta dificuldades (as que derivam do conhecimento e da pouca prática vai-as resolvendo nas rotinas diárias) que lhe são incompreensíveis. *Porque é que com o mesmo tratamento uns melhoram e outros recusam fazê-lo? Porque é que me criticam se só fiz o que era devido* (por exemplo ao não medicar uma virose *minor*)? *Porque é que depois de 24h de urgência se exasperam com a minha lentidão? Se tratei uma doença é obra de fortuna, se falhei a culpa é minha? Onde está o reconhecimento pela minha dedicação?* Uma série de expectativas começa a gorar-se e surgem sentimentos contraditórios e culpabilizantes. Ao desapontamento narcisico segue-se o criticismo, põe em cheque o ensino que o *ludibriou*.

O médico recém-formado vai-se dando conta dum hiato fundamental na sua aprendizagem: a vida só é bem sucedida se existe elaboração de auto-modelos compreensíveis (a nível cognitivo e emocional) para o próprio, que sejam acedidos e praticados espontaneamente e que sejam adaptáveis a novas situações. Ou seja, tanto há que haver *expertise* externa como interna quanto à vida profissional. Isto requer metaconhecimento que é algo muito demorado a construir. Principalmente se do currículo médico pré e pós graduado não faz parte a reflexão acompanhada, mas livre e sem estereótipos, sobre o ser e devir da profissão. Pelo contrário, o que sucede na formação é a ênfase nas competências cognitivas (informação, conhecimentos específicos focalizados na doença) e algo sobre as práticas – o *saber-fazer*. Aquilo que respeita ao *saber-ser* é deixado ao livre arbítrio e o auto-conhecimento/ /desenvolvimento é desprezado<sup>35</sup>. Pior e mais grave, dentro da profissão reproduz-se a fantasia da excelência com os corolários de sucesso e de condutas impossíveis de praticar no mundo real, um claro *handicap* para a sabedo-

ria do viver.

*Se todos se tornarem demasiado exigentes e os dias forem demasiado curtos para as minhas obrigações, ajuda-me a lembrar que escolhi servir e a fazê-lo com generosidade* (Darlene Larson), eis apenas um exemplo do estoicismo prejudicial que é pedido ao clínico: este não é um ser humano, dotado de necessidades e limites. Como tal não tem sequer de ter assegurada protecção laboral, não tem de receber mais do que o prazer de dar e cabe-lhe encontrar motivação no sacrifício.

Assim, a representação do *médico-ideal* tocaria duas possibilidades: o santo a beatificar ou o viciado em ajudar, ambas paradoxais. Resultado final: os estereótipos de onnipotência, onisciência e onnipresença, ao que se acrescenta a desesperança *uma vida dura e de sacrifício é inevitável* são uma cultura de fantasia. Mas o que é inquietante é que se estimulam os jovens médicos a perseguir essas idealizações, nomeadamente a partir de figuras raras de excelente sucesso profissional, mas de bizarria pessoal, garantindo-se a frustração e no pior dos casos a exaustão emocional<sup>2</sup>.

Na verdade, são estes os modelos transgeracionais que vigoram (há que dirigir serviços de referência, ensinar, pesquisar e ser descobridor, publicar, ter reconhecimento público e inter pares e, por fim, ganhar bem). A medicina é de excelência e os médicos obrigatoriamente serão excelentes. De facto, uma das críticas mais correntes e lesivas dirigidas a um colega é a de que ele não é totalmente dedicado à prática médica. Se sucumbe é humilhado<sup>8</sup>. Estes modelos *aristocráticos* ancoram em tempos com muito diferentes organizações sociais, que permitiam então, quer financeira, quer cultural/relacional, quer vivencial a exclusividade à arte médica com o natural poder e o reconhecimento garantido. Modelos cuja aplicação não se compadece com a realidade do séc. XXI e estão na raiz do *burnout*<sup>36</sup>.

A evolução dentro da profissão está sujeita a múltiplos rituais de passagem altamente exigentes (provas, concursos) que prolongam o período de formação e a dependência muito além de qualquer outra profissão<sup>35</sup>. O corolário é o sentimento (e a realidade) duma vida que está permanentemente a ser adiada, com o médico a colocar sempre no futuro (cada vez mais longínquo, e por vezes infinito) a realização de projectos pessoais vitais para a auto-realização de qualquer ser humano.

### Representação social

Na nossa tradição o médico é visto como uma pessoa especial com altas responsabilidades mas fortes privilégios e estatuto social, ao mesmo tempo idolatrado, temido e in-

vejado. Há umas décadas ocupava o topo da hierarquia em termos de prestígio social (situação que perdeu para os juizes mas que voltou a recuperar no ano transacto), ao qual não será alheio o mito ancestral do poder sobre a morte: *os médicos são aqueles capazes de preservar a vida*.

Esta idealização da medicina, de que os media dão bons exemplos, antagoniza muitas das actuais respostas sociais à prática profissional<sup>2,9</sup>. Cada vez mais são bode-expiatório de disfuncionamentos do sistema de saúde, a que umas vezes são alheios outras coniventes pelo silêncio, alvos de depreciação pública ou de medidas persecutórias formais. Casos individuais de má conduta são generalizados a todo o colectivo médico, num desespero de causticar quem não concretiza o desiderato idealizado - se não supera a doença, se não é perfeito na conduta, se não está em serviço 24h por dia, sete dias na semana. Apesar do crescendo, a expressão retaliatória é ainda diminuta em Portugal e o médico continua a ser o interlocutor privilegiado, ou pelo menos desejado, para a maioria das pessoas.

Os salários reais dão um bom exemplo desta fractura: os médicos são por um lado indispensáveis, de alto valor público e coligem as responsabilidades de topo, por outro lado são desvalorizados financeiramente enquanto funcionários.

Em termos sociais o médico é percebido em dois extremos- sacralizado e demonificado o que se traduz nas atitudes clivadas quanto à profissão.

### Condições de trabalho

A qualidade do local – imagem de marca – em que se realizam as tarefas laborais simboliza a dignidade que deve ser conferida àquelas (algo que qualquer curioso de *marketing* domina).

Os hospitais e centros de saúde têm consistido em estruturas adaptadas, raramente construídas de raiz (agora regista-se uma evolução positiva), sem condições ergonómicas e sem salvaguarda das necessidades estruturais para a realização do acto médico. As instalações são mal cuidadas, em geral de conforto mínimo e sem pormenores de embelezamento. Os recursos materiais e humanos escasseiam, sendo correntes opções de recurso *in extremis* e o colmatar imaginativo e dedicado das insuficiências. *Em alguns Centros de Saúde não há condições para o médico trabalhar nem para os doentes serem assistidos com dignidade*<sup>34</sup>. A falta de recursos humanos supera-se com a utilização dos formandos para mão de obra, em domínios onde é exigível grande perícia, como o serviço de urgência, o que cria riscos acrescidos para o próprio e para a qualidade do serviço prestado. Há uma dissociação entre o estatuto e o papel desempenhado.

Em termos de imagem social há sérios custos. O público menospreza o que não tem aparência de destaque, mesmo que na *praxis* o rigor técnico se mantenha incólume, o que é difícil dadas as insuficiências referidas.

A desadequação das instalações, a sobrelotação propiciam a agressividade dos utentes e *majoram* o distresse médico..

Durante a consulta a privacidade (vital no acto médico) tornou-se um luxo. A interrupção é agora usual (telefones, pessoas, etc.). Em Coimbra, nos centros de saúde, um estudo detectou uma interrupção por consulta<sup>25</sup>. Há locais onde mais do que um médico partilham o mesmo espaço e outros onde as divisórias deixam fluir todos os sons.

Há a sujeição a riscos infecciosos, a riscos biológicos e físicos, ao potencial de ser agredido (o médico age em situações limite em que outrem também está em stresse intenso). E, ao contrário de outros trabalhadores, sofre riscos cuja efectiva protecção o empregador não garante. Na sua profissão está na primeira linha para contrair a doença e transmiti-la aos seus familiares, este é outro dos medos *reais* que gera inquietação no médico<sup>37</sup>.

### A tarefa e a carga física e mental

Curar é na verdade frequentemente inatingível. O médico deveria focalizar-se no tratar-cuidar –, cada vez melhor, à medida que o possa, ciente das limitações impostas pela realidade de que o sofrimento e a morte fazem parte da vida. Compreender a pessoa na saúde e na doença, tentar debelá-la e minorar os prejuízos desta, se a cura não for viável, bem como promover a adaptação dinâmica ao impacto das patologias e ajudar as pessoas a tornarem-se pró-activos na gestão da sua saúde são objectivos realizáveis e vitais. Contudo, se questionarmos os candidatos a medicina, grande parte surge animado pelo poder de curar. Dar-se conta desta limitação é um dos primeiros reveses do jovem médico.

A saúde sendo um capital almejado nunca é atingido na plenitude, é apenas um constructo. Seria suposto o médico produzir saúde (com as dificuldades de concretização do conceito, que nem sequer é mensurável objectivamente), só que este não é o seu único nem o principal obreiro. Na *praxis* o médico enfrenta limitações no serviço prestado que dificultam o sucesso das medidas terapêuticas que entende implementar. Estas respeitam a vicissitudes sociais, financeiras, políticas, culturais, psicológicas que determinam a saúde-doença e que também transvasam o sistema de saúde. Contudo, a responsabilidade facial focaliza-se no médico quando o insucesso tem lugar. E este, não raramente,

interioriza essa culpa, com sentimentos destruidores de inadequação e falha na autoconfiança.

Lidar com o sofrimento e a morte dos doentes é em si um importante factor de stresse, tal como lidar com a dependência do doente que se coloca nas mãos do médico e também o seu contrário – o desafio da não adesão –, tal como o é o contacto com os familiares que exigem do médico o impossível. As disrupções críticas que configuram o trabalho médico e, em crescendo, as auditorias e a litigância em questões de má prática são novos factores de stresse<sup>2,38</sup>.

Outra particularidade relaciona-se com a atitude cada vez mais hedónica das populações, de intolerância ao menor desconforto que conduz à procura de solução médica para situações normais, que, não tendo resposta, gera animosidade quanto ao médico. Na mesma linha o vulgo classifica de incompetência a não cura de doenças crónicas e queixa-se quando de procedimentos mais invasivos. A tudo isto o médico reage com perplexidade, mal-estar, alguns com receio, limitando, no último dos casos, as opções que possam provocar dor ou impor restrições<sup>25</sup>.

Ainda outra questão que tem sido fruto das transformações das últimas décadas é o cientismo, a ascendência da ciência e do método científico sobre os valores médicos culturais humanistas relacionais e a arte da ponderação dum conjunto de factores mutuamente interactivos de que o médico é parte indissociável. A medicina é uma *ciência não exacta*. A proliferação da pesquisa tem criado um jorro de novos conhecimentos (responsável por uma boa dose da carga de trabalho médica) que há que dominar. Contudo, o paradigma de decisão médica e a *praxis* médica não se compadecem com o teste exaustivo de todas as hipóteses até que se escolha a mais funcionante, a maioria dos diagnósticos são feitos por presunção. Também não é passível de seguir com total precisão um protocolo científico que garanta o sucesso terapêutico, lida-se apenas com probabilidades e o caos é uma delas<sup>35</sup>.

Perante o imperativo de objectividade instala-se a prática defensiva. Hoje assiste-se a uma procura da subespecialização (especialidades como medicina interna e familiar são evitadas) e há um recurso evidente a testes adicionais (exames complementares, segundas opiniões) por forma a diminuir as margens de erro, dadas as pressões quer externas quer internas à profissão. Todos têm sido permeáveis a esta visão científica da medicina onde o *erro* não é admissível e urge ser publicamente punido. A atitude do *mesmo que se saiba tudo isso nunca é suficiente*, conduz à lesão continuada do auto conceito e ao sentimento de estar em permanente falha.



Uma outra evolução respeita ao aumento de exigências quanto às tarefas. Há algumas décadas o médico podia dizer que limitava as suas preocupações ao diagnóstico e à prescrição que o doente naturalmente acataria. A partir daí o que se passava com o doente só lhe interessava em termos humanos, os restantes contextos eram-lhe profissionalmente *quasi* indiferentes. Mesmo assim a tarefa já se caracterizava por fortes stressores (incomensuráveis responsabilidades, decisões sobre pressão, etc.). Hoje a consulta está invadida por actos altamente burocráticos (impressos, baixas, fichas, contabilidade que empalidecem o acto médico. Exige-se ao clínico que tecnicamente intervenha nos sistemas em que se insere o doente, que trabalhe o sistema familiar, que resolva as dificuldades sociais, que intervenha na esfera do trabalho, que contabilize os custos das suas intervenções, que rentabilize as instalações, que planeie e avalie, que assuma a gestão financeira, que dê corpo a novos modelos de organização da prestação de cuidados, que seja inovador na área negocial, que vá além dos cuidados e promova a saúde, que eduque o doente e os seus, que descentralize as decisões, que não imponha, mas sugira, que lidere às vezes, que trabalhe em equipa em termos equalitários, que tenha competências negociais, que domine o *marketing* da saúde, a transculturalidade dos comportamentos, a comunicação em geral, as perícias de investigação, que seja hábil na angariação de fundos, sem descurar o imprescindível estudo e desenvolvimento profissional numa *carreira* cada vez mais competitiva.

O trabalho fragmenta-se. Há então que compaginar vários papéis, muitos antagónicos, e surge frequentemente um problema de identidade profissional a par da ruptura do consenso sobre exercer medicina. Os dilemas éticos agudizam-se

O paradoxal é que à medida que sobem as exigências decresce o poder e esvazia-se a tarefa – o acto médico. Cada vez é menor a participação do médico no planeamento e organização dos serviços, não é auscultado quanto a decisões que implicam na sua prática, tem progressivamente menor autonomia profissional e a comunicação é pobre aos mais diversos níveis. Outras profissões de saúde regateiam-lhe o poder, invade-se o acto médico, os leigos opinam sobre questões especializadas como se triviais, algo que qualquer um pode realizar, transformando o médico num operário da saúde.

Concomitantemente é exigido ao médico que mantenha uma fachada disponível e tranquila apesar da inquietação interna.

### **Organização do trabalho**

As mudanças na organização do trabalho aumentam

as contradições na actividade profissional<sup>39</sup>.

Os sucessivos, e às vezes antagónicos, direccionamentos conjecturais político-económicos e sociais, a introdução na liderança do sistema de profissionais de ideologias e culturas distintas da tradição médica, às vezes incompatíveis com esta, sem acautelar uma articulação, tem tradução negativa na organização dos serviços de saúde, no enquadramento do trabalho médico e nos seus resultados. As recentes rupturas na concepção do serviço nacional de saúde, nas carreiras médicas, a criação de SAs com novas lógicas produtivas, a subordinação da pessoa ao capital, do médicos ao administrador, a transformação do médico de família em médico assistente, entre outras, criam sentimentos mistos de traição a uma ideologia que tantas vezes orientou todo um percurso profissional, de receios quanto a um futuro mal desenhado, de incoerência externa e interna, de não perceber afinal o que é que está certo e o que deve ser evitado.

Os limites são tão ambíguos que o médico está permanentemente a reequacionar a sua atitude e actividade, envoltas num alo de insegurança e de ponderação dos benefícios face ao investimento. Instala-se a percepção de ausência de reforço positivo (prémio/reconhecimento) face à boa prática e pelo contrário o repetido esvaziamento da especificidade do acto médico, com a decorrente desvalorização de quem o pratica. Eis porque se vem a assistir a novas escolhas como o abandono do trabalho hospitalar, a opção por trabalhos não clínicos, o investimento mais pessoal.

O médico que efectua o seu trabalho em hospitais vê-se invariavelmente imerso em sistemas organizacionais *neuróticos*, onde a comunicação é paradoxal, ou propositalmente enviesada, os devires são antagónicos, a responsabilidade é subjectiva, e onde se perpétua a indução de faltas e culpas insondáveis aos médicos. A ambiguidade gera conflitos internos, auto-destrutivos, entre as polaridades de ser e agir: autoritário-democrático; comunicação-contensão; decisão-acção; autonomia-dependência; conflito-consenso; competição-protecção; promoção-estagnação; pessoal-público; fantasia-realidade<sup>2</sup>.

Questões como a liderança eficaz, a qualidade da rede de social, a consistência da supervisão funcionam como importantes tampões quanto ao stresse laboral<sup>39</sup>.

Realçam-se as variáveis organizacionais como de relevância major na situação de *burnout*<sup>40</sup>. Para além de realizarem o trabalho por turnos, um importante, mas geral, factor de stresse, os horários de trabalho médico revelam a cultura de cada vez mais horas e cada vez mais dias. A lei geral do trabalho e as orientações de saúde ocupacional aplicadas noutros contextos, por exemplo quanto a folgas

após horas nocturnas, locais para descanso durante os turnos, falham invariavelmente na sua aplicação. Qual é o outro profissional que é pressionado e aceita jornadas de 24h e mais de trabalho? Na corrida de afirmação social, de resposta consonante ao estatuto idealizado, ou de mera sobrevivência, muitos médicos vêm-se na contingência de dispersar investimento laboral em diversas frentes (acumulação de horários, de trabalhos quer públicos quer privados) prescindindo de tempos vitais como aqueles dedicados ao descanso, ao lazer e à família. Ao mesmo tempo que se sujeitam a críticas de todas as fontes (da família, porque se está ausente, dos amigos, porque se está ausente, dos superiores e colegas, porque se está ausente, dos doentes, porque se está ausente). Ou seja, faça o que fizer é sempre criticado.

O actual incentivo interno à produtividade tem impacto dúbio, por um lado premeia a dedicação e pode ser um motivador externo interessante se outros falham, mas em contrapartida é um factor de stresse adicional já que introduz a noção de que tempo é dinheiro, compelindo ao repúdio de outras opções mais saudáveis quanto a qualidade do viver.

### O próprio médico

Segundo os autores que se têm debruçado sobre a vulnerabilidade médica em situações de stresse, a principal razão respeita à inexistência, ou à muito tardia protecção pessoal, que assentam numa denegação permanente dos riscos externos e das suas fragilidades pessoais na demanda do sublime – atitude *mixed* de Ícaro e Fénix<sup>41</sup>.

Os traços de personalidade partilhados pela classe médica têm sido alvo de pesquisa. Detectou-se que os médicos têm uma falha narcísica, um *self* idealizado, em colisão com uma ambivalência quanto à dependência e um autoconceito no fundo imbuído de dúvida, ansiedade e auto-criticismo que se expressa em hipercontrolo e perfeccionismo (compulsividade ao trabalho), supressão da hostilidade (fraca assertividade e comportamentos não pró activos), estoicismo (perseguição da excelência à custa do auto-sacrifício, *o doente está sempre primeiro*), seguidismo de modelos através dos tempos replicando-os para contextos que entretanto mudaram<sup>42</sup>.

Os seus estilos de *coping* são ineficazes recorrendo a repressão de emoções (excepto inusitadas explosões de hostilidade), evitamento e idealização, em suma estratégias passivas<sup>37</sup> e que tem impacto directo na menor saúde mental<sup>43</sup>. Caracteriza-os uma vida e gratificações permanentemente adiadas, com frustração denegada, depressividade, com limitados interesses extra-profissionais e isolamento dentro da profissão. Muitos rendidos à depen-

dência do trabalho precisam que precisem deles. Em suma, o descuido quanto à auto-protecção resume-se numa frase **Eu trato, eu não preciso de ser tratado**.

### CONCLUSÃO

O médico, que lida no quotidiano com populações em distresse, também é pessoa, e precisa interiorizar que o é, bem como quais os limites entre a sua profissão e a esfera privada. Deve discernir que há muito distresse na medicina, que está em risco enquanto profissional e que embora médico, também pode ser doente. Tem de ultrapassar a percepção de inevitabilidade do seu modo de vida. Cabe-lhe interiorizar que é parte do problema distresse, que por igual é parte primordial da solução, e, sobretudo, que há solução.

Como cidadão o médico deve compreender a dinâmica útil e ao mesmo tempo de risco do stresse, reflectir sobre o stresse nos seus contextos de vida fazendo, com vigor, as opções individuais e colectivas inadiáveis para preservação da sua saúde.

Está hoje bem comprovado que o stresse laboral é uma questão chave a ser equacionada em termos de produtividade e de qualidade do bem produzido, bem como é um imperativo ético o trabalho não provocar dolo aos trabalhadores. Daí que a gestão do stresse se imponha aos médicos como competência profissional e pessoal.

### BIBLIOGRAFIA

1. HSE - Health and Safety Executive: Occupational Stress Statistics Information Sheet. [www.hse.gov.uk/statistics/index.htm](http://www.hse.gov.uk/statistics/index.htm) 2003
2. SCOTT C, HAWK J: *Heal thyself: The health of healthcare professionals*. New York: Brunner-Mazel 1986
3. GABBARD G, MENNINGER R: *Medical Marriages*. Washington: American Psychiatric Press 1988
4. CENTER C et al: Como enfrentar a depressão e o suicídio em médicos. Uma declaração de consenso. *JAMA* 2004; 2 (4): 298-304
5. VAILLANT G, SOBOWALE N, McARTHUR C: Some physiologic vulnerabilities in physicians. *N Engl J Med* 1972; 287(8): 372-375
6. TALBOTT G, BENSON D, BENSON E: Impaired physicians-The dilemma of identification. *Postgraduate Medicine* 1980; 68: 56-64
7. BLONDELL R: Impaired physicians. *Primary Care* 1993; 1:209-219
8. BOLSOVER G: Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychological vulnerable *BMJ* 2000; 321: 635-636
9. MILLER N, McGOWEN R: The painful truth: physicians are not invincible *South Medical Journal* 2000; 93 (10): 966-973
10. SHARPE J, SMITH W: Physician heal thyself. *J Am Med Association* 1962; 182: 234-237.

11. TOKARZ J et al: Beyond survival. Chicago: Am Med Association 1979
12. WELLS K, LEWIS C, LEAKE B, WARE J. Jr: Do physicians preach what they practice? A study of physicians health habits and counseling practices. JAMA 1984; 252: 2846-2848
13. BERG A, BELL C, TUPIN J: Clinician safety. *New Directions in Mental Health Services* 2001; 91: 107-127
14. TOOMINGAS S: The Health Among Swedish Healthcare Workers. In :Hagberg, Hofmann, Stobel e Westlander, editors. *Occupational Health for Health Care Workers*. eds. (2003) Hans-Martin Hasselhorn, Allan Toomingas, Monica Lagerstrom
15. CALNAN et al : Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK . *Social Science and Medicine* 2001; 52(4):499-507
16. HAWTON K et al : Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiological Community Health*, 2001; 55: 296-300
17. MYERS M, FINE C: Suicide in physicians: toward prevention. [www.medscape.com/viewarticle/462619](http://www.medscape.com/viewarticle/462619), 2003.
18. LAZARUS R: Stress and Emotion. A New Synthesis. New York: Springer 1999
19. FRASQUILHO M: Consenso *Gestão do Stress e Prevenção das Doenças Cardiovasculares* Lisboa, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Grupo Português de Intervenção Comunitária na Área do Stress Psicossocial 1996
20. GOLDBERG L, BRENTZ S: The Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects. New York: The Free Press 1993.
21. FRASQUILHO M: Eu sou actor do meu stress. *Segurança* 2003; 154: 28-30
22. VAZ SERRA A: O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999
23. FRASQUILHO M: De que se fala quando se fala de stress. *Segurança* 2003; 153 :25-28
24. MASLACH C, LEITER M: The Truth About Burnout. New York: Jossey-Bass Publishers, 1997
25. LEAL M : Stress e Burnout. Medi Bial: Porto 1998
26. CHAMBERS R, GEORGE V, McNEILL A, CAMPBELL I: Health at work in the general practice. *British Journal of General Practice*, 1998; 48 (433): 1501-1504
27. HESPANHOL A: Condições do exercício da clínica geral no norte de Portugal. (dissertação de doutoramento em medicina familiar) Porto: Faculdade de Medicina do Porto 1996
28. LINZER M, GERRITY M, DOUGLAS J, McMURRAY D, WILLIAMS E, KONRAD T: Physician stress: results from the physician work life study *Stress and Health* 2002; 18: 37-42
29. TARNOW-MORDI W, HAU C, WARDEN A, SHEARER A: Hospital mortality in relation to staff workload: a 4 year study in an adult intensive care unit, *Lancet* 2000; 356: 185-189
30. BURKE R: Job stress, work satisfaction and physician militancy. *Stress and Health* 2001; 17: 263-271
31. FRASQUILHO M: Stress e médicos: sal da vida ou morte anunciada?: *Mundo Médico* 2003; 27: 60-63
32. Reuters [www.medscape.com/viewarticle/462992](http://www.medscape.com/viewarticle/462992) 2003
33. DGS: Médicos são alvos preferenciais da violência. *Medi.com*, 2004; n.º 72 (30 Abril)
34. CACTEAMCS - Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos dos Centros de Saúde - da ARSLVT: Qual o grau de satisfação dos médicos dos centros de saúde? *Revista Ordem dos Médicos* 2004: Maio 2004
35. GUERREIRO M: Necessidades de Formação para o Internato Complementar de Psiquiatria (dissertação de mestrado em ciências da educação). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação 1995
36. BOISAUBIN E, LEVINE R: Identifying and assisting the impaired physician *Am J Med Science* 2001; 322(1): 31-36
37. TATTERSALL A., BENNETT P, PUGH S: Stress and coping in hospital doctors. *Stress Medicine* 1999; 15: 109-113
38. Mc CUE J: The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458-463
39. FRASQUILHO M: Stresse e trabalho. *Segurança*, 2003; 155: 25-28
40. WRIGHT E: The impact of organizational factors on mental health professionals *Psychiatric Services* 1997; 48(7): 921-927
41. FRASQUILHO M: Entre Ícaro e Fénix: Gestão do stress e prevenção do *burnout* em Médicos. In: DGS, editor. *Articulação dos Serviços de Saúde Mental com os Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: DGS. Em impressão.
42. MENNINGER R, TOPEKA K: Observed characteristics of impaired professionals with special reference to male physicians. Workshop at American Psychiatric Association APA 1999
43. GRAHAM J, ALBERY I, RAMIREZ A, RICHARDS M: How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and health* 2001; 17: 85-89

