

O esticar da corda

ARMANDO BRITO DE SÁ*

É inútil continuarmos a cantar as loas da medicina geral e familiar aos alunos de medicina. Os alunos estão evidentemente atentos e percebem onde se encontra o dinheiro, o prestígio e, de um modo geral, uma vida mais gratificante que a do médico de família. Na verdade, apenas um pequeno punhado de idealistas com vocação para o sacerdócio social e a franja com piores notas no exame do Harrison entram para MGF. Por que motivo tentar dar resposta a uma população com exigências progressivamente mais irracionais, açulada por governos que encontram nos médicos, particularmente nos médicos de família, o bode expiatório perfeito para a sua incompetência e desinteresse? Por que razão sair arrasado de um dia cada vez mais longo, cada vez mais esgotante, com a sensação de que a maré negra de desgraçados que não nos ligam nenhuma, centrados que estão no umbigo das suas pequenas misérrimas, mais dia menos dia nos vai arrastar para o esquecimento de uma qualquer depressão, divórcio, dependência, demência ou morte súbita?

A sensação de desânimo e impotência que o parágrafo acima ilustra é algo comum entre os médicos de família. Factores específicos, como o isolamento da prática e a repetitividade de muitos gestos, contribuem nesse sentido. Por outro lado, verifica-se que mesmo em países e sistemas que tomamos como modelo o problema apresenta características análogas às que identificamos entre nós^{1,2}. Se o *burnout*, ou «esgotamento», é muito comum na MGF³, ele não é de forma alguma exclusivo da nossa especialidade, estando identificado em praticamente todas as

áreas da medicina^{4,6}. Os métodos específicos para lidar com o problema não serão aqui discutidos; entre nós, alguns autores têm-se debruçado em pormenor sobre o problema^{7,8}.

Um aspecto específico merece ser analisado, dado que começa a apresentar uma dimensão significativa: trata-se da tendência para assumir que a resolução dos problemas a nível dos cuidados de saúde primários é preferível à sua resolução a nível secundário ou terciário. Tecnicamente parece ser um princípio geral inatacável. Em princípio, a resolução dos problemas na comunidade é economicamente mais racional, trazendo benefícios directos e indirectos à população. Os médicos de família, por sua vez, sentem que têm o dever moral de dar resposta – afinal, se eles se consideram competentes para resolver os problemas terão que assumir esse facto. É desta situação exemplo o exercício de avaliação em curso dos grupos que trabalham no âmbito do Regime Remuneratório Experimental (RRE), comparados com um grupo de controlo do mesmo centro de saúde que esses grupos integram. Este exercício, não sendo de modo algum perfeito, é tecnicamente razoável e pode indicar importantes pistas de desenvolvimento; ele, contudo, deixa a descoberto um aspecto fundamental que aparentemente ninguém se lembrou de avaliar: que a actividade dos grupos RRE, apesar de, genericamente, configurar uma melhor prática, poderá estar a fazê-lo à custa de um esforço que, ainda que remunerado de forma satisfatória, poderá colocar em risco a saúde física e mental dos médicos intervenientes. Na verdade, quer a dimensão das listas quer a carga de trabalho assumida não estarão longe dos números identificados noutros países de referência. A diferença?

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

Nesses países, o suporte que o trabalho médico tem em termos de recursos humanos e organizacionais é incomparavelmente superior ao nosso⁹⁻¹¹. Atente-se, por exemplo, na razão enfermeiros/médicos desses países e compreender-se-á imediatamente que o que está a ser exigido aos médicos de família portugueses é irrealista e pode tornar-se perigoso. Estimula-se (e muito bem) o desenvolvimento dos cuidados continuados; promove-se (e muito bem) a redução dos tempos de internamento hospitalar, com recurso à avaliação pré-operatória na comunidade, à cirurgia de ambulatório e à alta precoce; incentiva-se (e muito bem) a intervenção organizada dos médicos de família em diversos programas de intervenção para grupos vulneráveis, grupos de risco e patologias crónicas específicas. Uma multiplicidade de grupos sugere «pequenas» intervenções «indispensáveis» para o médico de família pôr em prática, esquecendo-se de que essas intervenções, multiplicadas pelo número de utilizadores, corresponde invariavelmente a aumentos significativos da carga de trabalho¹². Esquece-se ainda convenientemente que um aumento de responsabilidades implica, por definição, aumento dos recursos tanto humanos como logísticos para a assunção dessas mesmas responsabilidades.

É assim tempo de os médicos de família exigirem, por cada nova responsabilidade que lhes é atribuída, a dotação dos recursos indispensáveis para a sua realização, sob pena de, mais dia menos dia, serem vistos num qualquer canto a murmurar a ladainha derrotada com que o presente texto se inicia. Este grau de exigência devêmo-lo não só a nós mesmos, para nossa sobrevivência física e sanidade mental, como aos pacientes que em nós confiam. Ser advogado do paciente é, também, ter a inteligência de exigir os meios necessários que nos garantam a saúde e lucidez para cuidar desse paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 2001; 47:737-44.
2. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract*. 2000; 17:364-71.
3. Carelli F. Doctors are tending to be perceived as inherently bad. *BMJ* 2004; 328:407.
4. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359:2089-90.
5. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28:240-2.
6. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Acad Med* 2004; 79:394-406.
7. Hespanhol A, Pereira AC, Pinto AS. Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16:183-99.
8. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I, Santos O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Hum Resour Health* 2003; 1:11.
9. Wilhemsson S, Faresjo T, Foldevi M, Akerlind I. The personal doctor reform in Sweden: perceived changes in working conditions. *Fam Pract* 1998; 15:192-7.
10. Wiles R, Robison J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *J Adv Nurs* 1994; 20:324-30.
11. Wood N, Farrow S, Elliott B. A review of primary health-care organization. *J Clin Nurs* 1994; 3:243-50.
12. Willis J. Confronting the Utopian illusion. In Willis J. *Friends in low places*. Abingdon; Radcliffe Medical Press; 2001. p. 143-62.