



Cuidar de Quem Cuida

Pela Equipa do PAIM

Maria dos Prazeres Francisco, Med. Geral e Familiar

Carlos Ramalheira, Psiquiatra

Maio de 2013

“A doença do médico é um escândalo.”

Montaigne, Século XVI.

“Não há nada mais ridículo do que um médico
que não morre de velhice.”

Voltaire, Século XVIII.



O médico doente

- ▶ Quando chega à consulta a patologia já se tornou mais grave, o que vai dificultar o tratamento.
- ▶ O prognóstico de muitas doenças face às quais os médicos têm risco acrescido, p. ex. , dependências ou doença mental, é mais desfavorável.
- ▶ A sua relação com o colega que vai tratá-lo é, *ab initio*, complicada.
- ▶ Este último deve não somente adaptar o seu comportamento e discurso, mas também agir de maneira convincente e firme do ponto de vista terapêutico.



O médico como doente

- ▶ A **solidão** do médico doente, especialmente quando sofre da síndrome de *burnout*, de *stress* crónico ou de doença mental, é frequentemente causa e consequência de situações sociais, familiares e profissionais muito diversificadas e diferentes das que tinha no início de sua carreira.



Os Médicos são doentes comuns ?

- ▶ A relação dos médicos com a própria doença não é simples.
- ▶ Dizem ser doentes como os outros, o que não é exato.
- ▶ Em 2010 um inquérito, em Paris, revelou que 90% dos médicos não têm um médico pessoal.
- ▶ A grande maioria dos médicos nunca consultou um colega, preferindo a auto-medicação.
- ▶ Consideremos alguma evidência disponível...



Factos

- ▶ Os médicos negligenciam o seu próprio exame físico e tratamento.
- ▶ A maioria não tem sequer médico assistente.
- ▶ A auto-medicação é frequente, senão quase a regra.
- ▶ Os médicos tendem a ignorar os seus próprios sinais de mal-estar ou sintomas.
- ▶ Os médicos temem que a comunidade em geral, e os seus colegas, em particular, interpretem a sua necessidade de ajuda como *deficit* de aptidões de *coping*.



Factos

▶ Uso de cuidados

- ▶ **Schneider et al. (2007)**, “Personal use of medical care and drugs among Swiss primary-care physicians”, *Swiss Med Wkly*, 137: 121-128.
 - ▶ Só 21% têm médico assistente (contra 90% na População Geral)
 - ▶ 58% auto-medicaram-se nos últimos 7 dias (vs. 8% na PG)
 - ▶ 34% tomaram analgésicos nos últimos 7 dias (vs. 15% na PG)
 - ▶ 14% tomaram sedativos nos últimos 7 dias (vs. 8% na PG)
 - ▶ 12% auto-medicaram-se com antidepressivos nos últimos 7 dias...

▶ *Burnout*

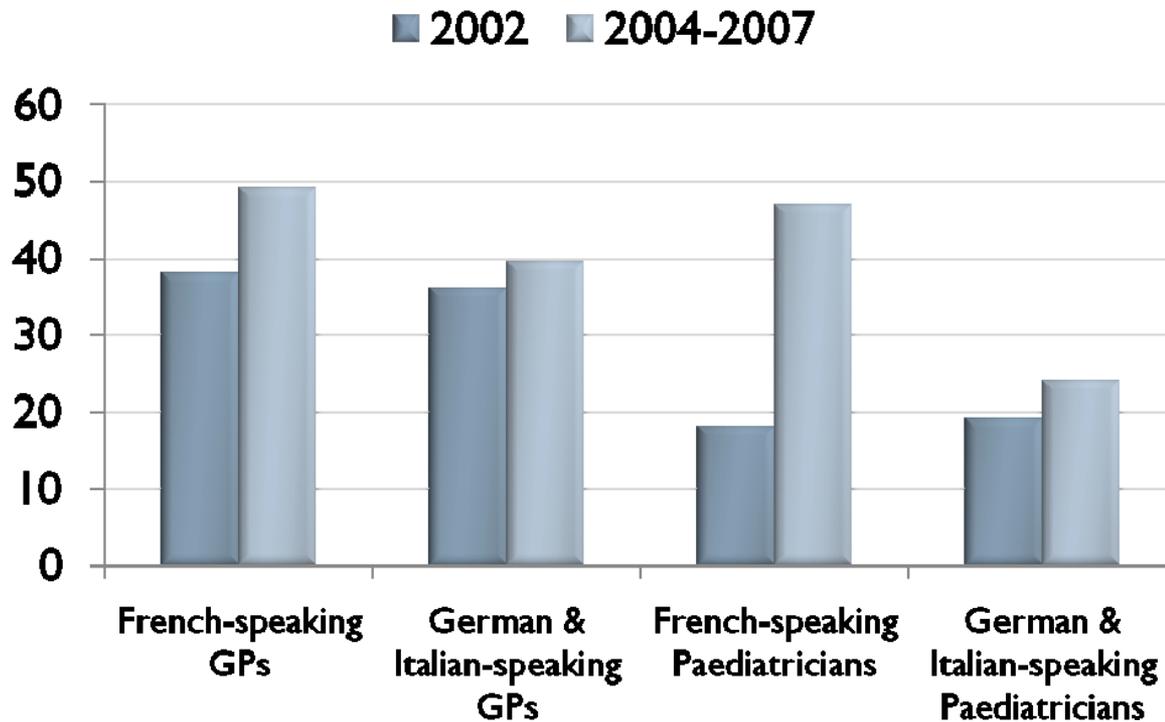
- ▶ 52,4% dos médicos estão em *burnout* (**Leal, 1998**).
-



Factos

▶ Burnout

- ▶ Arigoni *et al.* (2010), “Trend in burnout among Swiss doctors”, *Swiss Med Wkly*, 170: w13070.



Factos

▶ Riscos acrescidos

- ▶ Comparados com dentistas e profissionais de direito, os médicos apresentam maior incidência de enfarte de miocárdio e angina e morrem mais precocemente (**Scott e Hawk, 1986**).
- ▶ Os médicos divorciam-se mais do que a população geral (**Gabbard e Menninger, 1988**).
- ▶ A doença psiquiátrica em médicos tem uma prevalência superior à da população geral — 47% têm um rastreio positivo para doença mental lata e 29% sintomas clínicos de depressão (**Scott e Hawk, 1986**).



Factos

▶ Riscos acrescidos

- ▶ A taxa de suicídio é mais elevada nos médicos do que na população geral (**Center et al., 2004**).
- ▶ Os suicídios representam 38% das mortes prematuras em médicos e são quatro vezes superiores nas mulheres relativamente à população geral. Os suicídios em médicas são superiores aos existentes em qualquer outro grupo profissional (**Arnetz et al., 1987**).
- ▶ Nos médicos com funções similares de assistência o baixo salário, as dificuldades de progressão nas carreiras e o estilo de gestão do hospital são os maiores stressores (**Scott e Hawk, 1986**).



Factos

▶ Riscos acrescidos

- ▶ 12% a 14% dos médicos abusam de álcool ou dependem de tóxicos. Os internos utilizam substâncias psicotrópicas para se «energizarem» quando necessário e para relaxarem quando tal é desejável (**Talbott, Benson e Benson, 1980**).
- ▶ Os médicos dependentes estão isolados e são ostracizados pelos seus pares (**Bolsover, 2000**).
- ▶ 70% dos médicos não fazem *check-ups* regulares, 60% dos médicos de família não vão ao médico (**Miller e McGowen, 2000**).
- ▶ Quando uma doença lhes é de facto diagnosticada, congregam-se múltiplos diagnósticos e a taxa de cirurgia é três vezes maior do que a da população geral (**Tokarz et al., 1979**).



Factos

▶ Riscos acrescidos

- ▶ A adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre: recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento (**Wells et al., 1984**).
- ▶ Negam ou desqualificam os riscos inerentes à sua prática profissional (**Berg, Bell e Tupin, 2001**).
- ▶ Quando comparados com outros trabalhadores da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos), os médicos são muito significativamente o grupo com menor absentismo e o que mais horas semanais trabalha (**Toomingas, 2003**).



Comportamento do médico doente

- ▶ Minimização e dissimulação dos sintomas
- ▶ Auto tratamento e auto prescrição
- ▶ Incapacidade de análise e raciocínio clínico
- ▶ Defensividade na hetero abordagem
- ▶ Recusa da realidade
- ▶ Negação da evidência
- ▶ Sentimento de invulnerabilidade e onipotência



Por que são necessários programas de apoio?

- ▶ A prática da medicina é indutora de *stress*.
 - ▶ 50 a 60 horas de trabalho por semana.
 - ▶ Risco aumentado de *burnout*, contaminação por picada de agulha e outras, acidentes de viação, situações de quase acidente, ser agredido, etc.
- ▶ Convívio constante com situações emocionalmente carregadas, relacionamento difícil com familiares, ameaças de queixas.
- ▶ Necessidade de permanente assimilação de quantidades esmagadoras de informação.



Por que são necessários programas de apoio?

- ▶ Mudanças rápidas e recentes nos sistemas de saúde
 - ▶ Reformas do sistema, impacto de crises económicas
 - ▶ Aumento da exigência e responsabilidade
 - ▶ Aumento da burocracia, pressão remuneratória
- ▶ Perda de autonomia médica
 - ▶ Cada vez mais difícil coordenação das equipas de saúde
 - ▶ Dificuldade de conciliação de objectivos e práticas com burocratas e gestores de saúde
 - ▶ Estandardização de práticas e protocolos terapêuticos
 - ▶ *Managed care, clinical governance*
- ▶ Rápido *turnover* de conhecimento médico



Programas

- ▶ Austrália : “North Wales Doctor’s Support Program for GPs”. Saúde Occup.
<http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/558/Microsoft%20Word%20-%20Appx%203%20PCSS%20business%20case%202008%20without%20appendices.pdf>
- ▶ UK : vários programas divulgados pela BMA
<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/doctors-well-being/websites-for-doctors-in-difficulty>
- ▶ França : “Association d’Aide Professionnelle aux Medecins Liberaux”
<http://www.aapml.fr/index2.php>
- ▶ Canadá : MEPP – Programme d’Aide aux Medecins du Québec”
<http://www.pamq.org/index.asp?LANG=EN>
- ▶ Noruega : Programa de apoio a pares da Associação Médica Norueguesa
<http://legeforeningen.no/kollegastotte>
- ▶ EUA : Diversos programas



Programas

- ▶ Suíça : Programa ReMed – FMH / Cantão de Geneve, Neuchatel, Berna, etc.
<http://www.fmh.ch/en/rem/remed.html>
- ▶ Alemanha : Programa de ajuda a médicos com problemas de adicção, da Câmara de Médicos do Estado de Hamburgo
http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/aerzte_sucht.htm
- ▶ Espanha : PAIME – “Programa de Atención Integral al Médico Enfermo”, 1998; Colegio de Médicos de Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat, Servei Català de la Salut, y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña / Fundacion Galatea (Barcelona).
http://www.fgalatea.org/cast/presentacio_gerent.htm
- ▶ Portugal : PAIM – “Programa de Ajuda Integral ao Médico” da SRC da OM
<http://www.omcentro.com>



Associação Europeia Para a Saúde Dos Médicos



- <http://www.eaph.eu>
- Início em 2001, numa reunião em Barcelona (“1st European meeting of PAIME”)
- Manifesto of Barcelona
- Formalmente fundada em Oslo, em 2009
- Conferências:
 - 2009 – Oslo
 - 2011 – Salzburg
 - 2013 – Dublin (Abril)



PAIM

Programa de Ajuda Integral ao Médico



PAIM

Programa de **A**juda **I**ntegral ao **M**édico

- ▶ Início em Setembro de 2002

Apoio de CM da Catalunha / Fundação Galatea

- ▶ Secção Regional do Centro da OM

- ▶ Regulamentado em Novembro de 2007
-



Equipa Inicial do PAIM

António Reis Marques

Cristina Oliveira

José Ávila Costa

José Morgado Pereira

Carlos Braz Saraiva



PAIM

- ▶ Objectivo principal - apoiar o médico em situação de doença e/ou de crise vital, tendo em vista a sua reabilitação pessoal e profissional.
 - ▶ Objectivo secundário - Garantir a prestação de cuidados de qualidade aos doentes.
-



PAIM - Filosofia

- ▶ Prestar cuidados integrais e de saúde aos colegas, em situação de vida ou de saúde comprovadamente difícil.
- ▶ Cuidados adequados e centrados no indivíduo, com eficácia, qualidade e confidencialidade.
- ▶ Acompanhar a evolução do tratamento.
- ▶ Prevenir recaídas.
- ▶ Promover e acompanhar a reabilitação.



PAIM - Organização

- ▶ Secretariado
- ▶ Coordenador
- ▶ Colaboradores do Programa



PAIM - Organização

▶ Funções do Secretariado

1. Rececionar o primeiro contato
2. Gerir a marcação da primeira avaliação
3. Apoiar administrativamente as funções dos outros membros do programa



PAIM - Organização

- ▶ Funções do Coordenador do Programa:
 1. Efetuar 1ª avaliação, definir prioridades e necessidades
 2. Desenhar plano e referenciar para a rede de cuidados
 3. Prover rede de apoio adequada a cada caso
 4. Acompanhar e monitorizar



PAIM - Organização

- ▶ Funções dos Colaboradores do programa
 1. Funções efetivas de observação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
 2. Grupo dedicado de Médicos Especialistas voluntários.
 3. Manter atualizada a informação ao coordenador, permitindo monitorização dos casos



PAIM - Organização

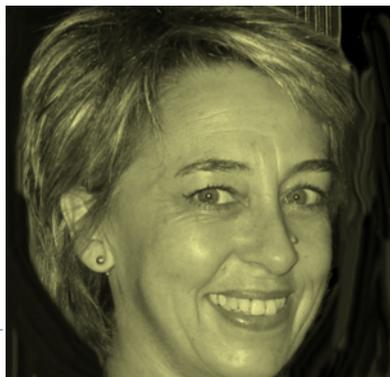
- ▶ Contacto personalizado para diagnóstico,/avaliação e triagem.
- ▶ Avaliação pessoal, familiar, social e económica.
- ▶ Elaborar plano de ação personalizado e adequado.
- ▶ Referenciação
- ▶ Monitorização da evolução
- ▶ Reabilitação pessoal e socioprofissional.



PAIM - A Equipa actual

- ▶ José Ávila Costa
- ▶ Carlos Ramalheira
- ▶ Maria da Luz Martins
- ▶ Ana Maria Feijão Gomes
- ▶ Henrique Dias Pereira
- ▶ Luis Marques
- ▶ Andrea Salgueiro Costa
- ▶ Fernanda Leite
- ▶ Maria dos Prazeres Francisco



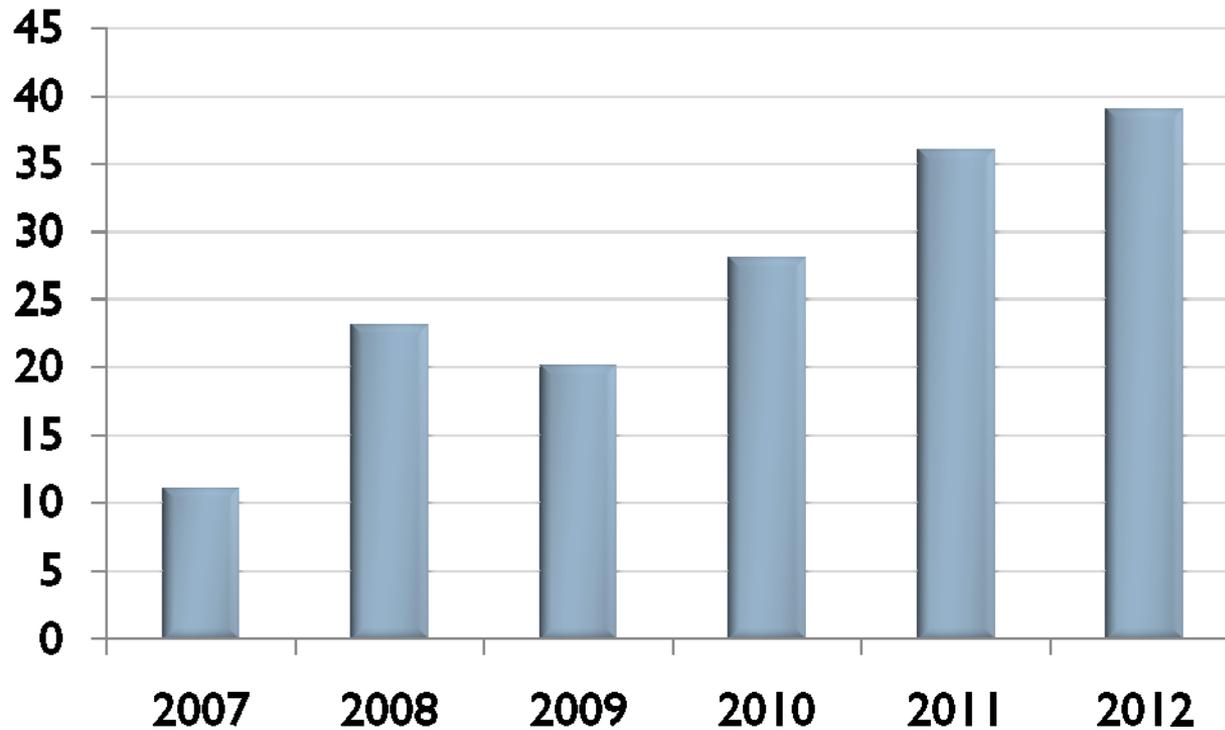


PAIM de 2007 a 2012

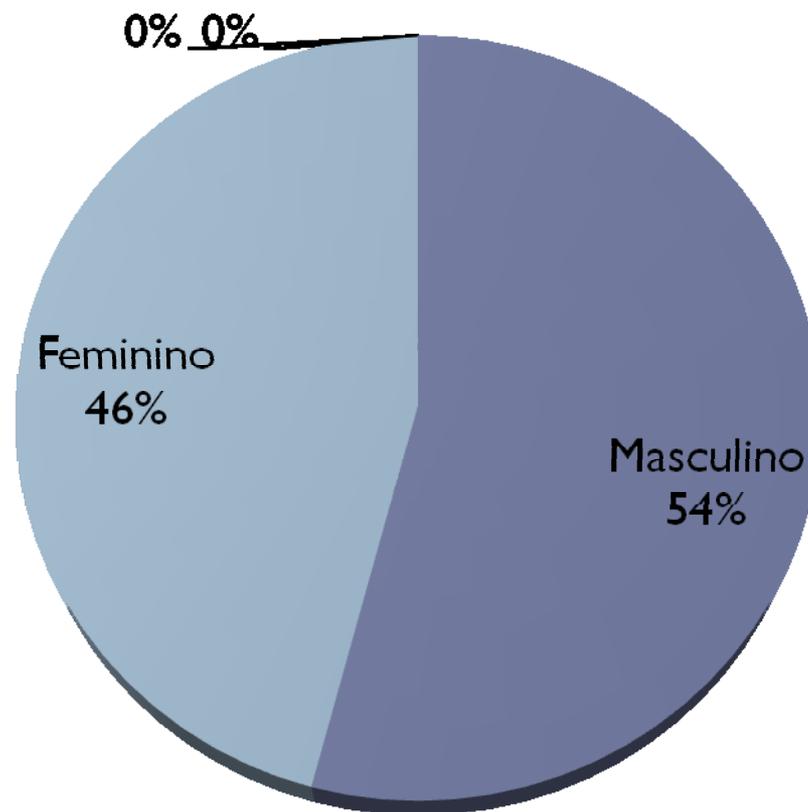
Dados estatísticos



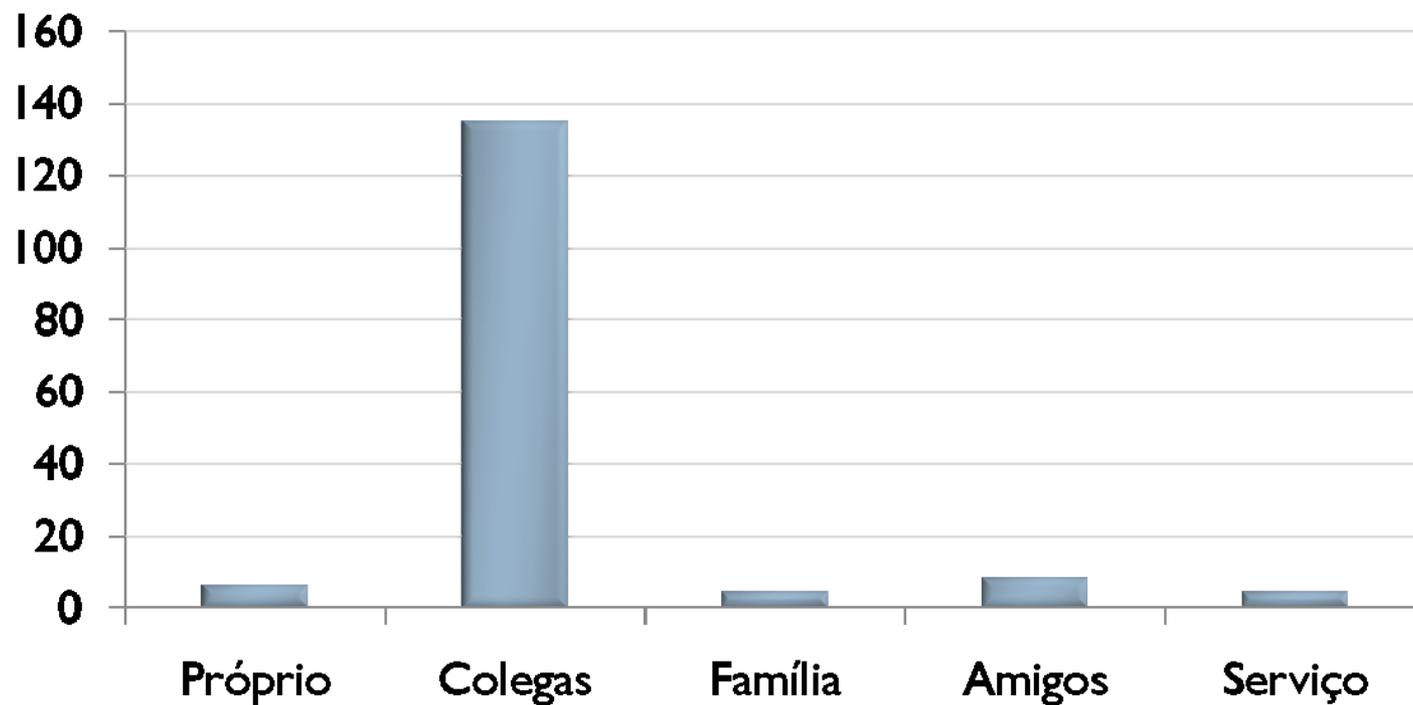
PAIM - Casos por anos



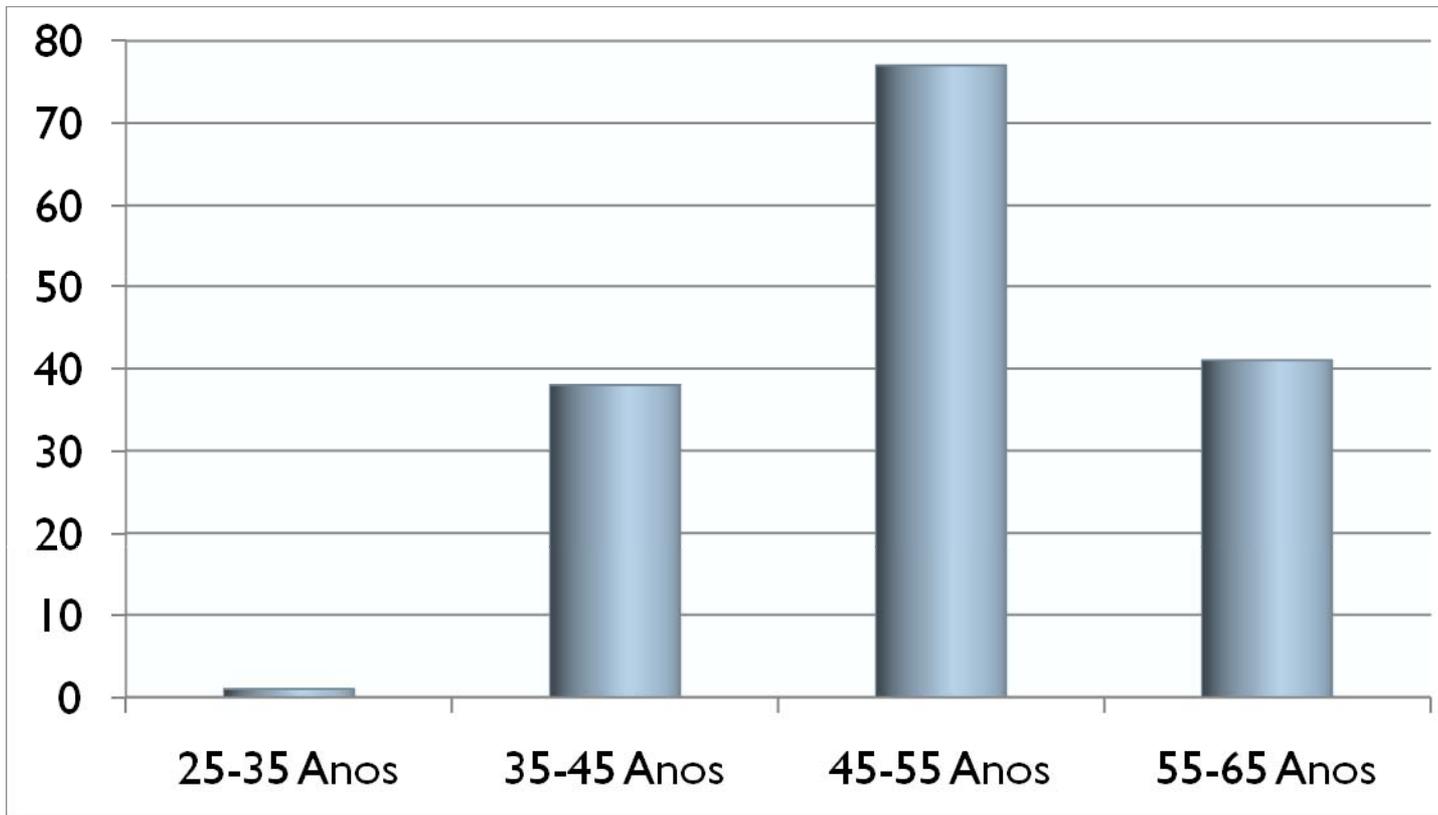
Casos por sexo



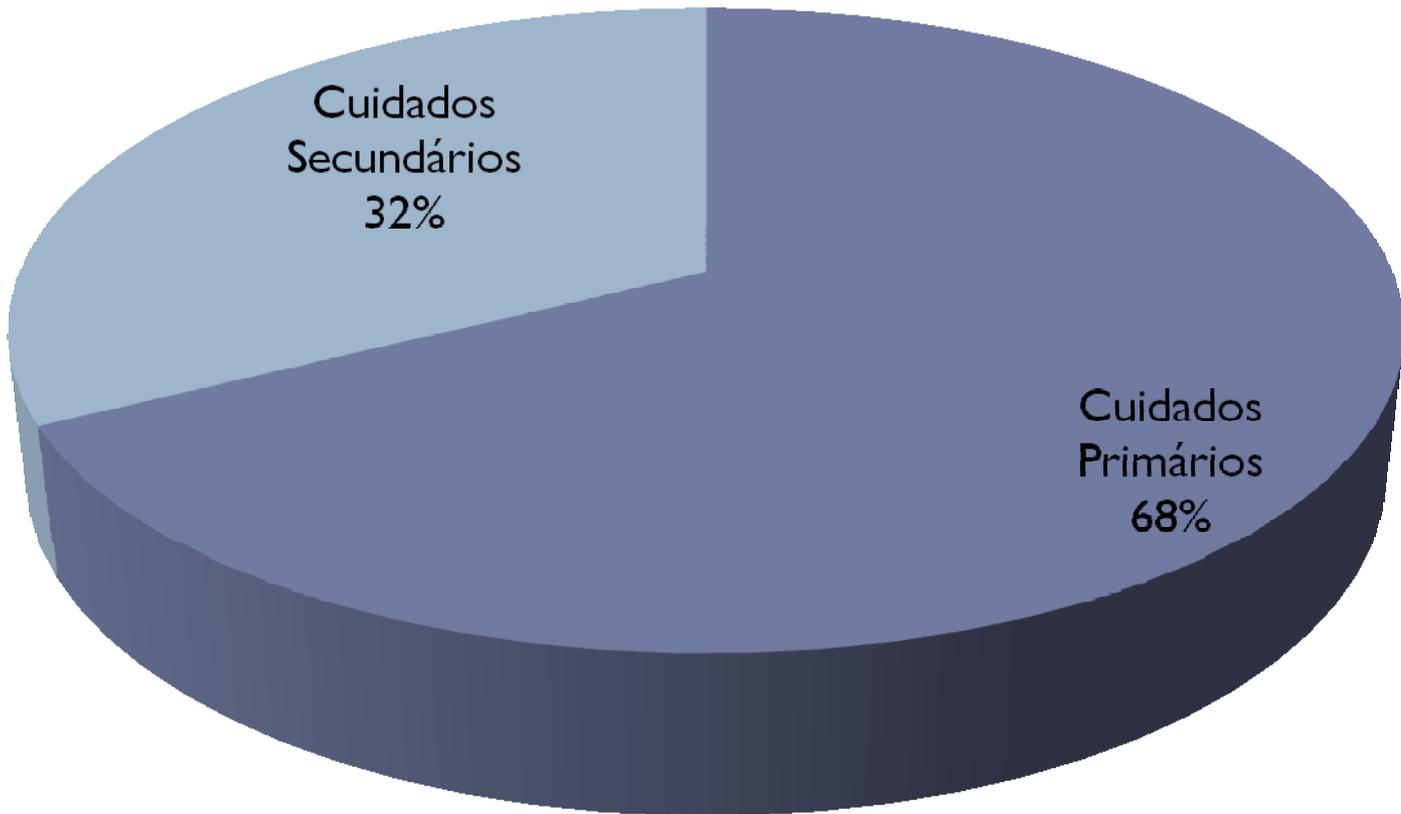
Origem dos casos



Idades



Setor Profissional



Orientação



PAIM de 2007 a 2012 - Síntese

- ▶ Total de casos – **157**
- ▶ **65,6%** nos últimos 2 anos
- ▶ **54%** do sexo masculino
- ▶ **85,9%** dos casos são trazidos por colegas de trabalho
- ▶ **87,8%** problemas de saúde mental e adições



PAIM de 2007 a 2012

- ▶ **9,5%** necessitaram de apoio pelo Fundo de Solidariedade da OM
- ▶ **7,6%** pediram reforma antecipada
- ▶ **13,3%** reforma por invalidez
- ▶ **73%** retomaram a actividade
- ▶ **6,1%** permanecem no programa



LIMITAÇÕES E DESAFIOS

- ▶ Número crescente de casos limite (CIT)
- ▶ Multidisciplinaridade da equipa (Psicólogo, Assistente Social)
- ▶ Necessidade de trabalhar a diversificação de parcerias.
- ▶ Continuidade do Programa



PAIM

Perante um Médico doente,

não é aceitável nem o

SILÊNCIO

nem a

INDIFERENÇA





Contatos

▶ Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

D. Isabel Bettencourt

Tel: **+(351) 239 792 920**

Mail: ***o.medicos@omcentro.com***

Dra. Maria dos Prazeres Francisco

Tel: **+(351) 935 892 902**

Mail: ***nucha.francisco@gmail.com***

