

“Os médicos entre o pecado e a virtude”

Artigo 2 - O “bullying” na vida dos médicos

António Bugalho- médico hospitalar consultor.

Abril – 2016

O trajecto habitual de um médico é aprender em ambientes hospitalares onde se prestam cuidados aos pacientes, ou em clínicas, consultórios e outros serviços ambulatoriais. Tudo começa quando se entra para uma Faculdade de Medicina e não acaba mais durante o resto da vida profissional. E nós vamos aprendendo com todos aqueles que nos rodeiam, quer sejam os nossos professores, os nossos colegas, os enfermeiros, o pessoal de apoio, etc. Aprendemos centrados todos, nos cuidados que se devem prestar aos pacientes de forma ideal e o mais correctamente que o ambiente permite. Já por si, esta nobre profissão é física, emocional, intelectualmente exigente e, requer um esforço de concentração ao longo de todo o tempo em que se vai adquirindo a arte, e depois ao longo do tempo em que prática essa arte.

A nossa educação é experimental e necessariamente ocorre no contexto de um sistema que presta cuidados de saúde. Quando acabamos com sucesso a Faculdade de Medicina e o período de transição, começamos a assumir a responsabilidade da prática independente, limitada e com algum grau de supervisão, mas passado algum tempo entramos para uma especialidade onde somos residentes num programa dessa especialidade.

Para desenvolver as nossas capacidades, conhecimentos e atitudes de modo a atingir a proficiência em todos os domínios da competência clínica, temos de ir assumindo gradualmente a responsabilidade pessoal pelos pacientes individualmente. Na verdade, a nossa aprendizagem essencial é a interacção com

os pacientes sob a supervisão de especialistas que dão o valor, o contexto e o significado a essas interações. Apesar das exigências, fazemos este percurso porque gostamos e, de repente olhamos para trás, e já passaram 12 anos no mínimo desde que entramos para uma Faculdade de Medicina.

No entanto, não fossemos nós humanos, pairam algumas nuvens escuras ao longo deste processo, que se manifestam por comportamentos desrespeitadores, falta de civismo, falta de educação e intimidação, que refletem o significado desta nova palavra “global” no vocabulário moderno, que se chama de “*bullying*”.

A coberto de um manto de silêncio, a prática de *bullying*, não são comportamentos isolados, mas tal como outras patologias sociais como violência doméstica e violência sexual, tem uma acção sistemática e devastadora nos nossos sistemas de aprendizagem, onde apenas uma pequena parte é visível, aquela a que chamamos a “ponta do iceberg”. Não se limita ao ambiente de alunos, também se manifesta entre os pares e entre indivíduos com actividades interdisciplinares. É em simultâneo lateral e vertical. Estes comportamentos têm uma distribuição muito equilibrada de género. As manifestações de *bullying*, necessitam de ser investigadas e analisadas, pois corroem a comunicação entre os profissionais, o bom ambiente de trabalho e ensino, que é essencial para a segurança dos pacientes. Esta necessidade de análise é pertinente, pois algumas práticas podem perigosamente começar a parecer “normais”, do tipo “síndrome de Estocolmo”.

Não querendo apontar ou identificar os participantes como intencionalmente de mau carácter, gostaria apenas de poder contribuir para que se faça um “acto de contrição”, e lembrar que temos sempre chances de corrigir, se for o caso.

O que acontece mais frequentemente, em todos os lados, lateral ou verticalmente, começam por ser comentários negativos acerca de colegas e de líderes ou professores, que são o pano de fundo de toda a trama do mau ambiente

que se vai instalando. É difícil enumerar exemplos, pois a sua frequência já atingiu as raias da normalidade, e isto reflecte a natureza de um ambiente pouco erudito, cuja educação social e cultural foi feita com omissão de leitura e arte, abrindo espaços vazios para a “maledicência”, seja a quem for, e a conhecimentos “profundos” de *facebook*, email e *WhatsApp*, salvaguardando os benefícios evidentes destes meios de comunicação.

Esta secção de comentários negativos incluem as sentenças do tipo “*amor à primeira vista*”, desde a aparência, impressões pessoais, e outras análises profundas do fenótipo e genótipo das vítimas. Depois, os comentários negativos estendem-se pelas “*áreas sociais*”, sendo o alvo preferido aqui, a vida privada do indivíduo. Também são frequentes os comentários “*profissionais*” que incluem aspectos reservados da prática clínica das vítimas, e julgamentos sumários sobre os conhecimentos. Ainda mais eruditos são os comentários do tipo “*diagnóstico clínico*”, que depois da dissecação acurada de um personagem, se manifestam por diagnósticos “psicológicos” ou “psiquiátricos”, e até de “adivinhação” sobre a integridade física e mental dos escolhidos.

Menos frequente, mas ocupando ainda uma posição na primeira liga do *bullying* está a relutância e mesmo a recusa em responder a perguntas ou questões e mesmo de atender chamadas ou retornar as chamadas dos colegas, principalmente dos mais novos, aqui agravado nos feriados e fins de semana, e sempre que, “sem dúvida deve ser” questão de serviço.

O uso de uma linguagem altiva, ou de desdenho, revela a absoluta fragilidade da comunicação e capacidade de relacionamento interpessoal, às vezes agravada com comentários humilhantes e mais raras vezes de insultos. Por vezes estas atitudes não são gritantes, mas subtis, como a impaciência em responder a perguntas ou questões, relutância em seguir boas práticas de segurança e de criar um bom ambiente de trabalho com a colaboração de todos os intervenientes.

É menos frequente, mas também importante, o abuso verbal, as atitudes que levam a situações em que um indivíduo se sente envergonhado, sente-se humilhado, ou pura e simplesmente atitudes que espalham ou ajudam a espalhar com malícia, comentários e boatos acerca de algum interveniente. O ambiente de extrema responsabilidade das unidades de prestação de cuidados a pacientes, pode produzir situações de extremo stress, no qual se enquadram, muitas raras vezes atitudes de insultos e comentários pejorativos acerca da aparência, etnia, religião de algum interveniente, culminando muito raramente com outras situações, como arremesso de objectos ou agressão psicológica e física.

Escondido com o aspecto de aparente legalismo e honestidade, estão as ameaças ou concretização das ameaças directas ou veladas de “queixar ou relatar” a uma entidade superior, mantendo as vítimas numa posição de “intimidação”.

Todas estas situações não são exclusivas dos médicos a todos os níveis de aprendizagem, estudantes ou professores, mas atingem também pessoal de enfermagem e outro pessoal de apoio aos cuidados dos pacientes. A lateralidade e verticalidade são uma constante deste *ruído de fundo* que perturba as unidades de cuidados médicos, principalmente onde se ensina. No entanto, os estudantes de medicina e os residentes, são aqueles que de facto podem estar mais afectados e prejudicados por este ambiente de trabalho pouco saudável, no que se refere a profissionais de saúde dentro de uma unidade.

O reflexo pior e mais grave são os cuidados aos pacientes, que não beneficiam de maneira nenhuma de um ambiente de trabalho minado pelos erros de comunicação, de relacionamento interpessoal, de profissionalismo autêntico, de trabalho interdisciplinar e, portanto, também já de si doentio.

Todas as situações acima descritas, vão criando uma espécie de “cultura” dentro das instituições. Como não se tratam de situações claramente visíveis, isto é de extremos, a “cultura de bullying” vai-se instalando à custa de “microagressões”

(termo utilizado por sociólogos), que amedrontam ou envergonham os intervenientes, minando a sua autoconfiança. Estas microagressões podem até ser tão pequenas como por exemplo chamar as pessoas pela sua posição apenas e ignorando o seu próprio nome, ou empregar um tom sarcástico ou condescendente no dialogo ou noutro tipo de comunicação. A par de todas as outras situações, incluindo os comentários negativos, elas têm um efeito cumulativo que danificam os relacionamentos, e conseqüentemente o ambiente de trabalho clínico.

Os cuidados dos pacientes são afectados negativamente, porque estes maus ambientes de trabalho, desencorajam os intervenientes a discutir abertamente as informações e os problemas dos pacientes, atrasando, portanto, a resolução desses problemas.

Em todos as instituições onde aprendemos, praticamos e ensinamos medicina, o sistema de funcionamento necessariamente depende de uma hierarquia, mas quando se estabelece um clima de amedrontamento e intimidação (*bullying*) de cima para baixo, a informação não sobe abertamente de baixo para cima.

É neste sentido que, depois de se estabelecer todo o ruído de fundo atrás mencionado, está feita a “*toilette mental*” para aceitar que alguma aspereza e até uma pequena dose de brutalidade, vai produzir melhores médicos, “mais preparados” com maior “endurance”, quando na verdade o que produz é médicos mais irritáveis e mal-humorados, que tornam a repetir as “façanhas” dos mestres, quando passam a professores, ou quando se relacionam com outros mais novos. Do mesmo modo, também se acha, nesta mesma lógica “*búlica*”, que a afirmação hierárquica necessita de alguma “dureza” e “mão de ferro” para fomentar melhorias, mas ao contrário disso o que sucede é mais erros e mais agravamento de situações clínicas, com risco para a segurança dos pacientes.

O que parece evidente, é que o mau ambiente no trabalho é o corolário de muitas situações adversas que vão acontecendo silenciosamente, e que levam à falta de satisfação no trabalho, depressão e ansiedade, e por último a vontade de abandonar esse tipo de ambiente. Outras consequências são as mais elevadas taxas de ausência, baixa produtividade, espírito de equipe de baixo nível de rendimento, com implicações para o futuro do recrutamento de médicos especialistas.

Não está estudado, mas por relatos isolados, não é de desprezar situações de assédio sexual ou psicológico, também a todos os níveis de intervenientes. Mecanismos devem ser criados nas instituições para que, estes casos possam ser identificados, por vias próprias, sem medo de retaliação.

Profissionais que estão a ser treinados, quando se sentem de alguma forma sob ameaça num ambiente de trabalho clínico, têm uma menor prestação e têm uma probabilidade menor de pedir ajuda quando precisam e de questionar as suas dúvidas. Não é rara a persistência de criticismo exagerado e comentários sarcásticos, em frente de colegas e estudantes, e até de pacientes, levando o jovem médico à perda de confiança em si mesmo. Médicos consultores com alguma forma de esgotamento ou de stress, tendem a marginalizar os seus colegas mais jovens.

Nas unidades menos movimentadas, o ambiente de trabalho clínico tende a ser mais humanizado e menos atreito a ruídos de fundo como os que estão descritos.

O treinamento de médicos é delicado, é bastante hipocrático e tem uma componente humanística que não vem de livros nem se aprende em workshops, nem como se costuma dizer “a martelo”, vem de exemplo diário, de modelo, de classe e de respeito, que todos nós devemos cultivar permanentemente.

Um grupo de especialistas num serviço ou num departamento tem condições de treinar correctamente um número limitado de médicos. Esse treino é preparado

e planeado, principalmente prestando a máxima atenção ao *ambiente de trabalho clínico*. Este ambiente não pode existir quando esses especialistas entre eles não têm códigos de conduta, trabalham no sistema de “cada um por si”, chegando a cometer erros graves de deontologia profissional. Treinar médicos não é apenas ensinar “conhecimentos médicos”. Se a administração e governação de um sistema e de instituições tem a grande responsabilidade de dirigir e regular a logística e financiamento de todo um sistema de formação de profissionais de saúde, cabe à classe médica velar pela boa regulamentação daquelas áreas que são da responsabilidade da classe médica, incluindo o bom treinamento dos nossos jovens colegas.

A melhor forma de fazermos isto, é começar por nos corrigirmos nós próprios, a todos os níveis hierárquicos, ou pelo menos reconhecer alguns defeitos, lapidando algumas arestas e por vezes alguns escombros se for preciso, mas sempre com atitude construtiva, e nunca dispensando a participação de todos os intervenientes.

Temos de começar por compreender que não são só os que aprendem que devem ser avaliados pelos que ensinam, mas os que ensinam devem também ser avaliados pelos que aprendem.

Temos de começar a aprender que a má prestação, quer de estudantes, quer de residentes, nos exames a que são submetidos, também devem ser debitados aos professores, tal como acontece com o treinador de uma equipa que perde jogos. O nosso jogo aqui é o ensino de medicina e a qualidade do ambiente de trabalho clínico.

Temos de começar a aprender que o trabalho de ensino de medicina e as unidades ou instituições que o praticam, devem ser auditadas e acreditadas periodicamente, e que os productos do seu trabalho também, para que se possa prestar contas à sociedade, à governação e à classe, de forma transparente.

Temos de começar a aprender a ser mais humildes na liderança e no exercício da nossa arte nos serviços e no dia a dia e, mais criativos nos métodos de trabalho e de ensino.

A ideia básica no que se refere a ambiente de trabalho clínico e do ensino da medicina é o de equipa interdisciplinar, que trabalha livre de “bullyings” e sem intimidações, centrada prioritariamente na segurança dos pacientes. Particularmente quando uma equipa também presta ensino, toda ela e a própria unidade, são “acreditadas” e trabalham para que essa acreditação seja mantida, porque o trabalho que essa equipa faz para transformar um médico de clínica geral num especialista chama-se “*programa acreditado*”. Mais ainda, essas equipas que operam “programas acreditados” são alvo de avaliações e autoavaliações, mas são independentes umas das outras, por isso têm uma responsabilidade acrescida de marcar positivamente a natureza humana do médico que ajudam a treinar. Mais uma vez treinar, não é operar, diagnosticar e tratar, para isto, já provámos que até pode-se fazer sem ser médico. Queremos um médico melhor do que aquele que nós somos, e a “pedra de toque” é a eliminação de ruídos de fundo e o início de uma “*jihād*” contra o “bullying” na nossa prática clínica, nos nossos serviços e no nosso relacionamento com todos os intervenientes neste processo de formação.

Para terminar, talvez lembrar que ao colaborar neste “ruído de fundo” que nos vai envolvendo silenciosamente, tenhamos consciência que as vítimas habituais, costumam ser os elementos mais brilhantes e competentes, sobre os quais recaem os ciúmes e a inveja dos “buliadores”.