

**HAMER NASTASY PALHARES ALVES**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENTRE MÉDICOS: A EXPERIÊNCIA DE UM  
SERVIÇO PIONEIRO NO BRASIL - REDE DE APOIO A MÉDICOS.**

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, PADRÕES DE CONSUMO,  
COMORBIDADES E REPERCUSSÕES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
ENTRE MÉDICOS.**

**Tese apresentada à  
Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de  
Medicina para obtenção do  
título de Doutor em Ciências.**

**São Paulo  
2007**

Palhares-Alves, Hamer Nastasy

**Dependência Química Entre Médicos: A experiência de um Serviço Pioneiro no Brasil - Rede de Apoio a Médicos.** Características sócio-demográficas, padrões de consumo, comorbidades e repercussões do uso de álcool e outras drogas entre médicos.  
Hamer Nastasy Palhares-Alves.—São Paulo, 2007. xv, 206 folhas.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em Inglês: Substance Use Disorders among physicians: the experience of a pioneering system in Brazil - Sao Paulo's Network Support for Doctors.  
Socio-demographical profile, patterns of use, comorbidities and consequences of drug and alcohol misuse among physicians.

1. Saúde Mental do Médico. 2. Dependência de Álcool e Drogas. 3. Estudo Transversal.  
4. Tratamento 5. Serviços de Saúde Mental.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA e PSICOLOGIA MÉDICA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Nogueira-Martins

Co-orientador: Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira

**HAMER NASTASY PALHARES ALVES**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENTRE MÉDICOS: A EXPERIÊNCIA DE UM  
SERVIÇO PIONEIRO NO BRASIL - REDE DE APOIO A MÉDICOS.**

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, PADRÕES DE CONSUMO,  
COMORBIDADES E REPERCUSSÕES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
ENTRE MÉDICOS.**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Regina Noto

Prof. Dr. Guilherme Peres Messas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilian Ribeiro Caldas Ratto

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa (suplente)

Prof. Dr<sup>a</sup>. Vanessa de Albuquerque Cítero (suplente)

Submetida à aprovação em 28.02.2007

## DEDICATÓRIA

*Ao meu tio Maurílio*

*Homem prático,  
Desacostumado de palavra douradas.*

## DEDICATÓRIA

*Minha mãe cozinhava exatamente:  
arroz, feijão-roxinho, molho de batatinhas.  
Mas cantava.*

*“Solar”  
Adélia Prado*

*À minha mãe.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Luiz Antônio Nogueira-Martins, pela dedicação integral e gosto pelo que faz, por sua presença sábia e serena, pela paciência e perspicácia inesgotáveis, pela sua doce persuasão nos momentos de insegurança. Na figura do meu caríssimo Luiz Antônio, revejo e saúdo todos os grandes mestres com que a vida tão generosamente me brindou. Ao meu professor: *gratidão* - esta palavra-tudo.

Ao meu co-orientador e amigo Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, pela capacidade inefável de abrir horizontes e descobrir alvos outrora insondáveis, pelo convite a enfrentar tantos desafios, pela confiança, pela sagacidade e pelo espírito combativo.

Ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), pelo apoio estratégico, financeiro, proporcionando credibilidade, visibilidade e manutenção vigorosa do projeto.

À Câmara Técnica de Saúde Mental do CREMESP, pelo apoio, encorajamento e supervisão do funcionamento do projeto.

Ao CNPq pela concessão de suporte financeiro, sem o qual este trabalho não seria factível (Processo nº. 141366/2003-6).

A todos os médicos que participaram deste estudo e do meu aprendizado, confiando sua saúde e esperanças, às *pessoas* muito além dos números, legendas e tabelas, que forneceram material e finalidade para que este trabalho pudesse e merecesse ser realizado.

Aos médicos que compõem a Rede de Apoio a Médicos, pelo envolvimento, interesse, disponibilidade, apoio, pela oportunidade de troca, pelo compartilhar responsável da experiência. Pela prontidão no aceite do convite. Por tantos outros desafios que ainda nos aguardam.

À Ana Célia Soares, assistente social do CREMESP, pela oportunidade do trabalho conjunto e pela riqueza do olhar diverso.

À Mitti Koyama, pela oriental paciência, presteza e disponibilidade em auxiliar e aprimorar os trabalhos estatísticos.

À Tatianne Rocha, secretária do projeto, pela generosidade, carinho com os pacientes-médicos, interesse, vivacidade e integridade. Boa gravidez para você! Não esqueci que prometi uma babá eletrônica!

Às secretárias do Departamento de Psiquiatria, que ganharam um terreno com vista para o mar no melhor loteamento celeste por terem tido tanta paciência (e manterem o humor em alto estilo): Vivianne Rocha e Zuleika Mariano.

*Oh! I get by with a little help from my friends! (The Beatles!)*

Sem dúvida eu não teria conseguido – não este trabalho – mas tarefa alguma, sem a presença tão viva e calorosa de tantos amigos e amigas e sem a onipresença da música. Agradeço a ambos no mesmo parágrafo, posto que amizade e arte são o anverso e o reverso da mesma moeda. Por sorte, amizade não se agradece: celebra-se! Eu realmente não vou destacar nenhum amigo e amiga pelo enorme risco de injustiças indefensáveis. Mas se você leu este parágrafo e nele se reconheceu, com certeza é a você que o dedico (e os vindouros!).

À minha amiga Denise Leite Vieira (agora acertei a ordem dos seus sobrenomes?) – não pela amizade – mas pela presença, suporte e colaboração valiosíssimas e que fizeram a diferença quando era preciso fazer diferença. Pela sua magna capacidade de aceitar novos desafios quanto tudo indicava que era melhor fazer as malas. Melhor que ir para Pasárgada é ficar por aqui mesmo e dançar.



A todos – todos – os meus familiares, pelo incentivo, respeito, admiração, carinho e por manterem o clã funcionando com os mesmos defeitinhos (quase imperceptíveis...) adoráveis de sempre e o “coração mole como figos em calda”.

Ao meu pai, que vai para a rua beber a tempestade a cada dia, pelo espírito de busca e por morrer a cada inverno e nascer a cada primavera.

Ao meu irmão *highlander* Montaury e a minha querida cunhada Nilva – que o adoça e tempera. Pelo exemplo, pelo cuidado que sempre tiveram comigo, pelo envolvimento desde etapas imemoriais, por ajudar a forjar minha identidade no mundo. Em especial à belíssima Giovana, minha sobrinha que não entende nada do que aqui se vai discutir, mas tem todas as palavras e o mundo para brincar, para brilhar: seja bem-vinda!!!

Aos meus avós, Ruy e Rachel, pelo aroma doce das goiabas no tacho de cobre sobre a brasa do fogão à lenha, pelos pingos doloridos que enfrentou quem se atreveu a rodar a colher de pau, e por aquela *outra* dor – muito, muito maior – da saudade, que – vai e vem tempo - não cessa de latejar.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Abrangência da Rede de Apoio a Médicos .....	30
Tabela 1 – Aspecto temporal da Coleta de Dados .....	36
Artigo 1 – Tabela 1 – Dados Sócio-Demográficos .....	45
Artigo 1 - Tabela 2 - Distribuição de diagnósticos de dependência e uso nocivo, por substâncias.....	46
Artigo 1 - Gráfico 1 – Distribuição da Amostra, segundo Especialidades .....	46
Artigo 1 – Tabela 3 – Frequência de diagnósticos Comórbidos .....	46
Artigo 2 - Table 1 - Main mental disorders in the population of 192 physician-patients .....	64
Artigo 3 - Table 1: Descriptive characteristics of 57 drug dependent anaesthesiologists.....	83
Artigo 3 - Table 2. Substance use and mental disorders among 57 anaesthesiologists .....	84
Artigo 3 - Table 3: A comparison between anaesthesiologists - opiate users and non-users .....	85
Artigo 4 - Tabela 1: Dados descritivos – Amostra clínica de 365 médicos dependentes químicos.....	113
Artigo 4 – Gráfico 1: Distribuição por especialidades médicas.....	114
Artigo 4 – Tabela 2: Principais Transtornos Mentais na população de 365 de médicos .....	115
Artigo 4 – Gráfico 2: Construção de Árvore Decisória – Especialidade Médica e “Drug Career”.....	116
Artigo 4 – Gráfico 3: Construção de Árvore Decisória –Especialidade Médica e Padrão de Uso de Drogas.....	117

## SUMÁRIO

Dedicatórias .....	v
Agradecimentos .....	vii
Lista de Figuras e Tabelas .....	x
Nomenclatura .....	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Resumo.....	xv
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. A profissão médica .....	1
1.2 Perfil sócio-ocupacional do médico e fatores de risco psicossociais.....	3
1.3 O adoecimento do médico.....	6
1.4 Transtornos mentais, <i>burnout</i> e dependência química .....	7
1.5 A particularidade da especialidade de anestesiologia .....	13
1.6 Como abordar e tratar o médico mentalmente enfermo .....	15
1.7 Serviços para apoio à saúde do médico. Histórico e situação mundial..	22
1.8 Descrição da Rede de Apoio a Médicos .....	24
1.9 Objetivos .....	31
2. MATERIAIS e MÉTODOS .....	32
2.1. Primeiro Artigo.....	32
2.1.1 Desenho .....	32
2.1.2 Sujeitos .....	32
2.1.3 Instrumento.....	33
2.1.4 Procedimentos.....	33
2.1.5 Análise Estatística.....	33
2.1.6 Financiamento.....	34
2.2. Segundo Artigo.....	34
2.2.1 Desenho .....	34
2.2.2 Sujeitos .....	35
2.2.3 Entrevistas .....	35
2.2.4 Instrumentos .....	35
2.3 Terceiro e Quarto Artigos .....	39
2.3.1 Desenho.....	39
2.3.2 Sujeitos .....	39
2.3.3 Entrevistas e Instrumentos .....	39
2.3.4 Análise Estatística.....	39
2.4 Cuidados Éticos .....	41

3. RESULTADOS & DISCUSSÃO .....	42
3.1. Resultados.....	42
3.2 Artigos.....	42
3.2.1. Artigo 1: Perfil Clínico e Demográfico de Médicos com Dependência Química.....	44
3.2.2. Artigo 2: A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report.....	49
3.2.3. Artigo 3: Is there a specific typology for the drug dependent anaesthesiologist? .....	65
3.2.4 Artigo 4: Padrões de uso de substâncias entre médicos dependentes de álcool e drogas, segundo especialidades.....	86
3.3 Limitações.....	118
3.3.1 Limitações relacionadas às escolhas dos pesquisadores.....	118
3.3.2 Limitações relacionadas ao modelo científico atual.....	122
4. CONCLUSÕES .....	125
4.1 Primeiro Bloco de Conclusões .....	126
4.2 Segundo Bloco de Conclusões .....	130
5. ANEXOS .....	135
5.1. Anexo 1. Minuta de Aditamento de Convênio Cooperação Técnica CREMESP/UNIFESP – Rede de Apoio a Médicos.....	136
5.2 Anexo 2 – Exemplo de atividade de divulgação – Artigo do Jornal do CREMESP.....	140
5.3 Anexo 3 – Instrumento 1 – Entrevista Utilizada no Estudo “Perfil Clínico e Demográfico de Médicos com Dependência Química”.....	145
5.4 Anexo 4 – Minuta de Aditamento de Convênio Cooperação Técnica CREMESP/UNIFESP – Realização de Estudo Transversal.....	147
5.5 Anexo 5 – Instrumento 2 – Entrevista – Perfil Sócio-Demográfico/Repercussões e Resumo Diagnóstico.....	150
5.6 Anexo 6 – Instrumento 3 - Checklist de Sintomas – CID 10.....	152
5.7 Anexo 7 – Instrumento 4 – Malasch Burnout Inventory adaptado por Lautert.....	173
5.8 Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	174
5.9 Anexo 9 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo.....	176
6. REFERÊNCIAS .....	177

Abstract

## **NOMENCLATURA**

Utilizaremos, indistintamente, os termos "dependência química", "dependência de álcool e drogas" e "transtorno por uso de substâncias" como sinônimos, para facilitar a leitura do texto e evitar repetições cacofônicas. Onde, no entanto, a distinção entre uso nocivo/abuso e síndrome de dependência se fizer crucial para a compreensão do texto, esta diferenciação será retomada.

Utilizaremos preferencialmente o termo "médico" para referirmos-nos ao médico que buscou auxílio terapêutico. No entanto, quando houver necessidade de diferenciação entre o médico que buscou e o que prestou atendimento clínico, optaremos pelo termo "paciente-médico", cabendo a palavra "médico" para designar aquele que desempenhou função de curador na relação terapêutica.

## **LISTA DE ABREVIATURAS:**

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – Organização Mundial de Saúde, 1994.

CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

CFM: Conselho Federal de Medicina.

EPM/UNIFESP: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

UNIAD: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas.

## Resumo

**Introdução:** Médicos apresentam peculiaridades sócio-ocupacionais e de personalidade que os expõem a situações de risco para transtornos mentais, *burnout* e uso de substâncias. **Objetivo:** Descrever características sócio-demográficas, razões para busca de auxílio terapêutico, diagnóstico do uso problemático de substâncias, comorbidades psiquiátricas e repercussões do consumo em amostra clínica em um serviço específico para médicos no Brasil.

**Desenho:** Estudo de corte transversal. **Procedimentos:** Um estudo piloto foi realizado para investigar o perfil de médicos dependentes químicos em tratamento no Brasil, (N=198). Os resultados deste estudo fomentaram a necessidade de constituição de um serviço para esta clientela. A partir do funcionamento desta Rede de Apoio a Médicos foi investigado, em entrevista semi-estruturada, o perfil sócio-demográfico, comorbidades psiquiátricas e diagnóstico do uso de substâncias (*Checklist* de Sintomas para a CID-10 e *Malasch Burnout Inventory*). Auto-medicação foi anotada quando esta contribuiu para a gênese do consumo de substâncias. Repercussões do uso de foram anotadas de modo dicotômico (sim/não). **Resultados:** Trezentos e sessenta e cinco médicos foram atendidos em um período de sete anos. Destes, 319 (87,4%) eram homens, idade média de  $38,6 \pm 10,5$  anos. O intervalo médio entre a identificação do problema e a busca de tratamento foi de  $5,8 \pm 7,3$  anos. Comorbidade psiquiátrica esteve presente em 188 casos (51,5%). O álcool foi a droga mais consumida, sendo responsável pelo início de consumo problemático de substâncias na maioria dos casos. Observamos diferentes perfis entre os blocos de especialidades: as especialidades clínicas iniciaram a carreira de uso problemático predominantemente com o álcool, as especialidades cirúrgicas com álcool ou drogas de rua e anestesiologia, com drogas de prescrição ( $p < 0,001$ ). A análise através do processo de árvores de classificação corroborou os achados de diferentes padrões entre os blocos de especialidades em relação ao início do consumo de substâncias ( $p < 0,001$ ) e ao padrão atual de consumo ( $p = 0,021$ ). As mulheres apresentaram problemas mais frequentemente com benzodiazepínicos e anfetaminas e também buscaram auxílio mais precocemente. A busca de auxílio ocorreu por pressão

da família (44,1%), por pressão de colegas e Conselho Regional de Medicina (18,1%) e voluntariamente (37,8%). O tempo decorrido entre o reconhecimento de problemas e a busca de auxílio foi compatível com a literatura internacional (5,83 anos  $\pm$  7,31). A especialidade de anestesiologia mostrou-se hiper-representada em nossa amostra, e apresentou características peculiares em relação ao tipo de droga consumida, à forma de busca de auxílio terapêutico e ao início do consumo de drogas, sendo que este se deu principalmente por meio de drogas de prescrição (benzodiazepínicos e opióides). **Conclusões:** Ponderamos que a amostra analisada apresenta um perfil psicopatológico e de comorbidades importante, com repercussões do consumo em diversas áreas da vida (familiares, profissionais e saúde mental). A maior prevalência de uso de substâncias cujo acesso é facilitado pela profissão foi notada, sendo menor para os clínicos, intermediária para os cirurgiões e maior para os anestesistas e endoscopistas. Tais pontos sugerem a hipótese de fatores ambientais como propiciadores do início (e da manutenção) do consumo destas drogas. Por fim, os autores relatam a experiência e os desafios de coordenar um serviço de tal natureza e fazem recomendações sobre o manejo da dependência química entre médicos.

---

# 1.

# INTRODUÇÃO

*“A história da medicina é uma história de vozes. As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, o borborismo, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietas. A voz articulada do médico: a anamnese, o diagnóstico, o prognóstico. Vozes que falam da doença, vozes calmas, vozes ansiosas, vozes curiosas, vozes sábias, vozes resignadas, vozes revoltadas. Vozes que se querem perpetuar: palavras escritas em argila, em pergaminho, em papel: no prontuário, na revista, no livro, na tela do computador. Vozerio, corrente ininterrupta de vozes que flui desde tempos imemoriais, e que continuará fluindo”.*

*Moacyr Scliar.*

## 1.1 A PROFISSÃO MÉDICA

A profissão médica impõe a seu aprendiz um processo de desenvolvimento, geralmente acelerado, no qual este se vê obrigado a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, a lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional (Brent, 1981).



Segundo Meleiro (1999), o aprendizado da medicina não guarda tempo para que o aprendiz possa, de forma concisa e saudável, forjar sua identidade e estabelecer autonomia, sendo frequentemente pressionado por um volume esmagador de assuntos a serem dominados, tendo que aprender sob a tutela de residentes e veteranos muitas vezes estressados pela carga horária e pelos deveres inerentes ao residente.

Paralelamente, a profissão médica goza de grande reconhecimento, status e boa empregabilidade. Recente pesquisa do instituto Ibope/Opinião (2005), destaca os médicos como os profissionais mais respeitados pelos brasileiros, com um índice de aprovação de 81%. Tal dado aponta para a responsabilidade dos médicos, para a percepção pela população de características amplamente positivas associadas aos médicos, a saber: a dedicação, a renúncia, o idealismo, o conhecimento técnico apurado.

A cobrança do desempenho profissional, tanto pela população como pelos colegas e demais profissionais da saúde é, conseqüentemente, intensa.

Tal estado de tensão de expectativas de aprendizado e funcionamento técnico apurado, aliados à insalubridade ocupacional tem repercussões psicológicas no profissional e em sua relação com os pacientes, podendo resultar 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).

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora e a falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos”. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, amplo domínio técnico, auto-eficácia e competitividade.

A negação e o conhecimento insuficiente acerca da importância de fatores psicológicos e sociais nos processos de adoecimento e de cura, tanto em si quanto nos pacientes, em parte fruto da hegemonia da compreensão biomédica e do modelo cartesiano de ciência, leva a uma negação de problemas relativos à saúde mental e, no extremo, à negação da própria saúde mental.

## **1.2 PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL DO MÉDICO E FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS**

A natureza estressante do trabalho médico tem ganhado atenção crescente na literatura médica (Nogueira-Martins & Jorge, 2003).

A profissão é percebida como desgastante para 80% dos médicos brasileiros (Machado, 1997). 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, 1997). Tal quadro pode comprometer o desempenho do médico (Ribeiro, 1989).

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, 1997).

Recente estudo transversal de Nascimento Sobrinho et al. (2006) avaliou a qualidade de vida de uma amostra aleatória de 350 médicos, na cidade de Salvador – Bahia. Por meio de questionário individual, auto-aplicável, enviado pelo correio, foram coletadas informações sobre a saúde física, mental, hábitos de vida e condições de trabalho dos médicos. Observou-se que estes referiram elevada sobrecarga de trabalho, excesso de trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções, contratação precária sob a forma de pagamento por procedimento e baixa remuneração.

A carga horária exercida pelos médicos, especialmente pelos residentes, não é igualada por nenhuma outra profissão. Tal fato pode comprometer a qualidade do trabalho dos médicos (Arntez, 1991). A depressão e a privação do sono aparecem como os mais significativos problemas que afetam os residentes e tem sido considerados, respectivamente, como a principal reação ao treinamento e o mais importante fator estressante. A residência médica, fase onde o médico assume responsabilidades crescentes, ainda com pouco preparo técnico e emocional, é um período de vulnerabilidades marcantes (Nogueira-Martins, 2005).

Na profissão médica há a interação de três tipos de estresse: profissional, situacional e pessoal (Aach et al, 1988).

- Estresse profissional - associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel de médico na sociedade. Está vinculado a: administrar o peso da responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis e situações problemáticas geradas por estes pacientes, supervisionar estudantes e residentes mais jovens, gerenciar o crescente volume de conhecimentos médicos e planejar a carreira profissional.
- Estresse situacional - é o decorrente de certas características dos períodos da formação profissional, assim, no treinamento durante a residência médica, por exemplo, destacam-se: privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, muitos pacientes difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional.
- Estresse pessoal - é o vinculado a características individuais, como sexo, personalidade, vulnerabilidades psicológicas (por exemplo, maior ou menor suscetibilidade à privação do sono, maior ou menor dificuldade em lidar com situações emergenciais e com determinados tipos de pacientes), situação socio-econômica, problemas familiares, eventos de vida, etc.

A interação destas diferentes formas de pressão pode se fazer perceptível nos médicos e na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Bing-you (1993) pesquisou as situações mais ansiogênicas entre 35 residentes de diversas especialidades. As ocorrências percebidas como mais estressantes pelos residentes foram:

- o atendimento de parada cardíaca;

- ser acusado de erro profissional;
- conversar com pacientes terminais;
- não conseguir administrar o tempo;
- contrair infecções dos pacientes;
- apresentar casos nas visitas;
- ensinar aos estudantes;
- perguntas difíceis dos pacientes;
- interagir com o corpo de enfermagem;
- lidar com pacientes alcoolizados ou hostis.

### 1.3 O ADOECIMENTO DO MÉDICO

***"Nos últimos cinco anos, a Medicina Interna perdeu 47 médicos para outras carreiras e oito se suicidaram. Embora isto represente uma pequena porcentagem dos residentes que foram treinados nos últimos cinco anos, equivale à perda de recursos de metade de uma classe de graduação, além da dor incalculável que representa o suicídio, para familiares e amigos".***

***Smith et al., 1986***

Abordar o tema do adoecimento do médico é um assunto, ao mesmo tempo, delicado e imperativo.

Historicamente, os médicos nunca foram bons em perceber problemas em seus colegas, especialmente problemas psiquiátricos. Tal fato, explica, em parte, o costume disseminado entre os médicos de abusarem de auto-

medicação e consultas de corredor (Kendell, 2000).

Médicos apresentam mais problemas psicológicos e transtornos mentais que profissionais de ocupações equivalentes (Williams et al., 1998). Problemas de saúde variam de ansiedade em decorrência da exaustão emocional à depressão clinicamente detectável, abuso de drogas e suicídio.

Entre as profissões de saúde, o trabalho e o adoecimento do médico é o que tem sido mais estudado tanto do ponto de vista psicológico como sociológico. Vale aduzir também que, embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos; no que diz respeito à saúde ocupacional, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum a todos esses profissionais (Pitta, 1991).

O aspecto cultural e a dificuldade dos médicos em aceitar problemas em seus colegas e em si, bem como as dificuldades metodológicas, tornam a produção de conhecimento na área da saúde mental do médico bastante influenciada por relatos anedóticos.

#### **1.4 TRANSTORNOS MENTAIS, *BURNOUT* E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Transtornos Mentais:** Com relação a transtornos mentais, Vaillant e col. (1970), 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.

Transtornos de ansiedade (incluindo transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo, fobia e transtorno de pânico) são os problemas mais comuns (HMSO, 1995). Aproximadamente 10% de todos os médicos que atendem em consultórios na Inglaterra estão atualmente deprimidos (Newbury-Birch et al., 2002).

A frequência de suicídios entre os médicos também é alarmante: entre homens, a taxa é duas vezes a da população geral e, entre mulheres, chega a ser seis vezes maior que a da população geral (Lawrence, 1992).

Nascimento Sobrinho et al. (2006) observaram que as queixas de saúde mais frequentes entre médicos relacionavam-se à postura corporal e à saúde mental. A prevalência de distúrbios psíquicos menores, medida pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), foi de 26%.

A principal causa de aposentadorias precoces entre médicos decorre de transtornos psiquiátricos, sendo os diagnósticos mais comuns os transtornos de ansiedade, depressão e dependência de álcool (Pattani et al., 2001). Ter uma doença mental é relacionado com estigma, perda do respeito dos colegas e pacientes, falta de identificação (os colegas podem preferir não reconhecer o problema).

**Burnout (Z73.0 – CID 10):** O termo "Síndrome de *Burnout*" foi desenvolvido na década de setenta nos Estados Unidos por Freunderberger

(1974). *Burnout* descreve o processo pelo qual profissionais de saúde tornam-se, paulatinamente, desiludidos e distantes em resposta a sua experiência no trabalho. Freunderberger observou que muitos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um gradual desgaste no humor e/ou desmotivação. Esse processo era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um particular estado de estar "exausto".

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. Neste estado de esgotamento profissional, a preocupação com o bem estar é substituída pela preocupação com a sobrevivência.

*Burnout* tem sido definido como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. Apresenta sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais; ocasionando um claro desconforto no exercício da atividade clínica, onde o paciente é visto de forma desumanizada e os atendimentos passam a ser feitos de maneira ultra-rápida, para evitar o contato interpessoal. A síndrome do desgaste profissional (*burnout*) é um quadro caracterizado por três dimensões: exaustão emocional (EE), baixa realização profissional (RP) e despersonalização (DP) - A despersonalização consiste num modo de relacionamento com o paciente frio e impessoal - como se este fosse uma espécie de inimigo ou batalha a ser vencida. Consultas-relâmpago passam a ser freqüentes e o contato médico-paciente pode se tornar claramente prejudicado, podendo inclusive levar a erros de conduta médica. Cabe notar a diferença entre o termo despersonalização utilizado nesta área de pesquisa e o termo clássico utilizado no campo da pesquisa psicopatológica (Sims, 2001).



**Dependência química:** Quanto à dependência química, segundo Arana (1982) aproximadamente 7 a 8 % dos médicos sofrem por uso abusivo de álcool ao passo que aproximadamente 1% apresenta problemas com o uso de drogas. 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 (Vaillant et al., 1970; McAuliffe, 1984; Brooke et al., 1993; Winick, 1980; McAuliffe et al., 1987; Talbott et al., 1987; Wright, 2005).

O abuso de álcool e drogas como auto-indulgência por um estilo de vida estressante e caótico, também é citado na literatura médica (Seligmann-Silva, 1997).

Estes fatores podem ser mais bem compreendidos se, tomando-os em conjunto, observarmos a configuração de uma “espiral complexificadora” onde encontraremos em cada nível propriedades emergentes que não estavam presentes no nível anterior (Teilhard de Chardin, 1974; Atlan, 2002), ou seja, características que se apresentam no todo mas que não podem ser identificadas nas partes (o todo é maior que a soma das partes). Assim, cada um dos fatores de risco pode funcionar sinergicamente de modo a contribuir com a gênese e manutenção de um quadro de dependência. Cabe acrescentar que fatores de risco observáveis na população geral (aspectos genéticos, ambiente familiar, características culturais e de disponibilidade de

droga do meio ambiente, personalidade, comportamento de busca de sensações e novidades) também estão presentes entre os médicos.

O custo social do médico dependente químico é importante: tanto pelos encargos envolvidos na formação, como pela perda de anos de vida em idade produtiva e na exposição de pacientes a situações de risco. O uso nocivo e a dependência de drogas são responsáveis por boa parte das taxas de acidentes de trabalho, absenteísmo e aposentadorias precoces (International Labour Organization, 2002). Dependência de álcool e outras 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).

Dos 201 médicos referidos para tratamento pelo General Medical Council em dezembro de 2000, apenas dois o foram por problemas físicos, os 199 restantes haviam sido encaminhados por transtornos mentais ou dependência de substância (British Medical Association, 1998).

Entre médicos, a prevalência de dependência é tão freqüente quanto na população geral (Brewster, 1986; Skipper, 1997). Há alguns estudos iniciais, mais antigos, que afirmavam uma maior prevalência de dependência entre médicos (Glatt, 1976; Murray, 1975; Stimmel B, 1984), mas estes dados não se confirmaram nos estudos ulteriores. Sans-Yagüez et al. (1999) sugerem que o abuso seja tão ou mais freqüente que na população geral, em estudo de revisão bibliográfica.

Na verdade, falar de saúde mental é, infelizmente, um tema tabu para os médicos. Estudo de Tucunduva et al., realizado no Brasil e publicado em 2006, avaliou a questão do *burnout* entre médicos cancerologistas e observou que de 645 questionários enviados, apenas 136 retornaram resposta (21%). No

entanto, notou-se que 15,7% dos respondentes apresentavam sintomas moderados nas três dimensões que constituem o *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). É plausível supor que entre os não-respondentes de tais questionários, o índice possa ser ainda maior.

A mesma dificuldade (senão maior) é enfrentada para o estudo da dependência química entre médicos, uma vez que os dependentes químicos constituem a população mais discriminada e mal vista pela população geral. Dependentes químicos são mais discriminados que os portadores de transtornos mentais ou doenças clínicas (Corrigan et al., 2005). Ao mesmo tempo, familiares de dependentes sofrem um estigma maior em relação a familiares de portadores de transtornos mentais, sendo, aberta ou sub-repticiamente, acusados e implicados na gênese e no agravamento de tais comportamentos (Corrigan et al., 2006).

Os médicos continuam trabalhando em média 6 anos após o início dos problemas com álcool e drogas, antes de serem detectados – 6,4 anos em média para dependentes de drogas e 6,7 anos para dependentes de álcool – (Brooke et al. 1991). O sintoma mais comum de transtorno por uso de substâncias em médicos, segundo Brooke (1997), é o prejuízo nas relações interpessoais e familiares.

Segre (2001) reflete que “não é antiético o fato de uma pessoa utilizar drogas para consumo próprio. Nem ético”. Prossegue afirmando que não é razoável “atribuir valores a opções, diferentes que um ser humano possa escolher”. Destarte, o sujeito apresenta autonomia na condução de sua vida, a qual é alicerce da possibilidade de pensar em ética (caso contrário, sugere Segre, “não existirá o exercício da ética, e sim um espetáculo de obediência

coletiva a princípios considerados superiores”). No caso do uso de substâncias por médicos, no entanto, tais delineamentos são questionáveis, uma vez que o uso de substâncias pode colocar a saúde de terceiros em risco, do mesmo modo que seria se estivéssemos lidando com um piloto de avião ou motorista de ônibus coletivo. Resumindo, ser dependente é considerado uma conduta “desviante” para um médico por diversas razões: (1) pelo fato de adoecer enquanto “curador”; (2) por se considerar o uso de drogas uma conduta desviante *per se* e (3) pela possibilidade de colocar outras vidas em risco (Niel, 2006).

Os transtornos relacionados ao uso nocivo e à dependência de substâncias são passíveis de tratamento, no entanto, pela sua natureza crônica, recaídas e exacerbações podem ocorrer, especialmente sem tratamento adequado e por tempo efetivo.

Diretrizes para o tratamento efetivo dos problemas relacionados à dependência de álcool e drogas podem ser encontradas atualmente, e nos ajudaram a forjar o modelo de atendimento da Rede de Apoio a Médicos, conforme será descrito adiante.

### **1.5 A PARTICULARIDADE DA ESPECIALIDADE DE ANESTESIOLOGIA**

Segundo Talbott, 1987 e Spiegelman et al., 1984 os médicos anesthesiologistas estão super-representados nas amostras clínicas de médicos dependentes em tratamento por transtorno pelo uso de substâncias

psicoativas. Algumas características da profissão do anestesiológista são levantadas por Niel, 2006: problemas de relacionamento profissional, o trabalho freqüente em plantões, a imprevisibilidade da jornada de trabalho, o embate com situações de morte, o não-reconhecimento do trabalho. Reeve 1980 (citado em Niel, 2006), descreve que alguns traços de personalidade de anestesiológistas são notáveis: eles são mais reservados, mais inteligentes, mais assertivos, mais auto-suficientes, contudo apresentam menor autoconfiança quando comparados a médicos de outras especialidades e à população geral. Este autor propõe ainda uma classificação em dois grupos: 80% são mais “estáveis” comportamentalmente falando e 20% são mais “instáveis”. Neste subgrupo, onde a instabilidade é uma característica comportamental marcante, estariam os anestesiológistas de maior risco para experimentação de substâncias psicoativas, dependência e suicídio. Estudo americano realizado por Booth e colaboradores (2002), enviou questionários a 133 programas de residência médica, obtendo alto nível de resposta (93%). A incidência de abuso de opióides foi de 1,0% e 1,6%, respectivamente entre professores e residentes de anestesia, no período entre 1990 e 1997, sem mudanças significantes mesmo com o aumento da educação e maior controle da dispensação destas substâncias. Fentanyl foi a droga mais utilizada. Sessenta e um por cento dos chefes de serviço mostraram-se favoráveis ao emprego aleatório de exames de rastreamento de substâncias na urina.

A preocupação dos chefes de serviço em anestesia tem sido marcante. Em 2002, a Sociedade Brasileira de Anestesiologia traduziu, a partir da autorização da American Society of Anesthesiologists (ASA), um documento produzido por uma força-tarefa da ASA, contendo informações e

recomendações aos profissionais e chefe de serviços sobre como detectar e lidar com a dependência química entre anesthesiologistas. A comissão de saúde ocupacional da sociedade brasileira de anesthesiologia também tem se mostrado bastante interessada nos assuntos referentes à dependência química entre médicos e, solicitou-nos intercâmbio através da participação em congressos e do planejamento de serviços nacionais para a saúde do médico.

### **1.6 COMO ABORDAR E TRATAR O MÉDICO MENTALMENTE ENFERMO**

*Desejaria que, algum dia, todas as escolas relacionadas com a arte de curar dessem ênfase não apenas ao conhecimento, mas também àquilo que não se pode conhecer. Isso poderia nos dar uma visão mais real de nós mesmos. Poderia nos recordar algo que, como cientistas modernos, quase esquecemos e que necessitamos recordar: todos – sem exceção – somos curadores que sofremos por nossas próprias feridas.*

*Dr. Larry Dossey.*

Historicamente, segundo Baldisseri (2007), os médicos com problemas de saúde mental são abordados, frequentemente, através de uma entre duas principais maneiras: ou são negligenciados ou são punidos. Baldisseri cita o caso do Dr. William S. Halstead, descrito por William Osler, que apresentou dependência durante toda sua vida de cocaína e opióides e, ainda assim, fez grandes contribuições para as técnicas cirúrgicas ainda atualmente utilizadas. Assim, o compromisso com a saúde do médico deve levar em conta não só o

bem estar do indivíduo médico, mas também as contribuições potenciais que este pode fazer para a sociedade como um todo.

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

Há uma conjunção de fatores explicativos para o atraso na detecção e no encaminhamento do médico para o tratamento. Fatores pessoais incluem a negação particularmente forte, a racionalização e intelectualização (“eu posso cuidar de mim mesmo”, “sei o que estou fazendo”), a falta de conhecimento específico sobre saúde mental e álcool e drogas, o medo das conseqüências e do preconceito no ambiente de trabalho. O modo independente como é organizado o trabalho de alguns ramos de atuação da medicina pode favorecer o atraso na detecção (por exemplo, médicos em consultórios privados) (Baldisseri, 2007). Fatores relacionados à relação entre colegas e que podem colaborar com o atraso são: o temor em prejudicar o médico, o receio em cometer um engano por falta de provas suficientes (ainda que a situação de abuso seja evidente), o fator cultural - a visão que os médicos têm da saúde mental, aliada à formação específica deficiente, o que leva a um senso comum de intratabilidade e desesperança. Paralelamente, a dificuldade de falar a respeito de problemas emocionais e de uso de substâncias bem como o temor de represálias e de prejudicar o status do serviço/hospital colaboram no atraso do enfrentamento do problema. Familiares acobertam o padrão de uso do médico por insegurança quanto aos status econômico, por não admitirem que haja um problema, por temerem a reação do paciente-médico. Por fim,

pacientes dificilmente admitem que seus cuidadores possam apresentar problemas com o uso de uma substância. O encontro destes fatores agindo sinergicamente constitui a “conspiração do silêncio” (Welsh, 2002): familiares, colegas e o próprio médico tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as consequências, 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.

Paice (2000) sugere que a detecção precoce, especialmente relacionada aos médicos mais jovens, de preferência durante a faculdade, pode ser um fator diferencial na abordagem das questões pertinentes à saúde mental do médico. Sugere que arranjos que otimizem o contato pessoal aberto com a equipe, horários de supervisão claramente definidos e compatíveis com a natureza do trabalho realizado, protocolos de conduta médica disponíveis aos recém-formados e avaliação contínua de competência podem ser úteis no enfrentamento de problemas decorrentes do uso de substâncias entre os médicos.

O'Brien et al. (1996), de forma análoga, sugerem que a detecção precoce, ou seja, um menor tempo de uso relaciona-se com o bom prognóstico, mais do que o tipo de substância consumida.

É comum que a deterioração da performance clínica seja uma das últimas repercussões do uso problemático de álcool e drogas (Breiner, 1983). Assim, quando problemas profissionais são detectados, já há um bom tempo de evolução da doença.

O General Medical Council, instância britânica semelhante ao Conselho



Federal de Medicina, e o Department of Health britânico, deixam claro, segundo Kendell (2000), a obrigação ética de todos os profissionais de saúde no sentido de tomar medidas efetivas quando pacientes estiverem sob risco devido a problemas de saúde mental do médico.

Por fim, Kendell (2000) sugere que, havendo suspeitas de que o médico apresente problemas com álcool e/ou drogas, é justificável que o empregador exija exames de bafômetro ou testes de urina para detecção de drogas, como pré-condição para a continuidade do exercício profissional, à semelhança do que ocorre com o exame de “doping” para os atletas nas Olimpíadas.

Um fato importante é que os médicos tendem a ser muito mal atendidos e cuidados. Tal ponto foi um dos destaques do Manifesto de Barcelona em 2001, reunião que teve participação dos diversos serviços europeus que se dedicam ao cuidado do médico. Segundo Casas (2004), o médico é tão mal atendido quanto o morador de rua. O fato de ser um “paciente especial”, “colega”, acaba levando a um atendimento superficial, consultas de corredor, onde os dois sujeitos não se posicionam adequadamente na relação terapêutica. Como bem alerta um dos depoimentos do livro “O Médico como paciente” (Meleiro, 1999): *“...sabe o que mais me cansa nessa história? É ter de fazer o papel de médico e paciente ao mesmo tempo; desde que eu adoeci não pude dizer: ‘Assistente, me abraça! Eu estou com medo!’... Eu converso com o assistente como se estivesse falando da senhora do leito 9, e não de mim, da minha própria doença, da minha própria morte”* (relato de uma médica internada no Instituto Central do Hospital das Clínicas, 1996).

O paciente-médico sofre por não ser visto e compreendido em sua totalidade, e sim apenas como um caso-clínico: suas angústias e expectativas

não são levadas em conta. Concomitantemente, o médico responsável pelo atendimento corre o risco de se hiper-identificar com o paciente-médico, negligenciando o valor de orientações básicas por achar que o médico já sabe de tudo, e, frequentemente, trava discussões intelectuais sobre o “caso clínico” do paciente-médico.

Os médicos devem ser tratados de forma empática, com orientações a familiares, orientações sobre como tomar os medicamentos, consequências 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, 1999).

Geralmente uma abordagem cuidadosa, precoce e empática tende a minimizar as consequências de transtornos mentais e dependência de álcool e drogas. O afastamento da atividade, pelo período necessário e suficiente, através de atestado médico pode ser uma solução para estes casos.

Quanto ao segredo médico, o Artigo 105 do Código de Ética Médica (CFM, 1988) 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).

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.

A abordagem do paciente-médico 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 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.

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). O prognóstico do médico dependente químico, uma vez em tratamento, tem sido reportado como melhor que o da população geral (Femino et al. 1994, Morse et al. 1984, Herrington et al. 1982, Farley, 1992; Shore, 1987), sendo que os índices de sucesso variam

de 27 a 92%, a depender do tempo de seguimento, características do atendimento e *setting* terapêutico. A maioria dos médicos – entre 75 a 85% - retorna ao exercício da profissão (Alpern et al 1992; Gallegos et al. 1992). Tais achados provavelmente se relacionam com a maior cobrança dos pares e o risco de perder o direito de exercer a profissão (Flaherty et al., 1993).

A presença de comorbidades físicas ou psiquiátricas pode prejudicar o prognóstico do dependente de álcool e drogas, contribuindo para menores índices de recuperação e abstinência (O'Connor et al., 1997; Domino et al., 2005) Tais elementos apontam para o tratamento da dependência integrado e simultâneo ao das comorbidades psiquiátricas.

Arranjos no ambiente de trabalho, restrição das prescrições de substâncias controladas, mudança de especialidade, redução do trabalho noturno são recomendáveis para o retorno seguro à prática em alguns casos (Gallegos et al., 1989). Apesar da existência de tratamentos efetivos para os diversos transtornos mentais (BMJ Publishing Group, 2002; Caan, 2002) e da dependência de álcool e drogas, os médicos que não procuram tratamento tendem a evoluir mal (Lloyd, 1997, Ramon, 2002).

O cuidado com a saúde do médico pode ser visto como uma dentre várias medidas que procuram resguardar o atendimento fornecido à população. Paralelamente, outras medidas como o cuidado com as condições de trabalho do médico, evitando sobrecargas de horários e subemprego e o exame de qualificação ora em fase de testes pelo CREMESP (exame da Ordem dos Médicos do Brasil) também visam à melhoria da qualidade de serviços oferecidos pelos médicos. Assim, “é função do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que congrega cerca de 90 mil médicos, lançar mão de

todos os meios para fiscalizar e assegurar a ética e a qualidade da prática médica”, Jorge Filho (2005), presidente do CREMESP.

### **1.7 SERVIÇOS PARA APOIO À SAÚDE DO MÉDICO. HISTÓRICO E SITUAÇÃO MUNDIAL**

A idéia de constituição de um serviço específico para atendimento de médicos parte de uma tendência mundial (Graskie, 2003). Observamos, por exemplo, que serviços para médicos são disponíveis em todos os estados norte-americanos desde 1979 (Baldisseri, 2007; Welsh, 2002).

Algumas características e funções de um serviço de apoio aos médicos com transtornos mentais e dependência de álcool e drogas foram delineadas pelo Manifesto de Barcelona, (PAIME, 2001), fruto de um consenso de *experts* europeus no ramo da saúde mental do médico. Seriam funções destes serviços:

1. Garantir o mesmo acesso ao tratamento que a população geral possui.
2. Preservar a confidencialidade do atendimento, incluindo arranjos especiais que garantam o sigilo, devido ao estigma e discriminação.
3. Criar programas de tratamento suficientes para abarcar todas as diferentes demandas dos médicos doentes.
4. Manter contato com órgãos profissionais e reguladores da atividade médica.

5. Preservar a qualidade do atendimento fornecido à população.
6. Ter um objetivo preventivo, providenciando condições mais favoráveis para que transtornos mentais possam ser detectados de forma precoce.
7. Promover a pesquisa neste campo, particularmente sobre as condições de trabalho e a saúde mental dos médicos.
8. Promover a saúde tanto no nível individual quanto institucional e organizacional.

A natureza de cada serviço, forma de acesso ou metodologia de trabalho, no entanto, variam bastante, de acordo com a cultura, suporte jurídico e recursos disponíveis para manutenção destes em cada país. A importância de uma linha telefônica dirigida para médicos e operada por médicos tem sido ressaltada na literatura médica: este serviço tem como vantagem a possibilidade de aconselhamento confidencial, com a segurança de que o atendente conhece os problemas peculiares inerentes à profissão, podendo inclusive oferecer suporte informal antes mesmo que um quadro de estresse evolua para um quadro psiquiátrico formal (Zozia, 2002). Na Inglaterra, há linhas telefônicas disponíveis 24 horas por dia, operadas por médicos. Nos Estados Unidos e Canadá, há uma tendência de atendimento compulsório, independente da vontade do médico. Na Espanha, ao contrário, a tônica é de recrutar o médico ao tratamento através da persuasão clínica e não através da persuasão jurídica (Casas, 2004).

Na província de Ontário, no Canadá, o médico com problemas com álcool e drogas não pode trabalhar se não atender a um chamado telefônico que lhe convocará a fazer exames de urina aleatoriamente para detecção de uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, a seguridade social abastada

desta província, permite que o médico fique por anos sem exercer sua atividade e, no entanto, conseguindo proventos suficientes para um bom padrão de vida, conforme os parâmetros locais (Kaufmann, 2004). Independentemente da tônica que rege cada um dos serviços, observamos que, a garantia da preservação do sigilo médico é fundamental para a manutenção destes programas em boa conta com a população médica e, conseqüentemente, entre os futuros clientes. Alguns profissionais que tiveram problemas com álcool e drogas, especialmente com opióides, podem tornar-se especialistas na área e trabalhar em programas de auxílio ao médico (Kauffman, 2004).

Para melhorar a busca por tratamento, há que se empreender, paralelamente à melhor oferta de serviços e ampla divulgação, uma mudança cultural quanto à necessidade de abordar e revelar os problemas emocionais e quanto à receptividade destas questões no meio médico (Ramon, 2002).

Cabe citar que há oponentes ao movimento que preconiza a criação de serviços específicos para médicos, os quais argumentam que esta forma de abordagem pode induzir a um “elitismo” e transmitir a mensagem de que o médico é diferente de outros membros da comunidade (Baldisseri, 2007).

### **1.8 DESCRIÇÃO DA REDE DE APOIO A MÉDICOS**

A Rede de Apoio a Médicos é um serviço para atendimento específico de médicos, resultado de um Convênio entre o Conselho Regional de Medicina e a Escola Paulista de Medicina, iniciado em maio de 2002 (Anexo 1).

O projeto tem como objetivo reduzir as incapacidades decorrentes dos diversos transtornos mentais e dependência química; garantir o rápido acesso ao tratamento - que será providenciado por profissionais familiarizados com o tratamento de dependentes químicos; realizar diagnósticos precoces, almejando diminuir o tempo de incapacitação e proteger o médico e o público dos desdobramentos de uma doença não reconhecida ou não tratada.

Não constitui objetivo da iniciativa de formação deste serviço o intento de ser a via única de tratamento dos médicos, uma vez que cabe a cada paciente (e a cada paciente-médico), o direito e liberdade de decidir qual a melhor maneira de se tratar. O objetivo de formação da Rede de Apoio a Médicos é oferecer mais uma alternativa de tratamento, uma vez que o que se observava no Conselho Regional de Medicina é que muitos pacientes-médicos precisavam de tratamento, mas a tomada de medidas administrativas e punitivas exclusivamente tornava-se um “duplo castigo”: a um tempo deixava o médico sem o trabalho (e sem a “homeostase psíquica” proveniente deste) e sem condições para arcar com as despesas de seu tratamento.

**Funcionamento da Rede de Apoio a Médicos:** Este serviço tem como centro operacional a UNIAD, em São Paulo, onde o atendimento inicial dos médicos é realizado. O contato inicial é feito por telefone fixo, celular ou *e-mail*. Durante o horário comercial, a entrada no sistema pode ser realizada por telefone fixo com uma secretária treinada para anotar dados relevantes do contato e agendar uma consulta presencial com o paciente-médico que procura atendimento ou com os familiares deste. Se necessário, a secretária é orientada a sugerir contato com o médico responsável por telefone celular, para esclarecimentos de dúvidas pertinentes ao caso, ou para desvencilhar



processos de resistência ao processo terapêutico, por parte do paciente-médico.

A entrada também pode ser feita através de contato por telefone celular, que constitui uma *hotline*, funcionando em período integral.

A busca por auxílio terapêutico também pode se dar via e-mail, bem como o paciente-médico e seus familiares podem solicitar esclarecimentos por esta via.

É agendada, a partir do primeiro contato, uma avaliação inicial. O objetivo da avaliação inicial é o de coletar dados sócio-demográficos e realizar diagnóstico através da aplicação de instrumentos diagnósticos, bem como encaminhar o médico para a instância terapêutica mais adequada às demandas do caso (o que se dá através de discussão clínica com o Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira).

Após um período inicial utilizado para estabilização clínica (que pode se estender até um mês) o médico é encaminhado para atendimento por um dos psiquiatras que constituem a Rede de Apoio ao Médico para dar continuidade ao atendimento do caso, sendo este profissional responsável pela psicofarmacoterapia e pelo encaminhamento para psicoterapia, terapia ocupacional ou internação integral.

Optou-se por um modelo enxuto de funcionamento, o que possibilitaria a realização da experiência a um custo viável e, ao mesmo tempo, a coleta de dados importantes para melhor compreensão do adoecimento do médico. Assim, para compor a rede de profissionais para atendimento dos pacientes-médicos foi levada em consideração a formação e prática na área das dependências, bem como a alocação geográfica e a disponibilidade do médico

em participar do sistema de atendimento ao paciente-médico.

No ano seguinte (2003) este serviço foi expandido para outros transtornos mentais, além da dependência química, dada a procura por atendimento psiquiátrico não relacionado à dependência ter sido relevante no primeiro ano (15 casos).

Contamos com o apoio de uma assistente social (Ana Célia Soares), que auxilia na melhor adesão e visita domiciliar dos casos mais graves, especialmente naqueles casos onde a presença de sintomas psicóticos e a falta de suporte familiar efetivo podem levar a um funcionamento psicossocial impeditivo para o tratamento do médico. A assistente social também facilita o contato com o CREMESP especialmente nos casos onde há processo administrativo e disciplinar.

Por fim, o serviço conta com o apoio do CREMESP para consultoria jurídica, ou seja, orientações sobre procedimentos a serem adotados no caso de dificuldades relacionadas ao tratamento do médico, tais como discussão sobre a capacidade profissional, internação involuntária, sigilo médico e orientações às comissões de ética.

A Rede de Apoio a Médicos conta com 20 médicos psiquiatras no Estado, alocados nas principais cidades (São Paulo, Campinas, Santos, Ribeirão Preto, Marília, Araraquara, Botucatu, Presidente Prudente, Bauru, São José do Rio Preto, Assis, Sorocaba, São José dos Campos).

A cada ano, uma apresentação é feita à Câmara Técnica em Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina e/ou à Assembléia dos Conselheiros do CREMESP, para avaliação e renovação do Convênio e a resposta dos conselheiros tem sido francamente favorável à manutenção do programa.

Creditamos parte deste bom desempenho a fatores diversos como:

- A simplicidade e ao baixo custo do sistema,
- À prontidão no atendimento (a primeira consulta, a não ser por indisponibilidade do médico-paciente, foi realizada no máximo em 72 horas após o contato inicial),
- À escolha de trabalho independente (ou seja, o Conselho Regional de Medicina não foi informado do nome de nenhum dos pacientes-médicos que voluntariamente buscaram auxílio),
- À manutenção do sigilo médico (não houve episódios onde fosse necessário e justificável quebrar o sigilo médico)
- Ao trabalho conjunto com os chefes de serviço que encaminhavam pacientes-médicos (neste caso, os chefes eram informados, em comum acordo com o médico-paciente, acerca da assiduidade e evolução do tratamento)

O que o serviço não é? Instância pericial, administrativa, punitiva ou disciplinar. Não é “disque-denúncia”, ou seja, o caso só será anotado e considerado um paciente-médico em potencial se o responsável pela chamada se identificar e apresentar interesse ou relação pessoal com o paciente-médico, e, desta forma, estiver interessado em ajudá-lo. Para realização de denúncias, o Conselho Regional de Medicina já apresenta instâncias suficientes e funcionando a contento.

**Atividades de Divulgação:** Inicialmente o serviço recebeu boa cobertura por parte da imprensa geral. No entanto, com o passar do tempo, em

parte por experiências negativas acumuladas com a imprensa geral, o que poderia dar uma má visibilidade do serviço junto à população médica, uma vez que a imprensa pode gerar uma sensação de alarmismo quanto à competência dos médicos e à sua capacidade profissional e em parte pelas experiências trocadas com pesquisadores internacionais, como o Dr. Miguel Casas, coordenador de um serviço específico para médicos na Espanha, optamos por restringir a propaganda ao meio médico exclusivamente. Tal divulgação se deu, principalmente, através de congressos médicos, publicações em Jornais do Conselho Regional de Medicina (Jornal do CREMESP) e através de publicações científicas formais. Desde a criação do serviço, já participamos de 12 congressos médicos e escrevemos sobre o tema no Jornal do CREMESP em 5 ocasiões e no Jornal do CFM em 2 ocasiões.

Observamos que houve uma forte procura pela Rede de Apoio a Médicos após a divulgação de um texto no Jornal do CREMESP, informando à classe médica o que é e como lidar com o *Burnout*. Este texto foi escrito em linguagem acessível, evitando termos técnicos e o jargão médico e pode ser lido no site <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=540> (Anexo 2). . Observamos, no entanto, que boa parte dos médicos (6 de 12 casos em um mês) que diziam ter se identificado com tais sintomas, apresentavam quadros depressivos ou de ansiedade francamente instalados. Assim, observamos que os médicos aceitam falar de seus problemas desde que a apresentação seja mais leve e menos "psiquiatrizada".

O telefone de contato da Rede de Apoio a Médicos é divulgado mensalmente no Jornal do CREMESP, na seção "Guia do CREMESP", à

página 2.



FIGURA I – REDE DE APOIO A MÉDICOS – ABRANGÊNCIA

## **1.9 OBJETIVOS**

Os objetivos de nosso estudo abrangem:

- Descrever o perfil sócio-demográfico, ocupacional da clientela atendida (médicos com transtornos por uso de substâncias), nos últimos 7 anos;
- Descrever a frequência de consumo das diferentes classes de substâncias envolvidas bem como o diagnóstico do uso problemático destas (uso nocivo ou dependência);
- Listar as principais comorbidades psiquiátricas desta população;
- Observar a frequência de repercussões sócio-ocupacionais associadas à dependência de álcool e outras drogas;
- Descrever padrões de uso entre as diferentes especialidades médicas, no que tange ao início do uso e padrão atual de consumo, com objetivo de testar a hipótese de diferentes fatores de risco sócio-ocupacionais;
- Relatar e divulgar a experiência da Rede de Apoio a Médicos;
- Propor intervenções baseadas em nossos resultados.

## 2.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 PRIMEIRO ARTIGO

Um **estudo transversal e descritivo** (Fletcher et al, 1996) foi desenhado com o intuito de investigar tanto a situação atual de consumo / perfil sócio demográfico e comorbidades entre os pacientes-médicos selecionados.

Realizamos este estudo em um período imediatamente anterior ao início do funcionamento da Rede de Apoio a Médicos, (apresentado no primeiro artigo – “Perfil Clínico e Demográfico de Médicos com Dependência Química”), com o fim de obtermos um rápido retrato transversal e panorâmico do perfil clínico e das conseqüências da dependência entre os médicos que se encontravam em atendimento clínico ambulatorial no Brasil.

#### 2.1.1 Desenho: Estudo transversal e descritivo.

**2.1.2 Sujeitos da amostra:** Foram incluídos todos os médicos (N=198), de qualquer idade e de ambos os sexos, com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias que estiveram em tratamento ambulatorial nos

cinco anos anteriores à coleta de dados (período de 1997 a 2001). Não foram incluídos os pacientes dependentes exclusivamente de nicotina. Foram excluídos os estudantes de medicina.

**2.1.3. Instrumento:** Elaboramos um questionário de breve preenchimento, incluindo perfil demográfico (idade, sexo, estado civil, procedência, especialidade médica), diagnóstico clínico (uso nocivo ou dependência e de quais drogas; comorbidades psiquiátricas) bem como de repercussões do uso de álcool e drogas (Anexo 3).

**2.1.4. Procedimentos:** Após contato com psiquiatras especialistas em tratamento de dependentes de álcool e drogas, os questionários foram encaminhados pessoalmente (em mãos), via correios ou via internet para estes profissionais que os preencheram através de revisão de prontuário de cada paciente-médico atendido por eles. O padrão para preenchimento do questionário foi a entrevista clínica psiquiátrica, sem apoio de instrumentos diagnósticos padronizados. Foram consideradas as respostas obtidas durante um período de três meses.

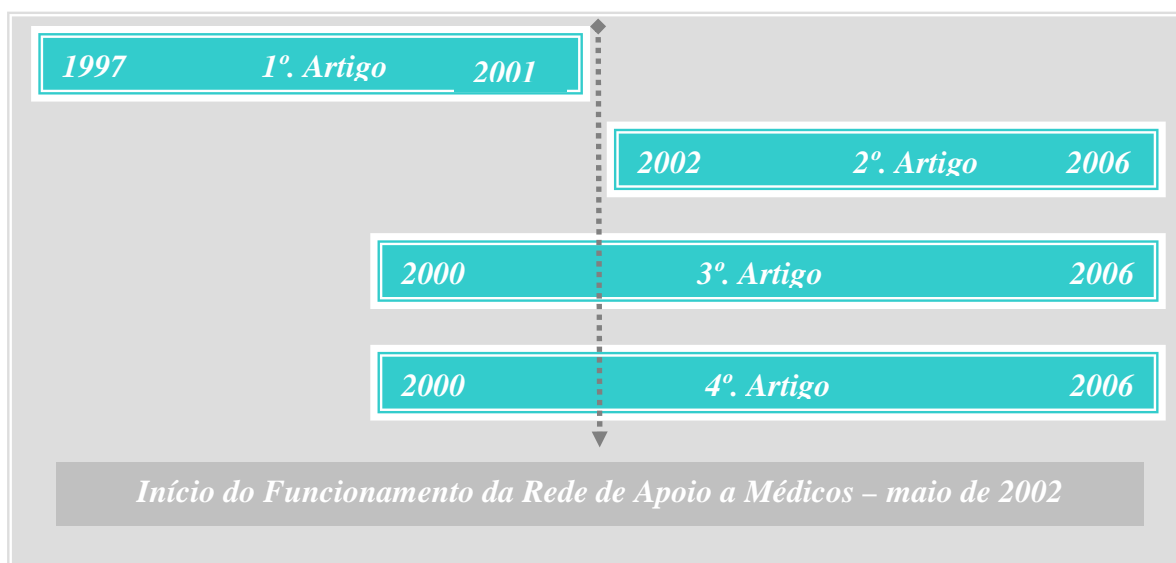
Obtivemos um total de 206 questionários de 18 profissionais, dos quais consideramos 8 inadequados (três pacientes eram estudantes de medicina e cinco questionários estavam insuficientemente preenchidos ou ilegíveis).

**2.1.5. Análise estatística:** Foi realizada uma análise descritiva a fim de determinar o perfil da amostra estudada.



**2.1.6. Financiamento:** Este estudo recebeu financiamento específico do CREMESP conforme Anexo 4.

O aspecto temporal da coleta de dados para composição da amostra em cada um de nossos quatro estudos pode ser apreciado na tabela abaixo.



## 2.2 SEGUNDO ARTIGO

**2.2.1 Desenho:** Delineamento híbrido (realizamos uma coorte longitudinal prospectiva para seleção dos sujeitos e os dados foram analisados descritivamente, de modo transversal).

Segundo Pereira (1999), os investigadores podem utilizar uma mistura de diferentes tipos de delineamento na realização de uma pesquisa. Um estudo transversal pode gerar informações sobre o passado, para caracterizar certas exposições. Um **estudo transversal aninhado em estudo de coorte** consiste em um estudo realizado, dentro de um estudo de coorte prospectiva,

utilizando os dados já disponíveis sobre a população. Tal foi o desenho utilizado em nosso estudo, ainda que, em uma análise mais rápida, o estudo possa ser considerado como estudo de corte transversal e descritivo.

**2.2.2 Sujeitos:** Todos os médicos que estiveram em tratamento na Rede de Apoio a Médicos, por transtorno mental, *burnout* ou por dependência de álcool e drogas no período de maio de 2002 a maio de 2006, e que participaram ao menos da primeira entrevista foram considerados (N=192).

**2.2.3 Entrevistas:** As entrevistas foram aplicadas pelo autor da presente tese e pelo co-orientador (Ronaldo Ramos Laranjeira) e tiveram, em média, a duração de 70 a 90 minutos para sua realização. Os entrevistadores estudaram os instrumentos com a finalidade de melhorar o grau de convergência e homogeneidade das respostas e do diagnóstico psiquiátrico.

#### **2.2.4 Instrumentos**

**Entrevista – Perfil Sócio-Demográfico/Repercussões e Resumo Diagnóstico (Anexo 5)** - Os autores elaboraram um instrumento para coleta de dados sócio-demográficos, fonte de encaminhamento (quem sugeriu a busca de auxílio terapêutico?), repercussões do uso da substância, automedicação.

A idade na qual foi possível detectar uso nocivo/dependência de cada um das substâncias envolvidas foi anotada. Foi considerada a droga de início de uso aquela para a qual foi primeiramente possível identificar uso nocivo ou dependência e não apenas o uso experimental.

As repercussões do uso de substâncias tais como desemprego, problemas conjugais, acidentes automobilísticos, internações psiquiátricas, problemas profissionais e ético-legais foram anotadas de forma dicotômica quanto à sua ocorrência (sim/não). Problemas profissionais foram considerados quando o paciente-médico apresentou absenteísmo, discussões verbais no trabalho, ausência do trabalho sem motivos, problemas no relacionamento médico-paciente, perda do prazer no exercício da profissão decorrentes do uso de drogas. Problemas ético-legais incluíram processos administrativos ou disciplinares no Conselho Regional de Medicina ou problemas jurídicos decorrentes do uso de drogas. Auto-medicação como forma de lidar com problemas psicológicos ou dor física foi anotada como positiva quando esta tenha colaborado para a gênese do uso problemático de álcool e drogas.

Classificamos a forma de busca de tratamento em três categorias: 1) voluntária, 2) por pressão de familiares e 3) por pressão de colegas, superiores ou pelo Conselho Regional de Medicina.

Para preenchimento de todos os dados da entrevista foi utilizado o julgamento clínico do entrevistador e não meramente o relato do paciente-médico.

**Checklist de Sintomas – CID 10 – (Anexo 6)** Este instrumento mostrou-se bastante versátil e com boa interação com a entrevista clínica psiquiátrica aberta (Janca et al., 1994). Foi traduzido para o português por Renata Oliveira e Aristides Volpato Cordioli. Inicialmente experimentamos o uso da SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*), no entanto, esta entrevista mostrou-se assaz dispendiosa de tempo, o que nos fez optar pelo uso da *Checklist* de sintomas para Transtornos Mentais da CID -10. O fato de

permitir o uso de módulos específicos - guiado pela triagem clínica - torna a entrevista mais rápida, focada, mantendo a concisão e a abrangência dos dados coletados. A aplicação da *Checklist* de sintomas leva, em média, para um entrevistador treinado, aproximadamente 30 a 45 minutos (leva menos tempo nos casos onde a triagem de sintomas é negativa em diversos módulos).

A *checklist* de sintomas para Transtornos Mentais - CID 10 é um instrumento semi-estruturado para avaliação de sintomas e síndromes psiquiátricas nas categorias F0 a F6 do CID 10. O instrumento consiste de: folha de rosto, triagem e módulos. Os seguintes módulos são incluídos no *checklist*:

- a) Módulo F0/F1: Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa.
- b) Módulo F2/F3: Síndromes Psicóticas e Afetivas.
- c) Módulo F4/F5: Síndromes Neuróticas e Comportamentais.
- d) Módulo F6: Transtornos de Personalidade.

Para facilitar o uso, os módulos são impressos em diferentes cores, sendo utilizados apenas aqueles módulos em que o paciente é triado positivamente. Cada um dos módulos consiste de uma lista de sintomas e listas de estados que, de acordo com os critérios do CID 10, devem ser excluídos ou podem estar associados à síndrome. Estas listas são acompanhadas de instruções que podem ajudar o usuário a considerar outras possíveis síndromes e, portanto, o uso de outros módulos da *checklist*. Os módulos também oferecem a possibilidade de se registrar o início, a severidade e a duração da síndrome, assim como o número de episódios.

**Entrevista para detecção de *Burnout*** (Anexo 7) - Aplicamos uma

entrevista clínica ancorada no *Malasch Burnout Inventory* (MBI) para pesquisa de *burnout* (Malasch et al., 1997). Esta entrevista foi aplicada nos pacientes que não apresentavam transtorno psiquiátrico ou por uso de substância, uma vez que a validade de diagnóstico de *burnout* poderia estar comprometida nestes casos. O fato de que muitos dos portadores de transtornos mentais ou dependência também experimentam problemas no trabalho levando à despersonalização e exaustão emocional, leva a uma zona cinzenta de confusão diagnóstica com a Síndrome do Esgotamento Profissional, no entanto, a essência do diagnóstico é o transtorno mental e não o problema profissional. Já no *burnout*, o quadro se instala ao redor dos desgastes específicos da profissão. Como o conceito de *burnout* se assenta numa perspectiva dimensional - ou seja, baixo, médio ou alto nível de *burnout* - utilizamos como parâmetro para considerar o caso como *burnout* positivo a entrevista clínica auxiliada pela escala MBI (*Malasch Burnout Inventory*) com 22 itens – traduzida e adaptada para o português por Lautert (1995). Cada resposta de frequência com que um dado sintoma é apresentado, numa escala de cinco pontos, é multiplicada pelo respectivo valor, variando de 1=Nunca a 5=Diariamente. A soma dos valores para cada componente da MBI foi classificada de forma dicotômica como *burnout* positivo ou negativo. Consideramos os seguintes pontos de corte para *burnout* positivo: mais de 30 pontos para o componente Exaustão Emocional, menos de 25 pontos para Realização Profissional e mais de 15 pontos para o componente Despersonalização.

### **2.3 Terceiro e Quarto Artigos:**

**2.3.1 Desenho:** Delineamento híbrido. Estudo transversal aninhado em estudo de coorte longitudinal.

**2.3.2 Composição da Amostra:** Foram considerados sujeitos todos os pacientes-médicos que estiveram em tratamento para uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas no período entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006 (sete anos), tanto aqueles que buscaram tratamento diretamente através da Rede de Apoio a Médicos quanto aqueles que buscaram tratamento através de um dos dois entrevistadores que compõe a equipe de triagem (o autor deste estudo e o Prof. Dr. Ronaldo R. Laranjeira). Foram considerados sujeitos apenas os casos que apresentavam transtorno relacionado ao uso de substâncias.

**2.3.3 Entrevistas e Instrumentos:** vide acima (Artigo 2)

**2.3.4 Análise estatística (2º, 3º e 4º artigos):**

Para comparar médias entre dois grupos foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes e Análise de Variâncias, no caso de mais de dois grupos. Caso fosse verificada alguma diferença nas médias, procedeu-se às comparações múltiplas de Duncan para verificar quais grupos apresentavam médias diferentes. Para se avaliar quais fatores levam a um determinado tipo de início de dependência (álcool, drogas e drogas prescritas) foi utilizado o

CHAID - **Chi-square Automatic Interaction Detector** que se baseia na estatística de Qui-quadrado e identificando grupos ótimos (Hair, 1998). Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

No quarto artigo, realizamos um procedimento de árvore decisória, o qual cabe descrever mais atentamente. Muitos estudos são realizados com o objetivo de verificar as inter-relações entre as variáveis através de Modelos Lineares como Regressão Linear, Logística, Análise de Variâncias, etc. Entretanto, na prática, ocorrem sérios problemas para estabelecer estas relações devido às interações entre as mesmas. Os métodos de classificação baseados em “árvores” (“*classification trees*”) fornecem respostas simples e de fácil interpretação. É importante ressaltar que este método é aplicável em situações nas quais há uma variável de interesse (variável dependente), no nosso caso, tipo de início (“*drug career*”) o qual pretendemos relacionar com as demais variáveis explicativas (por exemplo, especialidade médica). Os métodos baseados em “árvores” envolvem a divisão das observações em grupos que se diferenciam quanto ao comportamento da variável resposta. Foi adotado como um dos critérios de parada da árvore a formação de “nós pais” com pelo menos 100 observações e divisão de nós de forma a garantir que no mínimo cada “nó filho” tivesse 50 casos.

Os testes estatísticos realizados foram bi-caudais e o nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ . As análises foram feitas utilizando-se o programa de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Scientists*) para Windows, versão 8.0.1 (SPSS, 2001).

### **2.4 Cuidados Éticos**

Os aspectos éticos em relação aos participantes do estudo foram considerados. Aos pacientes-médicos foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados obtidos, bem como assegurado o caráter voluntário da participação na pesquisa, ou seja, o direito de não responder o questionário ou desistir de fazê-lo a qualquer momento da aplicação, sem prejuízo de qualquer natureza no prosseguimento de seu tratamento. A todos os participantes foi solicitada a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 8).

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo (Protocolo Nº 1230/03) (Anexo 9).



---

### 3.

## RESULTADOS & DISCUSSÃO

### **3.1 Resultados:**

Os resultados encontrados pelos estudos, bem como a discussão acerca dos mesmos estão dispostos em quatro artigos, apresentados na seção 3.2 Artigos.

O **primeiro artigo**, publicado na Revista da Associação Médica Brasileira (2005), é um estudo transversal e apresenta o perfil clínico e sócio-demográfico de 198 médicos brasileiros, e é um retrato do momento anterior ao funcionamento da Rede de Apoio a Médicos.

O **segundo artigo**, aceito para publicação pela Revista Brasileira de Psiquiatria em novembro de 2006, é um estudo transversal com 192 médicos que buscaram atendimento na Rede de Apoio a Médicos, tanto por *burnout*, transtornos mentais quanto por transtornos por uso de substâncias psicoativas, no período de maio de 2002 a janeiro de 2006. Neste estudo apresentamos de modo sucinto o funcionamento da Rede de Apoio a Médicos, bem como o perfil da clientela, substâncias mais consumidas e comorbidades psiquiátricas.

O **terceiro artigo**, submetido ao periódico *Addiction* (março de 2007) apresenta e discute a dependência química entre anesthesiologistas, tendo como ponto de partida a experiência da Rede de Apoio a Médicos. Observamos uma hiper-representação destes em nosso atendimento, o que fomentou o argumento para a descrição do universo dos 57 anestesistas atendidos em nosso serviço, bem como a análise do padrão de uso de substâncias neste grupo, especialmente a descrição da “drug career” (início do consumo de substâncias psicoativas).

O **quarto artigo**, ainda não submetido, é um estudo de corte transversal, que contou com 365 médicos atendidos nos últimos 7 anos por transtornos por uso de substâncias psicoativas. Neste estudo, delineamos análises estatísticas específicas para observar a diferença de padrão de consumo, e investigar a existências de diferentes tipologias no que tange ao padrão de início de abuso de substâncias (“*drug career*”) e no padrão de consumo conforme os blocos de especialidades médicas (especialidades clínicas, cirúrgicas e anestesia).

## PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DE MÉDICOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

HAMER NASTASY P. ALVES\*, JULIANA CANADA SURJAN, LUIZ ANTONIO NOGUEIRA-MARTINS, ANA CECÍLIA P.R. MARQUES, SÉRGIO DE PAULA RAMOS, RONALDO RAMOS LARANJEIRA

Trabalho realizado na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Escola Paulista de Medicina – Unifesp, São Paulo, SP.

### RESUMO

**OBJETIVO.** Traçar o perfil clínico e demográfico de uma amostra de médicos em tratamento por dependência química, avaliar comorbidades psiquiátricas e consequências associadas ao consumo.

**MÉTODOS.** Foram coletados dados de 198 médicos em tratamento ambulatorial por uso nocivo e dependência química, através de questionário elaborado pelos autores.

**RESULTADOS.** A maioria de indivíduos foi do sexo masculino (87,8%), casados (60,1%), com idade média de 39,4 anos (desvio padrão= 10,7 anos). Sessenta e seis por cento já tinham sido internados por causa do uso de álcool e/ou drogas. Setenta e nove por cento possuía residência médica e as especialidades mais envolvidas foram: clínica médica, anestesiologia e cirurgia. Comorbidade psiquiátrica foi diagnosticada em 27,7% (Eixo I do DSM-IV)<sup>1</sup> e em 6% (Eixo II do DSM-IV)<sup>1</sup>. Quanto às substâncias consumidas, o mais freqüente foi uso associado de álcool e drogas (36,8%), seguido por uso isolado de álcool (34,3%) e uso isolado de drogas (28,3%). Observou-se o intervalo de 3,7 anos em média entre a identificação do uso problemático de substâncias e a procura de tratamento. Quanto à busca por tratamento, 30,3% o fizeram voluntariamente. Quanto aos problemas sociais e legais observou-se: desemprego no ano anterior em quase 1/3 da amostra; problemas no casamento ou separação (52%), envolvimento em acidentes automobilísticos (42%), problemas jurídicos (19%), problemas profissionais (84,8%) e 8,5% tiveram problemas junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

**CONCLUSÃO.** Os autores recomendam medidas assistenciais e preventivas para o problema.

**UNITERMOS:** Médicos. Saúde Mental. Dependência de álcool. Dependência de drogas.

### \*Correspondência:

Rua Botucatu, 390, São Paulo, SP, Cep: 04023-061  
namerpalhares@yahoo.com.br

### INTRODUÇÃO

Médicos apresentam taxas similares de uso nocivo e dependência de substâncias em relação à população geral, variando entre 8% e 14%<sup>2,3</sup>. Em relação ao álcool, alguns estudos relataram taxas até mesmo superiores<sup>4,5,6</sup>. Esta prevalência é um pouco menor comparada com outras profissões<sup>7,8</sup>. A freqüência de uso nocivo e dependência de opióides e benzodiazepínicos é aproximadamente cinco vezes maior que na população geral<sup>9,10</sup>.

Há dados sugestivos de que o problema é subestimado<sup>11</sup>, e de que o número de médicos em tratamento tende a aumentar se a notificação dos casos for compulsória e se houver flexibilidade entre as medidas terapêuticas e administrativas<sup>11</sup>.

Os médicos passam por situações facilitadoras para dependência de drogas<sup>12,13,14</sup>. Alguns fatores de risco para uso de substâncias psicotrópicas entre médicos são freqüentemente citados na literatura: 1) acesso fácil aos medicamentos<sup>15,16</sup>; 2) perda do tabu em relação a injeções<sup>15</sup>; 3) história familiar de dependência<sup>16,17</sup>; 4) problemas emocionais<sup>16,17</sup>; 5) estresse no trabalho e em casa<sup>16</sup>; 6) busca de emoções fortes<sup>16</sup>; 7) auto-administração no tratamento para dor e para o humor<sup>16</sup>; 8) fadiga crônica<sup>16,18</sup>; 9) onipotência e padrão de prescrição exagerada<sup>18</sup>; e 10) os de especialidade de alto risco (Anestesiologia, Emergência e Psiquiatria)<sup>18</sup>.

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora, falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos, que sabem o que estão fazendo”. A negação retarda a busca de ajuda e tratamento<sup>19</sup>. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade<sup>20</sup>.

Providenciar tratamento para os médicos também não é tarefa fácil, dada a dificuldade em aceitar o papel de paciente<sup>12,14,17</sup>. Quando em tratamento, no entanto, o prognóstico é melhor que o da população geral<sup>21,22</sup>.

Um estudo mostrou que 96% dos médicos tiveram sucesso quando monitorados com exames de urina para detecção de substância, comparados com 64% daqueles que não foram submetidos aos exames<sup>22</sup>. A maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão<sup>17,21,22</sup>.

Segundo o Conselho Médico Britânico, dois terços dos processos relativos à má prática e erro médico relacionam-se ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas<sup>23</sup>. McGovern<sup>24</sup> observou 70,4% de prevalência de uso de substâncias entre médicos autuados por má prática médica.

No Brasil, existem alguns trabalhos analisando o uso de álcool e drogas entre estudantes de medicina<sup>25,26,27</sup>, mas não há trabalhos realizados na população de médicos.

### OBJETIVOS

Os objetivos do estudo são: 1) Conhecer características demográficas e de busca de ajuda de médicos em tratamento por dependência química; 2) Relacionar as drogas mais freqüentemente consumidas, as especialidades mais envolvidas e as consequências relacionadas ao uso das substâncias; 3) Descrever as comorbidades psiquiátricas mais encontradas.

Tabela I – Dados sociodemográficos

Categoria	Média	Desvio padrão
Idade	39,4 anos	10,7
Intervalo até busca de tratamento	3,7 anos	
<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Masculino	174	87,8
Feminino	24	12,2
<b>Estado civil</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Casados	119	60,1
Solteiros	43	21,7
Separados	33	16,7
Viúvos	3	1,5

## MÉTODOS

O estudo foi conduzido pela UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Foi realizada revisão de prontuário para preenchimento de questionário elaborado pelos autores (disponível por e-mail ao primeiro autor).

Sujeitos da amostra: Foram incluídos todos os médicos com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias que estiveram em tratamento ambulatorial nos últimos cinco anos. O uso nocivo é definido como um padrão de uso de substância que causa danos à saúde, que pode ser físico ou mental, geralmente criticado por pessoas com quem o indivíduo convive e associado a consequências sociais de diversos tipos, mas não satisfaz os critérios diagnósticos para dependência. A dependência, por sua vez, deve ser diagnosticada quando três ou mais dos seguintes sintomas estão presentes em algum momento durante o ano anterior: 1) compulsão para o consumo da substância, 2) dificuldades em controlar o consumo, 3) síndrome de abstinência característica da substância, 4) evidência de tolerância, 5) abandono progressivo de prazeres ou interesses em favor do uso da substância, aumento do tempo necessário para obter ou consumir a substância, 6) persistência do consumo, a despeito das consequências nocivas associadas<sup>28</sup>.

Não foram incluídos pacientes dependentes de nicotina.

Procedimentos: Inicialmente foi feito contato com médicos especialistas no tratamento de dependência química, aos quais foi enviado questionário abordando as seguintes áreas: características sociodemográficas, situação empregatícia atual, padrão de uso de álcool e drogas, tratamentos prévios, forma de busca de tratamento, diagnóstico de uso nocivo/dependência, comorbidades psiquiátricas, problemas sociais e legais decorrentes do uso de substâncias. Os questionários foram preenchidos pelos terapeutas através de revisão de prontuário.

## ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, cumprindo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Vinte e dois médicos preencheram formulários relativos a 198 médicos atendidos ambulatorialmente nos últimos cinco anos, com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de álcool e/ou drogas. Os médicos residiam em 15 Estados da Federação, sendo que os Estados com maior participação na amostra foram São Paulo (90 casos), Rio Grande do Sul (25 casos), Rio de Janeiro (20 casos) e Minas Gerais (17 casos).

### 1) Características sociodemográficas

A maior parte da amostra constitui-se de indivíduos do sexo masculino (87,8%), casados (60,1%), com idade média de 39,4 anos, (desvio padrão de 10,7 anos). Sessenta e seis por cento já tinham sido internados por causa do uso de substâncias.

Quanto à forma de busca de tratamento, 30,3% o fizeram voluntariamente, 53% por pressão da família e 15,6% por pressão de colegas. Um intervalo de 3,7 anos em média foi encontrado entre a identificação do uso problemático (33,8 anos, desvio padrão de 10,4 anos) e a procura de tratamento (37,5 anos, desvio padrão de 9,7 anos).

### 2) Drogas mais frequentemente consumidas, especialidades mais envolvidas e consequências relacionadas ao uso das substâncias no momento da avaliação

#### 2.1. Drogas mais consumidas

O padrão mais frequente foi o uso associado de álcool e outras drogas (36,8%), seguido pelo uso isolado de álcool (34,3%) e pelo uso isolado de drogas (28,3%). Entre os pacientes que usavam drogas, encontrou-se um nível elevado de uso de duas ou mais drogas (64%), sendo o mais comum o uso de duas substâncias.

As drogas mais consumidas em ordem decrescente foram álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes (Tabela 2).

Através da análise da Tabela 2, observa-se que o padrão de consumo de álcool, cocaína e opióides entre os usuários destas substâncias foi grave o suficiente para o diagnóstico de dependência na maior parte dos casos, ao passo que o consumo de maconha e de anfetaminas foi principalmente marcado pelo uso nocivo.

#### 2.2 Especialidades mais envolvidas

A maioria dos pacientes fez residência médica (79,3%) e as especialidades mais envolvidas foram clínica médica (50 casos, 25,2%), anestesiologia (25 casos, 12,6%), cirurgia (25 casos, 12,6%), pediatria (16 casos, 8,1%), ginecologia e obstetria (13 casos, 6,5%), psiquiatria, saúde pública e radiologia (oito casos em cada especialidade, 4,1%), conforme mostra a Figura 1.

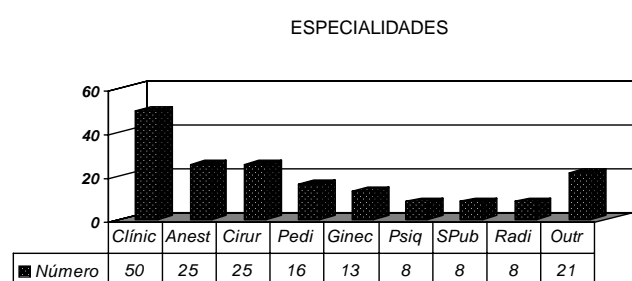
#### 2.3. Comorbidades psiquiátricas

Apresentaram outros diagnósticos psiquiátricos: 27,7% no Eixo I do DSM-IV e 6% no Eixo II (transtornos de personalidade). Os diagnósticos mais encontrados foram depressão, transtorno afetivo bipolar e transtornos de personalidade (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição dos diagnósticos de dependência e uso nocivo por substâncias

	Dependência		Uso nocivo		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Álcool	97	48,8	47	23,7	144	72,7
Cocaína	42	21,2	21	10,2	63	31,8
BZD	31	15,6	25	12,6	56	28,2
Maconha	10	5,05	40	20,2	50	25,2
Opiáceos	45	22,7	8	4,0	53	26,7
Anfetamina	5	2,9	17	8,5	22	11,1
Solventes	0	0,0	1	0,5	1	0,5

Figura 1 – Distribuição da amostra segundo especialidades



Clínic= Clínica Médica; Anest= Anestesiologia; Cirur= Cirurgia; Pedi= Pediatria; Ginec= Ginecologia; Psiq= Psiquiatria; SPub= Saúde Pública; Radi= Radiologia; Outr= Outras especialidades

Tabela 3 – Frequência de diagnósticos comórbidos

Diagnóstico	Nº Absoluto	Frequência
Depressão	20	10,1
T. afetivo bipolar	16	8,0
T. personalidade	12	6,0
Esquizofrenia	5	2,5
T. ansiedade generalizada	5	2,5
Outros	9	4,5

### 3) Consequências relacionadas ao uso de substâncias

Quanto às consequências relacionadas, quase um terço da amostra (30,8%) apresentou desemprego por algum período nos 12 últimos meses, 52% relataram problemas no casamento ou separação. Acidentes automobilísticos foram relatados por 42% da amostra e 19% envolveram-se em problemas judiciais (não relacionados à prática da medicina). Já, 84,8% apresentaram algum tipo de problema profissional (incluindo absenteísmo, problemas no relacionamento com colegas, atrasos). Do total, 8,5% tiveram problemas junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM). Nove médicos (4,5%) mudaram de especialidade por conta da dependência química.

Dos médicos avaliados, 129 (65% dos casos) relatavam automedicação, seja para tratamento de situações clínicas, psíquicas ou para a dependência de álcool e drogas, previamente à procura por tratamento.

### DISCUSSÃO

A constituição da amostra foi de indivíduos do sexo masculino (87,8%), o que é compatível com a literatura internacional (menos de um terço dos pacientes diagnosticados como dependentes são do sexo feminino<sup>29-30</sup>). Há autores que consideram que a dependência química entre mulheres é pouco reconhecida e tratada<sup>31</sup>. Para fins de comparação, a população médica brasileira é constituída por 67,3% de homens<sup>32</sup>.

A idade média dos indivíduos em tratamento foi de 39,4 anos, (desvio padrão de 10,7 anos), o que revela que a população se situa numa idade economicamente ativa, levando a supor que a incapacidade gerada pelo uso problemático de álcool e drogas é importante<sup>33</sup>, especialmente se considerarmos que estes pacientes já apresentavam problemas detectáveis há 3,7 anos, em média, quando da entrada no tratamento. Estudo das características de médicos dependentes químicos realizado no Canadá mostrou idade média de início de 35 anos e intervalo até busca de tratamento de 3,4 anos<sup>34</sup>.

Sessenta e seis por cento já tinham sido internados por causa do uso de substâncias, o que revela um perfil de gravidade importante nesta amostra.

Quanto às especialidades mais envolvidas, chama a atenção a porcentagem de anestesiologistas (12,5%), que é muito superior à proporção destes em relação à população médica (por volta de 3%). Este dado é compatível com a literatura internacional<sup>17-22</sup>.

As drogas mais envolvidas foram álcool (72,7%), cocaína (31,8%), benzodiazepínicos (28,2%), opióides (26,7%) e maconha (25,2%). Boa parte da amostra (64%) utilizava mais de uma droga, sendo que 25% utilizaram três ou mais drogas. Tais casos merecem tratamento simultâneo das várias dependências, no intuito de melhorar a possibilidade de atingir a abstinência. A dependência de nicotina não foi incluída no estudo por uma questão estratégica, mas este problema não deve ser ignorado, pois é uma das principais causas evitáveis de morbidade e mortalidade<sup>33</sup>.

A análise da forma de busca de tratamento evidencia a importância dos familiares na motivação para o tratamento, uma vez que 53% procuraram tratamento por pressão da família. A orientação dos colegas, responsável por 15,6% da demanda por tratamento, também é fator a ser estimulado. Estes dados mostram que familiares e colegas podem ter papel fundamental na entrada ao tratamento.

Embora dois terços dos médicos tenham apresentado problemas no exercício da medicina, os Conselhos Regionais de Medicina só foram

acionados em 8% das vezes. Provavelmente este dado se deva, em parte, ao constrangimento de colegas em informar aos órgãos fiscalizadores sobre o comportamento do médico com uso nocivo ou dependência química; o receio da reação do colega dependente, sentimento de pena e o temor de ser rotulado como delator são elementos que, possivelmente, contribuem para a sensação de constrangimento e conseqüente sub notificação aos CRMs.

O índice elevado de conseqüências relacionadas ao uso de substâncias encontrado em nosso estudo (acidentes automobilísticos em 42% dos casos, desemprego no último ano em 30,8%, problemas no relacionamento conjugal em 68% e problemas jurídicos em 19% dos casos) levanta a hipótese de que esta amostra tenha se constituído de indivíduos com problemas graves quanto à dependência química. Para fins de ilustração, o índice de desemprego em estudos realizados com a população médica brasileira foi de 0,3%<sup>32</sup> e de 0,8%<sup>35</sup>.

O alto índice de comorbidades psiquiátricas é comparável ao da literatura relativa à população geral<sup>36-37</sup>. Tal fato reforça a importância de se fazer uma abordagem integrada visando tanto a dependência química quanto o diagnóstico e tratamento de outros transtornos mentais associados.

O índice de automedicação foi alto (65,1%), o que fala a favor da hipótese do uso de álcool e drogas na tentativa de aliviar sofrimento físico e psíquico ou sobrecarga no trabalho.

### Limitações

O estudo foi desenvolvido utilizando dados de 198 médicos em tratamento, logo, não é possível generalizar suas conclusões para toda a população médica que necessita de orientação e tratamento por dependência química. O fato de a amostra ter sido recrutada em vários serviços de tratamento torna os dados pouco homogêneos. No entanto, o número de pacientes alocados para amostra foi significativo, bem como representativo do panorama nacional pelo fato de contar com pacientes de vários Estados do país.

### Considerações finais e recomendações

1. Provavelmente, um melhor conhecimento da dependência química e melhor educação nas escolas médicas podem antecipar o reconhecimento, bem como aumentar a procura espontânea por tratamento. A visão que os médicos têm da dependência química, aliada à formação específica deficiente, leva a um senso comum de intratabilidade e desesperança. O médico teme o estigma, a falta de confidencialidade, a perda da reputação e o desemprego<sup>38</sup>. Ocorre, assim, uma "conspiração do silêncio": familiares e colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as conseqüências<sup>39</sup>. A identificação é feita de forma abrupta e tardia.
2. Medidas educativas e assistenciais devem ser tomadas no sentido de reduzir a automedicação, dado que este fator pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.
3. É importante o treinamento dos colegas no sentido de reconhecer, aconselhar e confrontar o médico dependente. A orientação e encaminhamento para tratamento adequado trata-se, fundamentalmente, de um compromisso ético. 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<sup>40</sup>.

4. Os autores sugerem a implantação de serviços específicos para atendimento dos médicos dependentes químicos, o que auxiliaria na triagem e detecção de casos, aumentando a adesão ao tratamento, protegendo o médico e o público em geral. Segundo editorial da Associação Médica Inglesa<sup>41</sup>, são necessários serviços específicos para médicos com transtornos relacionados ao uso de substâncias, pois os tradicionais são ineficientes. Três componentes são essenciais para o bom funcionamento: em primeiro lugar, a entrada no tratamento deve ser simples e rápida, bem divulgada. Segundo, o cuidado é mais bem exercido por outros médicos. Por fim, deve ser oferecido suporte a longo prazo, com monitoração e supervisão, com prevenção de recaídas<sup>42</sup>. A inexistência de serviços específicos pode deixar os médicos desamparados e os colegas sem argumentação para abordarem o dependente.
5. O processo de "reentrada", ou seja, mudança de especialidade por conta da dependência química aconteceu em 4,5% desta amostra e deve ser tema melhor pesquisado, pois abre a possibilidade de um médico mudar de uma especialidade de maior risco para outra de menor risco para o consumo de substâncias (por exemplo, anestesiologia para programa de saúde de família).
6. O índice de problemas judiciais não relacionados ao exercício da medicina (19%) revela que esta clientela necessita de apoio e orientação jurídica com frequência, e este aspecto não deve ser negligenciado na assistência aos médicos com dependência química.
7. São necessários estudos de seguimento para determinar a evolução dos casos submetidos ao tratamento. O estudo dos médicos que recusam o tratamento pode providenciar conhecimento importante da história natural e do curso clínico da dependência química entre médicos<sup>43</sup>. Estudos de prevalência bem desenhados metodologicamente são necessários.
8. Exames de rastreamento de substância (*screening* urinário e exame de fio de cabelo) podem ser úteis em melhorar a confiabilidade do auto-relato, melhorar o desempenho do médico em tratamento e garantir proteção legal quanto a acusações infundadas, logo, são indispensáveis no seguimento<sup>21</sup>.

### AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio estratégico e financeiro fornecido pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). Agradecemos aos seguintes colegas médicos que colaboraram através do preenchimento dos questionários: Alfredo Ilse, Monica Zilberman, Marilda Merluzzi, Oscar Araujo Filho, Rubens Campos Filho, June Sabino, Arthur Andrade, Eduardo Rudge, Jorge Figueiredo, Monique Freitas, Marcos Zaleski, Fábio Pádua, José Zago, João Chequer, Analice Giglioti, Marcos Bessa.

**Conflito de interesse:** não há.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND DEMOGRAPHICAL ASPECTS OF ALCOHOL AND DRUG DEPENDENT PHYSICIANS

*The misuse of alcohol and drugs among physicians is a common cause of malpractice, absenteeism and complaints to the Medical Councils. This problem demands more attention, because it entails risks to the population and to the physicians themselves.*

**AIMS.** To describe the clinical and demographic profile of a sample of physicians in treatment for alcohol and drug dependence also to evaluate psychiatric comorbidity and consumption-related consequences.

**METHODS.** Data was collected from a sample of 198 physicians attending outpatient treatment by a questionnaire specifically designed for this study. **Results:** Most of the subjects were men (87.8%), married (60.1%), with a mean age of 39.4 years (S.D. = 10.7). Sixty-six per cent had already been in inpatient treatment for alcohol and drug misuse. Sixty-nine per cent were specialists practicing mainly: internal medicine, anaesthesiology and surgery. Psychiatric comorbidity was diagnosed in 27.7% for DSM-IV Axis I and in 6% for DSM-V Axis II. With regard to drugs the most frequent pattern was use of alcohol and drugs (36.8%), followed by exclusive use of alcohol (34.3%) and exclusive use of drugs (28.3%). It was observed that the mean interval between the identification of misuse of substances and the seeking of treatment was of 3.7 years. Thirty per cent tried to achieve treatment by themselves. The social and legal problems observed were: unemployment in the previous year (1/3 of the sample), marital problems and divorce (52%), car accidents (42%), legal problems (19%). 84.8% presented professional problems and 8.5% had problems within the Medical Councils.

**CONCLUSION.** The researchers suggest supportive and preventive attitudes for this matter. [Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3): 139-43]

**KEY WORDS:** Physician. Mental Health. Alcohol abuse. Drug dependence.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Bissell L, Haberman P. Alcoholism in the professions. New York: Oxford University Press; 1984.
- Brewster JM. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1986;255(14):1913-20.
- Glatt MM. Characteristics and prognosis of alcoholic doctors. Br Med J 1977;1(6059):507.
- Murray RM. Alcoholism and employment. J Alcohol 1975;10(1):23-6.
- Stimmel B. Alcoholism and drug abuse in the affluent: Is there a difference? Adv Alcohol Subst Abuse 1984;4(2):1-10.
- Anthony JC, Eaton WW, Mandell W, Garrison R. Psychoactive drug dependence and abuse: more common in some occupations than in others? J Employee Assistance Res 1992;1(1):148-86.
- Stinson F, DeBakey S, Steffens R. Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and/or dependence among selected occupations - United States, 1988. Alcohol Health Res World 1992;16(1):165-72.
- Gallegos KV, Veit FW, Wilson PO, Porter T, Talbott GD. Substance abuse among health professionals. Md Med J 1988;37(3):191-7.
- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin Jr DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, et al. Prevalence of substance use among U.S. physicians. JAMA 1992;267(17):2333-9.
- Wijesinghe CP, Dunne F. Impaired practitioners notified to the Medical Practitioners Board of Victoria from 1983 to 1997. Med J Aust 1999;171(8):414-7.
- Vaillant GE, Brighton JR, McArthur C. Physicians' use of mood-altering drugs. A twenty-year follow-up report. N Engl J Med 1970;282(7):365-70.
- McAuliffe WE. Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. Am J Drug Alcohol Abuse 1984;10(1):1-22.
- Brooke D, Edwards G, Andrews T. Doctors and substance misuse: types of doctor, types of problem. Addiction 1993;88(5):655-63.
- Winick C. A theory of drug dependence based on role, access to, and attitudes towards drugs. NIDA Res Monogr 1980;30:225-35.
- McAuliffe WE, Santangelo F, Magnuson E, Sobol A, Rohman M, Weissman J. Risk factors in drug impairment in random samples of physicians and medical students. Int J Addict 1987;22(9):825-41.
- Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA 1987;257(21):2927-30.
- Wright C 4th. Physician addiction to pharmaceuticals: Personal history, practice setting, access to drugs, and recovery. MD Med J 1990;39(11):1021-5.
- Talbott GD, Benson EB. Impaired physicians: the dilemma of identification. Postgrad Med 1980;68(1):56-64.
- Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. p.130-44.
- Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation: an 8-year follow-up. JAMA 1987;257(21):2931-4.
- Pelton C, Ikeda RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologists. J Psychoactive Drugs 1991;23(4):427-31.
- Working Group on the Misuse of Alcohol and Other Drugs by Doctors. The misuse of alcohol and other drugs by doctors. London: British Medical Association; 1988.
- McGovern MP, Angres DH, Leon S. Characteristics of physicians presenting for assessment at a behavioral health center. J Addict Dis 2000;19(2):59-73.
- Silva AMA, Souza CB, Marini D, Borges LH, Rahmé ML, Mesquita ME. Prevalência do uso de álcool, cigarro e maconha nos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Arq Coord Saúde Ment 1985;45:134-45.
- Andrade AG, Bassit AZ, Mesquita AM, Fukushima JT, Gonçalves EL. Prevalência do uso de drogas entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1991-1993). Rev ABP-APAL 1995;17(2):41-6.
- Mesquita AMC, Bucarechi HA, Castel S, Andrade AG. Estudantes da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. Rev ABP-APAL 1995;17(2):47-54.
- World Health Organization. The ICD-1 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
- Naegle MA. Substance abuse among women: prevalence, patterns, and treatment issues. Issues Mental Health Nurs 1988;9(2):127-37.
- Williams GD, Grant BF, Harford TC, Noble J. Population projections using DSM-III criteria: alcohol abuse and dependence, 1990-2000. Alcohol Health Res World 1989; 13:366-370.
- McGovern MP, Angres DH, Uziel-Miller ND, Leon S. Female physicians and substance abuse. Comparisons with male physicians presenting for assessment. J Subst Abuse Treat 1998;15(6):525-33.
- Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: Um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.33. World Health Organization. "Thirtieth Report" - Expert Committee on Drug Dependence from World Health Organization. Geneva: WHO; 1998. (Technical Report Service n.873, p.1-50).
- Wallot H, Lambert J. Characteristics of physician addicts. Am J Drug Alcohol Abuse 1984;10(1):53-62.
- "O médico e o seu trabalho" - Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2002.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Loke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511-8.
- McLellan AT, Druley KA, Carson JE. Evaluation of substance abuse problems in a psychiatric hospital. J Clin Psychiatry 1978;39(5):425-30.
- Coombs RH. Drug-impaired professionals. Cambridge: Harvard University Press; 1997.
- Welsh CJ. Substance use disorders in physicians. University of Maryland School of Medicine; 2001[online]. Disponível em: <http://www.alcoholmedicalscholars.org/physician-out.htm>.
- Centrella M. Physicians and other health professionals. In: Miller N, editor. Principles of addiction medicine. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine; 1994. p.1-7.
- British Medical Association. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. BMJ 1998;316(7129):405-6.
- Talbott GD, Martin CA. Treating impaired physicians: fourteen keys to success. VA Med 1986;113(2):95-9.
- Vogtsberger KN. Treatment outcomes of substance abusing physicians. Am J Drug Alcohol Abuse 1984;10(1):23-37.

Artigo recebido: 14/01/04  
Aceito para publicação: 18/08/04

# *Revista Brasileira de Psiquiatria*

---

São Paulo, 15 de fevereiro de 2007

Prezado Dr.

Hamer Nastasy Palhares Alves.

É com enorme satisfação que comunicamos que o seu artigo "A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians A preliminary report..", protocolo 2395 foi aceito para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria como Comunicação Breve.

Ainda não temos a data de publicação.

Agradecemos mais uma vez o interesse dos autores na Revista Brasileira de Psiquiatria e aproveitamos a oportunidade para encorajá-los a nos enviar novos trabalhos para apreciação. Sintam-se à vontade para nos contatar em caso de eventuais dúvidas e maiores informações.

Atenciosamente,

Eurípedes C. Miguel

Jair de Jesus Mari

Luis Augusto Rohde

Editores Responsáveis



## 2º Artigo:

### **A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report.**

Uma experiência pioneira no Brasil: a criação de uma rede de apoio aos médicos dependentes de álcool e drogas. Um relatório preliminar

Hamer Nastasy Palhares-Alves,<sup>1</sup> Ronaldo Ramos Laranjeira,<sup>2</sup> Luiz Antônio Nogueira-Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Alcohol and Drug Unit, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brazil

<sup>2</sup> Psychiatry Department, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brazil

Financing: This study was funded by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e Científico (CNPq), process no. 141366/2003-6, and State of São Paulo Regional Medical Council

Conflict of interests:None

Submitted: August 11, 2006

Accepted: November 30, 2006

Correspondence

Hamer Nastasy Palhares Alves

Rua Botucatu, 390 - Vila Clementino

04023-061 São Paulo, SP, Brazil

Phone: (55 11) 5575-1708 Fax: (55 11) 5579-5643

E-mail: hamer@psiquiatria.epm.br

**Abstract**

Objective: The objectives of this study are to present the creation and operation of a support network to help physicians in Brazil, describe the socio-demographic profile, and investigate the prevalence of mental disorders and chemical dependence among physicians seeking treatment. Method: Semi-structured interviews using ICD-10 criteria were conducted to obtain data regarding alcohol/drug dependence, and psychiatric comorbidity. Socio-demographic and occupational characteristics were obtained. Results: 247 patients made contact and 192 attended the first evaluation visit. Of those, 158 were male, and most (55%) were married. The mean age was  $42.4 \pm 11.1$  years. The reasons for seeking treatment were: comorbidity between mental disorders and chemical dependence (67.7%); chemical dependence (20.8%); mental disorders (7.8%); and *burnout* (4.2%). The mean interval between the detection of the problem and seeking treatment was 7.5 years. Factors associated with the severity of the problem included unemployment (21.6%), difficulties of practicing professional activities (63.5%), problems with the Regional Council of Medicine (13%), psychiatric hospital admission (31.2%), and self-medication (71.8%). In our sample, 9.3% of the physicians had changed their area of specialization. Conclusions: A high prevalence of psychiatric disorders was found in this sample as well as psychosocial and professional problems. Treatment networks focusing on the physicians' mental health could catalyze cultural changes in treatment-seeking behavior, thereby improving early detection and treatment.

**Descriptors:** Physicians; Substance-related disorders; *Burnout*; Mental health

services; Doctor's health

## Resumo

**Objetivo:** Pretendemos apresentar a criação e o funcionamento de serviço específico para médicos no Brasil, descrever o perfil sociodemográfico, prevalência de transtornos mentais e dependência química entre médicos que buscaram o serviço. **Método:** Foram realizadas entrevistas clínicas semi-estruturadas baseadas no CID-10 para diagnóstico de dependência de álcool/drogas e comorbidade psiquiátrica. Um perfil sociodemográfico e ocupacional foi obtido. **Resultados:** 247 contatos foram feitos e 192 pacientes compareceram ao primeiro atendimento. Destes, 158 eram homens, a maioria casados (55%), idade média de  $42,4 \pm 11,1$  anos. As causas de procura por atendimento foram: comorbidade entre transtorno mental e dependência química (67,7%), dependência química (20,8%), transtornos mentais (7,8%), *burnout* (4,2%). O intervalo médio entre a identificação do problema e a busca de tratamento foi de 7,5 anos. Desemprego (21,6%), problemas no exercício profissional (63,5%), problemas no Conselho Regional de Medicina (13%), internação psiquiátrica pregressa (31,2%) e auto-medicação (71,8%) associaram-se à gravidade dos problemas. Mudança de especialidade ocorreu em 9,3% da amostra. **Conclusões:** Observamos uma prevalência alta de transtornos psiquiátricos bem como problemas psicossociais e profissionais nesta amostra. Serviços específicos de atenção à saúde mental dos médicos podem ter efeito catalisador nas mudanças culturais quanto à procura de ajuda, favorecendo a detecção precoce e tratamento.

**Descritores:** Médicos; Transtornos por uso de substâncias; *Burnout*; Serviços de saúde mental; Saúde do Médico.

## Introduction

The issue of physicians' mental health and the availability of psychiatric support for physicians<sup>1</sup> and residents<sup>2</sup> are relevant topics in the scientific literature. Issues related to occupational health<sup>3</sup> and the stressful nature of medical work<sup>4</sup> have been widely discussed. In addition, it is known that physicians tend to work in an independent manner, with a controlling attitude, giving the false impression that they "can take care of themselves" and "know what they are doing". In general, the medical culture values characteristics such as independence, self-efficacy and competitiveness. Those who have a mental disease are stigmatized and lose the respect of their peers and patients. Denial of mental suffering results in a delay in seeking help and treatment. Chemical dependence or mental disorders, combined with the medical culture of self-negligence and procrastination, can lead to problems in professional relationships or in the care of patients.

This issue deserves further discussion, and the sooner this debate takes place, the better, because it is possible to detect a significant incidence of alcohol- and drug-related problems as well as psychiatric disorders among medical students.<sup>5</sup>

Physicians present higher incidence of psychiatric disorders than other professionals in similar occupations.<sup>6</sup> The main cause of early retirement among physicians is psychiatric disorders, especially those related to anxiety, depression, or alcohol dependence.<sup>7</sup> In a 25-year follow-up study involving 114 surgeons, it was found that alcoholism occurred in 7.3% and was the principal cause of early retirement.<sup>8</sup>

The combination of the above-mentioned factors indicates the importance of implementing specific services for the care of physicians. In fact, these services follow a worldwide trend and have been growing in size and scope in countries such as the United States, the United Kingdom, Australia, Canada, and Spain. In this context, a consensus reached in Barcelona in 2001, convening European networks for physicians, set the following essential missions for these services:<sup>9</sup> ensure the same access to treatment that is offered to the general population; maintain confidentiality; create a sufficient number of treatment programs to meet the demands of ailing physicians; maintain contact with agencies that regulate professional practice (whose role is to finance and manage these services); maintain the quality of the treatment provided; have a preventive purpose, providing favorable conditions for the early detection of mental disorders. In addition to the above, the service also has to develop research projects evaluating physician work conditions and risk factors for mental disorders, as well as promote health awareness campaigns.

Access to reliable epidemiological data in the medical population is difficult due to factors such as fear of stigma and concerns regarding confidentiality. Such studies can be carried out in one of three principal modes:<sup>10</sup> population survey, analysis of physicians submitted to disciplinary processes, or analysis of clientele treated at facilities designed specifically for physicians. Since this is a hard to reach clientele, there is a great need for studies that use convenience samples such as the one we present. Specifically in Brazil, there is little reliable data to serve as basis for adequate treatment policies.<sup>11</sup>

### **Physician support network**

#### **1. Network description**

The objectives of this network, resulting from an agreement reached in May 2002 between the Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, State of São Paulo Regional Medical Council) and the Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, Federal University of São Paulo) Study Centre of the Department of Psychiatry, are as follows: to reduce the disabilities arising from various mental disorders and chemical dependence; ensure prompt access to treatment; perform early diagnosis, thus protecting both the physician and the patients. The network is headquartered at the Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Alcohol and Drug Research Unit).

The network consists of a psychiatric clinical support service, which can be initially accessed by e-mail or by telephone. In this first contact, a trained secretary records identification data for further follow-up by telephone and

schedules an interview with a psychiatrist within the following 24 to 72 hours. The erratic nature of physician-patient motivation requires that medical care be provided as soon as possible.

After a one-month initial period, the patient is referred to a network of 25 psychiatrists practicing in the state of São Paulo in order to proceed with the treatment. On a regular basis, physician-patients receive telephone calls to evaluate the evolution of the case.

This network receives financial and strategic support from CREMESP, as well as legal counseling in cases that need guidance related to ethical and legal issues. This is not, however, a service requiring expert examination and the confidentiality of the medical care is guaranteed. Accordingly, CREMESP is not notified regarding any of the cases.

Data deriving from interviews are used in a confidential research project, assuming that the participant gives written informed consent. This study was approved by the UNIFESP Ethics in Research Committee pursuant to Resolution 196/96 of the National Health Council.

## **Method**

Two trained interviewers carried out a semi-structured assessment, which lasted for about 90 minutes, and registered socio-demographic occupational data, patterns of psychoactive substance use, as well as data related to

alcohol/drug dependence and the presence of other mental disorders. The psychiatric diagnoses were made using a symptom checklist based on the ICD-10 criteria. Correlated variables, such as unemployment, marital problems, motor vehicle accidents, psychiatric hospital admissions, change of area of specialization, problems at work, and problems with CREMESP, were assessed dichotomically according to their occurrence (yes/no).

All physicians who participated in the first interview were included in the study sample.

## Results

From May 2002 to May 2006, 247 physicians contacted the network, and 192 attended the first interview. Of those 192, 158 (82.3%) were male, 107 (55%) were married or had a steady partner, 53 (28%) were single, 21 (11%) were separated or divorced, and 11 (6%) were widowed. Most patients (164 cases, 85.4%) came from the state of São Paulo.

Spontaneous search for treatment occurred in 99 cases (52%); 59 (32%) were referred by family members, and 29 (16%) were referred either by their peers or by CREMESP.

The mean age was  $42.4 \pm 11.1$  years old at the time of treatment. Since the mean age was  $32.5 \pm 9.73$  years old at the onset of the problem and  $40 \pm 11.2$  years old when treatment was sought, there was a mean delay of 7.5 years in



seeking treatment.

The main diagnoses were as follows: alcohol/drug dependence concomitant with a mental disorder (130 patients, 67.7%); only alcohol/drug dependence (40 patients, 20.8%); mental disorders (15 patients, 7.8%); and “*burnout*” (8 patients, 4.2%).

The main psychiatric diagnoses and those related to the use of psychoactive substances are shown in Table 1.

**Table 1 Here**

Marital problems arising from psychiatric disorders or chemical dependence occurred in 98 (53%) of the cases.

As to work-related problems, 41 physician-patients (21.6%) reported being unemployed at some point, 122 (63.5%) reported problems in the practice of their professional activities, 26 (13%) had experienced problems with CREMESP, and 35 (18.2%) had other legal issues. There were 60 physician-patients (31.2%) who had previously been admitted to a psychiatric hospital. Self-medication was common (138 cases, 71.8%). Motor vehicle accidents attributable to substance use occurred in 50 cases (26%). Due to mental disorders or chemical dependence, 18 physicians (9.3%) changed their areas of specialization.

A significant portion (55 of the 247 telephone contacts) received no treatment of any kind. Given the difficulty to begin the treatment process, the study of obstacles to the treatment<sup>12</sup> and the telephone follow-up evaluation of those cases that made initial contact by telephone or e-mail may be essential for the clinical approach of this clientele

## Discussion

Since this study is a description of the only network designed specifically for physicians practicing in Brazil, it gives the only description of a convenience sample of physicians under treatment, which is a way of assessing the epidemiological picture of physicians. The fact that all interviews were conducted by the same two interviewers increases the data reliability. However, the findings cannot be extrapolated to all physicians currently presenting problems resulting from mental disorders, which we believe still represent a considerable amount of cases not being treated.

Our experience showed that the profile of physicians contacting the network has been gradually changing, with a steady increase in the spontaneous search for treatment. In a previous study of substance dependent physicians,<sup>11</sup> we observed spontaneous search for treatment in 30.3% of the sample. This increase (52% in this sample) is a relevant finding, since it is associated with a higher rate of adherence to treatment among health professionals.<sup>13</sup>

Recognizing mental disorders, drug dependence, and suicidal behavior among physicians is very important. Unfortunately, these reports are often neglected, which consists in a serious obstacle to face the problem.<sup>14</sup> Preventive attitudes must be adopted, since there is epidemiological evidence showing that drug and alcohol problems are increasing among Brazilian college students, including medical students.<sup>15</sup>

We believe that better instruction in medical schools can improve early detection, as well as increase treatment seeking behavior and reduce self-medication. In our view, the support of agencies that regulate professional practice improves the visibility of the network. No resistance of the population served by this network was found during the study.

### **Acknowledgement**

We are grateful to State of Sao Paulo Regional Medical Council (CREMESP) for the strategic and financial support provided.

## References

1. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, Litts DA, Mann J, Mansky PA, Michels R, Miles SH, Proujansky R, Reynolds CF 3rd, Silverman MM. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289(23):3161-6.
2. Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: more important than ever. *Acad Med*. 2004;79(9):840-4.
3. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, Frost-Pineda K. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. *J Addict Dis*. 2006;25(1):15-21.
4. Firth-Cozens J. Doctors, their well being, and their stress. *BMJ*. 2003;326(7391):670-1.
5. Kerr-Correa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NM. Alcohol and drug use by Unesp medical students. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(2):95-100.
6. Williams S, Michie S, Pattani S. Improving the health of the NHS workforce. Report of the partnership on the health of the NHS workforce. London, UK: The Nuffield Trust; 1998.

7. Pattani A, Constantinovici N, Williams S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. *BMJ*. 2001;322(7280):208-9.
8. Harms BA, Heise CP, Gould JC, Starling JR. A 25-year single institution analysis of health, practice, and fate of general surgeons. *Ann Surg*. 2005;242(4):520-6, discussion 526-9.
9. PAIMM (Integral Care Programm for Sick Physicians). Manifesto of Barcelona, 2001. Produced by consensus in the 1st European Meeting PAIMM, 8 Nov 2001 by expert participants about care programmes in Europe for health professionals with mental disorders and addictive behaviours. [cited 8 jul 2006]. Available at: <http://paimm.fgalatea.org/eng/manifest.htm>
10. Katsavdakakis KA, Gabbard GO, Athey GI Jr. Profiles of impaired health professionals. *Bull Menninger Clin*. 2004;68(1):60-72.
11. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(3):139-43.
12. Fontanella BJ, Turato ER. Spontaneous harm reduction: a barrier for

substance-dependent individuals seeking treatment? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(4):272-7.

13. Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PC, Citero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Federal University of Sao Paulo. *Sao Paulo Med J.* 2004;122(4):1527.

14. Meleiro AM. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Brasil.* 1998;44(2):135-40.

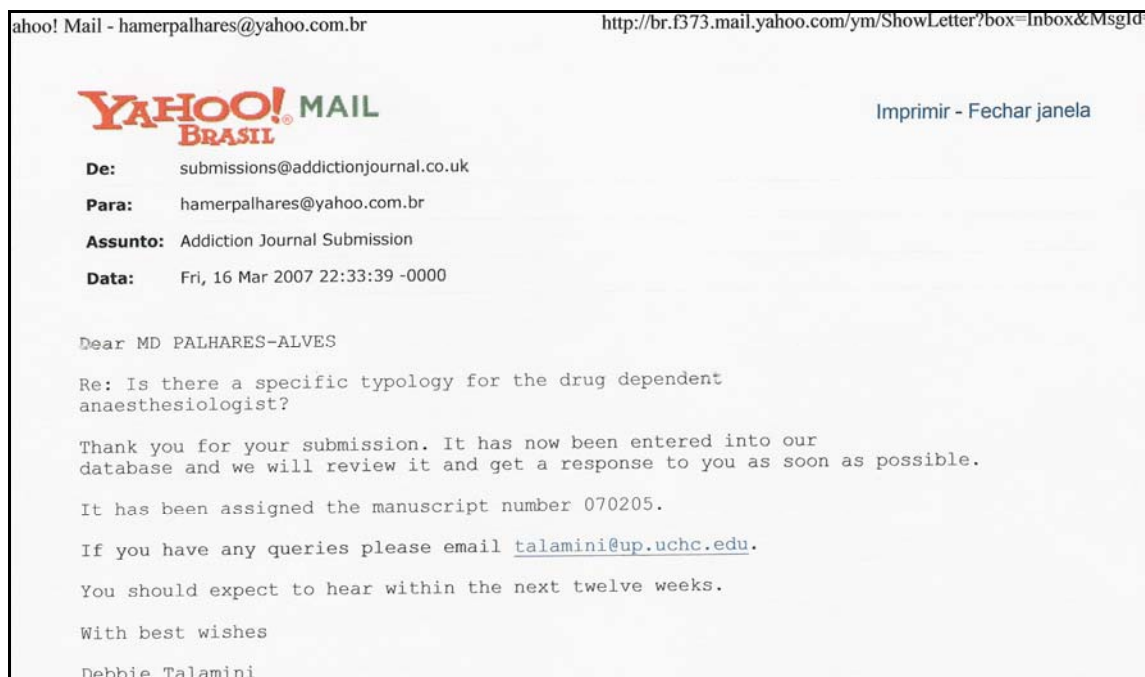
15. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrí S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo Campus in 1996 and 2001. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):185-93.

Table 1 - Main mental disorders in the population of 192 physician-patients\*

Diagnosis of disorders caused by psychoactive substances (ICD-10)			
Drug	Total	Harmful use	Dependence
	n (%)	n (%)	n (%)
Alcohol	104 (54.1)	21 (10.9)	83 (43.2)
Benzodiazepines	65 (33.8)	3 (1.5)	62 (32.3)
Opioids	54 (28.1)	4 (2.1)	50 (26.0)
Cocaine and crack	40 (20.8)	7 (3.6)	33 (17.2)
Marijuana	28 (14.5)	10 (5.2)	18 (9.3)
Amphetamines	13 (6.8)	4 (2.1)	9 (4.7)
Inhalants	2 (1.0)	1 (0.5)	1 (0.5)
Diagnosis of mental disorders (ICD-10)			
	n	%	
Depression (F32 and F33)	65	33.9	
Anxiety disorders (F41)	22	11.5	
Bipolar disorders (F31)	14	7.3	
OCD (F42)	5	2.6	
Schizophrenia (F20)	5	2.6	
Phobic disorders (F40)	3	1.5	
Attention deficit disorders and hyperactivity (F90)	3	1.5	
Pathological gambling (F63)	3	1.5	
Anorexia (F50)	1	0.5	
Personality disorders (F60)	31	16.1	
"Burnout" (Z73.0)	8	4.2	

\*This number may exceed 192, since various cases present multiple diagnoses

E-MAIL RESPOSTA À SUBMISSÃO DO ARTIGO  
“IS THERE A SPECIFIC TYPOLOGY FOR  
THE DRUG DEPENDENT ANAESTHESIOLOGIST?”





**Title: “Is there a specific typology for the drug dependent anaesthesiologist?”**

Short title: Typologies of dependent anaesthesiologists

Authors: 1. Hamer Nastasy Palhares-Alves<sup>1</sup>, MD; researcher and PhD student  
2. Luiz Antonio Nogueira-Martins, PhD<sup>2</sup>; researcher  
3. Ronaldo Ramos Laranjeira<sup>1</sup>, PhD; researcher and UNIAD's director  
4. Denise Leite Vieira, PhD <sup>1</sup>; researcher

<sup>1</sup> Alcohol and Other Drugs Research Unit - Federal University of São Paulo (UNIAD/UNIFESP)

<sup>2</sup> Associate Professor – Psychiatry Department at Federal University of São Paulo

The address where the work was carried out:

UNIAD, Federal University of São Paulo (UNIFESP)

Rua Botucatu, 394 zip code 04023-061 São Paulo – SP BRAZIL

Phone: 00 55 11 55751708 Fax: 00 55 11 55795643 <http://www.uniad.org.br>

Author who will check proofs and receive correspondence and offprints:

**Hamer Nastasy Palhares-Alves**

**Rua Botucatu, 394 zip code 04023-061 São Paulo – SP BRAZIL**

**Phone: 00 55 11 55751708 Fax: 00 55 11 55795643 mobile: 00 55 11 83350866**

**E-mail: [hamerpalhares@yahoo.com.br](mailto:hamerpalhares@yahoo.com.br)**

Any Conflict of Interest declaration: **No conflict of interest**

This study was financed by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) – Process N° 141366/2003-6.

**“Is there a specific typology for the drug dependent anaesthesiologist?”**

Hamer Nastasy Palhares-Alves, MD<sup>1</sup>; Luiz Antônio Nogueira-Martins, PhD<sup>2</sup>;

Ronaldo Laranjeira, PhD<sup>1</sup> and Denise Leite Vieira, PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Alcohol and Drugs Research Unit - Federal University of Sao Paulo (UNIAD/UNIFESP)

<sup>2</sup> Associate Professor – Psychiatry Department at Federal University of São Paulo

**Abstract**

**Aims:** To describe the clinical and socio-demographic profile within a sample of 57 Brazilian anaesthesiologists who had sought treatment for harmful use or dependence on alcohol and drugs, as well as to examine the hypothesis of a distinctive typology for drug dependence among anaesthesiologists. **Design:** Cross-sectional study. **Setting:** Between years of 2000 and 2006, data collection was conducted in a specific service designed to help sick doctors in Brazil. Data information gathered included: socio-demographical profile, diagnosis of substance abuse disorders and psychiatric comorbidity, as well as repercussions due to the misuse of drugs. **Participants:** All 57 anaesthesiologists who sought treatment were included. **Measurements:** Symptom Checklist for ICD-10 and a semi-structured interview to collect socio-demographical profile, reasons for seeking treatment, drug career as well as consequences of substance misuse. **Findings:** The sample was predominantly male (77.2%), married (42.1%), mean age of 36.1 years ( $Sd= 8.5$ ). There was a high prevalence of use of opiates (59.6%), benzodiazepines (35.1%) and alcohol (35.1%). Opiate users reported having sought treatment earlier than

non-opiate users and had being strongly influenced by colleague pressure or by the Regional Medical Board and use of drugs as self-medication for physical or psychological problems was also higher within this subgroup. **Conclusions:** Our data suggests that anaesthesiologists consist in a distinctive typology of prescribing drugs users when compared with the general population and supports the hypothesis of insalubrity and environmental exposure as being important variables for onset and maintenance of drug dependence within this sample.

**Keywords:** Anaesthesiology, Mental health, Occupational Diseases, Substance Use Disorder, Physician.

**I. Introduction:**

The use of drugs is one of the main causes of work productivity loss and the forfeiture of a shortened productive lifetime(1). The prevalence of substance use among medical population is similar to the general population(2-5), or discretely lower(6, 7).

Anaesthesiologists are over-represented in studies involving chemically dependent doctors(8-10). Alves et al., in a study involving a clinic sample of 198 dependent physicians, verified that although the anaesthesiologists had represented around 3% of the medical population, they had constituted 12.5% of the studied sample(11). Barreiro et al. compared non-clinical populations of anaesthesiologists (n=111) and general practitioners (n=134), observed that the frequency of the problems related to substance use was twofold greater among anaesthesiologists(12). In addition, the mortality rate due to suicide and substance abuse among anaesthesiologists is higher than among physicians of other specialties(13, 14).

The misuse of opiates among anaesthesiologists has been widely reported on the medical literature(8, 10, 15): the incidence of known opiate abuse was 1.0% among faculty members and 1.6% among residents and Fentanyl was the controlled substance most often abused(16).

Studies involving doctors can be carried out in three main *modus operandi*(17): epidemiological surveys; analysis of the doctors submitted to disciplinary

processes; or analysis of the clientele attended in services targeting specifically the population of physicians. This issue is difficult to approach due to particularly strong denial among doctors and their fear of consequences, such as losing their jobs and professional status. Considering these factors, we used a convenience sample, i.e., in this study we analyzed a sample of anaesthesiologists who had sought treatment for alcohol and drug dependence in a service specifically designed to help sick doctors.

The aims of the study were: 1) To describe socio-demographic and occupational characteristics and the reason for seeking help by anaesthesiologists under treatment for chemical dependence; 2) To list the psychiatric comorbidities most often encountered; 3) To report upon the drugs most frequently consumed, as well as the diverse repercussions of their use, using association tests (chi-squared); 4) To observe associations between the use of the various psychoactive substances and the descriptive variables, exploring correlations that might test the hypothesis of different typologies among drug dependent anaesthesiologists.

### **Method**

The study was carried out at the Alcohol and Drugs Research Unit (UNIAD), Psychiatry Department, Paulista School of Medicine - Federal University of Sao Paulo (EPM/UNIFESP), Brazil. Subjects: All of the anaesthesiologists with a diagnosis of harmful use or substance dependence, who had been in outpatient treatment during the previous seven years, were included. Those

anaesthesiologists sought treatment via a specific centre for helping drug dependent doctors, named Physician Support Network, a service that provide assistance for doctors of the State of Sao Paulo, which main goals are to reduce the disabilities arising from various mental disorders and chemical dependence; ensure prompt access to treatment; and to protect both the doctor and the public. The network is headquartered at the UNIAD. Fifty seven anaesthesiologists were approached, 44 (77.2%) being male and 13 (22.8%) female. Mean age when treatment was sought was 36.1 years ( $sd=8.5$ )

Procedures: Two interviewers were trained to carry out a semi-structured assessment, lasting approximately 90 minutes, registering socio-demographic occupational data; patterns of psychoactive substance use; data related to alcohol/drug dependence as well as the presence of psychiatric disorders. Psychiatric diagnoses were compiled using a Symptom Checklist based on the ICD-10 criteria(18). Correlated variables, such as unemployment, marital problems, car crashes, psychiatric hospital admissions, change in medical specialty, professional problems and problems with Regional Medical Board, as well as the use of self-medication as a contributor factor for the onset of drug dependence were dichotomously assessed as to their occurrence (yes/no).

Statistical Analysis: Descriptive analyses were conducted to describe the demographic profile of the sample. The categorical variables were described using simple frequencies and for the numerical variables the mean ( $M$ ) and the

standard deviation (*sd*) were calculated. Chi-square test was used to verify the association between the variables using a significance level of 5%.

This study was approved beforehand by the Research Ethics Committee of the Federal University of Sao Paulo, process number 1230/03.

## **Results**

The profile description is presented in Table 1.

INSERT TABLE 1 HERE

As to the most frequent patterns of substance use disorders, the majority of the doctors presented drug misuse (including harmful use and dependence), without diagnosis related to alcohol (37 cases or 64.9%), whereas ten presented problems both with alcohol and drugs (17.5%) and a third group of ten (17.5%) of these doctors had misused alcohol, exclusively.

The use of opiates was reported by 34 anaesthesiologists (59.6%), being the most consumed class of psychoactive substance within our sample. Among those who had used drugs, other than alcohol, 23 (40.4%) had used exclusively one drug and 24 (42.1%) had presented problems due to two or more drugs.

Substance use and mental disorders are presented in Table 2.

INSERT TABLE 2 HERE

**Analysis of associations:****1. A COMPARISON OF OPIATE USERS AND NON-USERS**

As it is shown in Table 3, the opiate users tended to seek treatment more precociously ( $p=0.048$ ). The major difference occurred in the group of those who had sought help less than one year after the onset of their problem.

INSERT TABLE 3 HERE

**2. DRUG CAREER ONSET ANALYSIS.**

Sixteen (28.1%) of the 57 anaesthesiologists started their problematic substance use with alcohol; 19 (33.4%) began by using opiates, 10 (17.5%) began with benzodiazepines, whilst 12 (21.0%) started with street drugs. Anaesthesiologists who had started by using alcohol sought treatment later ( $p=0.037$ ).

Anaesthesiologists who started their drug career using illicit drugs, presented dependence upon a significantly greater number of drugs ( $p<0.001$ ) than those who had begun with other substances.

The rate of doctors who had reported self-medication was higher among those who started using opiates (89.5%) or other drugs (81.8%), when compared with those who started misusing alcohol (50.0%), ( $p=0.021$ ).



## **Discussion**

The socio-demographic and clinical profile observed within this sample is in agreement with the hypothesis of a different typology for the drug dependent anaesthesiologist when compared to the general population: they have a history of a later onset, they usually consume only opiates and the use of self-medication for physical and psychological pains is more common than the use for recreational purposes(19).

Our findings showed a considerable number of consequences related to drug misuse faced by our sample, including car crashes (12 cases or 21.1%), marital problems (30 cases or 52.6%), unemployment (10 cases or 17.5%), professional problems (50 cases or 87.7%), and previous hospitalization for drug abuse (16 or 29.1%). Problems with the Regional Medical Board were also significant (14 cases or 24.6%). Contrarily to what is reported in the literature about doctors(20), we found that our sample has had more professional problems than familiar problems which we associate with the fact that some prescribing drugs are deviated or consumed at work place.

A striking difference was observed between the profiles of the contemplated opiate dependent anaesthesiologists in this study and the opiate users in the general population comparing with findings from Epidemiological Catchment Area(21): among anaesthesiologists the frequency of psychiatric co-morbidities was less common (44.1% and 65.2% %, respectively), as well as the prevalence of personality disorders (10.5% and 36.7%, respectively). Furthermore, alcohol problems were less frequent among anaesthesiologists

who misuse opiates (23.5% and 65.9%). Also, the drugs involved were different (the opiates used by the anaesthesiologists were mainly Meperidine and Fentanyl).

We identified three different drug abusers subgroups in our sample: one group of an earlier onset of substance use, misusing a greater number of drugs, (18 cases or 31.6%); other group being exclusively composed by alcohol dependents (10 cases or 17.5%), that were older at the detection of problem and presented a greater delay for seeking help, and a third group constituted of individuals who did not show any history of dependence until experimenting opiates or benzodiazepines (29 cases or 50.9%), generally via intravenous route.

Some of our findings pointed out for different characteristics of the opiate dependent anaesthesiologists. They were younger ( $p=0.037$ ) and reach out for treatment earlier than non-opiate users ( $p=0.048$ ). This age coincides with residency training and early years of solo practice, which we consider a vulnerable period of the medical career(22). Self-medication was also higher among opiate users (91.2%) than non-users (52.2%), and this issue deserves attention since it could be a potential risk factor for dependence of prescription drugs among anaesthesiologists ( $p=0.001$ ). The reasons for seeking help were different for opiate users, mainly voluntarily or via colleagues'/Regional Medical Board pressure ( $p=0.013$ ). Also, the fact that an expressive number of the drug abuser anaesthesiologists had started their drug career with opiates (or in the

benzodiazepines), raised a hypothesis of a different typology among anaesthesiologists, when compared with substance dependence in general population, specially for those who had abused prescription drugs (opiates and benzodiazepines).

Our findings drew attention to the specific occupational factors of this profession, such as the insalubrity of the work; easy access to highly addictive drugs (15); pharmacological optimism; the loss of taboo concerning syringes and injections, self-medication(23) and, finally, environmental exposure (contamination of the environment with aerosolized drugs which can lead to sensibilization of neuronal receptors and an increased curiosity towards experimentation, similarly to that which occurs with passive smoking(24, 25).

Such a hypothesis brings up the need of a wider discussion about the pertinence of the recognition of chemical dependence among anaesthesiologists as an occupational illness, which would bring up important changes in the manner of dealing with this clientele, recruiting the concern of other colleagues, guarantying employment rights and, finally, favouring an essential empathic comprehension in order to deliver dignified and effective treatment. It is worth underlining that there is evidence that these opiates can rapidly induce a person to dependence – a study with North American soldiers observed that 73% of those who had consumed opiates five times had become dependent(26).

The phenomenon of specialty change, which occurred with 5 (8.8%) of the subjects in the sample, needs to be studied in more depth, since it tends to be a necessary measure for protecting the doctor and the public from the harmful consequences of opiate dependency, this change being vital in many cases(27).

One of the specific features of drug addiction in anaesthesiologists is that the doctor who is afflicted may not seek help, because of fearing professional consequences. Therefore, it is our responsibility to care and guide colleagues to treatment(10). Preventive measures are needed as well as support and intervention in the workplace, since there is evidence that drinking and illicit drug use among medical students' increases significantly during college(4). Guidance during the undergraduate medical course and medical residency about the risks of involvement with dependent substances, as well as the development of services and tutorial programs(28) and of attention to students', residents' and post-graduate doctors' mental health(22, 29-31) as well as medical anaesthesiologists, could play a decisive role in precocious detection and on the incidence of chemical dependence within this specialty. Providing support for doctors is only the first step, but it will not have a great impact, unless there is a change in the profession's culture of not seeking help(32). Specific services are needed to help doctors facing particular obstacles, which cannot be provided at common services(33).

**Limitations:**

This study analysed 57 doctors under treatment. Consequently, it is not possible to extrapolate our conclusions to cover all anaesthesiologists' population who need care for psychoactive substance misuse. Nevertheless, the number of patients allocated in this sample was representative of the Brazilian panorama regarding anaesthesiologists under treatment for chemical dependence. The fact that the team had chosen a convenience sample, i.e., anaesthesiologists who had sought out treatment in a reference centre, could have interfered in the classes of substances found, constituting a bias factor. Thus, it is highly probable that the number of anaesthesiologists who have problems with alcohol is higher than those who have problems with opiates.

The number of doctors in this sample was insufficient to demonstrate more subtle tendencies; since we were dealing with a "hide away" clientele, of difficult access, even though the team pondered that this data is relevant for a better understanding of the difficulties faced by this population.

We have worked with dichotomised variables, which superficially describe the phenomenon of chemical dependence. Thus, qualitative studies are necessary for a better understanding of the dependent anaesthesiologist, as well as follow-up studies that would indicate risk factors and prognostics.

The fact that all interviews were conducted by the same two interviewers increases the reliability of the data and our findings may contribute for the understanding of the process of substance misuse among these clientele.

**Acknowledgments:**

The team would like to thank the strategic and financial support received from the Regional Medical Board of the State of Sao Paulo (CREMESP).

## REFERENCES

1. MURRAY, C. J. & LOPEZ, A. D. (1997) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study, *Lancet*, 349, 1436-42.
2. BREWSTER, J. M. (1986) Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians, *Jama*, 255, 1913-20.
3. SKIPPER, G. E. (1997) Treating the chemically dependent health professional, *J Addict Dis*, 16, 67-73.
4. NEWBURY-BIRCH, D., WALSHAW, D. & KAMALI, F. (2001) Drink and drugs: from medical students to doctors, *Drug Alcohol Depend*, 64, 265-70.
5. BALDISSERI, M. R. (2007) Impaired healthcare professional, *Crit Care Med*, 35, S106-16.
6. ANTHONY, J., EATON, W., MANDELL, W. & ET AL. (1992) Psychoactive drug dependence and abuse: more common in some occupations than in others?, *J Employee Assistance Res*, 1, 148-186.
7. STINSON, F., DEBAKELY, S. & STEFFENS, R. (1992) Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and/or dependence among selected occupations., *Alcohol Health Res World*, 16, 165-172.
8. SPIEGELMAN, W. G., SAUNDERS, L. & MAZZE, R. I. (1984) Addiction and anesthesiology, *Anesthesiology*, 60, 335-41.
9. TALBOTT, G. D., GALLEGOS, K. V., WILSON, P. O. & PORTER, T. L. (1987) The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty, *Jama*, 257, 2927-30.
10. FARLEY, W. J. (1992) Addiction and the anaesthesia resident, *Can J Anaesth*, 39, R11-7.
11. ALVES, H. N., SURJAN, J. C., NOGUEIRA-MARTINS, L. A. et al. (2005) [Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians.], *Rev Assoc Med Bras*, 51, 139-43.
12. BARREIRO, G., BENIA, W., FANCOLINO, C. & ET AL. (2001) Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay, *Anest Analg Reanim*, 17, 20-25.

13. CARPENTER, L. M., SWERDLOW, A. J. & FEAR, N. T. (1997) Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants, *Occup Environ Med*, 54, 388-95.
14. ALEXANDER, B. H., CHECKOWAY, H., NAGAHAMA, S. I. & DOMINO, K. B. (2000) Cause-specific mortality risks of anesthesiologists, *Anesthesiology*, 93, 922-30.
15. KINTZ, P., VILLAIN, M., DUMESTRE, V. & CIRIMELE, V. (2005) Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis, *Forensic Sci Int*, 153, 81-4.
16. BOOTH, J. V., GROSSMAN, D., MOORE, J. et al. (2002) Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs, *Anesth Analg*, 95, 1024-30, table of contents.
17. KATSAVDAKIS, K. A., GABBARD, G. O. & ATHEY, G. I., JR. (2004) Profiles of impaired health professionals, *Bull Menninger Clin*, 68, 60-72.
18. JANCA, A. & HILLER, W. (1996) ICD-10 checklists--a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, *Compr Psychiatry*, 37, 180-7.
19. HUGHES, P. H., BALDWIN, D. C., JR., SHEEHAN, D. V., CONARD, S. & STORR, C. L. (1992) Resident physician substance use, by specialty, *Am J Psychiatry*, 149, 1348-54.
20. BROOKE, D. (1997) Impairment in the medical and legal professions, *J Psychosom Res*, 43, 27-34.
21. REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S. et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *Jama*, 264, 2511-8.
22. NOGUEIRA-MARTINS, L. A., FAGNANI NETO, R., MACEDO, P. C., CITERO, V. A. & MARI, J. J. (2004) The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report, *Braz J Med Biol Res*, 37, 1519-24.
23. SANZ YAGUEZ, F. & LOPEZ CORBALAN, J. C. (1999) [Abuse of psychoactive drugs among health professionals], *Rev Esp Anestesiol Reanim*, 46, 354-8.



24. GOLD, M. S., BYARS, J. A. & FROST-PINEDA, K. (2004) Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications, *Psychiatr Clin North Am*, 27, 745-53.
25. GOLD, M. S., MELKER, R. J., DENNIS, D. M. et al. (2006) Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis, *J Addict Dis*, 25, 15-21.
26. LOWINSON, J. H. (1997) *Substance abuse : a comprehensive textbook* (Baltimore, Williams & Wilkins).
27. COLLINS, G. B., McALLISTER, M. S., JENSEN, M. & GOODEN, T. A. (2005) Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey, *Anesth Analg*, 101, 1457-62.
28. MARCOLINO, J. A. M., VIEIRA, J. A., PICCININI FILHO, L. & MATHIAS, L. A. S. T. (2004) Mentoring during Residency in Anesthesiology. The Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, São Paulo Program., *Rev Bras Anesthesiol*, 54, 438-447.
29. NOGUEIRA-MARTINS, L. A., STELLA, R. C. & NOGUEIRA, H. E. (1997) A pioneering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of Sao Paulo, *Sao Paulo Med J*, 115, 1570-4.
30. FAGNANI NETO, R., OBARA, C. S., MACEDO, P. C., CITERO, V. A. & NOGUEIRA-MARTINS, L. A. (2004) Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de Sao Paulo, *Sao Paulo Med J*, 122, 152-7.
31. PITT, E., ROSENTHAL, M. M., GAY, T. L. & LEWTON, E. (2004) Mental health services for residents: more important than ever, *Acad Med*, 79, 840-4.
32. GRASKE, J. (2003) Improving the mental health of doctors, *Bmj*, 327, s188.
33. STRANG, J., WILKS, M., WELLS, B. & MARSHALL, J. (1998) Missed problems and missed opportunities for addicted doctors, *Bmj*, 316, 405-6.

**Table 1: Descriptive characteristics of 57 drug dependent anaesthesiologists.**

Variables	N (%)
<b>Gender</b>	
Male	44 (77.2%)
Female	13 (22.8%)
<b>Marital Status</b>	
Single	19 (33.3%)
Married	28 (49.1%)
Separated	8 (14.0%)
Widower	2 (3.5%)
<b>Age when treatment was sought</b>	36.1 (sd= 8.5)
<b>Age when problem began</b>	32.1 (sd= 7.5)
<b>Time interval between start of problem and beginning of treatment</b>	4.0 (sd=5.4)
<b>Manner through which treatment was sought</b>	
Voluntary	22 (38.6%)
Family Pressure	14 (24.6%)
Pressure from colleagues /RMB*	21 (36.9%)
<b>Use of drugs for self-medication (Yes)</b>	43 (75.4%)
<b>Previous hospitalization for drug abuse (Yes)</b>	16 (29.1%)
<b>Marriage problems</b>	30 (52.6%)
<b>Car accidents</b>	12 (21.1%)
<b>Unemployment</b>	10 (17.5%)
<b>Professional problems</b>	50 (87.7%)
<b>Problems with the RMB</b>	14 (24.6%)
<b>Change of Specialty</b>	5 (8.8%)

N= 57 \*RMB=Regional Medical Board

TABLE 2. Substance use and mental disorders among 57 anaesthesiologists*			
Diagnosis of Disorders caused by Psychoactive Substances			
Drug	Total	Harmful Use	Dependence
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Alcohol	20 (35.1%)	7 (12.3%)	13 (22.8%)
Benzodiazepines	20 (35.1%)	3 (5.2%)	17 (29.8%)
Opiates	34 (59.6%)	4 (7.0%)	30 (52.6%)
Cocaine and Crack	3 (5.2%)	3 (5.2%)	0 (0%)
Marijuana	6 (10.5%)	4 (7.0%)	2 (3.5%)
Amphetamines	6 (10.5%)	2 (3.5%)	4 (7.0%)
Inhalants	1 (1.8%)	1 (1.8%)	0 (0%)
Diagnosis of Mental Disorders (ICD 10)			
	<i>n</i>	%	
Total of comorbidity cases (dual diagnosis)	24	42.1	
Depression (F32 and F33)	12	21.0	
Personality Disorders (F60)	6	10.5	
Bipolar Disorders (F31)	5	8.7	
Anxiety Disorders (F41)	4	7.0	
Schizophrenia (F20)	1	1.7	
*This number may exceed 57, since various cases presented multiple diagnoses.			

**TABLE 3: A COMPARISON BETWEEN ANAESTHESIOLOGISTS - OPIATE USERS AND NON-USERS**

Variable	Opiate user (n=34)	Non-user (n=23)	p-value
<b>Time interval before seeking treatment</b>			
Less than 1 year	12 (35.3%)	3 (13.0%)	0.048
Between 1 and 5 years	17 (50.0%)	10 (43.5%)	
Between 6 and 15 years	4 (11.8%)	9 (39.2%)	
More than 15 years	1 (2.9%)	1 (4.3%)	
<b>Manner of seeking treatment</b>			
Voluntary	15 (44.1%)	7 (30.4%)	0.013
Family Pressure	4 (11.8%)	10 (43.5%)	
Pressure from Colleagues/RMB**	15 (44.1%)	5 (21.7%)	
<b>Number of illicit drugs used</b>	0.94	1.39	NS*
<b>Mean Age</b>	36.50 (sd=7.68)	41.43 (sd=9.75)	0.037
<b>Sex (Male)</b>	24 (70.6%)	18 (85.7%)	NS
<b>Self-Medication (Yes)</b>	31 (91.2%)	12 (52.2%)	0.001
<b>Unemployment (Yes)</b>	7 (20.6%)	4 (17.4%)	NS
<b>Professional Problems (Yes)</b>	32 (94.1%)	18 (78.3%)	NS
<b>Ethical-Legal Problems (Yes)</b>	11 (32.4%)	3 (13.0%)	NS
<b>Change of Specialty (Yes)</b>	4 (11.8%)	1 (4.3%)	NS
<b>Marriage Problems (Yes)</b>	16 (47.1%)	14 (60.9%)	NS
<b>Car Crashes(Yes)</b>	5 (14.7%)	7 (30.4%)	NS
<b>Psychiatric Comorbidities (Yes)</b>	15 (44.1%)	9 (39.1%)	NS
<b>Hospitalization</b>	8 (23.5%)	9 (39.1%)	NS

\*NS= Not significant \*\* Regional Medical Board

**Padrões de uso de substâncias entre médicos dependentes de álcool e drogas, segundo especialidades.**

Authors: Hamer Nastasy Palhares-Alves<sup>1</sup>, Luiz Antônio Nogueira-Martins<sup>2</sup>, Ronaldo Ramos Laranjeira<sup>2</sup>, Denise Leite Vieira<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Medical Psychiatrist, Researcher at the Alcohol and Drugs Research Unit of the Paulista School of Medicine, Federal University of Sao Paulo (EPM/UNIFESP).

<sup>2</sup> Associate Professor at the Psychiatry Department (EPM/UNIFESP).

<sup>3</sup> Psychologist, Researcher at the Alcohol and Drugs Research Unit (EPM/UNIFESP).

**Correspondência**

Dr. Hamer Nastasy Palhares-Alves

Rua Botucatu, 390, Vila Clementino

CEP 04023-061, São Paulo, Brasil

Fone: (+55 11) 5575-1708 Fax: (+55 11) 5579-5643

[hamerpalhares@yahoo.com.br](mailto:hamerpalhares@yahoo.com.br)

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo N° 141366/2003-6.

Agradecemos ao apoio financeiro e estratégico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

**Resumo:**

**Objetivo:** Descrever características sócio-demográficas, diagnósticos do uso de substâncias psicoativas, comorbidades psiquiátricas e repercussões do uso em médicos atendidos em um serviço específico para médicos no Brasil. Avaliar diferentes padrões de início do consumo de substâncias e uso atual entre as diversas especialidades médicas. **Desenho:** Estudo transversal. **Método:** Foram realizadas entrevistas clínicas semi-estruturadas baseadas no CID-10 para diagnóstico de dependência de álcool e drogas, comorbidades psiquiátricas. **Resultados:** Foram atendidos 365 médicos no período de sete anos. Destes, 319 (87,4%) eram homens, idade média de  $38,6 \pm 10,5$  anos. O intervalo médio entre a identificação do problema e a busca de tratamento foi de  $5,8 \pm 7,3$  anos. Comorbidade psiquiátrica esteve presente em 188 casos (51,5%). Quanto ao início do uso problemático de substâncias, observamos diferentes perfis entre os blocos de especialidades sendo que as especialidades clínicas iniciaram predominantemente com o álcool, as especialidades cirúrgicas com álcool ou drogas de rua e anestesiologia principalmente com drogas de prescrição ( $p < 0,001$ ). A análise através do processo de árvores de classificação corroborou os achados de diferentes padrões de uso entre os blocos de especialidades em relação ao início do consumo de substâncias ( $p < 0,001$ ) e ao padrão de consumo ( $p = 0,021$ ). **Conclusões:** Os resultados suportam a hipótese de que existam diferentes perfis de início e consumo de substâncias entre médicos e que fatores

ambientais e de acesso a substâncias possam desempenhar um importante papel nesta clientela.

**Descritores:** Médicos; Transtornos por uso de substâncias; Doença profissional; Serviços de saúde mental; Saúde do Médico.

### **Abstract**

**Aims:** To describe socio-demographical profile, diagnosis related to substance misuse, psychiatric comorbidities and consequences in a sample of physicians attended in a service designed to help sick doctors in Brazil. To evaluate drug career onset and patterns of substance misuse among different medical specialties. **Study design:** Cross-sectional. **Method:** Semi-structured interview based on ICD-10 criteria was performed to investigate substance misuse diagnosis, as well as psychiatric comorbidities. **Results:** 365 physicians were assessed in seven years. Of those, 319 (87.4%) were male, mean age of  $38.6 \pm 10.5$  years. The mean interval between the detection of the problem and seeking treatment was  $5.8 \pm 7.3$  years. Dual diagnosis was presented by 188 cases (51.5%). In relation to drug career onset, we found different profiles when comparing subgroups of medical specialties, i.e., clinical specialties starting mainly with alcohol, surgical doctors beginning with alcohol or street drugs and anaesthesiologists starting with prescribing drugs ( $p < 0.001$ ). Classification trees analysis also showed similar results regarding drug career onset ( $p < 0.001$ ) and pattern of substance consumption ( $p = 0.021$ ) when association with medical specialties were performed. **Conclusions:** Our results support the hypothesis of different career onset and patterns of substance misuse among doctors and

that environmental factors and access to drugs may play an important role in this clientele.

**Keywords:** Physician; Substance use disorder; Occupational diseases; Mental Health Services; Doctor's Health.

### **Introdução**

O custo social do médico dependente químico é importante: tanto pelos encargos envolvidos na formação, como pela perda de anos de vida em idade produtiva e na exposição de pacientes a situações de risco.

A maioria das causas de aposentadoria e incapacidade de exercício profissional entre médicos decorre de problemas relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas (Talbott & Wright, 1987; Pattani et al., 2001).

Apesar de dispormos de estudos descritivos sobre a dependência de substâncias entre médicos, não há estudos sistemáticos que estabeleçam a prevalência da dependência entre médicos. De modo geral, é reconhecido que a frequência de dependência entre médicos, em alguma fase de sua vida, é semelhante à da população geral - em torno de 10 a 15% (Baldisseri, 2007).

Algumas especialidades apresentam maiores índices de dependência, como os que trabalham em situações de emergência, psiquiatras e anestesistas. Aqueles que trabalham de forma isolada também estão expostos a risco adicional. Por outro lado, pediatras, radiologistas e ginecologistas apresentam um menor índice de dependência (Mansky, 1996).



O aspecto cultural e a dificuldade dos médicos em aceitar problemas em seus colegas e em si bem como as dificuldades metodológicas, tornam a produção de conhecimento na área bastante influenciada por relatos anedóticos.

Os estudos com médicos podem ser realizados através de: 1) levantamento populacional, 2) análise da população submetida a processos disciplinares ou 3) análise de amostras clínicas (Katsavdakis, 2004). A descrição de amostras clínicas de médicos é importante pois os médicos com transtornos por uso de substância constituem um grupo de difícil identificação e acesso, dado o temor ao estigma, o medo de preconceito no trabalho e desemprego, o que resulta numa dificuldade de recrutamento de um número suficiente para análises estatísticas aprimoradas.

Optamos, neste estudo, por analisar uma amostra de médicos que buscaram tratamento por dependência química em um serviço específico para médicos. O objetivo deste serviço, resultado de um convênio entre o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) são: propiciar rápido acesso a tratamento psiquiátrico, reduzindo assim as incapacidades decorrentes de transtornos mentais e dependência química; realizar diagnóstico precoce, protegendo assim, o público e o médico enfermo. Este serviço é sediado na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas.

**Objetivos:**

Os objetivos deste estudo são:

- 1) Descrever características demográficas, especialidades médicas mais encontradas e razões de busca de ajuda entre médicos em tratamento por dependência química;
- 2) Descrever as comorbidades psiquiátricas mais encontradas.
- 3) Relacionar as drogas mais freqüentemente consumidas e as conseqüências relacionadas ao uso das substâncias através de testes de associações;
- 4) Descrever diferentes tipologias de médicos usuários de drogas, relacionando as diferentes especialidades médicas ao início do consumo de substâncias (“*drug career*”) e padrão de consumo, utilizando ferramentas de análises estatísticas (“árvores decisórias”).

**Métodos:**

O estudo foi conduzido na UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Uma entrevista semi-estruturada, de aproximadamente 90 minutos de duração, foi conduzida por dois psiquiatras treinados para melhorar a confiabilidade dos dados (dois primeiros autores). Coletaram-se dados sócio-demográficos, início do uso de substâncias (“*drug career*”). O diagnóstico do uso de substâncias e de comorbidades psiquiátricas foi feito através da

entrevista *Symptom Checklist*, baseada no ICD-10 (Janca, 1996). Repercussões do uso de substâncias tais como desemprego, problemas conjugais, acidentes automobilísticos, internações psiquiátricas, problemas profissionais e ético-legais foram anotados de forma dicotômica quanto à sua ocorrência (sim/não). Auto-medicação como forma de lidar com problemas psicológicos ou dor física foi anotada como positiva quando esta tenha colaborado para a gênese do uso problemático de álcool e drogas.

Sujeitos da amostra: Foram incluídos todos os médicos com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias que estiveram em tratamento ambulatorial nos últimos sete anos. A amostra foi composta pelos 365 médicos que buscaram tratamento em um serviço específico pioneiro para médicos dependentes no Brasil.

Classificamos a forma de busca de tratamento em três categorias: 1) voluntária, 2) por pressão de familiares e 3) por pressão de colegas, superiores ou pelo Conselho Regional de Medicina.

Para avaliar particularidades relacionadas ao ambiente de trabalho, como participação em centro cirúrgico, disponibilidade de drogas no centro cirúrgico e manuseio freqüente de drogas, dividimos os médicos em três blocos de especialidades: especialidades que freqüentam o centro cirúrgico – o qual denominamos bloco de especialidades cirúrgicas (cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia e obstetrícia), as especialidades clínicas e diagnósticas que não freqüentam o centro cirúrgico (bloco de especialidades clínicas) e a especialidade de anestesiologia.

Para análise de *drug career* e padrão de consumo, classificamos as drogas em três grupos: álcool, “*street drugs*” (maconha, cocaína e crack) e “*prescribing drugs*” (drogas cujo acesso é facilitado pela profissão, como anfetaminas, opióides e benzodiazepínicos). Foi considerada a droga de início de uso aquela para a qual foi primeiramente possível identificar uso nocivo ou dependência e não apenas o uso experimental.

Dados resultantes destas entrevistas foram usados de forma confidencial, conforme termo de consentimento esclarecido assinado pelos participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, protocolo 1230/03.

### **Análise Estatística**

Inicialmente foi realizada análise descritiva. As variáveis categóricas foram analisadas através de frequências simples e para as variáveis numéricas foram calculadas a média e o desvio padrão (DP). Para comparar médias entre dois grupos foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes e Análise de Variâncias, no caso de mais de dois grupos. Caso fosse verificada alguma diferença nas médias, procedeu-se às comparações múltiplas de *Duncan* para verificar quais grupos apresentavam médias diferentes. Para avaliar quais as drogas envolvidas no início de uso problemático (álcool, “*street drugs*” e “*prescription drugs*”) foi utilizado o CHAID - *Chi-square Automatic Interaction Detector* que se baseia na estatística de Qui-quadrado e identificação de grupos ótimos (Hair, 1998). Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

**Resultados:****I. Análise Descritiva:**

Foram obtidos dados pertinentes a 365 médicos em tratamento por dependência de álcool e drogas nos últimos 7 anos.

TABELA 1 – INSERIR AQUI.

As especialidades mais frequentemente envolvidas são apresentadas no gráfico 1.

GRÁFICO 1 – INSERIR AQUI.

Os principais transtornos mentais são apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – INSERIR AQUI

Quanto ao padrão de consumo de substâncias encontramos problemas com álcool e com drogas em 137 casos (37,5% da amostra), consumo exclusivos de drogas em 116 casos (31,8% da amostra) e consumo só de álcool em 112 casos (30,7%). Observamos que 37,5% por cento de nossa amostra apresentaram problemas com mais de uma droga, e que 13,2% apresentaram problemas com três ou mais drogas.

*Drug Career:* Observamos que a substância mais freqüentemente envolvida foi o álcool, sendo que 173 médicos (48,2%) começaram apresentando uso problemático desta droga. Em seguida, a droga de início mais freqüente foi a maconha (65 casos ou 17,8%), seguida pelos benzodiazepínicos (50 casos, 13,7%) e opiáceos (40 casos, 10,9%), ao passo que as demais drogas foram responsáveis por 8,5% (31 casos) do início da carreira de transtorno por uso de substâncias.

Observamos que o tempo para procura de tratamento foi menor que um ano em 24,2% da amostra, ao passo que 40,5% buscaram ajuda entre 1 e 5 anos do início do problema. No entanto, um quarto da amostra (25,6%) levou entre 6 e 15 anos para buscar ajuda e 9,7% buscaram ajuda em período superior a 15 anos.

## **II. Análise por blocos de especialidades**

*Drug career:* Quanto à droga de início de uso, observamos perfis diversos para os diferentes blocos de especialidades. O bloco de especialidades clínicas apresentou o álcool – 55,8% como droga de início de abuso, ao passo que as especialidades cirúrgicas apresentaram um perfil intermediário, onde o início foi através de álcool (42,5%), drogas ilícitas (36,1%) e 23% de uso de drogas de prescrição; e anestesiologia, onde o início do uso problemático de drogas se deu especialmente através do uso de drogas de prescrição controlada em 56,1% dos casos ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao uso de opióides como primeira droga de abuso, houve uma diferença importante entre clínicos, cirurgiões e anestesistas. Os clínicos tiveram problemas com opióides como primeira droga de abuso em 5,6% dos casos, contra 10,6% dos cirurgiões e 33% dos anestesistas ( $p < 0,001$ ). Novamente os cirurgiões constituem um grupo intermediário, apresentando diferenças significantes tanto em relação aos clínicos quanto aos anestesistas.

Não observamos diferenças de idade ao início de problemas entre as diversas especialidades, (média de 32,1, DP= 7,5 para anestesistas; 32,0, DP=8,2 para especialidades cirúrgicas e 33,4, DP=11,3 para especialidades clínicas). Não houve diferenças quanto à prevalência de comorbidades entre os três blocos.

### **III. Análise de Associações:**

Gênero: o início de problemas com substâncias foi semelhante entre homens e mulheres que apresentaram respectivamente 32,8 anos (DP=10,3) e 33,4 anos (DP=8,0), no entanto, o tempo médio para busca de auxílio terapêutico foi menor entre as mulheres (2,8 anos; DP= 3,6) do que entre os homens (6,2 anos; DP=7,6) ( $p < 0,001$ ). Houve diferenças nas drogas preferidas entre homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentaram um maior consumo de benzodiazepínicos (58,7%) do que os homens (31,0%),  $p < 0,001$  e também pelo uso maior de anfetaminas (23,9%) em relação aos homens (8,6%), ( $p = 0,002$ ). O número de drogas consumidas, entretanto, foi semelhante para os dois sexos. Não houve correlação entre sexo e a forma de

busca de tratamento (voluntária, por pressão de familiares ou pressão de colegas/Conselho Regional de Medicina).

Estado Civil: O estado civil associou-se com a idade de início de problemas: solteiros apresentaram problemas mais precocemente, 28,9 anos (DP=7,6) em relação aos casados (33,5 anos; DP=10,3), separados (36,7 anos; DP=11,0) e viúvos (36,7 anos; DP=35,3; DP=8,7) que apresentaram médias similares. Este mesmo padrão foi observado com relação à idade em que houve procura de auxílio sendo que os solteiros (32,4 anos; DP=8,8) procuraram auxílio mais precocemente em relação aos casados, separados/divorciados e viúvos que apresentaram respectivamente uma média de idade de procura de auxílio de 40,3 anos (DP=10,0), 40,8 anos (DP=10,0) e 45,0 anos (DP=10,7). Não observamos outras associações estatisticamente significantes com a variável estado civil.

Especialidade Médica:

Quando comparados aos demais médicos, a especialidade de anestesiologia mostrou uso de opiáceos em maior frequência, sendo que 34 casos (59,6%) dos anestesistas os utilizavam comparados a 72 (23,4%) de outras especialidades ( $p<0,001$ ). Não houve diferença em relação ao uso de benzodiazepínicos.

Entre anestesiólogos o padrão de consumo exclusivo de drogas (64,9% dos anestesistas e 25,9% para os demais médicos) é mais frequente ( $p<0,001$ ). A especialidade de anestesiologia apresentou um perfil diferenciado de forma de busca de auxílio terapêutico, quando comparada às demais especialidades médicas. Entre os anestesistas, a forma de busca de auxílio



através de pressão de colegas/Conselho Regional de Medicina que se relaciona mais diretamente a problemas no *setting* de trabalho, é mais relevante, contando com 36,9% da forma de busca de tratamento enquanto que essa forma ocorre em apenas dos 14,6% dos demais médicos ( $p<0,001$ ).

Nenhuma outra especialidade médica mostrou um padrão diferenciado em relação aos parâmetros acima apresentados. Não houve associação entre número de drogas consumidas pelo médico-paciente e especialidade médica.

Comorbidades Psiquiátricas: Observamos que a presença de comorbidades relacionou-se com o consumo de um maior número de substâncias (média de 2,2 drogas; DP=1,2) quando comparados aos médicos que não portavam diagnóstico de comorbidade psiquiátrica (média de 1,7; DP=1,1), sendo  $p<0,001$ . A presença de duplo diagnóstico não interferiu no intervalo até a busca de tratamento. Não houve relação entre comorbidades psiquiátricas e especialidade médica, problemas no casamento, ético-legais, profissionais ou desemprego, ou mudança de especialidade.

Intervalo até a busca de tratamento: Médicos que começaram a apresentar problemas com “*prescribing drugs*” tiveram uma tendência a procurar tratamento precocemente, quando comparados a usuários de “*street drugs*” ou álcool ( $p<0,001$ ). As repercussões associadas ao uso problemático de substâncias (desemprego, problemas no casamento, problemas ético-legais, problemas profissionais) não guardaram relação significativa com o intervalo de busca de tratamento. O mesmo observamos em relação ao número de drogas consumidas. Também não houve relação significativa entre o intervalo de tempo até a busca de auxílio e a razão de busca por tratamento.

#### **IV. Análise por Construção de Árvores de Classificação: CHAID**

Muitos estudos são realizados com o objetivo de verificar as inter-relações entre as variáveis através de Modelos Lineares como Regressão Linear, Logística, Análise de Variâncias, etc. Entretanto, na prática, ocorrem sérios problemas para estabelecer estas relações devido às interações entre as mesmas. Os métodos de classificação baseados em “árvores” (*classification trees*) fornecem respostas simples e de fácil interpretação. É importante ressaltar que este método é aplicável em situações nas quais há uma variável de interesse (variável dependente), a qual se deseja relacionar com as demais variáveis explicativas (por exemplo, relacionar “*drug career*” e especialidade médica). Os métodos baseados em “árvores” envolvem a divisão das observações em grupos que se diferenciam quanto ao comportamento da variável resposta. Foi adotado como um dos critérios de parada da árvore a formação de “nós pais” com pelo menos 100 observações e divisão de nós de forma a garantir que no mínimo cada “nó filho” com 50 casos. Para o processo de seleção das variáveis explicativas foi adotado um nível de significância de 5%.

##### **Drug career – CHAID:**

A construção da árvore decisória que relacionou especialidade médica e “*drug career*” revelou-se estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ) e pode ser observada no Gráfico 2.

## GRÁFICO 2 - INSERIR AQUI.

Observamos que os clínicos, pediatras, patologistas, radiologistas e homeopatas formam um grupo onde a substância de início do consumo de problemático é preferencialmente de álcool (60,5%), seguido por “*prescribing drugs*” (27,1%) e “*street drugs*” (12,4%). Um segundo grupo é formado pelos cirurgiões, ginecologistas, oftalmologistas, psiquiatras, médicos que não fizeram residência médica e neurologistas. Neste segundo grupo, o início de problemas ocorreu com o consumo de álcool (49%), em menor frequência que no bloco anterior, seguido de “*street drugs*” (34,0%) e “*prescribing drugs*” (17,0%). O terceiro grupo seria constituído pelos endoscopistas, anestesiológicos, otorrinolaringologistas e ortopedistas formando um grupo onde o padrão predominante é o de problemas iniciais com “*prescribing drugs*” (54,5%), com menor importância do álcool (29%) e de “*street drugs*” (19,5%).

Quanto ao relacionamento entre especialidade médica e *drug career* através do procedimento de árvore decisória, encontramos quatro grupos distintos, como pode ser observado na Gráfico 3, ( $p=0,021$ ).

## GRÁFICO 3 – INSERIR AQUI

Outras tentativas de construção de árvores decisórias foram empreendidas, assentadas em parâmetros clínicos, tais como especialidades em relação à idade de início de uso, ou em relação à quantidade de drogas

consumidas ou problemas ético-legais. Estas, no entanto, não retornaram resultados estatisticamente significantes.

### **Discussão**

A distribuição por gêneros é compatível com dados da literatura internacional, onde os homens constituem a maioria dos dependentes de substâncias (Robins et al., 1991). O consumo de benzodiazepínicos e anfetaminas entre mulheres mostrou-se maior que entre os homens, o que sugere a hipótese de auto-medicação, respectivamente, para ansiedade e para controle/perda de peso. Cabe lembrar que o Brasil é o país que mais abusa do consumo de anfetaminas (INCB, 2007) e que o otimismo farmacológico dos médicos pode relacionar-se com ou refletir a prescrição exagerada à população. Também se mostrou significativa a diferença de tempo de evolução da doença até a busca de tratamento, sendo que os homens levaram o dobro de tempo para procurar ajuda ( $p < 0,001$ ). Supomos que os homens apresentam maior dificuldade de reconhecer problemas psicológicos e que haja uma forte influência cultural na dificuldade de busca de auxílio por estes.

Foi detectada uma grande relevância do uso de benzodiazepínicos e opióides na população de médicos em tratamento (34,2% e 29,6%, respectivamente), o que é compatível com a literatura internacional, que sugere um uso até 5 vezes superior ao da população geral (Gallegos et al., 1988; Hughes et al., 1992).

Observamos uma super-representação dos médicos anestesistas, uma vez que correspondem a aproximadamente 6% dos médicos brasileiros

(Conselho Federal de Medicina, 2004) e totalizaram 15,5% de nossa amostra. Outros estudos mostraram resultados semelhantes (Alves et al., 2005, Lutsky 1991, Talbott et al, 1987). Não é possível afirmar que haja mais anestesistas dependentes químicos, ainda que eles estejam super-representados em nossa amostra (Lutsky, 1994). Este fato pode ter as seguintes explicações: melhor organização da especialidade, maior conscientização por parte dos chefes de serviço de anestesiologia, a evolução rápida do padrão de consumo entre dependentes de opióides e o fato das substâncias serem desviadas e/ou consumidas no ambiente de trabalho.

Por outro lado, algumas especialidades estiveram menos representadas, conforme também é observado na literatura médica (Baldisseri, 2007), como é o caso dos ginecologistas e dos pediatras, o que nos fez cogitar a hipótese da satisfação e do reconhecimento profissional como fatores protetores para estes subgrupos, a ser mais bem pesquisada.

Do total, 188 médicos (51,5%) apresentavam comorbidades. Este ponto demanda uma avaliação cuidadosa, uma vez que a presença de duplo diagnóstico influencia no prognóstico do médico com transtorno por uso de substâncias psicoativas, aumentando o risco de recaídas (Domino et al., 2005). O fato da presença comorbidades não interferirem no intervalo até a busca de tratamento, sugere uma dificuldade de reconhecimento de patologias psiquiátricas tanto em si mesmo quanto pelos colegas. Recomenda-se uma abordagem integrada e simultânea da dependência e do transtorno mental (Alves et al., 2004).

Mais de um terço dos componentes da amostra (35,3%) levaram mais de 6 anos para buscar auxílio terapêutico, o que condiz com o tempo que os médicos levam para buscar auxílio na literatura sobre o tema (Brooke, 1991). Aqueles que apresentaram intervalo mais longo podem ter um pior prognóstico (O'Brien et al., 1996), assim, é preocupante o fato de 9,7% de nossa amostra ter procurado tratamento após 15 anos de evolução da doença.

Observamos que o bloco de especialidade clínica teve um padrão de consumo onde o álcool foi mais importante que as drogas de rua e que as drogas de prescrição quando comparado com o bloco de especialidades cirúrgicas e com os anestesistas.

A diferença de consumo de classes de substâncias entre os blocos de especialidades favorece a hipótese da exposição ambiental (contaminação do ar por partículas volatilizadas de anestésicos como meperidina, propofol e fentanyl, especialmente no ar expirado pelo paciente, que forneceria um risco extra aos anestesistas, como resultado de um processo de sensibilização de receptores). A hipótese de insalubridade do centro cirúrgico também é plausível como provável fator de risco para o uso problemático de “*prescribing drugs*”, dado o fato de cirurgiões apresentarem índices maiores de dependência de drogas de fácil acesso - como opióides e benzodiazepínicos injetáveis - uma vez comparados aos clínicos. Os cirurgiões apresentam, entretanto, menores taxas de uso de opióides e benzodiazepínicos, quando comparados aos anestesistas.

Cabe citar que há perfis bastante diferenciados em relação ao padrão de consumo (Gráfico 3): em um extremo, o grupo constituído pelos médicos das

especialidades de clínica médica, patologia, radiologia e saúde pública com um padrão onde o consumo de álcool isoladamente foi a forma mais comum de dependência (50 casos ou 44,2%), ao passo que, no outro extremo, o grupo constituído por anestesistas, otorrinolaringologistas e endoscopistas com um padrão de consumo exclusivo de drogas foi predominante (41 casos ou 66,1%).

Observamos que anestesistas, endoscopistas e otorrinolaringologistas, constituíram um grupo homogêneo tanto para *drug career* (início predominantemente com drogas de prescrição) bem como para o padrão atual de consumo (consumo só de drogas, em sua maioria). Acreditamos que o tamanho amostral pode ter enviesado este resultado, no entanto, é possível vislumbrar fatores ambientais semelhantes entre endoscopistas e anestesistas: trabalho independente, manipulação de drogas endovenosas potentes, exposição ambiental e facilidade de acesso a estes fármacos.

Todas as análises empreendidas mostraram que os anestesistas e especialidades cirúrgicas apresentam perfis diferentes no que tange às drogas de escolha (seja na *drug career*, seja no padrão de uso atual). Assim, ponderamos que mais importante que a disponibilidade ambiental da droga, semelhante entre cirurgiões e anestesistas, outros fatores explicativos podem colaborar para explicar tais achados. Consideramos que o trabalho independente, a exposição ambiental e o manuseio direto destas substâncias podem relacionar-se a um maior risco de dependência de opióides, aspectos estes particulares de anestesistas e endoscopistas.

Consideramos que as análises através das “árvores de classificação” (CHAID) corroboraram a intuição clínica assentada nos “blocos de especialidades”, tanto para o início do consumo de substâncias (“*drug career*” – Gráfico 2), quanto para o padrão atual de consumo de substâncias (Gráfico 3).

Observamos que o padrão de início mais comum é o uso de álcool. Esta também foi a droga mais utilizada em nossa amostra. Assim, a prevenção de problemas com álcool, a limitação da venda de bebidas alcoólicas nas faculdades de medicina e a abordagem através de projetos de tutoria e “*peer assessment*”, podem ser alternativas para forjar padrões de consumo menos problemáticos desta substância. Há evidências epidemiológicas mostrando que problemas com álcool e drogas têm aumentado entre estudantes de medicina no Brasil (Stempliuk et al., 2005), e que estudantes necessitam de mais educação sobre dependências, mas há um hiato no currículo das faculdades de medicina (Gavin et al., 2006). Os médicos constituem uma das populações mais desassistidas em termos de saúde mental, o que justifica uma abordagem específica, através de serviços próprios para médicos (PAIMM, 2001).

### **Limitações**

Utilizamos dados de uma amostra clínica de 365 médicos, ainda assim, não é possível generalizar suas conclusões para a população de médicos com problemas relacionados ao uso de substâncias. O número de pacientes pode ser considerado, com alguma cautela, representativo da situação dos médicos em tratamento por transtornos por uso de substâncias psicoativas.



Assim, é bastante provável que o número de médicos que tenham problemas com álcool seja ainda mais importante que o apresentado, pois trabalhamos com uma amostra de conveniência, constituída por pacientes-médicos de um serviço especializado (prevenção terciária).

Ponderamos que estes dados são relevantes para melhor compreensão das dificuldades enfrentadas por esta população por tratar-se de uma clientela “escondida”, de difícil acesso. Contudo, consideramos que o número de médicos de nossa amostra é insuficiente para mostrar tendências mais sutis.

O fato de trabalharmos com variáveis dicotômicas descreve superficialmente o fenômeno da dependência química. Assim, estudos qualitativos são necessários para melhor compreensão do médico dependente, bem como estudos de seguimento que indiquem fatores de risco e prognósticos.

O trabalho em atividade de emergência não foi analisado, o que constitui um viés de nosso estudo. Dado o padrão temporário e não regular desta atividade entre os médicos (que frequentemente trabalham na emergência no início da carreira, mas aos poucos vão deixando estas atividades), a divisão em classes, considerando a emergência como uma especialidade médica, mostrou-se problemática e imprecisa, motivo pelo qual não a empregamos.

Não consideramos em nossa análise parâmetros importantes utilizados na análise tipológica dentro da pesquisa acerca da dependência de álcool e drogas, como por exemplo, o conceito de “*internalizing*” e “*externalizing disorders*” (fatores relacionados à personalidade prévia e temperamento). (Kendler et al. 2003).

Tal limitação deve ser citada, dado que fatores de risco distais como genética (Messas et al., 2004) e influencias ambientais remotas - como ambiente familiar e padrões aprendidos de consumo de substâncias - são importantes para a gênese da dependência. Focamos, no entanto, nos fatores ambientais e ocupacionais em nosso trabalho.

Não incluímos problemas com tabagismo, bem como importantes repercussões do padrão de consumo de substâncias, como infecção pelo HIV e tentativas de suicídio, o que também configura uma limitação importante e merecedora de atenção, dado estes serem temas frequentemente negligenciados no tocante à saúde do médico.

## REFERÊNCIAS:

1. Talbott G, Wright C. Chemical dependency in healthcare professionals. *Occup Med* 1987; 2:581-591.
2. Pattani A, Constantinovici N, Williams S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. *BMJ*. 2001; 322: 208-209.
3. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med* 2007 Vol. 35, No. 2 (Suppl.)
4. Mansky PA: Physician health programs and the potentially impaired physician with a substance use disorder. *Psychiatr Serv* 1996; 47:465–467.
5. Katsavdakakis KA, Gabbard GO, Athey GI Jr. Profiles of impaired health professionals. *Bull Menninger Clin*. 2004; 68(1):60-72.
6. Janca A, Hiller W. ICD-10 checklists--a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Compr Psychiatry*. 1996 May-Jun;37(3):180-7.

7. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
8. Robins L, Reiger D: *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, The Free Press, 1991.
9. International Narcotics Control Board, 2007. Annual report 2006. Available at: [http://www.incb.org/incb/press\\_releases.html](http://www.incb.org/incb/press_releases.html)
10. Gallegos KV, Browne CH, Veit FW, et al. Addiction in anesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse. *QRB Qual Rev Bull* 1988; 14:116–122
11. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, et al: Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV. *JAMA* 1992; 267:2333–2339
12. Brazilian Federal Board of Medicine. *The Physician and his work*. Brasília, Federal District, 2004.
13. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(3):139-43.

14. Lutsky I, Abram SE, Jacobson GR, et al: Substance abuse by anesthesiology residents. *Acad Med* 1991; 66:164–166.
15. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *JAMA* 1987 257: 2927-2930
16. Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. *Can J Anaesth*, 1994, 41: 7; pp 561-7.
17. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hanks L. Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals With Substance Use Disorders. *JAMA*. 2005; 293:1453-1460.
18. Alves H, Kessler F, Ratto LR. Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 May; 26 Suppl 1:S51-3.
19. Brooke D, Edwards G, Taylor C. Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *Br J Addict*, 1991. Aug; 86(8):1011-6.

20. O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 1996; 347:237–240.
21. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastri S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3):185-93.
22. Gavin Cape, Annette Hannah, Doug Sellman. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*, 2006, 101 (6), 841–849.
23. PAIMM (Integral Care Programm for Sick Physicians). Manifesto of Barcelona, 2001. Produced by consensus in the 1st European Meeting PAIMM, 8 Nov 2001 by expert participants about care programmes in Europe for health professionals with mental disorders and addictive behaviours. Available at: <http://paimm.fgalatea.org/eng/manifest.htm>
24. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:929-937.

25. Messas GP, Vallada Filho HP. The role of genetics in alcohol dependence. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004, May, vol.26 suppl.1.

<b>Tabela 1: Dados descritivos – Amostra clínica de 365 médicos dependentes químicos.</b>	
Variáveis	Frequência
<b>Gênero</b>	
Masculino	319 (87,4%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	95 (26,2%)
Casado/Amasiado	203 (56,1%)
Separado/Divorciado	51 (14,1%)
Viúvo	13 (3,6%)
<b>Idade</b>	38,6 (DP=10,52)
<b>Idade quando do início do problema.</b>	32,86 (DP=10,05)
<b>Intervalo de tempo (em anos) entre o início do problema e a busca de tratamento</b>	5,83 (DP=7,31)
<b>Razões para busca de tratamento (forma de pressão)</b>	
Voluntária	138 (37,8%)
Pressão familiar	161 (44,1%)
Pressão de colegas/CRM	66 (18,1%)
<b>Auto-medicação (Sim)</b>	260 (71,2%)
<b>Comorbidade Psiquiátrica</b>	188 (51,5%)
<b>Internação Psiquiátrica Prévia (Sim)</b>	184 (50,4%)
<b>Problemas no casamento</b>	231 (63,3%)
<b>Acidentes Automobilísticos</b>	132 (36,2%)
<b>Desemprego</b>	97 (26,6%)
<b>Problemas profissionais</b>	306 (83,8%)
<b>Problemas no Ético-legais</b>	93 (25,5%)
<b>Mudança de especialidade</b>	26 (7,1%)



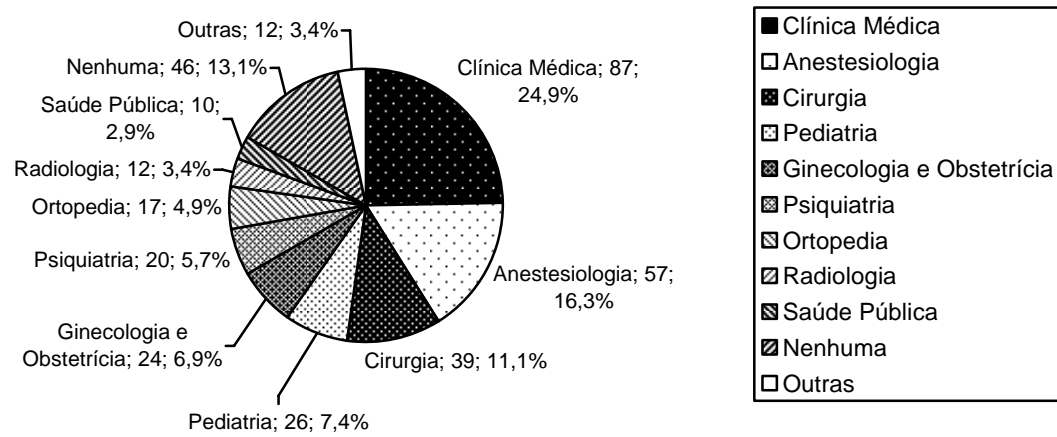
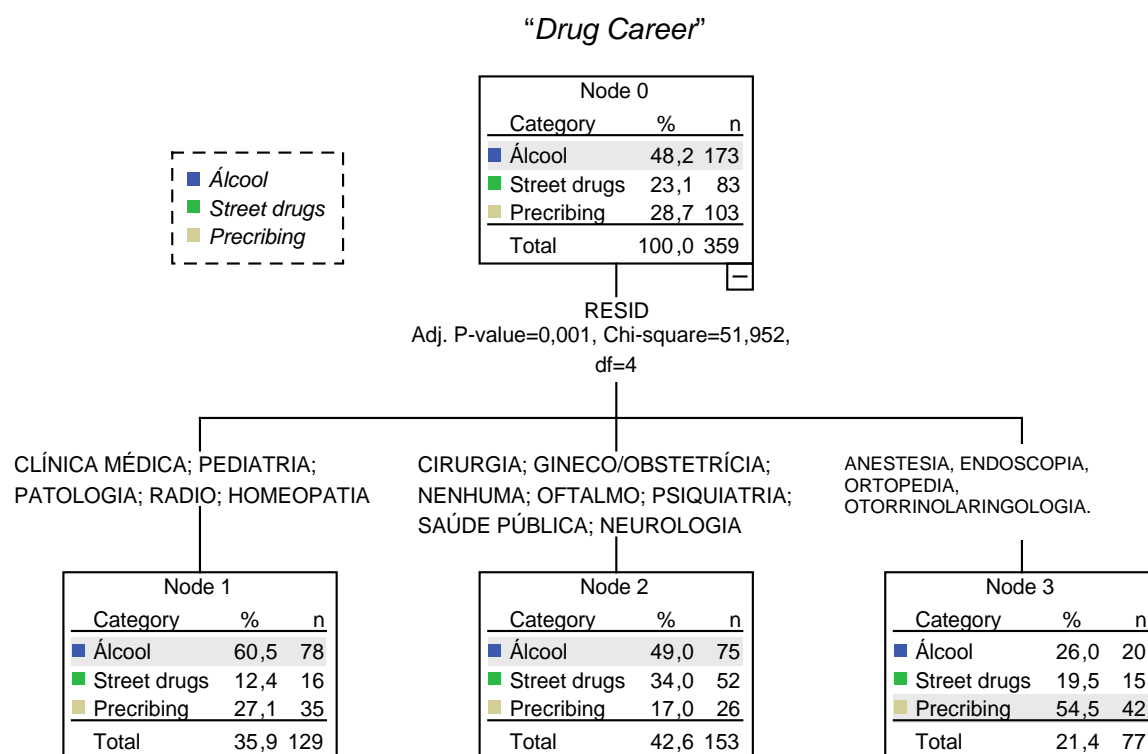
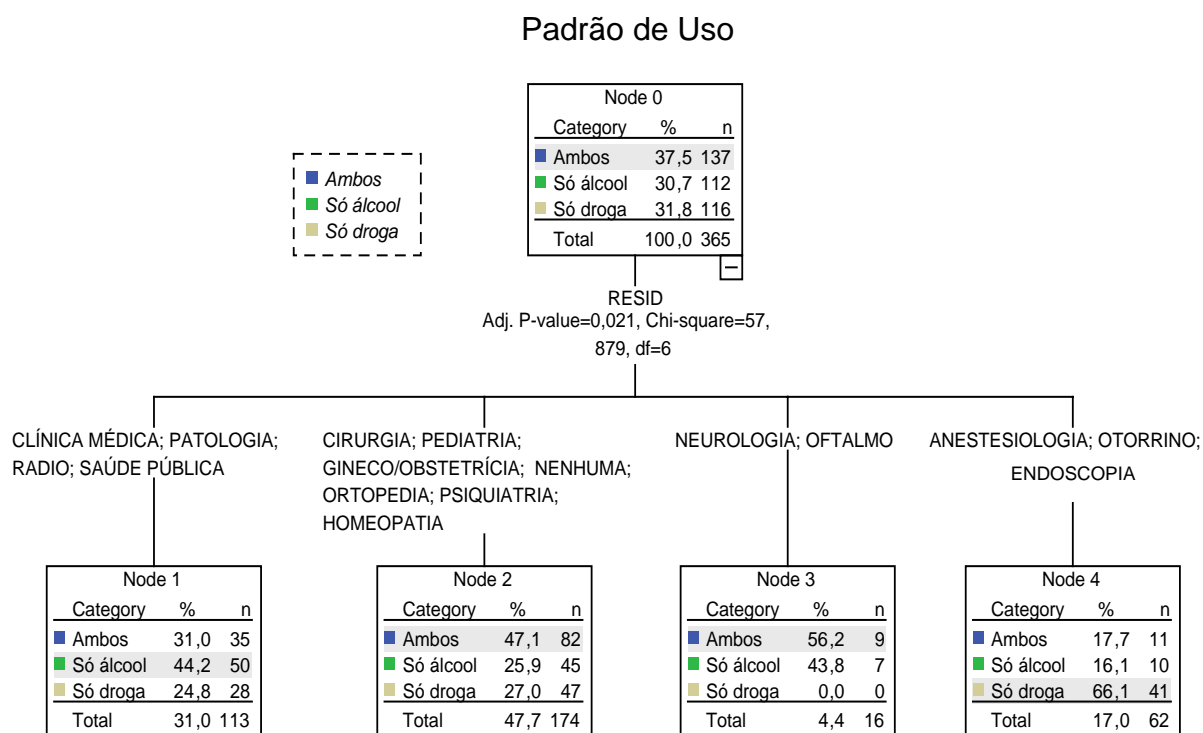
**Gráfico 1 - Distribuição por Especialidades Médicas**

TABELA 2. Principais Transtornos Mentais na população de 365 de médicos			
Transtornos por uso de substâncias*			
Substância	Total	Uso Nocivo	Dependência
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Álcool	249 (68,2)	69 (18,9)	180 (49,3)
Benzodiazepínicos	125 (34,2)	31 (8,5)	94 (25,7)
Opióides	108 (29,6)	13 (3,6)	95 (26,0)
Cocaína e Crack	107 (29,3)	30 (8,2)	77 (21,1)
Maconha	81 (22,2)	46 (12,6)	35 (9,6)
Anfetaminas	38 (10,4)	22 (6,0)	16 (4,4)
Inalantes	3 (0,8)	3 (0,8)	0 (0,0)
Transtornos Mentais (ICD 10)*			
	<i>n</i>	%	
Número de casos com comorbidades	188	51,5	
Depressão (F32 e F33)	89	24,4	
Transtornos de Personalidade (F60)	51	13,9	
Transtorno Bipolar (F31)	32	8,8	
Transtornos de Ansiedade (F41)	32	8,8	
Esquizofrenia (F20)	7	1,9	
Jogo patológico	3	0,8	
Transtornos Alimentares (Anorexia e Bulimia)	3	0,8	
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	3	0,8	
Demência secundária ao álcool	3	0,8	
* O número pode exceder 365, dado vários casos apresentarem múltiplo diagnóstico.			

GRÁFICO 2 – CONSTRUÇÃO DE ÁRVORE DECISÓRIA – ESPECIALIDADE MÉDICA E “DRUG CAREER”



**GRÁFICO 3 – CONSTRUÇÃO DE ÁRVORE DECISÓRIA – ESPECIALIDADE MÉDICA E PADRÃO DE USO DE DROGAS.**



### **3.3 Limitações**

Julgamos, antes de apontar nossas conclusões, propício e cabível enumerar nossas diversas limitações, na esperança de que tal esforço possa servir como lembrete e guia para estudos futuros que possam aprimorar e/ou refutar nossos achados e que, esperamos, possamos ler e realizar.

Dividiremos nossas limitações em duas classes, por motivos de melhor organização do pensamento: 1) limitações relacionadas às escolhas dos pesquisadores; 2) limitações relacionadas ao modelo científico atual.

#### **3.3.1: Limitações relacionadas às escolhas dos pesquisadores**

O foco de nosso trabalho concentrou-se na questão dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, principalmente a partir da experiência acumulada no atendimento aos médicos que buscaram apoio na Rede de Apoio a Médicos. Assim, a questão dos demais transtornos mentais ficou em segundo plano, na forma da descrição quantitativa e enumeração das diversas comorbidades psiquiátricas.

A própria validade do termo comorbidades em psiquiatria é discutível, uma vez que este construto confere reprodutibilidade entre diferentes pesquisadores sem, no entanto, conferir validade de construto. Na área das dependências, o diagnóstico de comorbidades é difícil, tendo em vista a presença de muitos sintomas secundários à intoxicação crônica das diversas drogas. Há evidências de que o grau de sintomatologia depressiva tem franca tendência a cair com o período de abstinência (Kranzler, 2003). Logo, este

diagnóstico deve ser feito de forma judiciosa, levando em conta a perspectiva evolutiva, os intervalos lúcidos, a história pregressa e o histórico familiar. Mesmo tendo em vista tais dificuldades, porém, por se tratar da terminologia vigente, optamos por adotá-la.

Optamos por um número pequeno de instrumentos diagnósticos, a saber, o Perfil sócio-demográfico/inventário de repercussões, o *Checklist* de Sintomas baseado na CID-10 e o Questionário para detecção de *burnout*, baseado na CID -10. Ainda que muitos outros instrumentos pudessem ter sido utilizados, especialmente escalas para avaliação da qualidade de vida e da motivação para o tratamento, julgamos que a natureza eminentemente terapêutica do serviço pudesse ser comprometida pelo excesso de formulários a serem preenchidos. Em compensação, o fato de todas as entrevistas terem sido realizadas por apenas dois entrevistadores confere um bom índice de homogeneidade na coleta das informações.

Observamos que uma parcela considerável dos médicos que entraram em contato com o serviço não chegou a participar da entrevista inicial (53 de 245 até maio de 2006). O estudo desta clientela é importante para entender deficiências no funcionamento da Rede de Apoio a Médicos, bem como compreender a história natural do médico dependente químico (ou seja, a evolução daqueles que não chegaram a receber tratamento).

Uma miríade de problemas relacionados à saúde mental do médico, não menos importantes, não constituíram o foco da presente tese, o que compreende, por um lado, uma escolha, por outro, um viés. Tais pontos que

merecem cuidados e que julgamos pertinente avaliar em estudos vindouros, tanto com desenho prospectivo e longitudinal, quanto qualitativos, abrangem:

- A vitimização do médico em situações de agressão física e psicológica, especialmente no atendimento em áreas de periferia e em situações de urgência;
- A questão do tabagismo entre médicos;
- As questões relacionadas ao suicídio e as mortes por causa violenta;
- As questões relacionadas à sexualidade e ao preconceito decorrente da orientação sexual, bem como à infecção por HIV.

O trabalho em atividade de emergência não foi analisado, o que constitui um viés de nosso estudo. Cabe aqui citar uma dificuldade na construção desta categoria: dado o padrão temporário e não regular desta atividade entre os médicos (que frequentemente trabalham na emergência no início da carreira, mas aos poucos vão deixando estas atividades), a divisão em classes, considerando a emergência como uma especialidade médica, mostra-se problemática e imprecisa em nosso meio.

Utilizamos dados de amostras clínicas de médicos, portanto, não é possível generalizar suas conclusões para a população médica. O número de pacientes pode ser considerado, com alguma cautela, representativo da situação dos médicos em tratamento por transtornos por uso de substâncias psicoativas em nosso meio.

O fato de termos escolhido uma amostra de conveniência pode ter interferido nas classes de substâncias encontradas, constituindo-se um fator de

viés. Assim, é bastante provável que o número de médicos que tenham problemas com álcool seja proporcionalmente mais importante que o apresentado nos diversos artigos.

A metodologia de trabalho utilizada levou em consideração o fato de estarmos lidando com uma clientela “escondida”, de difícil acesso e pela conveniência de trabalharmos em um serviço específico para o atendimento de médicos.

O fato de trabalharmos com variáveis dicotômicas descreve superficialmente o fenômeno da dependência química, sendo, no entanto, procedimento útil para capturar o perfil da clientela e as repercussões da dependência. Assim, estudos qualitativos são necessários para melhor compreensão do médico dependente, bem como estudos de seguimento que indiquem fatores de risco e prognósticos.

Não incluímos problemas exclusivamente com tabagismo o que também configura um tema importante e merecedor de atenção.

Não consideramos em nossa análise parâmetros importantes utilizados na análise tipológica dentro da pesquisa acerca da dependência de álcool e drogas, como por exemplo, o conceito de *internalizing* e *externalizing disorders* (fatores relacionados à personalidade prévia e temperamento) (Kendler et al. 2003).

Esta perspectiva é muito utilizada na área do estudo dos fatores de risco para desenvolvimento de dependência de álcool e drogas (Krueger, 1999).



Tal limitação deve ser citada, dado que fatores de risco distais como genética (Messas et al., 2004) e influencias ambientais mais remotas como ambiente familiar e padrões aprendidos de consumo de substâncias são também bastante importantes para a determinação com problemas com drogas entre médicos. Focamos, no entanto, nos fatores ambientais e ocupacionais em nosso trabalho.

### **3.3.2 Limitações relacionadas ao modelo científico atual**

Algumas limitações de nosso trabalho decorrem do modelo científico atual, ou seja, o modelo metafísico sobre o qual se construiu a ciência ocidental, e na qual estamos imersos em maior ou menor grau de consciência. Tal modelo racionalista cartesiano se utiliza de provas matemáticas indefectíveis e da busca inequívoca de produção do conhecimento seguro e indubitável (Paty, 1998).

Descartes enunciou o método que sintetizou os princípios do reducionismo, do mecanicismo e do racionalismo, assentando seu Método na decomposição dos elementos complexos em elementos menores e ordenados e na irrefutabilidade e segurança da matemática.

Cabe lembrar que, apesar da influência quase hegemônica de Descartes (1637), ele não foi o único pensador a debruçar-se sobre a questão do Método. Para Francis Bacon (1620), por exemplo, a experimentação seqüencial seria a chave para lidar com as diversas formas de preconceito e pressuposições.

Bacon inaugura o método indutivo-experimental, visando "a descoberta das formas e dos movimentos ocultos, que estão na origem das propriedades de base ou da natureza das coisas".

Bacon defendeu uma versão do empirismo onde o pesquisador deve refrear pressuposições e conceitos arraigados, retomando o espanto com que uma criança observa a natureza. Só liberto dos "ídolos" poderá vislumbrar a realidade em sua profunda clareza. Estes quatro "ídolos", discutidos no Livro I do Novo Organum, são as causas do erro na busca do conhecimento e funcionam como vieses sistemáticos a lograr a compreensão, resumidos adiante.

Os "ídolos da tribo" são os erros relacionados à tendência de atribuir maior regularidade à natureza do que a realmente observável - como o hábito de acreditar cegamente nos sentidos – levando a confirmar hipóteses de forma pouco parcimoniosa. Os "ídolos da caverna" são tendências geradas a partir da formação pregressa e das experiências de cada um. Assim, podemos observar corretamente, porém atribuir causas equivocadas como explicação do observado. Desta forma, alguns sujeitos têm habilidades para assinalar as diferenças, outros, as semelhanças.

Os "ídolos do foro" resultam do emprego vulgar ou ambíguo do significado das palavras. Aqui, a linguagem pode ser uma armadilha. Uma mesma palavra tem sentidos diferentes em contextos diversos e para pessoas diferentes e isso pode levar a uma aparente concordância entre as pessoas. Já

os “ídolos do teatro” incluem tendências, pressuposições, dogmas e métodos herdados e aceitos sem crítica a partir de sistemas filosóficos.

Estar atento para os “ídolos” é o instrumento de refutação dos métodos anteriores, já seu modelo de construção metodológica assenta-se sobre a Indução: partindo-se dos fatos concretos, tais como se dão na experiência, ascende-se até as formas gerais, como forma de perscrutar suas leis e causas. Preocupou-se com a experimentação sistemática e com a fidedignidade dos instrumentos científicos. Segundo Bacon conhece-se por ascensão indutiva, ou seja, através de fatos observados, obtêm-se correlações de fatos, daí então a correlações mais amplas, e por fim atingimos as formas ou as leis gerais. Para Bacon, saber é poder, assim, toda a ciência e conhecimento têm finalidade prática, devendo ser útil ao homem na sua escalada de melhoria de qualidade e padrão de vida.

Assim, sugerimos que nossos achados sejam lidos a partir de um viés baconiano, onde a experimentação sucessiva leva a possibilidade de vislumbre de formas ou leis gerais, sem a pretensão de produzir conhecimento seguro e definitivo sobre o assunto, como é proposta do modelo cartesiano. Pretendemos, por fim, que nossos achados possam contribuir de forma prática e útil na “escalada de melhoria da qualidade de vida” dos médicos.

## 4. CONCLUSÕES

Apresentaremos nossas conclusões em dois blocos: no primeiro deles, pretendemos incluir considerações relacionadas com o conhecimento produzido a partir dos artigos escritos e apresentados na Seção 3. Apresentaremos tanto os resultados relacionados aos artigos em separado quanto ao conjunto produzido.

No segundo bloco, pensamos ser importante arrolar os ganhos advindos da experiência vivenciada durante o período de funcionamento da Rede de Apoio a Médicos. Este tipo de comunicação não é visto em alta conta no meio científico atual, por seu elevado grau de subjetividade e contaminação, seja por limitações de apreensão da realidade do redator, seja pelos vieses de memória que freqüentemente assolam mesmo os pesquisadores mais argutos. Sem negar a importância e a séria reprimenda que estes fatores conferem, julgamos, no entanto, válido anotar nossas ponderações, uma vez que pretendemos, como aponta o título desta tese, relatar “A Experiência de um Serviço Pioneiro”.

**Primeiro Bloco de Conclusões:**

Alguns aspectos que perpassam nosso quatro estudos merecem ser citados:

O tempo para busca de tratamento é semelhante ao levantado na literatura internacional (Brooke et al., 1991), variando de 3,7 anos (primeiro artigo) a 7,5 anos (segundo artigo). Chamou-nos a atenção, a partir da observação dos resultados de nosso quarto artigo, que nossa amostra mostrou-se bastante heterogênea quanto ao tempo transcorrido até a busca de auxílio terapêutico. Em um extremo observamos a procura precoce em 24,2% dos casos (menos de um ano) e em outro um grande atraso na busca por auxílio terapêutico (9,7% dos médicos buscaram ajuda em período superior a 15 anos). O fato de que há relação entre menor tempo de doença e bom prognóstico (O'Brien et al., 1996) deve ser levado em consideração para planejamento de políticas de saúde que incluam o diagnóstico precoce entre médicos, seja pelo bem estar deste, seja pela segurança da população atendida.

O índice de comorbidades levantado nos diversos artigos também foi considerável (51,5% ou 188 casos no 4º artigo), o que mostra que esta é uma clientela que enfrenta problemas psicopatológicos importantes, seja como fator eliciador do relacionamento patológico com as diversas drogas, seja como desdobramento deste consumo. Tal clientela será mais bem atendida com uma abordagem simultânea da dependência e do transtorno mental (Alves et al., 2004).

As repercussões familiares foram bastante freqüentes, o que pode ser mensurado pelos problemas conjugais e pela pressão de familiares na busca de auxílio terapêutico. Tal fato o que é compatível com a literatura internacional (Brooke, 1997). Assim sendo, consideramos que a orientação familiar pode ser uma forma indispensável para conduzir o médico até o tratamento e que o acolhimento da família pode ser uma forma de atingir o caso-índice, i.e., o médico dependente químico.

Problemas profissionais estiveram presentes na maioria dos casos (absenteísmo, discussões verbais no trabalho, ausentar-se do trabalho sem motivos, problemas no relacionamento médico-paciente, perda do prazer no exercício da profissão decorrentes do uso de drogas). Por outro lado, o baixo índice de repercussões ético-legais, bem menor que as demais conseqüências, bem como o índice de pacientes encaminhados via CREMESP, mostra, de fato, que o Conselho Regional de Medicina vê apenas a “ponta do iceberg”, ou os casos com repetitivos problemas profissionais e éticos.

Em todos os estudos observamos um considerável índice de automedicação (71,2% no 4º artigo) como fator eliciador do consumo patológico de

substâncias. Este fator mostrou-se ainda mais importante no consumo de benzodiazepínicos e opióides, como mostra nosso 3º artigo (91,2%). A visão onipotente do médico, a perda do tabu em relação a seringas, agulhas e sangue, o otimismo farmacológico e a dificuldade de reconhecer problemas emocionais e de buscar ajuda relacionam-se, hipoteticamente, com o aumento de risco para a dependência química. A idade média de início de problemas foi de 32,86 (DP=10,05), assim, o período de início da prática da atividade médica (residência e primeiros anos pós-residência) configura-se em um período vulnerável para o desenvolvimento da dependência, especialmente de drogas de prescrição controlada.

Consideramos que a procura pelo serviço por parte de pacientes-médicos que apresentavam transtornos mentais outros que não a dependência de álcool e drogas foi pequena (12% da procura ocorreu por transtornos mentais mais *burnout* - dados do 2º estudo). Atribuímos isto ao fato de que houve uma publicidade mais forte em relação à dependência química e ao começo do funcionamento dirigido para outros transtornos mentais apenas no ano de 2003. Acreditamos ser recomendável intensificar a propaganda para atingir esta clientela ou, no limite, desvincular o serviço de assistência dos pacientes-médicos dependentes daqueles com outros transtornos mentais. Deste modo, sugerimos que serviços vindouros planejem um funcionamento “amplo” (incluindo abordagem da dependência e de transtornos mentais) já no início do funcionamento.

Algumas áreas estão super-representadas nas amostras clínicas de médicos dependentes, especialmente a anestesiologia. Como há indícios de

que a especialidade de anestesiologia tenha a mesma prevalência de transtornos por uso de substâncias (Lutsky, 1994) ponderamos que um sinergismo de fatores pode ter contribuído para tal hiper-representação: o fato de constituir-se um serviço pioneiro e com uma publicidade considerável junto ao CREMESP, a melhor organização da especialidade de anestesiologia, o fato do médico anestesista consumir ou desviar a substância do Centro cirúrgico (Niel, 2006), o conhecimento que o anestesista tem da evolução dramática da dependência de opióides. Tais elementos podem ter auxiliado no aumento da busca por tratamento precoce e voluntária.

Paralelamente, notamos um número discreto de ginecologistas e pediatras em nossa amostra, quando comparados à população de médicos destas especialidades. Tal fato pode relacionar-se, hipoteticamente, a fatores como menor exposição ambiental, satisfação e reconhecimento profissional, características de personalidade.

O índice de mudança de especialidades é baixo, mesmo no caso dos anestesistas dependentes de opióides - 8,8% dos 57 casos que compuseram a amostra de nosso 3º artigo - para os quais os fatores ambientais são marcantes como sugerem dados da literatura internacional (Gold 2004, Gold, 2006). O estudo deste fenômeno pode ser crucial para lidar com os problemas de dependência em casos específicos onde a exposição ambiental, facilidade de acesso a drogas e, portanto, o risco ocupacional é alto e as recaídas tenham se apresentado frequentemente.



O álcool foi a droga mais consumida em nossa amostra. É importante ressaltar que a detecção de problemas com álcool, no entanto, geralmente é mais tardia, seja pela evolução mais insidiosa, seja pela ampla aceitação social de que goza esta droga.

O fato de que os benzodiazepínicos e os opióides foram, respectivamente, a segunda e a terceira classe de drogas mais consumidas (4º artigo) chama a atenção para a disponibilidade ambiental, perda do tabu em relação a seringas, sangue e injeções. Tal dado aponta também para uma diferenciação em relação ao tipo de droga de escolha entre os médicos de nossa amostra, uma vez que o uso de opióides como droga de abuso não se significante em levantamento populacional no Brasil (Carlini et al., 2001).

Por fim, consideramos que houve diferença significativa entre o consumo de benzodiazepínicos e anfetaminas segundo gênero, sendo que as mulheres os consumiram mais, o que é compatível com a distribuição por gênero do uso destas substâncias na população geral no Brasil (Carlini et al., 2001). Não houve associação entre gênero e consumo de outras substâncias. Outro dado relevante é que as mulheres buscam auxílio terapêutico após transcorrido menor período de doença (aproximadamente metade do tempo que demoram os homens). Tal fato, acreditamos, relaciona-se com a melhor capacidade de percepção de estados psíquicos pelas mulheres e a fatores culturais que dificultam o homem a falar de problemas emocionais e a admitir a necessidade de apoio terapêutico.

**Segundo Bloco de Conclusões:**

*“As escolas de medicina pecam no desprezo pelo que sempre caracterizou o médico, o humanismo. Encantadas com a alta tecnologia dos diagnósticos e a infinidade de novos medicamentos, elas negligenciaram o ensino da filosofia, da arte e da psicologia. Esqueceram que a medicina ainda se pratica ouvindo, olhando e tocando o paciente.”*

*(Brito, 2007)*

Os resultados de nosso primeiro estudo - “Perfil Clínico e Demográfico de Médicos Dependentes Químicos” - apresentados na seção “Artigos”, serviram como fator motivador para o início rápido dos trabalhos da Rede de Apoio a Médicos, uma vez que a discussão acerca do serviço já durava aproximadamente cinco anos.

Uma demanda significativa por tratamento é composta por médicos de outros Estados - 39 ou 10,7% dos 365 médicos (dado não apresentado no 4º estudo). Tal demanda sugere: 1) uma divulgação do serviço para além do Estado de São Paulo e 2) a percepção, por estes médicos, da falta de serviço propício no qual possam buscar auxílio terapêutico em seus Estados de origem. Consideramos, no entanto, que dada a limitação imposta pela distância, os casos procedentes de outros estados, preferencialmente, devem ser atendidos no Estado de origem. Para tanto, julgamos cabível a proposta de criação de serviços similares em outros Estados.

O serviço completa, em maio de 2007, 5 anos de funcionamento, o que é - de modo indireto - um aval de sua funcionalidade e de crédito no meio médico e junto ao CREMESP, visto este ter acesso contínuo aos resultados do

trabalho (seja através de apresentações semestrais no Conselho Regional de Medicina, seja por meio de relatórios trimestrais).

O funcionamento em Rede ajuda, sem dúvida, a diluir as pressões do contato constante com médicos necessitando de auxílio. Assim, a Rede de Apoio a Médicos permite - além de encaminhamentos para médicos que possam dar continuidade ao tratamento - troca de informações e experiências.

Uma de nossas conclusões é uma meta-cognição sobre o trabalho realizado. Ainda que os estudos tenham se utilizado de uma metodologia simples, houve uma boa aceitação - até o momento - dos trabalhos, o que permitiu a publicação de dois deles. Este fato, acreditamos, justifica-se pela relevância do assunto e pela carência de estudos sobre dependência química entre médicos em nosso meio.

O trabalho de atender médicos é, sem dúvida, desgastante, desafiador e recompensador. Lidar com problemas de saúde do médico faz com que o profissional que desempenha a função de curador repense seus valores. Ainda que saibamos – conscientemente – de nossas limitações, frequentemente agimos como se não o soubéssemos. Especialmente no início, os sucessos e insucessos desestabilizaram mais nosso humor. O risco (e o convite) a abusar do poder da função é sempre uma ameaça - neste sentido, ajudou-nos a leitura de “O Médico como paciente” de Meleiro (1999), “O abuso de poder na psicoterapia” (Guggenbuhl-Craig, 2005) e – sem dúvida – a supervisão próxima e a psicoterapia individual. As reuniões científicas, o contato com os advogados, conselheiros e assistentes sociais do CREMESP, bem como com profissionais com funções semelhantes em serviços de outros países (Graskie, 2003; Casas 2004; Kaufmann, 2004) também foram imprescindíveis para a

reflexão constante e o direcionamento das atividades do serviço.

O suporte técnico, financeiro e divulgação pelo CREMESP poderiam, em primeira análise, diminuir a procura pelo serviço. Julgamos, no entanto, pela receptividade dos médicos que foram atendidos no serviço, que tal expectativa não se confirmou na prática. Pelo contrário, recebemos o *feedback* de alguns dos pacientes-médicos de que a recomendação pelo CREMESP serviu-lhes como um aval de qualidade.

Há indícios de que o consumo de álcool aumenta durante os anos de faculdade (Kerr-Correa et al., 1999). Os relatos de acidentes automobilísticos e mortes de estudantes de medicina (especialmente em épocas de competições médicas) e médicos jovens são muito comuns em nosso meio e merecem maior atenção e pesquisa. Ponderamos que melhores estratégias de prevenção e conscientização devam ser adotadas desde as primeiras etapas da formação médica.

Recebemos vários relatos de médicos que cometeram suicídio, enfrentaram ou enfrentam problemas com álcool e drogas durante o período e que não chegaram a buscar auxílio terapêutico. Segundo tais relatos informais, alguns destes médicos foram presos, uma parcela considerável foi demitida. Alguns dos relatos nos chegaram por e-mail - como o texto “Médicos também choram” (Brito, 2007) - e, invariavelmente, nos causou surpresa. Não a surpresa de que isto não pudesse acontecer, mas a de que nada tenha sido feito a respeito quando já era possível ter sido feito muito. A existência de serviços específicos não basta para auxiliar estes casos, por mais competentes e funcionais que possam ser.

Percebemos como emblemático o fato da carga horária ter sido limitada, entre residentes de medicina dos Estados Unidos, a oitenta horas (!) por semana (Steinbrock, 2002). Retomando o conceito de “espiral complexificadora” apresentado na Introdução (Teilhard de Chardin, 1974; Atlan, 2002), apreciamos que apenas serviços específicos e orientação serão insuficientes se tamanhas desproporções nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade de vida, forem tão sobejamente negligenciadas.

Consideramos importante - assim e finalmente - uma profunda mudança cultural no modo de abordar o problema da saúde mental do médico. Logo, ponderamos que é dever ético dos médicos cultivar um relacionamento amistoso e franco com os seus colegas, onde as dificuldades advindas de 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 estas questões pode - mais até do que facilitar o encaminhamento precoce ao tratamento - ajudar a recuperar a face humana do médico.

---

**5.****ANEXOS**

Anexo 1 – Minuta de Aditamento de Convênio Cooperação Técnica CREMESP/UNIFESP – Rede de Apoio a Médicos.

Anexo 2 – Exemplo de atividade de divulgação – Artigo do Jornal do CREMESP.

Anexo 3 – Instrumento 1 – Entrevista Utilizada no Estudo “Perfil Clínico e Demográfico de Médicos Dependentes Químicos”.

Anexo 4 – Minuta de Aditamento de Convênio Cooperação Técnica CREMESP/UNIFESP – Realização de Estudo Transversal.

Anexo 5 – Instrumento 2 – Entrevista – Perfil Sócio-Demográfico/Repercussões e Resumo Diagnóstico

Anexo 6 – Instrumento 3 - Checklist de Sintomas – CID 10.

Anexo 7 – Instrumento 4 – Malasch Burnout Inventory adaptado por Lautert.

Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 9 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

**TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO  
CELEBRADO ENTRE O CONSELHO REGIONAL DE  
MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO E O CENTRO  
DE ESTUDOS DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO  
PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -  
UNIFESP/EPM.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, Autarquia Federal, instituída nos termos da Lei n.º 3268/57, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045/58, com sede na rua da Consolação n.º 753 São Paulo, Capital, inscrito no CNPJ sob o n.º 63.106.843/00001-97, neste ato representado por sua Presidente, Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, portadora do RG n.º 6.838.487-SSP/SP e do CPF n.º 366.570.186-49, e por seu Diretor Tesoureiro Dr. **Kazuo Uemura**, portador do RG n.º 3.876.138-SSP/SP e do CPF n.º 587.707.801-08, doravante denominado apenas **CREMESP**, e, de outro lado, o **CENTRO DE ESTUDOS DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**, com sede na rua Botucatu n.º 740, 3º andar, São Paulo, Capital, inscrito no CNPJ sob o n.º 51.569.655/0001-16, neste ato representado pelo seu Presidente Prof. Dr. **Jair de Jesus Mari**, portador do RG n.º 5.528.437-SSP/SP e do CPF n.º 690.639.588-20, doravante denominado apenas **UNIFESP/EPM**, resolvem aditar o Convênio celebrado entre as partes em 28/01/2001, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA 1ª** – O Convênio antes referido teve por objeto estabelecer um Projeto de Cooperação Técnica, consistente em pesquisa com médicos psiquiatras espalhados pelo Brasil, com a finalidade de obtenção de informações sobre eventuais médicos que estariam em tratamento voltado para problemas relacionados com álcool e outras drogas.

SGT. -> Jan - 10 MAIO

*[Assinaturas manuscritas]*



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

**CLAUSULA 2ª** – No desenvolvimento dos trabalhos objetivados pelo Convênio, constatou-se a necessidade de criação de um sistema de atendimento aos médicos envolvidos com problemas relacionados com o abuso de álcool e outras drogas, de forma a estabelecer um serviço que pudesse ajudar a desenvolver uma política nessa área no Estado de São Paulo.

**Parágrafo Único** – Para a consecução da finalidade acima proposta, seriam adotados os seguintes elementos:

- 1- Instalação de um serviço telefônico para ajudar com informações gerais os médicos relacionados aos problemas mencionados. Esse serviço teria como objetivo oferecer informações sobre locais e formas de ajuda, bem como literatura médica sobre o problema. Além disso, seriam fornecidas informações valiosas sobre a forma pela qual os médicos interessados obteriam ajuda.
- 2- Formação de uma rede de profissionais no Estado de São Paulo, a qual seria responsável pelo eventual atendimento médico psiquiátrico dos médicos que necessitassem de ajuda especializada. Esses especialistas receberiam um treinamento visando uma homogeneidade da intervenção.
- 3- Após o atendimento de um número significativo de pedidos de ajuda, poder-se-á analisar o material, começando-se a criar algumas diretrizes mais realistas para o desenvolvimento de uma política de médio e longo prazo nessa área.

**CLAUSULA 3ª** – Para a operacionalização do serviço, o CREMESP cederá, como pelo presente instrumento cedido está, uma (01) linha telefônica com um (01) aparelho de telefone e fax, uma impressora e (01) micro-computador com acesso a Internet que deverá ser instalado em local a ser indicado pela UNIFESP/EPM, além de aparelho e linha de celular móvel a ser utilizado pelo médico de plantão.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

**Parágrafo Único** - O CREMESP disponibilizará, para os efeitos deste convênio, um advogado para atuar como consultor em assuntos de natureza jurídica.

**CLÁUSULA 4ª** – Além das cessões estabelecidas na cláusula anterior, o CREMESP, visando ainda a operacionalização do serviço, colocará à disposição da UNIFESP/EPM uma verba consistente na quantia de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), cujo desembolso dar-se-á na conformidade do que for convencionado entre as partes através de correspondência trocada.

**Parágrafo Único** – A verba referida no “caput”, servirá, também, para que no desenvolvimento do serviço a UNIFESP/EPM, contrate em seu nome e sob sua responsabilidade, uma Secretária para trabalhar meio período e um (01) médico psiquiatra com as seguintes responsabilidades:

- a) atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas;
- b) organização dos contatos com os médicos especialistas em atendimento em dependência química em todo o Estado de São Paulo, além de contato com as clínicas que queiram fazer parte desse serviço;
- c) criação de normas e procedimentos para o atendimento de médicos dependentes;
- d) organização do treinamento e homogeneização de condutas com médicos especialistas.

**CLAUSULA 5ª** – O presente aditamento deverá ter vigência pelo prazo 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo, no entanto, o prazo ser prorrogado, bem assim ser estipulada nova verba, desde que essas questões sejam resolvidas de comum acordo entre as partes convenientes e consolidadas através de novo aditamento ao Convênio original.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

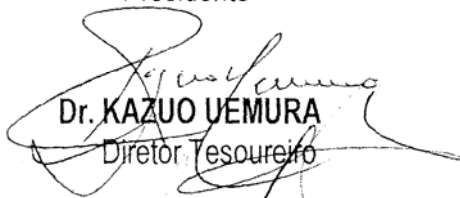
**CLAUSULA 6ª** - A UNIFESP/EPM, deverá a apresentar mensalmente ao CREMESP o relatório de atividade desenvolvida como objeto do convênio.

**CLAUSULA 7ª** - Ficam mantidas todas as cláusulas e condições do Convênio ora aditado, desde que não conflitem com as disposições contidas neste aditamento.

E, por estarem assim acordadas, firmam as partes o presente aditamento, em duas (02) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, 05 de abril de 2002

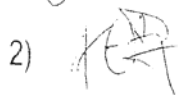
  
**Dra. REGINA RIBEIRO PARIZI CARVALHO**  
Presidente

  
**Dr. KAZUO UEMURA**  
Diretor Tesoureiro

**Dr. JAIR DE JESUS MARI**  
UNIFESP/EPM

Testemunhas:

1) 

2)  **Dr. HANER NUNES PALHARES ALVES**  
RG 25148319 4 SSP-SP

Órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

## Jornal do Cremesp

Edição 215 - 7/2005

### ATUALIZAÇÃO

Burnout: uma forma particular de estresse do setor assistencial

#### ***Burnout: importância clínica e o que fazer a respeito***



*Observado especialmente entre os profissionais que trabalham diretamente com a assistência à saúde, o **Burnout** designa “o que deixou de funcionar por esgotamento de energia” e está ligado ao cotidiano com muitas demandas e poucas recompensas.*

**Luiz Antônio Nogueira Martins, Ronaldo Laranjeira e Hamer Nastasy Palhares Alves\***

A expressão *Burnout* designa uma forma particular de estresse, relacionado ao contexto assistencial, em que os profissionais estão expostos de forma continuada ao impacto de uma relação interpessoal de cuidado, em condições freqüentemente problemáticas ou conflitivas. Essa expressão, de forma pertinente, designa aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Não se trata de um fenômeno novo e, apesar de já bastante divulgado na literatura científica internacional, é pouco familiar aos médicos brasileiros, o

que é uma grande desvantagem, pois adia mecanismos de enfrentamento e reformulação saudáveis de como lidar com a rotina de trabalho.

*Burnout* é observado particularmente entre profissionais que trabalham na área assistencial como psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Não é meramente estresse, mas sim uma adaptação disfuncional ao estresse crônico de um cotidiano com altas demandas e poucas gratificações.

### **Quadro Clínico**

O processo, que se instala de modo sorrateiro e insidioso, passando muitas vezes de forma despercebida, consiste em:

1. Sintomas da esfera psíquica como exaustão emocional, falta de concentração, humor depressivo, ansiedade, rigidez, ceticismo, desinteresse, baixa auto-estima;
2. Sintomas físicos como fadiga, cefaléia, distúrbios gastro-intestinais, alterações do sono, dores musculares;
3. Sintomas comportamentais como irritabilidade, absenteísmo, erros profissionais, evitando o contato com os pacientes, fazendo consultas rápidas, colocando rótulos depreciativos.

Toda esta constelação de sintomas torna o médico francamente suscetível a aborrecimentos e perda da diplomacia no contato humano, especialmente com os pacientes (a tal “frieza médica”, na sua pior versão), mas também com a equipe de trabalho. Em certos momentos é como se o paciente fosse uma espécie de inimigo ou uma batalha a ser vencida. Consultas-relâmpago passam a ser freqüentes e o contato médico-paciente pode se tornar claramente prejudicado, podendo, inclusive, levar a erros de conduta médica. Estes sintomas são conhecidos como “despersonalização do atendimento”, onde o contato passa a ser frio e impessoal com os usuários.

***Quem está sujeito?***

Apesar de qualquer profissional estar suscetível a apresentar Burnout em determinada fase de sua vida, alguns fatores podem aumentar o risco de ocorrência dos sintomas tais como: vulnerabilidade psicológica (história pregressa ou familiar de transtornos mentais), recursos inadequados para enfrentar o estresse, problemas de saúde física (doenças crônicas, dor), dificuldades familiares (brigas constantes, problemas conjugais), desadaptação profissional (ambiente de trabalho não amistoso, falta de atualização e suporte para discussão de casos complicados).

Algumas características dos médicos também contribuem para a evolução da Síndrome. Dentre estas podemos enumerar: muito envolvimento com o trabalho (extrapolando o nível desejado), contatos sociais restritos (a velha história de que médico só sabe falar de Medicina), dificuldade de conciliar tempo para outras atividades, o que resulta em pouco lazer, especialmente quando em posição de autoridade.

Muitos médicos trabalham em condições especialmente delicadas, com sobrecarga de trabalho e responsabilidade, muitas horas em contato direto com pacientes, freqüentemente em situações difíceis, com supervisão escassa ou inexistente, tendo pouco reconhecimento do seu trabalho e dificuldades com a equipe.

A dificuldade em compartilhar pensamentos e emoções, vergonha ou medo em pedir ajuda e as consultas de corredor dão o tempero final na explicação de como podem ser os médicos uma das populações mais mal assistidas em termos de saúde.

Ainda é discutido o quanto o Burnout pode ser uma espécie de ante-sala de quadros psiquiátricos como depressão e ansiedade, logo, o seu

reconhecimento a tempo pode poupar tanto médicos como pacientes de sofrimentos maiores.

### ***O que pode ser feito?***

Algumas atitudes podem melhorar o quadro ou diminuir a incidência de Burnout entre profissionais médicos. Algumas medidas institucionais como melhoria das condições de trabalho, programas de qualidade de vida e de humanização do atendimento médico, criação de equipes multiprofissionais/interdisciplinares, grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial, serviços de consultoria psiquiátrica e psicológica, criação de serviços de apoio são obviamente positivos.

Do ponto de vista individual, por outro lado, cabe a cada profissional repensar sua rotina de trabalho, estabelecer prioridades e limites para si mesmo, numa atitude de auto-respeito. Cabe exigir supervisão e melhores condições de trabalho, salário justo por tempo adequado. Cabe acreditar um pouco naquilo que todo médico sabe que faz bem para a qualidade de vida, mas quase nenhum faz: dieta regular nos horários certos (adeus coxinha com café no lugar do almoço), exercícios físicos, redução da automedicação, do álcool e do tabaco, valorização do papel da família, do lazer e da cultura na formação do médico integral.

Vale salientar que a manutenção de um espírito crítico, perspicácia e a busca de recompensa intelectual em cada caso clínico pode ser um bom instrumento para lidar com o estresse do cotidiano médico.

Sempre pode ser útil a discussão do tema com outros colegas e, na dúvida, é melhor procurar um profissional que possa ajudá-lo como um colega mais experiente, um psicólogo ou um psiquiatra.

*\*Luiz Antônio Nogueira Martins e Ronaldo Laranjeira são docentes em Psiquiatria da EPM/Unifesp. Hamer Nastasy Palhares Alves é médico psiquiatra da EPM/Unifesp.*

**Onde obter mais informações ou apoio:**

***Rede de Apoio a Médicos***

Tel.: (11) 5579-5643, cel.: 9616-8926

ou e-mail: [apoio medico@psiquiatria.epm.br](mailto:apoio medico@psiquiatria.epm.br)

A Rede de Apoio a Médicos é um serviço resultante da iniciativa conjunta do Cremesp e da Escola Paulista de Medicina, com o objetivo de oferecer orientação e tratamento aos médicos que enfrentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e/ou sofrimento psíquico.

Funciona desde maio de 2002 e é composta por 25 médicos psiquiatras distribuídos nas diversas regiões do Estado, que buscam tornar o atendimento a esta clientela acessível e rapidamente disponível, sempre obedecendo aos padrões de ética e confidencialidade.

**ENTREVISTA PARA PESQUISA SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENTRE MÉDICOS**

Caro colega, estamos realizando uma pesquisa para analisar características de médicos que estiveram em tratamento por dependência de álcool e drogas nos últimos 5 anos.

Os responsáveis por esta pesquisa são o Dr. Hamer Nastasy Palhares Alves, o Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira e o Dr. Luiz Antônio Nogueira-Martins.

Por favor, preencha o questionário tendo em vista a resposta que melhor se adequar a cada paciente-médico. Deverá ser preenchida uma entrevista para cada caso.

Os dados serão utilizados de forma sigilosa. Não é necessário colocar o nome do médico por extenso, mas apenas as iniciais e o nome do médico que preencheu o questionário, com vistas a evitar duplicidade de registros.

A resposta a ser considerada deve ser o resultado do julgamento clínico do entrevistador e não o simples relato do paciente-médico. Para diagnóstico de uso nocivo ou dependência, bem como de comorbidades psiquiátricas, o critério utilizado também será a entrevista psiquiátrica livre ou revisão de prontuário.

As entrevistas poderão ser devolvidas por e-mail (laranjeira@psiquiatria.epm.br), correio, fax (11)5574-7240 ou pessoalmente.

Obrigado!

**I. Identificação:**

Nome:

Idade:

Sexo: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino

Estado Civil:

☐ 1. Solteiro ☐ 2. Casado/Amasiado ☐ 3. Separado/Divorciado ☐ 4. Viúvo

Naturalidade:

Procedência:

Estado:

Tem Residência Médica? ☐ S ☐ N

Quantas e Quais?

Que especialidade pratica?

**II. Da Procura:**

Idade do Início do Problema:

Idade que buscou o tratamento:



Quem decidiu pela necessidade de tratamento:

- ☐ 1. Próprio                      ☐ 2. Familiares  
☐ 3. Colega/Superiores   ☐ 4. CRM

### I. Características do Problema:

Com que idade apresentou problema (uso nocivo ou dependência, não meramente uso experimental)

Álcool	Idade de início do uso nocivo/dependência
Cocaína:	
Crack:	
Maconha:	
Opiáceos:	
Benzodiazepínicos:	
Anfetaminas:	
Solventes/Outros (especificar):	

Em *decorrência* do Problema houve:

	Não	Sim
Desemprego		
Internação		
Acidente automobilístico		
Mudança de especialidade		
Problemas no CRM		
Probl. no exerc. da medicina		
Problemas no casamento		
Outros problemas judiciais		

O médico costuma ou costumava abusar de:	Não	Sim
Auto-medicação		

Se houve afastamento do trabalho, por quantos meses?

### Diagnóstico Clínico:

Transtornos Mentais (CID 10 ou por extenso):

Transtornos Psiquiátricos Maiores: \_\_\_\_\_

Transtornos de Personalidade: \_\_\_\_\_

Transtornos por uso de substâncias (uso nocivo e dependência de qual(is) droga(s))

\_\_\_\_\_



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

FONE: ( 011 ) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO  
REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO  
PAULO E O CENTRO DE ESTUDOS DO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA  
PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP/EPM.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, Autarquia Federal, instituída nos termos da Lei n.º 3268/57, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045/58, com sede na rua da Consolação n.º 753 São Paulo, Capital, inscrito no CNPJ sob o n.º 63.106.843/00001-97, neste ato representado por sua Presidente, Dra. **Regina Ribeiro Parizi Carvalho**, portadora do RG n.º 6.838.487-SSP/SP e do CPF n.º 366.570.186-49, e por seu Diretor Tesoureiro Dr. **Kazuo Uemura**, portador do RG n.º 3.876.138-SSP/SP e do CPF n.º 587.707.801-08, doravante denominado apenas **CREMESP**, e, de outro lado, o **CENTRO DE ESTUDOS DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**, com sede na rua Botucatu n.º 740, 3º andar, São Paulo, Capital, inscrito no CNPJ sob o n.º 51.569.655/0001-16, neste ato representado pelo seu Presidente Prof. Dr. **Jair de Jesus Mari**, portador do RG n.º 5.528.437-SSP/SP e do CPF n.º 690.639.588-20, doravante denominado apenas **UNIFESP/EPM**, resolvem celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA 1ª** - O presente Convênio tem por objeto estabelecer um Projeto de Cooperação Técnica, consistente em pesquisa com médicos psiquiatras espalhados pelo Brasil, com a finalidade de obtenção de



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

informações sobre eventuais médicos que estariam em tratamento voltado para problemas relacionados com álcool e outras drogas.

**CLAUSULA 2ª** - Após a coleta dos dados relacionados com a mencionada pesquisa deverá, através de análise estatística, ser estabelecido um perfil básico do médico que buscou espontaneamente aquele profissional para esse tipo de problema, compreendendo-se aí: idade, especialidade, Estado onde formou-se, eventuais problemas jurídicos, diagnóstico psiquiátrico etc.

**CLAUSULA 3ª** - Os trabalhos serão realizados pela UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas do Depto. Psiquiatria da UNIFESP/EPM, a seu critério e responsabilidade, devendo, quando de sua conclusão, ser apresentado relatório final ao CREMESP, com os resultados obtidos.

**CLÁUSULA 4ª** - O CREMESP colaborará para a cobertura dos custos e despesas do trabalhos, com a importância de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), na seguinte ordem:

- a) Organização técnica da pesquisa: R\$ 2.500,00;
- b) Serviço de contatos e despesas com impressão: R\$ 5.000,00;
- c) Análise estatística: R\$ 2.500,00.

**Parágrafo Único** – As quantias estabelecidas no “caput”, serão desembolsadas na medida das necessidades, mediante solicitação da UNIFESP/EPM, podendo ser depositadas na conta n.º 7001-7, do Banco Bradesco - Agência Napoleão de Barros/SP, sendo a última parcela paga por ocasião da entrega do relatório referido na cláusula 3ª.

**CLAUSULA 5ª** - O prazo de vigência do presente Convênio é de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de sua assinatura.



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

FONE: ( 011 ) 3017-9300 - FAX: (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 São Paulo - SP

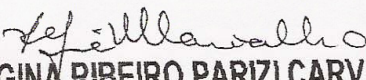
**CLAUSULA 6ª** - O presente Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, por ambas as partes, desde que devidamente notificadas com antecedência de 30 (trinta) dias.

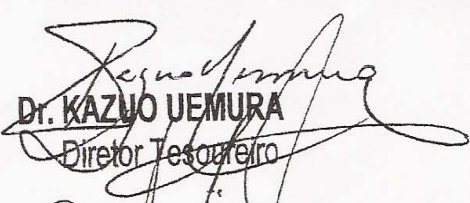
**Parágrafo Único** - Ocorrendo a hipótese prevista no "caput", haverá um acerto de contas entre as partes, quitando o CREMESP os trabalhos efetivamente realizados até então, na conformidade do disposto na cláusula 4ª.

**CLÁUSULA 7ª** - Fica eleito o Foro da Justiça Federal – Seção Judiciária de São Paulo, para dirimir as questões que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

E, por estarem assim acordadas, firmam as partes o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas abaixo discriminadas.

São Paulo, 20/08/01

  
**Dra. REGINA RIBEIRO PARIZI CARVALHO**  
Presidente

  
**Dr. KAZUO UEMURA**  
Diretor Tesoureiro

  
**Dr. JAIR DE JESUS MARI**  
UNIFESP/EPM

---

## Entrevista – Perfil Sócio-Demográfico/Repercussões e Resumo Diagnóstico

### I. Identificação

Nome:

Data de nascimento:

Local de nascimento:

Procedência:

Data do Primeiro Contato:

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Raça: ☐ branca ☐ negra ☐ parda ☐ amarela

Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ separado ☐ amasiado ☐ número de casamentos: ☐ viúvo

Grau de instrução: ☐ Ano de formatura

☐ Não fez Residência ☐ Residente ☐ Pós graduação:

☐ Especialidade (s): ☐ Reentrada:

### II. Remetente

endereço

telefones

residencial: contato sigiloso ☐ sim ☐ não

comercial: contato sigiloso ☐ sim ☐ não

recados: contato sigiloso ☐ sim ☐ não

telefone de familiares/amigos:

1. contato sigiloso ☐ sim ☐ não

2. contato sigiloso ☐ sim ☐ não

3. contato sigiloso ☐ sim ☐ não

e-mail

### III. Encaminhamento

Procedência:

Motivo:

ENCAMINHAMENTO: QUEM DECIDIU A NECESSIDADE DE TRATAMENTO?	
Próprio	Familiares
Superiores	CREMESP

REPERCUSSÕES DO USO: EM DECORRÊNCIA DO USO, OCORRERAM:		
REPERCUSSÃO:	SIM	NÃO
Problemas Conjugais Decorrentes		
Problemas No CRM		
Problemas Profissionais		
Acidente Automobilístico		
Desemprego		
Processo na Justiça Comum		
Internações Anteriores por Dependência		
Reentrada (mudança de especialidade)		

AUTOMEDICAÇÃO: É POSSÍVEL IDENTIFICAR AUTO-MEDICAÇÃO COMO UM DOS MOTIVOS PARA O INÍCIO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS?		
Auto-Medicação	Sim (    )	Não (    )

IDADE DE INÍCIO DE USO: ANOTAR A IDADE A PARTIR DA QUAL É POSSÍVEL IDENTIFICAR USO NOCIVO OU DEPENDÊNCIA DE CADA SUBSTÂNCIA.	
Álcool	
Cocaína:	
Crack:	
Maconha:	
Opiáceos:	
Benzodiazepínicos:	
Anfetaminas:	
Solventes/Outros (especificar):	

<p>DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: (CHECKLIST DE SINTOMAS + ENTREVISTA PARA BURNOUT + TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

BREVE HISTÓRICO/COMENTÁRIOS (SE PRECISO USAR O VERSO):

ENCAMINHAMENTO:



---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

## **CHECKLIST DE SINTOMAS DO CID 10 PARA TRANSTORNOS MENTAIS**

### **VERSÃO 1.1**

Preparado por

Dr. A. Janca, Dr. T.B. Üstün, Dr. J. van Drimmelen,  
Dr. V. Dittmann e Dr. M. Isaac

Tradução para o português

Renata Oliveira e Aristides Volpato Cordioli

Apoio: Fipe – Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Brasil

Divisão para Saúde Mental  
Organização Mundial de Saúde  
Genebra  
1994

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

## FOLHA DE ROSTO

	Código
Instituição: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Estudo: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Clínico: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data: __/__/__	
Paciente: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Idade: _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sexo:	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico CID 10 (categoria F):	
Principal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Secundário	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grau de confiança do diagnóstico:	
Alto	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Baixo	<input type="checkbox"/>

Anotações do Clínico:

---



---



---



---



---



---



## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**TRIAGEM**Identificação do caso psiquiátrico

- Queixas psicológicas
- Queixas somáticas não explicadas medicamente
- Comportamento desviado das normas culturalmente aceitas
- Nenhum dos acima, mas é um caso

**Explique:**


SE TODOS NÃO,  
PARAR.

- Comprometimento ou incapacidade social ou ocupacional
- Condição ou doença física coexistente
- Estressor psicossocial


Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa

- Prejuízo da memória ou de outra habilidade intelectual
- Alteração da consciência
- Uso de substância psicoativa


SE ALGUM SIM,  
USAR MÓDULO F0/F1  
(PÁGINAS AMARELAS).Síndromes Psicóticas e Afetivas

- Conduta catatônica
- Delírios ou alucinações
- Humor elevado, expansivo, irritável ou desconfiado
- Humor deprimido ou diminuído
- Retraimento social ou diminuição do desempenho social


SE ALGUM SIM,  
USAR MÓDULO F2/F3  
(PÁGINAS ROSAS).

---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

Síndromes Neuróticas e Síndromes Comportamentais

- Fobia ou ansiedade (pânico)
- Obsessões ou compulsões
- Estados dissociativos (conversão)
- Somatização
- Anorexia ou bulimia
- Dissonias ou parassonias
- Disfunções sexuais


SE ALGUM SIM,  
USAR MÓDULO F4/F5  
(PÁGINAS AZUIS).

Transtornos de Personalidade

- Desvio prolongado de traços de personalidade ou padrões de comportamento

--

CASO SIM,  
USAR MÓDULO F6  
(PÁGINAS VERDES).

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**MÓDULO F0/F1:**  
**SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICOS E**  
**DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**

TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS**a) Quais dos sintomas a seguir estão presentes?**

1. Prejuízo da memória
2. Prejuízo de outras habilidades intelectuais
3. Deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação
4. Comprometimento da consciência e atenção
5. Distúrbios de percepção ou desorientação
6. Distúrbios psicomotores
7. Distúrbio do ciclo sono-vigília
8. Início rápido e flutuações diurnas dos sintomas


**b) Quão severa é a síndrome?**

1. Leve
2. Moderada
3. Grave


**c) Como foi o início da síndrome?**

1. Agudo
2. Crônico


**d) Qual é a duração da síndrome?**

1. Em dias
2. Em meses
3. Em anos


**e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?**

1. Retardo mental
2. Transtorno mental iatrogênico devido à medicação


---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

**f) Qual dos seguintes estados está associado?**

1. Sintomas depressivos
2. Sintomas maníacos


SE ALGUM SIM,  
TAMBÉM CONSIDERAR  
SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome


SE ALGUM SIM,  
TAMBÉM CONSIDERAR  
SÍNDROMES DECORRENTES  
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

4. Mudanças na personalidade ou no comportamento

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.

5. Sintomas psicóticos agudos ou transitórios
6. Sintomas agudos de esquizofrenia


SE ALGUM SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROMES PSICÓTICAS.

**g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. Demência (F01-F03)
2. *Delirium* (F05)
3. Transtorno orgânico de personalidade (F07)


SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

## 4. outros transtornos mentais orgânicos:

- alucinação orgânica (F06.0)
- transtorno catatônico orgânico – estupor ou excitação (F06.1)
- transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânico (F06.2)
- transtorno orgânico do humor (afetivo) (F06.3)
- transtorno orgânico de ansiedade (F06.4)
- transtorno dissociativo orgânico (F06.5)
- transtorno emocional orgânico lábil (F06.6)


SE ALGUM SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM O MÓDULO APROPRIADO  
APÓS CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. forte desejo ou senso de compulsão em usar uma substância<br>( <i>craving</i> )                                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. capacidade prejudicada de controlar o uso de uma substância ("perda<br>do controle")                                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. estado de abstinência   | <input type="checkbox"/> |
| 4. uso de uma substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência  | <input type="checkbox"/> |
| 5. tolerância (fisiológica, comportamental ou psicológica)   | <input type="checkbox"/> |
| 6. redução no repertório do padrão de uso de substâncias   | <input type="checkbox"/> |
| 7. abandono progressivo de divertimentos, comportamentos ou<br>Interesses alternativos em favor do uso de uma substância | <input type="checkbox"/> |
| 8. dano físico ou psicológico devido ao uso de uma substância (deve ser<br>claramente especificado)                      | <input type="checkbox"/> |
| 9. persistir com o uso de uma substância apesar de claras evidências de<br>consequências danosas                         | <input type="checkbox"/> |

**b) Qual a duração do transtorno?**

- |             |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. em meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. em anos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

---

**c) Quais das seguintes substâncias foram usadas?**

Álcool	<input type="checkbox"/>
Opióides	<input type="checkbox"/>
Canabinóides	<input type="checkbox"/>
Hipnóticos	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Estimulantes (incluindo cafeína)	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>
Solventes voláteis	<input type="checkbox"/>
Substâncias psicoativas ou múltiplas outras	<input type="checkbox"/>

**d) Qual dos seguintes estados está associado?**

1. <i>delirium</i>	<input type="checkbox"/>
2. síndrome amnésica	<input type="checkbox"/>

SE ALGUM SIM,  
TAMBÉM CONSIDERAR  
TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS.

3. sintomas psicóticos	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME PSICÓTICA.

**e) Quais dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. uso nocivo (F1x.1)	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

**SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA**

2. síndrome de dependência (F1x.2)	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------

**SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA**

SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**MÓDULO F2/F3:  
SÍNDROMES PSICÓTICAS E AFETIVAS**

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS****a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, ou irradiação do pensamento                          | <input type="checkbox"/> |
| 2. delírios ou percepção delirante  | <input type="checkbox"/> |
| 3. vozes alucinatórias ou outras alucinações persistentes de qualquer tipo                                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. discurso incoerente ou irrelevante, neologismos  | <input type="checkbox"/> |
| 5. comportamento catatônico   | <input type="checkbox"/> |
| 6. "sintomas negativos" (apatia, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais) | <input type="checkbox"/> |
| 7. comportamento sem objetivos ou desorganizado   | <input type="checkbox"/> |
| 8. comunicação não-verbal pobre por expressão facial  | <input type="checkbox"/> |
| 9. marcado declínio do desempenho social, escolar ou ocupacional, ou retraimento social                     | <input type="checkbox"/> |
| 10. aparência estranha, excêntrica ou peculiar, ou auto-cuidado deficiente                                  | <input type="checkbox"/> |
| 11. experiências de despersonalização ou desrealização  | <input type="checkbox"/> |
| 12. tempestade ou confusão emocional  | <input type="checkbox"/> |
| 13. perplexidade ou identificação errônea de pessoas ou lugares   | <input type="checkbox"/> |
| 14. motricidade aumentada ou diminuída  | <input type="checkbox"/> |

**b) Como foi o início do transtorno?**

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| • Agudo   | <input type="checkbox"/> |
| • Crônico | <input type="checkbox"/> |

**c) Qual a duração do transtorno?**

- |            |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| • em dias  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • em meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. doença mental orgânica   | <input type="checkbox"/> |
| 2. transtorno de personalidade esquizóide   | <input type="checkbox"/> |
| 3. modos de expressão influenciados (sub)culturalmente                              | <input type="checkbox"/> |
| 4. nível de inteligência abaixo do normal   | <input type="checkbox"/> |
| 5. intoxicação relacionada com drogas ou álcool, ou abstinência causando a síndrome | <input type="checkbox"/> |

---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

**e) Qual dos seguintes estados está associado?**

1. sintomas maníacos
2. sintomas depressivos


SE ALGUM SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM  
SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas coexistindo com a síndrome

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM  
SÍNDROME DE  
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

**f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. esquizofrenia (F20)
2. transtorno esquizotípico (F21)
3. transtorno delirante (F22)
4. transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)
5. transtorno esquizoafetivo (F25)


SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

**MANIA****a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. humor anormalmente elevado ou irritável
2. atividade aumentada ou inquietude física
3. loquacidade aumentada ("pressão de fala")
4. propensão à distração ou mudanças constantes nas atividades ou planos
5. diminuição da necessidade de sono
6. energia sexual aumentada ou indiscrições sexuais
7. comportamento arriscado, imprudente ou irresponsável
8. sociabilidade aumentada ou familiaridade excessiva
9. fuga de idéias ou pensamento acelerado
10. auto-estima inflada ou grandiosidade
11. delírios
12. alucinações




## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**b) Quão grave é a síndrome?**

- Hipomaniaca
- Maníaca


**c) Qual a duração da síndrome?**

- em dias

--	--

**d) Quantos episódios houve?**

--	--

**e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?**

1. doença endócrina precipitante
2. tratamento medicamentoso precipitante
3. anorexia nervosa
4. esquizofrenia


**f) Quais dos seguintes estados estão associados?**

1. doença mental orgânica:
  - causando a síndrome
  - coexistindo com a síndrome


SE ALGUM SIM,  
TAMBÉM CONSIDERAR  
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. sintomas depressivos

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

3. instabilidade de humor persistente

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

4. abuso de álcool ou drogas:
  - causando a síndrome
  - coexistindo com a síndrome


CASO SIM,  
TAMBÉM CONSIDERAR  
SÍNDROMES DE  
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

5. delírios ou alucinações

☐

CASO SIM,  
CONSIDERAR  
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

**g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. hipomania (F30.0)
2. mania sem sintomas psicóticos (F30.1)
3. mania com sintomas psicóticos (F30.2)


SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

### DEPRESSÃO

**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. humor deprimido
2. perda de interesse ou prazer
3. energia diminuída ou fadigabilidade aumentada
4. perda de confiança ou auto-estima
5. auto-recrimações irracionais ou culpa excessiva
6. pensamentos ou comportamento suicida
7. dificuldade para pensar ou se concentrar
8. agitação ou retardo psicomotor (objetivo)
9. distúrbio do sono
10. alteração do apetite e peso (5% do peso corporal)
11. perda de reatividade a eventos ou atividades
12. depressão pior pela manhã
13. marcada perda da libido
14. choro freqüente
15. sentimentos de falta de esperança ou desespero
16. incapacidade de levar adiante as responsabilidades rotineiras
17. pessimismo a respeito do futuro ou rumações sobre o passado
18. falando menos do que o habitual
19. estupor depressivo
20. delírios
21. alucinações


## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**b) Quão severa é a síndrome?**

1. Leve
2. Moderada
3. Grave


**c) Qual a duração da síndrome?**

- em semanas
- em meses


**d) Quantos episódios houve neste período?**

--	--

**e) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?**

1. doença endócrina precipitante ou tratamento medicamentoso
2. esquizofrenia causando a síndrome


**f) Quais dos seguintes estados estão associados?**

1. doença mental orgânica

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. esquizofrenia coexistindo com o transtorno

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR ESQUIZOFRENIA.

3. sintomas maníacos ou hipomaníacos

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

4. instabilidade persistente de humor por dois anos ou mais

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

5. menos de duas semanas de duração do transtorno

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO AFETIVO BREVE OU MISTO.

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

6. delírios ou alucinações

☐
CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

7. abuso de álcool ou drogas

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

☐  
☐
SE ALGUM SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM  
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. episódio depressivo leve (F32.0)
2. episódio depressivo moderado (F32.1)
3. episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)
4. episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)
5. episódios depressivos recorrentes (F33)
6. ciclotimia (F34.0)
7. distímia (F34.1)
8. transtorno afetivo bipolar (F31)

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐
SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**MÓDULO F4/F5:  
SÍNDROMES NEURÓTICAS E COMPORTAMENTAIS**

TRANSTORNOS NEURÓTICOS**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. medos
2. ataques de pânico
3. ansiedade, preocupações, apreensões
4. sintomas autonômicos de ansiedade
5. pensamentos obsessivos ou atos compulsivos
6. exposição a um estressor mental, físico ou social excepcional
7. lembrar ou reviver persistentemente o estressor
8. evitação de circunstâncias associadas ao estressor
9. sintomas de sensibilidade psicológica ou vigilância aumentadas
10. sintomas ou estados dissociativos (conversivos)
11. queixas físicas múltiplas e variáveis não explicadas por nenhuma doença física
12. repetidas consultas médicas e recusas persistentes em aceitar orientação médica
13. fadiga mental ou física persistente


**b) Qual a duração da síndrome?**

- em semanas
- em meses
- em anos


**c) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?**

1. sintomas ou transtorno psicótico
2. consumo excessivo ou abstinência de drogas
3. simulação intencional


**d) Quais dos seguintes estados estão associados?**

1. sintomas afetivos

--

CASO SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM  
SÍNDROME AFETIVA.

---

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

---

2. experiências de despersonalização ou desrealização

☐

CASO SIM,  
CONSIDERAR TAMBÉM  
SÍNDROME PSICÓTICA.

**e) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. fobias (F40.0-F40.2)
2. transtorno de pânico (F41.0)
3. transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)
4. transtornos de ansiedade e depressão mistos ou outros transtornos mistos de ansiedade (F41.2-F41.3)
5. transtorno obsessivo-compulsivo (F42)
6. reação aguda a estresse (F43.0)
7. transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)
8. transtornos de ajustamento (F43.2)
9. transtornos dissociativos (ou conversivos) (F44)
10. transtornos somatoformes (F45.0-F45.4)
11. neurastenia (F48.0)


SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS

**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. perda de peso significativa e auto-induzida
2. episódios de orgias alimentares
3. pavor de engordar
4. conseqüências endócrinas (amenorréia, impotência)
5. distúrbio da quantidade, qualidade ou horário do sono
6. episódios involuntários de levantar-se da cama durante o sono e caminhar
7. episódios de despertar do sono com gritos de pânico e manifestações de ansiedade
8. despertar de pesadelos com recordação vívida
9. distúrbio de sono causando incômodo marcante ou interferindo nas atividades ou na vida do paciente
10. incapacidade freqüente de participar numa relação Sexual da maneira como gostaria


---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

**b) Qual a duração da síndrome?**

- em meses
- em anos


**c) Quantos episódios houve neste período?**

--	--

**d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?**

1. condição neurológica ou médica causando a síndrome
2. tratamento medicamentoso precedente ou atual causando a síndrome

--

--

**e) Quais dos seguintes estados estão associados?**

1. transtorno depressivo

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO AFETIVO.

2. abuso de álcool ou drogas

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNOS DE  
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

3. doença mental orgânica

--

CASO SIM, CONSIDERAR  
TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO

**f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. anorexia nervosa (F50.0)
2. bulimia nervosa (F50.2)
3. transtornos não-orgânicos de sono (F51)
4. disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52)


SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

**MÓDULO F6:  
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE**

**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. desvio consistente e estável de traços de personalidade ou comportamentos em relação às normas culturalmente aceitas de forma estável e permanente | <input type="checkbox"/> |
| 2. comportamento inflexível, desadaptado ou, sob outros aspectos, disfuncional numa ampla gama de situações pessoais e sociais                        | <input type="checkbox"/> |
| 3. desconforto pessoal ou impacto adverso sobre o ambiente social   | <input type="checkbox"/> |

**b) Quais das seguintes características e comportamentos estão presentes?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. paranóide:  |                          |
| • sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições                                 | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de perdoar ofensas e injúrias   | <input type="checkbox"/> |
| • desconfiança   | <input type="checkbox"/> |
| • combativo e obstinado no que se refere a direitos pessoais                         | <input type="checkbox"/> |
| • propensão a ciúme patológico   | <input type="checkbox"/> |
| • tendência a experimentar excessiva autovalorização                                 | <input type="checkbox"/> |
| • preocupação com explicações "conspiratórias" não comprovadas sobre eventos         | <input type="checkbox"/> |
| 2. esquizóide:   |                          |
| • incapacidade de experimentar prazer (anedonia)                                     | <input type="checkbox"/> |
| • frieza emocional, distanciamento ou afetividade embotada                           | <input type="checkbox"/> |
| • indiferença tanto para elogios quanto para críticas                                | <input type="checkbox"/> |
| • pouco interesse em ter experiências sexuais  | <input type="checkbox"/> |
| • preferência por fantasias, atividades solitárias e introspecção                    | <input type="checkbox"/> |
| • falta de amigos íntimos  | <input type="checkbox"/> |
| • dificuldade em reconhecer e aderir a convenções sociais (comportamento excêntrico) | <input type="checkbox"/> |
| 3. anti-social:  |                          |
| • falta de capacidade de empatia   | <input type="checkbox"/> |
| • irresponsabilidade e desrespeito por normas sociais                                | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de manter relacionamentos persistentes                                | <input type="checkbox"/> |
| • baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de Agressão             | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de experimentar culpa   | <input type="checkbox"/> |
| • propensão para culpar os outros  | <input type="checkbox"/> |
| • irritabilidade persistente   | <input type="checkbox"/> |



## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

## 4. emocionalmente instável:

- tendência a agir inesperadamente e sem consideração das conseqüências ☐
- tendência a comportamento beligerante e a ter conflitos com os outros ☐
- facilidade para ter explosões de raiva ou violência ☐
- incapacidade evidente de planejar adiante ou prever acontecimentos futuros que têm grande chance de ocorrer ☐
- dificuldade em persistir em qualquer tarefa que não ofereça gratificação imediata ☐
- humor instável e caprichoso ☐
- perturbações e incerteza sobre auto-imagem e preferências Internas (incluindo a sexual) ☐
- propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis ☐
- ameaças ou atos recorrentes de dano a si próprio ☐

## 5. histriônico:

- autodramatização, teatralidade ☐
- sugestionabilidade ☐
- afetividade superficial e lábil ☐
- egocentricidade ☐
- busca contínua de apreciação ☐
- necessidade de excitação ou de ser o centro das atenções ☐
- comportamento manipulativo para adquirir necessidades próprias ☐

## 6. anancástico:

- indecisão ☐
- perfeccionismo ☐
- consciencioso, escrupuloso ☐
- pedantismo e convencional ☐
- rigidez e teimosia ☐
- intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e indesejáveis ☐
- planejamento a longo prazo de todas as atividades e com detalhes imutáveis ☐

7. ansioso (de evitação):

- sentimentos de tensão e apreensão ☐
- autoconsciência e sentimentos de insegurança e inferioridade ☐
- desejo de ser querido a aceito ☐
- hipersensibilidade a rejeição e críticas ☐
- recusa em se envolver com pessoas, a não ser com garantias de aceitação sem críticas ☐
- propensão habitual a exagerar o potencial de perigo ou riscos em situações cotidianas ☐
- estilo de vida restrito devido à necessidade de certeza e segurança ☐

8. dependente:

- permitir que outros assumam responsabilidades em áreas principais da vida ☐
- subordinação de suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente ☐
- relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, às pessoas das quais depende ☐
- perceber a si mesmo como desamparado, incompetente e sem vigor ☐
- medo de ser abandonado e necessidade constante de se assegurar contra isso ☐
- sentimentos de ruína e desamparo quando um relacionamento íntimo termina ☐
- transferir responsabilidades para outros ☐

c) Qual a duração da síndrome?

- em anos

d) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. desvio resultante de outra doença mental adulta ☐
2. desvio resultante de doença ou dano cerebral orgânico ☐

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. abuso de álcool ou drogas ☐

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROMES DECORRENTES  
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

---

*CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)*

---

2. sintomas afetivos

☐

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME AFETIVA.

3. sintomas psicóticos

☐

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME PSICÓTICA.

4. sintomas neuróticos

☐

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME NEURÓTICA.

**f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. transtorno de personalidade paranóide (F60.0)

☐

2. transtorno de personalidade esquizóide (F60.1)

☐

3. transtorno de personalidade anti-social (F60.2)

☐

4. transtorno de personalidade emocionalmente instável:

• tipo impulsivo (F60.30)

☐

• tipo *borderline* (F60.31)

☐

5. transtorno de personalidade histriônica (F60.4)

☐

6. transtorno de personalidade anancástica (F60.5)

☐

7. transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (F60.6)

☐

8. transtorno de personalidade dependente (F60.7)

☐

9. outros transtornos de personalidade especificados (F60.8)

☐

SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

<b>Inventário MBI para <i>Burnout</i></b> (traduzido e adaptado por Lautert (1995) Em Preto: Componente Exaustão Emocional Em Azul: Componente Realização Profissional Em Verde: Componente Despersonalização	1 = Nunca	2 = Algumas vezes ao ano	3 = Algumas vezes ao mês	4 = Algumas vezes na semana	5 = Diariamente
Sinto que meu trabalho está me desgastando					
Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado					
Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.					
Sinto que estou trabalhando demais					
Sinto-me frustrado com meu trabalho.					
Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.					
Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.					
Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.					
Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.					
Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.					
Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.					
Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.					
No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.					
Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho					
Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.					
Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.					
Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho					
Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.					
Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.					
Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.					
Parece-me que os receptores do meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.					

---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação em estudo clínico**  
**“Cuidando de Médico com problemas com uso de substâncias”**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

O psiquiatra HAMER NASTASY PALHARES ALVES está realizando um estudo para descrever as características sócio-ocupacionais, diagnóstico psiquiátrico e de uso de substâncias psicoativas entre médicos. Está sendo ajudado pelo psiquiatra RONALDO RAMOS LARANJEIRA na coleta dos dados.

A minha participação como voluntário envolve apenas uma entrevista com duração aproximada de 60 a 90 minutos. As perguntas incluem idade, estado civil, situação no emprego, repercussões do uso de substâncias, internações pregressas e questionários para a aferição de transtornos mentais e por uso de substâncias.

Eu discuti com o Dr. HAMER NASTASY PALHARES ALVES ou com o Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA sobre a minha decisão de participar desse estudo. Eu entendo que minha participação é voluntária e não me trará qualquer benefício pessoal direto, mas ajudará a equipe a entender melhor aspectos da dependência de álcool e drogas bem como da saúde mental do médico, o que pode trazer avanços nos futuros atendimentos a esta clientela. Tenho o direito de responder apenas às perguntas que desejar, solicitar minha entrevista de volta e desistir quando eu quiser, sem sofrer qualquer penalidade, prejuízo ou perder qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Fui informado que minha negativa em participar deste estudo em nada prejudicará o bom andamento do meu tratamento. Todas as informações serão mantidas em segredo absoluto. Caso esse acordo seja quebrado, tenho o direito a ser indenizado.

---

Os profissionais citados acima me esclareceram suficientemente sobre o objetivo do presente estudo, bem como responderam as minhas dúvidas sobre o mesmo. Sendo assim, **eu concordo em participar voluntariamente.**

---

participante

data:

---

testemunha

data:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** desse paciente ou de seu representante legal para participação nesse estudo.

---

Hamer Nastasy Palhares Alves ou Ronaldo Ramos Laranjeira

data:



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 17 de outubro de 2003.  
**CEP 1230/03**

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) HAMER NASTASY PALHARES ALVES  
Disciplina/Departamento: Psiquiatria Clínica/Psiquiatria da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Cuidando de médicos com dependência química: perfil clínico e demográfica de uma amostra de médicos em tratamento ambulatorial”**.

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **14/abril/2004**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **11/outubro/2004**.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

REFERÊNCIAS

Aach RD, Cooney TG, Girard DE et al. (1988). Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. Ann Intern Med; 109:154-61.

Alpern F, Correnti CE, Dolan TE, et al. (1992). A survey of recovering Maryland physicians. Md Med J; 41:301–303.

Alves H, Kessler F, Ratto LR (2004) Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. Rev Bras Psiquiatr. May;26 Suppl 1:S51-3.

American Society of Anesthesiologists Task Force (1998). Chemical dependence in anesthesiologists: what you need o know when you need to know it. Available at: <http://www2.asahq.org/publications/>

Arana GW (1982). The impaired physician: a medical and social dilemma. Gen Hosp Psychiatry. Jul;4(2):147-54.

Arntez BB (1991). Working hours of medical residents and house staff. J Occup Med; 33: 843-4.

Atlan H (2000). As finalidades inconscientes. IN: Thompson WI. Gaia- Uma teoria do conhecimento. São Paulo: Gaia, 2000.



Bacon F (1620). *Novum Organum*. In: Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988.

BMJ Publishing Group (2002). Clinical evidence mental health. London, BMJ Publishing Group.

Bing-You RG (1993). Anxieties of entering first-year residents. Acad Med; 68:90.

Breiner SJ (1983). The impaired physician. *J Med Educ* 1979; 54:673; Vaillant GE, Clark W, Cyrus C, et al: Prospective study of alcoholism treatment: Eightyear follow-up. Am J Med; 75:455–463

Brent DA (1981). The residency as a developmental process. J Med Educ; 56:417-22.

Brewster JM (1986). Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians, JAMA, 255, 1913-20.

British Medical Association (1998). The misuse of alcohol and other drugs by doctors. A report of the working group on the misuse of alcohol and other drugs. London: BMA.

Brito RC (2007). Médicos também choram. Coluna para o portal eletrônico Terra Magazine. Disponível em:  
<http://terramagazine.terra.com.br/interna/0,,OI1456249-EI6788,00.html>

Brooke D, Edwards G, Taylor C (1991). Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. Br J Addict. Aug; 86(8):1011-6.

Booth JV, Grossman D, Moore J et al. (2002) Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs, Anesth Analg. 95, 1024-30.

Brooke D, Edwards G, Andrews T (1993). Doctors and substance misuse: types of doctor, types of problem. Addiction;88(5):655-63.

Brooke D (1997). "Impairment in the medical and legal professions". Journal of Psychosomatic Research. , Vol 43, No 1, pp 27-34.

Caan W, de Belleruche J, eds (2002). Drink, drugs and dependence. From science to clinical practice. London: Routledge.

Casas M (2004). Programa de Atenção aos médicos doentes da Província da Catalunha, Espanha. Comunicação oral. Simpósio sobre Atenção à Saúde Mental do Médico. XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, Bahia.

- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA (2001). I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. CEBRID/SENAD. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf)
- Conselho Federal de Medicina (1988). Código de Ética Médica. Artigos 102 e 105. Resolução CFM nº. 1.246/88, DE 08.01.88 (D.O.U 26.01.88)
- Colford JM, McPhee SJ (1989). The unravelled sleeve of care - managing the stresses of residency training. JAMA; 261: 889-93.
- Corrigan PW, Watson AC, Miller FE (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. J Fam Psychol. Jun;20(2):239-46.
- Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S (2005) How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. Psychiatr Serv. May;56(5):544-50.
- Descartes R (1637). Discurso do Método. In: Os Pensadores. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1979.
- Descartes R (2000). Regras para a Direção do Espírito. São Paulo, Ed. Martin Claret.
- Domino KB; Hornbein TF; Polissar NL; Renner G; Johnson J; Alberti S; Hanks L (2005). Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals With Substance Use Disorders. JAMA; 293:1453-1460.

Farley WJ (1992). Addiction and the anaesthesia resident, Can J Anaesth, 39, R11-7.

Femino J, Nirenberg TD (1994). Treatment outcome studies on physician impairment: A review of the literature. R I Med; 77:345–350;

Flaherty JA, Richman JA (1993). Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. Psychiatr Clin North Am. Mar;16(1):189-97.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH (1996). Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ª ed. Traduzido por: Schmidt MI et al. Porto Alegre: Artes Médicas.

Freudenberg HJ (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, vol. 30 (1), 159 - 165.

Gallegos KV, Keppler JP, Wilson PO (1989). Returning to work after rehabilitation: Aftercare, follow-up, and workplace reliability. Occup Med; 4:357–371

Gallegos KV, Lubin BH, Bowers C, et al. (1992). Relapse and recovery: Five to ten year follow-up study of chemically dependent physicians. The Georgia experience. Md Med J; 41:315–319.

- Glatt M (1976). Alcoholism: An occupational hazard for doctors. J Alcohol; 11:85–91.
- Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K (2004). Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications, *Psychiatr Clin North Am*, 27, 745-53.
- Gold MS, Melker RJ, Dennis DM et al. (2006) Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis, *J Addict Dis*, 25, 15-21.
- Graskie JS (2003). Programa de Atenção à Saúde do Médico da Província da Tasmânia, Austrália. Comunicação oral. Simpósio sobre Atenção à Saúde Mental do Médico. II Encontro Paulista de Psiquiatria, São Paulo, São Paulo.
- Guggenbuhl-Craig A (2005). O abuso do poder na psicoterapia. Ed Paulus, São Paulo.
- Herrington RE, Benzer DG, Jacobson GR, Hawkins MK (1982). Treating substance-use disorders among physicians. JAMA 247:2253-2257.
- Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC (1998). Multivariate Data Analysis. New Jersey: Prentice Hall.
- HMSO (1995). Office of Population Censuses and Surveys. Occupational health decennial supplement. London.

- Ibope/Opinião (2006) Pesquisa “Confiança nas Instituições”. Disponível em [http://www.ibope.com.br/opp/pesquisa/opiniaopublica/download/opp098\\_confianca\\_portalibope\\_ago05.pdf](http://www.ibope.com.br/opp/pesquisa/opiniaopublica/download/opp098_confianca_portalibope_ago05.pdf)
- International Labour Organization, (2002). Workplace drug and alcohol abuse prevention programs.
- Messas GP, Vallada Filho HP (2004). The role of genetics in alcohol dependence. Rev. Bras. Psiquiatr., May, vol.26 suppl.1.
- Murray CJL, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet; 349: 1498–1504
- Janca A, Üstün TB, van Drimmelen J, Dittmann V, Isaac M (1994). Check List de Sintomas para Doenças Mentais - CID 10. Tradução para o português: Renata Oliveira e Aristides Volpato Cordioli Apoio: Fipe – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil, Divisão para Saúde Mental Organização Mundial de Saúde Genebra.
- Jorge Filho I (2005). Avaliação do Ensino. In: Jornal do CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Edição 219 - 11/2005. Available on-line: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=586>

- Kaufman M (2004). Programa de Atenção à Saúde do Médico da Província de Ontário, Canadá. Comunicação oral. Simpósio sobre Atenção à Saúde Mental do Médico. XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Salvador, Bahia.
- Kendell R (2000). The political dimensions of the problem. In: Doctors and their health. Reed Healthcare Publishing, Glasgow.
- Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC (2003). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. Arch Gen Psychiatry;60:929-937.
- Kerr-Corrêa F, Andrade AG, Zahira Bassit AZ, Boccuto NMCF (1999). Alcohol and drug use by Unesp medical students. Rev Bras Psiquiatr, 21 (2).
- Kranzler HR, Rosenthal RN (2003). Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. Am J Addict;12 Suppl 1:S26-40.
- Krueger RF (1999). The Structure of Common Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:921-926.
- Lawrence J (1992). The impaired doctor. Medical Journal of Australia, Vol 157.
- Lautert L (1995). O desgaste profissional do enfermeiro. Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca - Facultad de Psicologia, Salamanca.

Lloyd G (1997). Doctors who are dependent on alcohol can recover. BMJ; 314: 521.

Machado MH (Coord). (1997). Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Maslach & Jackson (1997); Manual MBI, Inventario “*Burnout*” de Maslach. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

McAuliffe WE (1984). Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. Am J Drug Alcohol Abuse;10(1):1-22.

McAuliffe WE, Santangelo F, Magnuson E, Sobol A, Rohman M, Weissman J (1987). Risk factors in drug impairment in random samples of physicians and medical students. Int J Addict;22(9):825-41.

Meleiro AMAS (1999). O médico como paciente. Lemos Editorial, São Paulo.

Messas GP, Vallada Filho HP (2004). The role of genetics in alcohol dependence. Rev. Bras. Psiquiatr. May, vol.26 suppl.1.

Morse RM, Martin MA, Swenson WM, et al. (1984). Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence. JAMA; 251:743–746.

Murray R (1975). Alcoholism and employment. J Alcohol; 10:23–26



- Murray CJ, Lopez AD (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. May 17;349(9063):1436-42.
- Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS *et al.* (2006). Conditions of work and health of physicians in the city of Salvador, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, vol. 52, no. 2, pp. 97-102.
- Newbury-Birch D, Lowery RJ, Kamali F (2002). The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. *Br Dent J*; 192: 646-649.
- Niel M (2006). Anestesiologistas e Uso de Drogas: Um Estudo Qualitativo. [Tese]. Tese Apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Mestre em Ciências.
- Nogueira-Martins LA , Jorge MR (2003). Natureza e Magnitude do Estresse na Residência Médica. *Psychiatry On-line Brazil* (8) Março.
- Nogueira-Martins LA (2005). Residência Médica: Estresse e Crescimento. São Paulo, Casa do Psicólogo, 201 p.
- O'Brien CP, McLellan AT (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*; 347:237–240

O'Connor PG, Spickard AJ (1997). Physician impairment by substance abuse. Med Clin North Am; 81:1037–1052

Paice E (2000). Early identification, diagnosis and response. In: Doctors and their health. Reed Healthcare Publishing, Glasgow.

PAIME (Integral Care Programm for Sick Physicians). (2001) Manifesto of Barcelona,. Produced by consensus in the 1st European Meeting PAIMM, 8 Nov 2001 by expert participants about care programmes in Europe for health professionals with mental disorders and addictive behaviours. [cited 8 jul 2006]. Available at: <http://paimm.fgalatea.org/eng/manifest.htm>

Pattani A, Constantinovici N, Williams S (2001). Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. BMJ; 322: 208-209.

Paty M (1998). Mathesis universalis e inteligibilidade em Descartes, Trad. em português por Maria Aparecida Corrêa-Paty, Cadernos de História e Filosofia da Ciência (Campinas), Série 3, vol. 8, (nº1, jan.-jun.), 9-57.

Pereira MG (1999). Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Pitta A (1991). Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.

- Ramon S (2002). Mental wellbeing in the workplace. Professional Soc Work;April:14-5
- Ribeiro RBA (1989). A fadiga médica: suas causas e conseqüências. Rio de Janeiro: PUC/RJ, Monografia (Pós-graduação em Administração Hospitalar) in Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico, SIMESP, 2002.
- Rubin R, Orris P, Lau SL (1991).Neurobehavioral effects of the on-call experience in housestaff physicians. J Occup.Med; 33:13-8.
- Sanz Yaguez F, Lopez Corbalan JC (1999). Abuse of psychoactive drugs among health professionals. Rev Esp Anestesiol Reanim. Oct;46(8):354-8.
- Scliar M (1996). A paixão transformada. Ed. Companhia das Letras, São Paulo.
- Segre M, Fontana-Rosa JC (2001) Capítulo 18: Questões Éticas na Abordagem do Dependente de Drogas. In: Seibel, SD. Toscano Jr, A. Dependência de Drogas. São Paulo, Editora Atheneu.
- Seligmann-Silva E (1997) Saúde Mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. Cad. Saúde Pública, vol. 13, Rio de Janeiro, Brasil.

- Shore J (1987). The Oregon experience with impaired physicians on probation: An eight year follow-up. JAMA 1987; 257:2931–2934
- Sims A (2001). Sintomas da Mente. Porto Alegre, Editora Artmed.
- Skipper GE (1997). Treating the chemically dependent health professional, J Addict Dis, 16, 67-73.
- Smith JW, Denny WJ, Witzke DB (1986). Emotional impairment in internal medicine house staff - results of a national survey. JAMA; 255:1155-8.
- Spiegelman WG, Saunders L, Mazze RI (1984). Addiction and anesthesiology, Anesthesiology, 60, 335-41.
- Steinbrook R (2002). The Debate over Residents' Work Hours. N Engl J Med, 347(16):1296-1302.
- Stimmel B (1984). Alcoholism and drug abuse in the affluent: Is there a difference? Adv Alcohol Subst Abuse; 4:1–11
- Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL (1987). The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA;257(21):2927-30.
- Teilhard de Chardin, P. El fenómeno humano. Barcelona: Taurus, 1974. 6ª ed.

- Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB et al. (2006). Incidence of the burnout syndrome among Brazilian cancer physicians. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol. 52, no. 2, pp. 108-112.
- Vaillant GE, Brighton JR, McArthur C (1970) Physicians' use of mood-altering drugs. A twenty-year follow-up report. *N Engl J Med*;282(7):365-70.
- Welsh CD (2002). Substance use disorders in physicians: Prepared for the Alcohol Medical Scholars Program. Available at: <http://www.alcoholmedicalscholars.org/physician-out.htm>
- Williams S, Michie S, Pattani S (1998). Improving the health of the NHS workforce. Report of the partnership on the health of the NHS workforce. London: Nuffield Trust.
- Winick C. (1980). A theory of drug dependence based on role, access to, and attitudes towards drugs. *NIDA Res Monogr* 1980;30:225-35.
- Wright C 4th (1990). Physician addiction to pharmaceuticals: Personal history, practice setting, access to drugs, and recovery. *MD Med J*;39(11):1021-5.
- Zosia K (2002). New helpline set up by doctors for doctors. *BMJ*; 325: 854a. DOI: 10.1136/bmj.325.7369.854/a

## Abstract

**Introduction:** Physicians present socio-occupational particularities and personality traits that increase their risk for mental disorders, burnout and substance use disorders. **Aims:** To describe socio-demographical profile, reasons for seeking treatment, drug misuse diagnosis and psychiatric comorbidities, as well as consequences of substance use in a clinical sample in a specific service for doctors in Brazil. **Design:** Cross sectional study. **Procedures:** A pilot study was conducted to investigate drug dependent doctors profile in treatment in Brazil, (N=198). The results of this study raised the need for setting up a service for this clientele. Since the beginning of this Support Network for Doctors, the socio-demographical profile, psychiatric comorbidities and substance use were investigated through semi-structured interview, based on the Symptom Checklist for ICD-10 and Malasch Burnout Inventory. Self-medication was registered when it had contributed with the onset of drug use. Consequences of consumption were recorded dichotomically (yes/no). **Results:** Three hundred and sixty-five doctors were assessed in a seven year period. From those, 318 (87.4%) were male, mean age of  $38.6 \pm 10.5$  years. Mean interval between problem identification and searching for treatment was  $5.8 \pm 7.3$  years. Psychiatric comorbidity was present in 188 cases (51.5%). Alcohol was the most used substance, being the drug most frequently involved in drug career onset. We observed different profiles among medical specialties subgroups: clinical specialties started their problematic use mostly with alcohol consumption, surgical ones started by misusing alcohol or street drugs and anaesthesiology with prescribing drugs ( $p < 0.001$ ). Classification trees analysis corroborated the findings of different patterns among specialties subgroups regarding drug career onset ( $p < 0.001$ ) and current pattern of use ( $p = 0.021$ ). Women presented problems with benzodiazepines and amphetamines more frequently and sought out for treatment more precociously. Seeking help occurred due to family pressure (44.1%), peer or Regional Medical Board pressure (18.1%) and voluntarily (37.8%). Time interval between problem identification and seeking help was similar to international literature ( $5.83 \text{ years} \pm 7.31$ ). Anaesthesiology was overrepresented in our sample, and presented particular characteristics regarding class of used drugs, reason for seeking help, and drug career onset, which was mainly with prescribing drugs (opiates and benzodiazepines). **Conclusions:** The sample showed a psychopathological profile that deserves attention, with consumption consequences in many life fields (familiar, professional and mental health). It was observed that the prevalence of some drug misuse (mainly benzodiazepines and opiates) was related to ease of access in the work place, being less prevalent among clinical specialties subgroup, intermediate for surgical specialties and greater for anaesthesiology and endoscopy. These findings raised the hypothesis of environmental aspects as risk factors for drug consumption onset and maintenance. Finally, the authors described the experience and challenges of coordinating such a service and made recommendations about drug dependence management among physicians.