

## TÍTULO

- I. RESUMO
- II. INTRODUÇÃO
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL E MÉTODOS
- V. RESULTADOS
- VI. CONCLUSÕES
- VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### I. RESUMO

O consumo de substâncias de abuso pelos médicos é uma questão muito importante na classe médica, sendo causa freqüente de erro, absenteísmo, e queixas junto o Conselho Regional de Medicina. Este problema demanda um controle muito mais rígido, pois determina riscos ao público e ao médico. *Objetivo:* Traçar o perfil sócio-demográfico dos médicos em tratamento por dependência química, avaliar possíveis comorbidades psiquiátricas e conseqüências associadas ao consumo. *Método:* Foram coletados dados de 206 médicos em tratamento ambulatorial por uso nocivo e dependência química, por meio de questionário elaborado pelos autores. *Resultados:* A maioria de indivíduos foi do sexo masculino, casados, com idade média de 39 anos e dp. Sessenta e seis por cento já tinham sido internados por causa do uso de álcool e/ou drogas. Setenta e sete por cento possuía residência médica e as especialidades mais envolvidas foram: clínica médica, anestesiologia e cirurgia. Comorbidade psiquiátrica foi diagnosticada em trinta e um por cento dos pacientes. Quanto às substâncias consumidas, o mais freqüente foi uso associado de álcool e drogas (39%), seguido por uso isolado de álcool (35%) e uso isolado de drogas (28%). Observou-se o intervalo de 3,78 e dp anos em média entre a identificação do uso problemático de substâncias e a procura de tratamento. Apenas 30% buscaram tratamento voluntariamente. Quanto aos problemas sociais e legais observou-se: desemprego no ano anterior em quase 1/3 da amostra; problemas no casamento ou separação (68%), envolvimento em acidentes automobilísticos (42%) e problemas jurídicos (19%). Dois terços

apresentaram prejuízo na prática da profissão e 8% tiveram problemas junto ao Conselho Regional de Medicina. Os autores recomendam algumas medidas assistenciais e preventivas para o problema.

## **II. INTRODUÇÃO**

O uso de álcool e tabaco na população geral atinge níveis considerados relevantes e portanto, tem sido classificados como um grave problema de saúde pública no mundo (WHO, 1998). Estima-se que cerca de 6 a 10% da população mundial tenha problemas relacionados ao uso de álcool e 25% ao uso do tabaco (Tongue, 1993). No Brasil foi desenvolvido um levantamento do consumo de drogas na população geral pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), confirmando a incidência mundial (Galduróz e col., 1999).

Estudos têm demonstrado que a dependência química é uma doença pouco diagnosticada e tratada (Klamen & Miller, 1997; Clark, 1981). Os médicos não fazem o diagnóstico nem tratam o uso nocivo ou dependência de álcool e drogas com mesma frequência e precisão que o fazem com as outras doenças crônicas (Cleary & Miller, 1988). Geralmente, focalizam as doenças clínicas decorrentes da dependência, que ocorrem tardiamente e não a dependência subjacente (Walsh, 1995).

O consumo de álcool e tabaco tem conseqüências para a saúde e bem estar daqueles que usam estas substâncias e, por extensão, para os que estão em torno destes usuários. Intervenções mínimas, consideradas efetivas, são necessárias para diminuir os efeitos negativos deste consumo, pois o impacto do consumo de álcool e do tabaco sobre a mortalidade é assustador (English et al., 1995; Centers for Disease Control and Prevention, 1990).

O consumo de álcool e drogas entre médicos tem sido cada vez mais observado e pesquisado. No entanto, a qualidade das informações sobre esse tema é insuficiente pra esclarecer todas as dúvidas que têm surgido.

Segundo o *General Medical Council (GMC)*, órgão semelhante ao Conselho Regional de Medicina na Inglaterra, dois terços dos processos relacionados à má prática e erro médico relacionam-se ao uso nocivo e

dependência de substâncias psicoativas (GMC, 1994),. Na Austrália a má prática da medicina corresponde a 63% dos casos notificados ao Medical Practitioners Board. McGovern observou 70,4% de prevalência de uso de substâncias entre médicos autuados por má conduta ou comportamento inadequado.

No Brasil, existem vários trabalhos analisando o uso de álcool e drogas entre estudantes de medicina (9), mas nenhum trabalho desse tipo havia sido realizado entre com médicos.

O uso nocivo e dependência de substâncias de abuso na população médica devem ser analisados e compreendidos dentro de uma visão mais ampla: a saúde dos médicos. Os estudos mais recentes nessa população tem evidenciado altos índices de estresse, depressão, uso de substâncias psicoativas, distúrbios conjugais e profissionais e alta prevalência de suicídio (Nogueira-Martins, 1989/90). Estudo realizado pela Fundação SEADE e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) observou que 11% dos óbitos entre médicos na faixa etária entre 20 e 39 anos foram causados por suicídio.

### **O Problema da Dependência Química Entre Médicos**

Na primeira metade do século passado, os médicos conseguiram alcançar uma posição de destaque, autonomia, tornando-se especialistas na prática da Medicina e na responsabilidade com seus pacientes (Starr, 1982). O uso indevido de substâncias de abuso entre médicos não permite a prática segura da profissão e, portanto, as associações médicas americanas se organizaram para desenvolver programas de assistência para estes profissionais no início dos anos 70 (Steindler, 1974). Nas últimas duas décadas, muita informação foi acumulada sobre o tema (Robertson, 1986; Wright, 1990; Centrella, 1994; American Medical Association, 1996).

Estudos controlados usando os critérios do Quarto Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (1994), o DSM IV, mostraram que os profissionais de saúde apresentam taxas similares de dependência e uso nocivo de substâncias de abuso em relação a população geral, entre 8 a 14% (Bissell,1984; Brewster, 1986). Em relação ao álcool,

alguns estudos reportaram taxas até mesmo superiores (Glatt, 1976; Murray, 1975; Stimmel, 1984). Esta prevalência é um pouco menor quando comparada com outras profissões (Anthony, 1992; Stinson, 1992). A frequência de uso nocivo e dependência de opióides prescritos e benzodiazepínicos é mais alta entre os médicos, aproximadamente cinco vezes mais que na população geral (Gallegos, 1988; Hughes, 1992).

Os médicos passam por situações facilitadoras que os submetem a riscos relevantes para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias de abuso (Vaillant et al, 1970; McAuliffe, 1984; Brooke et al, 1993). O estresse profissional, a queda do tabu em relação a seringas e injeções, a disponibilidade facilitada a drogas cujo acesso é controlado (anfetaminas, opióides e benzodiazepínicos) são alguns dos fatores hipoteticamente relacionados (Winick, 1980).

McAuliffe (1987) definiu alguns fatores de risco entre estudantes de medicina para uso de substâncias psicotrópicas: 1) acesso fácil aos medicamentos; 2) história familiar de dependência; 3) problemas emocionais; 4) estresse no trabalho e em casa; 5) busca de emoções fortes; 6) auto-administração no tratamento para dor e para o humor; 7) fadiga crônica.

Tallbott (1987) encontrou as seguintes características comuns de maior risco entre médicos dependentes químicos: a idade; o acesso fácil; a predisposição genética; a dificuldade para lidar com o estresse; a falta de conhecimento sobre o tema; a falta de estratégias de prevenção e auto-controle; freqüentar ambiente profissional permissivo; a negação de riscos.

Wright (1990) descreveu como médicos em maior situação de risco para dependência de substâncias, aqueles que usaram substância ilícita; os de especialidade de alto risco (Anestesiologia, Emergência, Psiquiatria); aqueles que desenvolveram um padrão de prescrição exagerada; médicos com comportamento de grandiosidade, culpa excessiva e com pressão para sucesso acadêmico por meio de trabalho exagerado.

É também polêmico a capacidade de exercício profissional. Em muitos casos, dado o fato de que algumas das substâncias são desviadas do próprio local de trabalho, pode ser indicado o afastamento destes do exercício da

medicina, o que, preferencialmente, deve ser temporário. Tal afastamento visa a proteção de ambos: médico e público (General Medical Council, 1988). **Fora do contexto, vamos redimensionar este dado.**

### **O tratamento**

Os médicos trabalham de forma independente, com uma postura geralmente controladora, falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos, que sabem o que estão fazendo”. A negação é uma das características do médico dependente que o impede de procurar ajuda e tratamento (Talbot & Gallegos, 1990). Soma-se a isto o fato de que a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade (Nogueira Martins, 2002).

Outro fator que diminui a procura por tratamento é a visão que os médicos têm da dependência química, aliada à formação específica deficiente, levando a um senso comum de intratabilidade e desesperança. O médico teme o estigma da dependência, a falta de confidencialidade, a perda da reputação e o desemprego (Coombs, 1997). Os médicos têm facilidade para identificar e abordar tais complicações (Lubin et al., 1986). No entanto, o uso nocivo e a dependência de substâncias de abuso são pouco diagnosticadas (Donovan, 1988). Tais categorias nosológicas são pouco abordadas durante a formação médica (Clark, 1981; Sobell et al., 1988).

Forma-se também, paralelamente, uma “conspiração do silêncio”, ou seja, tanto familiares, pacientes quanto colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as consequências (Welsh, 2002). A identificação do problema, deste modo, é feita de forma abrupta e tardia: por exemplo, após sair de um centro cirúrgico por uma intoxicação severa ou tremores na abstinência do álcool; ou ao ser flagrado desviando drogas anestésicas. Os processos investigatórios e administrativos são por vezes improfícuos e vexatórios para o médico com tais problemas.

Providenciar tratamento para os médicos também não é tarefa fácil, dada a dificuldade em aceitar o papel de paciente (Vaillant, 1970; Brooke, 1993; Talbot, 1987). Quando em tratamento, no entanto, o prognóstico é melhor que o da população geral (Welsh, 2002; Shores, 1987).

Segundo Editorial da Associação Médica Inglesa (British Medical Association, 1993), é necessário um serviço especial para médicos com transtornos relacionados ao uso de substâncias de abuso, pois os tradicionais são ineficientes. Três componentes são essenciais para o funcionamento destes serviços: em primeiro lugar, a entrada no tratamento deve ser simples, publicada pelos jornais do Conselho. Procedimentos policiais ou exposição moral dentro do ambiente de trabalho são contraproducentes. Segundo, o cuidado é melhor exercido por outros médicos e em ambientes em que não haja contato com a população geral: um médico pode ter dificuldade de comentar sobre os atos cometidos no exercício da profissão, os outros pacientes podem expressar raiva em relação a este médico e descrença em relação aos cuidados que vem recebendo, ao passo que o paciente-médico pode tender monopolizar as sessões devido ao seu conhecimento. Em terceiro lugar, deve ser oferecido suporte a longo prazo, com monitoração e supervisão, visando a prevenção de recaídas e manutenção da abstinência.

O tratamento requer abstinência por longo prazo. A fase de manutenção é imprescindível e deve ser também longa. A maioria daqueles que completam o tratamento e participam da fase de manutenção voltam a exercer a medicina com sucesso. O planejamento do tratamento deve ser bastante adequado e pareado com as especificidades desta população (Talbot & Martin, 1986).

O fenômeno da dependência química entre médicos deve ser abordado tanto pela classe quanto pelos empregadores como uma importante causa de queda do desempenho, absenteísmo e de erro médico. A Associação Médica Inglesa (British Medical Association, 1995) postula que quanto maior a advertência e informação, e quanto mais visível for a propaganda dos serviços disponíveis para o tratamento, mais profissionais podem se beneficiar e desviarem das conseqüências trágicas da dependência química. Por outro lado, a inexistência de serviços específicos pode deixar os médicos desamparados, sem tratamento e os colegas sem argumentação para abordarem o médico dependente.

Nos Estados Unidos, alguns serviços recomendam que estes sejam abordados e confrontados quando necessário; recebam tratamento e

monitoramento adequado. 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 (Shore, 1987). A maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão (Talbot et al. 1987; Shore, 1987; Pelton et al. 1991).

### **O uso de substâncias de abuso e comorbidade psiquiátrica.**

Um levantamento epidemiológico sobre doenças mentais realizado nos Estados Unidos da América, Epidemiologic Catchment Area (ECA), mostrou que os transtornos ansiosos e a dependência são as doenças mais prevalentes na população geral (Regier et al., 1990). Quando já existe uma desordem mental, a chance de desenvolver outro transtorno aumenta (McLellan et al., 1978; Hall et al., 1979; Farrell et al., 1999).

O transtorno ansioso tem sido mais diagnosticado em dependentes de álcool do que em abusadores (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1996). Kranzler e Liebowitz (1988) propuseram a seguinte conceitualização clínica: existe uma interação bidirecional, determinada por múltiplos fatores, entre a ansiedade e o abuso de substâncias de abuso. A hipótese de que os indivíduos ansiosos acabam por usar o álcool como uma forma de auto medicação é postulada, o que acaba por agravar o transtorno ansioso primário (Lader, 1972; Stockwell et al., 1984; Weiss & Rosenberg, 1985; Cox et al., 1990; Khantzian, 1990; Pohoreckey, 1991; Anthenelli & Schuckit, 1993; Kranzler et al., 1998). Indivíduos com fobia social, agorafobia, estresse pós traumático e pânico, podem beber para reduzir a tensão (Schuckit & Hesselbrock, 1994; Allan, 1995; Kranzler, 1996).

### **III. OBJETIVOS**

Os objetivos do presente estudo são:

- 1) Levantar características da amostra e comparar com a população geral;
- 2) Relacionar as drogas mais consumidas pela amostra;
- 3) Descrever a frequência das comorbidades psiquiátricas mais encontradas;

- 4) Descrever as especialidades mais freqüentemente envolvidas;
- 5) Descrever as conseqüências relacionadas ao uso de substâncias apresentadas no momento da avaliação.

#### **IV. MATERIAL E MÉTODOS**

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

Inicialmente foi feito contato com médicos especialistas no tratamento de dependência química, aos quais foi enviado um questionário abordando as seguintes variáveis: características sociodemográficas, situação empregatícia atual, padrão de uso de álcool e drogas, tratamentos prévios, forma de busca de tratamento, diagnóstico de abuso/dependência, comorbidades psiquiátricas, problemas sociais e legais decorrentes do uso de substâncias.

#### **V. RESULTADOS**

Foram coletados dados referentes a 206 pacientes com formação médica atendidos ambulatorialmente nos últimos cinco anos, com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de álcool e/ou drogas. Destes, 7 eram estudantes.

##### 1) Características da amostra:

As características sociodemográficas são apresentados na tabela 1. A maior parte da amostra constitui-se de indivíduos do sexo masculino, casados, com idade média de 39,4 anos, (desvio-padrão de 10,73 anos). Sessenta e seis por cento já tinham sido internados por causa do uso de substâncias .

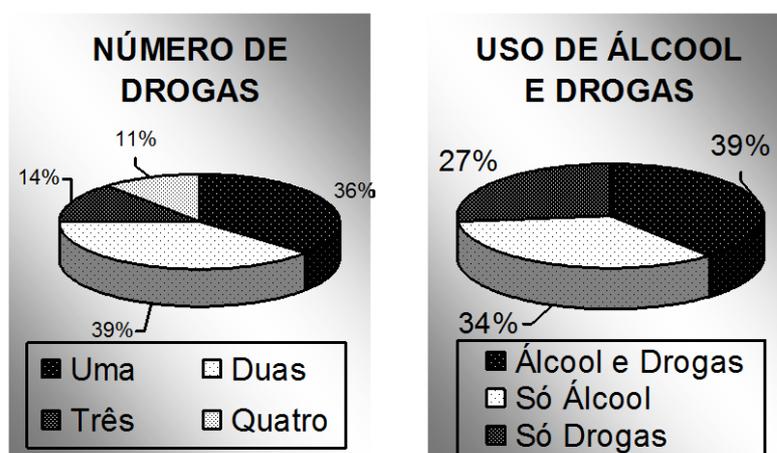
<b>DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>		
CATEGORIA	Média	Desvio Padrão
IDADE	39,4	10,73
INTERVALO ATÉ BUSCA DE TRATAMENTO	3,78	
SEXO	Número	Porcentagem
Masculino	176	85,4
Feminino	24	11,7
Desconhecido	6	2,9

ESTADO CIVIL	Número	Porcentagem
Casados	122	59,2
Solteiros	46	22,3
Separados	33	16,0
Viúvos	3	1,5
Desconhecido	2	1,0

**Tabela 1: Dados sócio-demográficos dos 206 médicos da amostra. Observar o atraso entre a detecção do problema e o início do tratamento.**

- 2) Relacionar as drogas mais consumidas, bem como a frequência de uso nocivo e dependência para cada uma destas drogas;

**Fig. : Número de drogas utilizadas e concomitância de uso de álcool e drogas: observa-se que o uso de duas ou mais drogas foi bastante freqüente. Importante ressaltar que 25% da amostra utilizava 3 ou mais drogas.**



- 3) Descrever a frequência das comorbidades psiquiátricas mais encontradas;

Trinta e um por cento dos pacientes apresentavam no mínimo um diagnóstico psiquiátrico associado, sendo 24,7% no Eixo I do DSM-IV e 6,3% no Eixo II (Transtornos de Personalidade). Os mais encontrados foram depressão, transtorno afetivo bipolar e transtornos de personalidade (tabela 3).

DIAGN PSQUIÁTRICO ASSOCIADO (n = 64)	%
Depressão	10,2
T. afetivo bipolar	7,8
T. personalidade	6,3
Esquizofrenia	2,4
T. Ansiedade generalizada	2,4
Outros	5,0

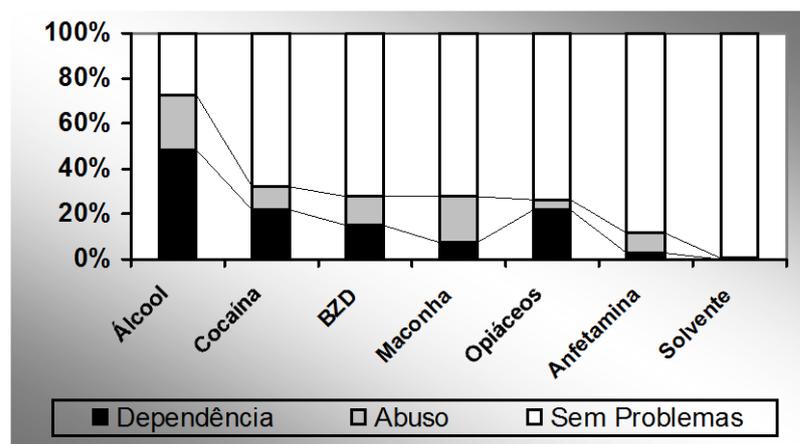
**Fig.3: Diagnósticos comórbidos e frequência.. Nota-se a alta frequência dos diagnósticos na amostra, o que leva a pensar numa relação bidirecional.**

Quanto ao uso de substâncias, o mais freqüente foi o uso associado de álcool e drogas (39%), seguido pelo uso isolado de álcool (35%) e pelo uso isolado de drogas (28%). Entre os pacientes que usavam drogas, encontrou-se um nível elevado de uso de 2 ou mais drogas (64%), sendo o mais comum o uso de 2 substâncias. As drogas mais consumidas em ordem decrescente foram álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes (tabela 3).

	DEPENDÊNCIA		ABUSO		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
ÁLCOOL	100	48,5	50	24,3	150	71,4
COCAÍNA	45	21,8	21	10,2	66	31,1
BZD	31	15,0	26	12,6	57	26,7
MACONHA	15	7,3	41	20,0	56	26,2
OPIÁCEOS	45	21,8	9	4,4	54	26,2
ANFETAMINA	6	2,9	18	8,7	24	11,7
SOLVENTES	0	0,0	1	0,5	1	0,5

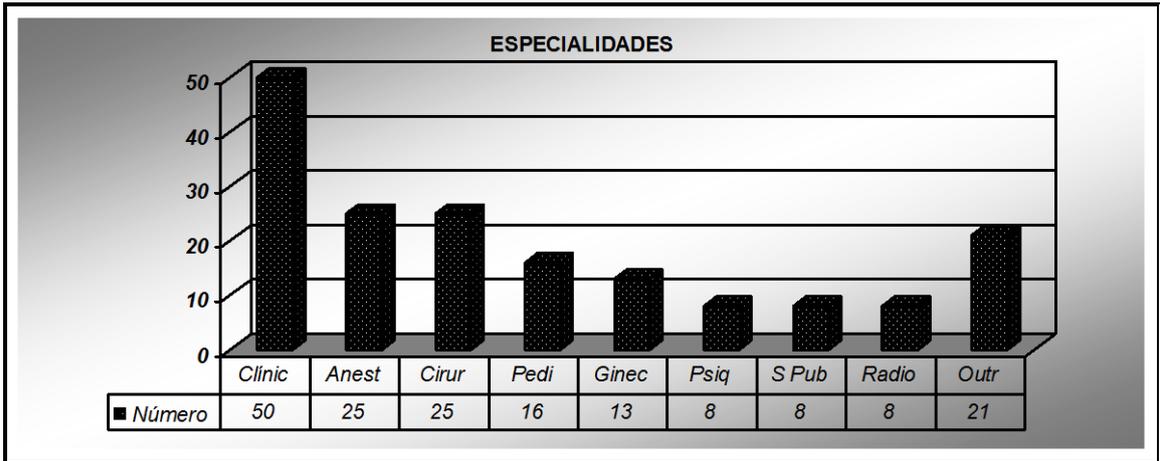
**Tab.3: Tabela de freqüência dos diagnósticos de dependência e uso nocivo por substâncias.**

**Fig. :** Tabela de freqüência de dependência e abuso das principais substâncias consumidas. Em preto observa-se a freqüência de dependência, em cinza, o uso nocivo e em branco a ausência de problemas.



#### 4) Descrever as especialidades mais freqüentemente envolvidas;

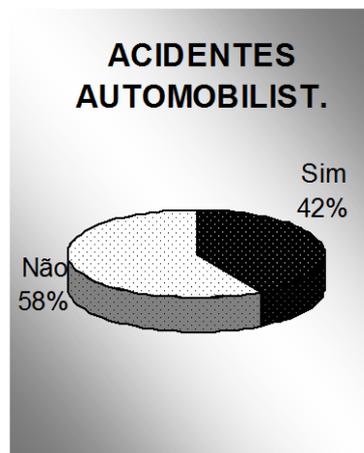
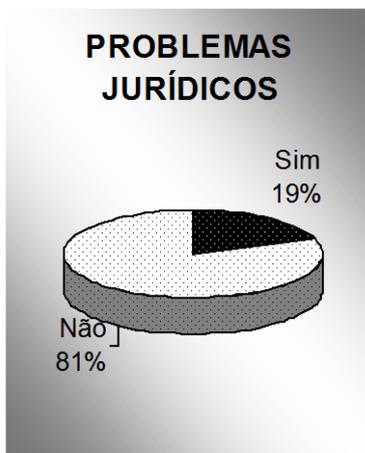
A maioria dos pacientes tinha feito residência médica (77%) e as especialidades mais envolvidas foram clínica médica, anestesiologia e cirurgia, conforme descrito na figura 1.

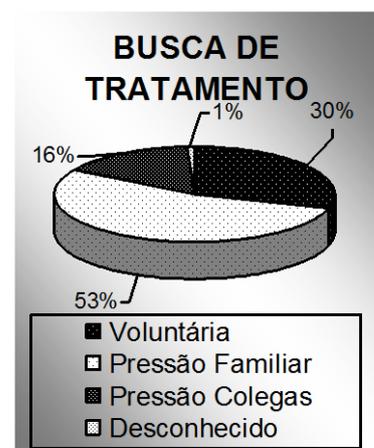
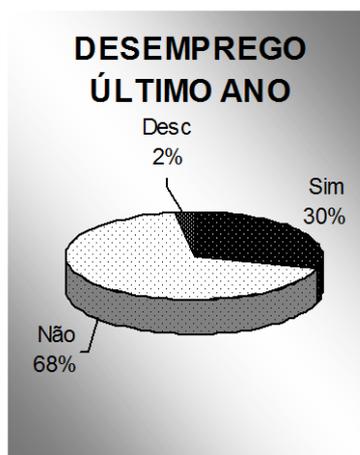
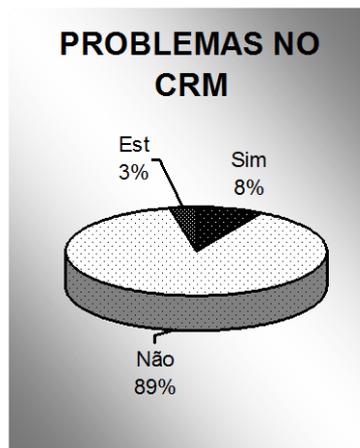


Quanto à forma de busca de tratamento, 30% o fizeram voluntariamente, 54% por pressão da família e 16% por pressão de colegas. Uma demora de 3,78 anos em média foi encontrado entre a identificação do uso de substâncias como um problema e a procura de tratamento.

#### 5) Conseqüências relacionadas ao uso de substâncias:

Quase 1/3 da amostra havia ficado desempregado por algum período nos 12 meses antecedendo a consulta, 68% relataram problemas no casamento ou separação, 42% já sofreram acidentes automobilísticos e 19% envolveram-se em problemas jurídicos. Quanto ao exercício da medicina, 2/3 do total apresentaram prejuízo na prática da profissão, porém apenas 8% tiveram problemas junto ao CRM (Conselho Regional de Medicina).





### Desenvolver a DISCUSSÃO

Os dados encontrados mostram que assim como na população geral a prevalência do uso de substâncias de abuso entre médicos está em torno de 8 a 12%. (Os dados deste estudo não permitem chegar a esta conclusão)

### DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido utilizando dados de 206 médicos em tratamento, logo, não é possível generalizar os dados para toda a população médica que necessita de orientação e tratamento por dependência química. O fato daqueles estarem em tratamento com especialistas em dependência

química sugere que a gravidade nesta amostra pode inclusive ser maior, no entanto, não é possível afirmar a partir dos dados colhidos.

O estudo das características familiares, e a assistência à família pode ajudar na detecção, encaminhamento e manutenção no tratamento, dado que os problemas familiares, pela sua frequência, são os mais encontrados, sendo o ponto onde as conseqüências da dependência química são mais rapidamente aparentes. Outro fator importante a estimular a abordagem da família é a importância da família na procura por tratamento (53% dos casos).

Também é relevante que 2/3 dos médicos apresentaram problemas no exercício da medicina, no entanto o Conselho Regional de Medicina só foi acionado em 8% das vezes, o que se relaciona, hipoteticamente, com a idéia de que os médicos não devem ser denunciados, temendo-se as conseqüências, a exposição, a insegurança em revelar o problema de um colega sem ter provas concretas.

É importante observar que boa parte da amostra utilizava mais de uma droga, sendo que 25% utilizaram 3 ou mais drogas. Isto sugere que mais que uma abordagem levando em conta se há uma dependência de álcool e uso nocivo de cocaína, por exemplo, esta população seria melhor abordada levando em conta a dificuldade em lidar com substâncias dependógenas; paralelamente, seria mais aconselhável a meta da abstinência completa, especialmente se levada em consideração a particularidade e especificidade do trabalho exercido por esta população.

O intervalo até a busca por tratamento não foi considerado significativamente diferente da população geral, sendo de 3,8 anos (há dados da literatura nacional apontando um intervalo de 5 anos entre a detecção de problemas e a procura por tratamento. Outro dado que mostrou melhor conhecimento da amostra em relação à população geral deveu-se ao fato de que 30% da população buscou auxílio por conta própria (na população geral a procura ocorre em 20% dos casos). Provavelmente um melhor conhecimento da dependência química e melhor educação nas escolas médicas podem levar a um melhor reconhecimento e diminuição deste intervalo, bem como aumento

da procura espontânea. Outro fator importante seria o treinamento dos colegas em reconhecer, aconselhar e confrontar o médico dependente.

## **VI. CONCLUSÕES**

Há dados sugestivos de que o problema é subestimado e pouco reportado (Wijesinghe CP, Dunne F, 1999), 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 (Wijesinghe CP, Dunne F, 1999)

## **VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Allan, C.A. (1995) Alcohol problems and anxiety disorders: A critical review. Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism 30(2):145-151.

American Medical Association (1996) Uncertain Times: Preventing Illness, Promoting Wellness (Abstracts). 1996 International Conference on Physician Health, Chandler, Arizona.

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 3rd edition revised, Washington, DC, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anthenelli, R. M.; Schuckit, M. A. (1993) Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. *J Addict Dis* 12(3):73-87.11.

Anthony, J.; Eaton, W.; Mandell, W.(1992) Psychoactive drug dependence and abuse: More Common in some occupations than in others? *Journal of Employee Assistance Res*;1;148-186.

Bissel, L., Haberman, P. (1984) *Alcoholism in the Professions*; Oxford University Press, New York.

Brewster J. (1986) Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA*; 255: 1913-1920.

British Medical Association (1995) *Chemical dependence in the medical profession*. London: British Medical Association.

British Medical Association - Editorials (1993) Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ* ;316:405-406.

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

Centers for Disease Control and Prevention (1990) Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life lost – United States. *MMWR*. 42:645-649.

Centrella, M. (1994) Physician addiction and impairment---Current thinking: A review. *Journal of Addictive Disease* 13:91-105.

Clark, W (1981). Alcoholism: Blocks to diagnosis and treatment. *American Journal of Medicine* 71:271-286.

Cleary, P. D.; Miller, M.; Bush , B.T. ; Warburg , M.M.; Delbanco ,T. L., Aronson, M. D. (1998) Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *American Journal of Medicine* 85:466-471.

Coombs, R.H. (1997) *Drug-impaired professionals*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Donovan, D. M. (1998) Assessment Strategies and Measures in Addictive Behaviors. In Case Identification, assessment and treatment planing.

English, D. H.; Homan, C. D. J.; Milne, E.; Winter, M. J.; Hulse, G. K.; Coode, G.; Bower, C. I.; Cortu, B.; de Klerk, N.; Lewin, G. F.; Kuniman, M.; Kurnczuc, J. J.; Ryan, G. A (1995) The Quantification of Drug Casual Morbidity and Mortality in Australia. Canberra Commonwealth Department of Human Services and Health.

Farrell, M.; Howes, S.; Bebbington, P.; Brugha, T.; Jenkins, R.; Lewis, G.; Marsden, J.; Taylor, C.; Meltezer, H. (2001) Nicotine, Alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*,179:432-437.

Gallegos, K.; Veit, F, Wilson, P. (1988) Substance abuse among health professionals. *Maryland Medical Journal*, 37; 191-197.

Galduróz, J. C. F.; Noto, A. R.; Nappo, S. A.; Carlini, E. A. (1999) I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte

A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.

General Medical Council (1994) Report by the Health Committee Council.

Glatt, M. (1976) Alcoholism: An occupational hazard for doctors. *Journal on Alcohol*; 11; 85-91.

Hall, R. C.; Stickney, S. K.; Gardner, E. R.; Perl, M. & LeCann, A. F. (1979) Relationship of psychiatric illness to drug abuse. *Journal of Psychedelic Drugs* 11:337-342.

Hughes, P. Brandenberg, N., Baldwin, D., et al. Prevalence of substance use among U.S. Physicians. *JAMA*; 267; 2333-2339; 1992.

Kessler, R. C.; Nelson, C. B.; McGonagle, K. A.; Edlund, M. J.; Frank, R. G.; Leaf, P. J. (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(1):17-31

Khantzian, E. J. (1990) Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: similarities and differences. In: *Recent Developments in Alcoholism*. Vol. 8. Galanter, M, ed. New York and London: Plenum.

Klaman, D, L, ; Miller, N. S. (1997) Integration in Education for Addiction Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs* ;29(3) : 263-268..

Kranzler, R. H.; Liebowitz, N. R. (1988) Anxiety and depression in substance abuse: clinical implications. *Med Clin N Amer* 72:867-885.

Kranzler, H. R.; Kadden, R. M.; Babor, T. F. (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 91(6):859-868.

Kranzler, H. R.; Mason, B.; Modesto-Lowe, V. (1998) Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler, H. R.; and Rounsaville, B. eds. *Dual Diagnosis and Treatment*. New York: Marcel Dekker, Inc., 107-136.

Larder, M. (1972) The nature of anxiety. *British Journal of Psychiatry* 121:481-491.

Lubin, B.; Brady, K.; Woodward, L.; Thomas, E. A (1986) Graduate professional training in alcoholism and substance abuse: 1984. *Professional Psychology: research and Practice*, 17, 151-154.

Lutsky I, Abram S, Jacobson G. (1991) Substance abuse by anesthesiology residents. *Academic Medicine*; 66; 164-166.

McAuliffe, W. E. (1984) Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 10:1-22.

McAuliffe, W. E. (1987) Risk factors in drug impairment in random samples of physicians and medical students. *International Journal of Addiction* 22(9):825.

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.

McLellan A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, F. (1992) The fifth edition of the Addicton Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9: 199-213.

McLellan, A. T.; Druley, K. A.; Carson, J. E. (1978) Evaluation of substance abuse problems in a psychiatric hospital. *Journal of Clinical Psychiatry* 39:425-430.

Miller, N.S In; *Treatment of the addictions. Applications of outcome research for clinical management.* Haworth Press, Inc.

Murray, R. (1975) Alcoholism and employment. *Journal on Alcohol*; 10; 23-26.

Nogueira-Martins, L. A. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bol de Psiq* 1989/90; 22-23:09-15.

Nogueira-Martins, L. A (2002) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: Botega, N.J (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência.* Porto Alegre, Armegd Editora, 130-144.

Organização Mundial da Saúde (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.* Porto Alegre, Artes Médicas, 69-82.

Pelton, C.; Ikeda R. M. (1991) The California physicians diversion program's experience with recovering anesthesiologists. *J Psychoactive Drugs*, 23:427-31.

Pohorecky, L. A. (1991) Stress and alcohol interaction: An update of human research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15(3):438-459.

Regier, D. A.; Farmer, M. E.; Rae, D. S.; Loke, B. Z.; Keith, S. J.; Judd, L. L.; Goodwin, F. G. (1990) Comorbidity of medicine alcohol and other drug abuse--- Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Journal* 264:2511-2518.

Robertson, J. (1986) *Annotated Bibliography on Physician Impairment and Well-Being.* Chicago, IL: American Medical Association.

Rush B. R. (1989) The use of family medical practices by patients with drinking problems. *Canadian Medical Association Journal*; 140 (1):35-8.

Schuckit, M. A., Hesselbrock, V. (1994) Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *American Journal of Psychiatry* 151(12):1723-1734.

Shore J. H. (1987) The Oregon experience with impaired physicians on probation: an 8-year follow-up. *JAMA*;257:2931-4.

Sobell, L. , Sobell M. B & Nirrenberg T. D (1988) Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review*, 8: 19-54.

Starr, P. (1982) *The Social Transformation of American Medicine*. New York, NY: Basic Books.

Steidler, E. (1974) Physician impairment: Past, present, and future. *Journal of the Medical Association of Georgia* 73:741-743.

Stimmel B. (1984) Alcoholism and drug abuse in the affluent: Is there a difference? *Advances In Alcohol & Substances Abuse*; 4; 1-11.

Stinson F, DeBakely S, Steffens R. (1992) Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and/or dependence among selected occupations. *Alcohol Health Research World*; 16; 165-172

Stockwell, T.; Smail, P.; Hodgson, R.; Canter, S. (1984) Alcohol dependence and phobic anxiety states II A retrospective study. *Brit J Psychiat* 144:58-63.

Strang J, Black J, Marsh A, Smith B. Hair analysis for drugs: technological breakthrough or ethical quagmire? *Addiction* 1993;88:165-8.

Talbott, G. & Martin, C. (1986) Treating impaired physicians: Fourteen keys to success. *Virginia medical Journal* 113:95-99.

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.

Talbott, G. & Gallegos, K. (1990) Intervention with health professionals. *Addiction & Recovery* 10(3):13-16.

Tongue, E. (1993) Visão geral dos problemas das drogas no mundo, em *Drogas: Atualização em Prevenção e Tratamento*, Andrade, A.G; Nicastri, S.; Tongue, E.; (Eds), Editora Lemos. 9-26.

Vaillant, G. E.; Brighton J. R.; McArthur, C. (1970) Physicians' use of mood-altering drugs: a twenty-year follow-up report. *N Engl J Med*;282:365-70

Vaillant, G. (1992) Physician, cherish thyself. The hazards of self prescribing. *Journal of the American Medical association* 267:2373-2374.

Walsh, R. A. (1995) Medical Education About alcohol : Review of its role and effectiveness. *Alcohol & Alcoholism* 30 (4): 689-702.

Weiss, K. J.; Rosenberg, D.J. (1985) Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *J Clin Psychiatry* 46:3-5.

Welsh CJ. Substance Use Disorders In Physicians (2002) University of Maryland School of Medicine. Prepared for the Alcohol Medical Scholars Program, 2001.

Winick C. (1980) A theory of drug dependence based on role, access to, and attitudes towards drugs. In: Lettieri DJ, Sayers M, Pearson H, eds. Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Wijesinghe CP, Dunne F. Impaired practitioners notified to the Medical Practitioners Board of Victoria from 1983 to 1997. Med J Aust 1999 Oct 18; 171(8):414-7.

Working Group on the Misuse of Alcohol and Other Drugs by Doctors (1988) The misuse of alcohol and other drugs by doctors. London: British Medical Association,.

World Health Organization (1998) "Thirtieth Report" - Expert Committee on Drug Dependence from World Health Organization Technical Report Service, 873:1-50.

Wright, C. (1990) Physician addiction to pharmaceuticals: Personal history, practice setting, access to drugs and recovery. New Mexico Journal 39:1021-1025