

Perfil Clínico e Demográfico de Médicos com Dependência Química

Hamer Nastasy P. Alves*

Juliana Canadá Surjan

Luiz Antonio Nogueira-Martins

Ana Cecília P. R. Marques

Sérgio de Paula Ramos

Ronaldo Ramos Laranjeira

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil clínico e demográfico de uma amostra de médicos em tratamento por dependência química e avaliar comorbidades psiquiátricas e conseqüências associadas ao consumo de drogas. **Metodologia:** 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 era do sexo masculino (87,8%), casado (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 do álcool e/ou drogas. Setenta e nove por cento possuíam residência médica, e as especialidades foram: clínica médica, anestesiologia e cirurgia. A comorbidade psiquiátrica foi diagnosticada em 27,7% (Eixo I do DSM-IV)¹ e em 6% (Eixo II do DSM-IV)¹. Quanto às substâncias consumidas, o mais freqüente foi o uso associado de álcool e drogas (36,8%), seguido por uso isolado de álcool (34,3%) e 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. Aqueles que buscaram tratamento voluntariamente somam 30,3%. 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.

Palavras-chave: Médicos; Saúde Mental; Dependência de Álcool; Dependência de Drogas.

INTRODUÇÃO

Médicos apresentam taxas similares de uso nocivo e dependência de substâncias químicas em relação à população geral, variando entre 8% e 14%^{2,3}. Em relação ao álcool, alguns estudos relataram taxas até mesmo superiores^{4,5,6}. Esta prevalência é um pouco menor

comparada com outras profissões^{7,8}. A freqüência de uso nocivo e dependência de opióides e benzodiazepínicos é aproximadamente cinco vezes maior que na população geral^{9,10}.

Há dados sugestivos que o problema é subestimado¹¹ e que o número de médicos em tratamento

* Artigo originalmente publicado em: Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, volume 51, fascículo 3, mês, 2005, 139-143. Motivo pelo qual foi mantida a forma da publicação original nem sempre coincidente com as normas de publicação da RBMT.

Correspondência para: Hamer Nastasy P. Alves – Rua Botucatu, 390, São Paulo, SP. Cep.: 04.023-061.

E-mail: hamerpalhares@yahoo.com.br.

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

tende a aumentar se a notificação dos casos for compulsória e se houver flexibilidade entre as medidas terapêuticas e administrativas¹¹.

Os médicos passam por situações que facilitam a dependência de drogas¹²⁻¹⁴. Alguns fatores de risco para uso de substâncias psicoterápicas entre médicos são freqüentemente citados na literatura: 1. acesso fácil aos medicamentos^{15,16}; 2. perda do tabu em relação a injeções¹⁵; 3. história familiar de dependência^{16,17}; 4. problemas emocionais^{16,17}; 5. estresse no trabalho e em casa¹⁶; 6. busca de emoções fortes; 7. auto-administração no tratamento para dor e para o humor¹⁶; 8. fadiga crônica^{16,18}; 9. onipotência e padrão de prescrição exagerada¹⁸; e 10. especialidades de alto risco (anestesiologia, emergência e psiquiatria)¹⁸.

Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora, falsa sensação de que podem cuidar de si mesmos e que sabem o que estão fazendo. A negação retarda a busca de ajuda e tratamento¹⁹. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade²⁰.

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

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 exames²². A maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão^{17,21,22}.

Segundo o Conselho Médico Britânico, dois terços dos processos relativos à má prática e ao erro médico relacionam-se ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas²³. McGovern²⁴ observou 70,4% de prevalência de uso de substâncias entre médicos autuados por má prática médica.

No Brasil, existem alguns trabalhos que analisam o uso do álcool e drogas entre estudantes de medicina²⁵⁻²⁷, 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 conseqüências relacionadas ao uso das substâncias; 3. descrever as comorbidades psiquiátricas mais encontradas.

METODOLOGIA

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 conseqüências 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 dos prazeres ou interesses em favor do uso da substância; 6. aumento do tempo necessário para obter ou consumir a substância; 7. persistência do consumo, a despeito das conseqüências nocivas associadas²⁸. 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, e os Estados

com maior participação na mostra foram São Paulo (90 casos), Rio Grande do Sul (25 casos), Rio de Janeiro (20 casos) e Minas Gerais (17 casos).

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 (Tabela 1).

Quanto à forma de busca de tratamento, 30,3% o fizeram voluntariamente, 53% por pressão da família e 15,6% por pressão dos 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).

Tabela 1
Dados Sociodemográficos

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

Drogas Mais Consumidas

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

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

Tabela 2
Distribuição dos Diagnósticos de Dependência e Uso Nocivo por Substâncias

	<i>Dependência</i>		<i>Uso nocivo</i>		<i>Total</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
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

Através da análise da Tabela 2, observa-se que o padrão de consumo de álcool, cocaína e opiáceos 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.

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 obstetrícia (13 casos, 6,5%), psiquiatria, saúde pública e radiologia (oito casos em cada especialidade, 4,1%), conforme mostra a Figura 1.

Comorbidades Psiquiátricas

Apresentam 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).

Conseqüências Relacionadas ao Uso de Substâncias

Quanto às conseqüências 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% apresentam algum tipo de problema profissional (incluindo absen-

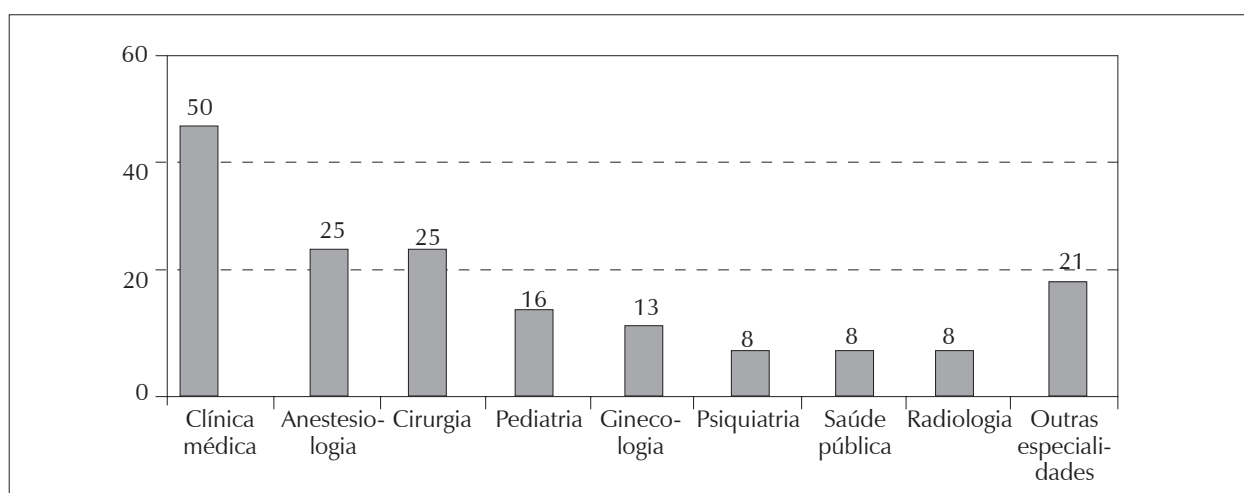


Fig. 1 – Distribuição da amostra segundo especialidades.

Tabela 3
Freqüência de Diagnósticos Comórbidos

Diagnóstico	N.º Absoluto	Freqüência
Depressão	20	10,1
Transtorno afetivo bipolar	16	8,0
Transtorno de personalidade	12	6,0
Esquizofrenia	5	2,5
Transtorno de ansiedade generalizada	5	2,5
Outros	9	4,5

teísmo, 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, antes da 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 do sexo feminino^{29,30}). Há autores que consideram que a dependência química entre mulheres é pouco reconhecida e tratada³¹. Para fins de comparação, a população médica brasileira é constituída por 67,3% de homens³².

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 importante³³, especialmente se considerarmos que estes pacientes já apresentavam problemas detectáveis há 3,7 anos, em média, quando da entrada no tratamento. Estudo das características dos médicos dependentes químicos, realizado no Canadá, mostrou idade média de início de 35 anos e intervalo até busca de tratamento de 3,4 anos³⁴.

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 anestesistas (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^{17,22}.

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, e 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 de estratégia, mas este problema não deve ser ignorado, pois é uma das principais causas evitáveis de morbidade e mortalidade³³.

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, tam-

bém é fator a ser estimulado. Esses dados mostram que familiares e colegas podem ter papel importante na entrada do 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 o 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 a conseqüente não notificação dos 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 do desemprego em estudos realizados com a população médica brasileira foi de 0,3%³² e de 0,8%³⁵.

O alto índice de comorbidades psiquiátricas é comparável ao da literatura relativa à população geral^{36,37}. Tal fato reforça a importância de fazer uma abordagem integrada tanto da dependência química quanto do diagnóstico e do 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 mostra foi significativo, bem como representativo do panorama nacional pelo fato de contar com pacientes de vários Estados do país.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. Provavelmente, um melhor conhecimento da dependência química e uma melhor educação nas escolas médicas podem antecipar o reconhecimento

do problema e 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 desemprego³⁸. Ocorre, assim, uma "conspiração do silêncio": familiares e colegas tendem a negar ou abordar o problema, temendo as conseqüências³⁹. A identificação é feita de forma abrupta e tardia.

2. Medidas educativas e assistenciais devem ser tomadas no sentido de reduzir a automedicação, pois 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 o encaminhamento para tratamento adequado são, fundamentalmente, um compromisso ético. A intervenção, nestes casos, pode salvar vidas, tanto dos médicos quanto dos pacientes, e o que costuma ser raiva e irritação pode-se transformar em eterna gratidão ao fim de um tratamento bem-sucedido⁴⁰.
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 Inglesa⁴¹, 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 do tratamento: primeiro, o acesso deve ser simples, rápido e bem divulgado. Segundo, o cuidado é mais bem exercido por outros médicos. Por fim, deve ser oferecido apoio no longo prazo, com monitoração, supervisão e prevenção de recaídas⁴². 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 mais bem pesquisado, pois abre a possibilidade de um médico mudar de uma especialidade de maior risco para o consumo de substâncias para outra de menor risco (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 médicos⁴³. 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 para 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 seguimento²¹.

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, Mônica Ziberman, Marilda Merluzzi, Oscar Araújo Filho, Rubens Campos Filho, June Sabino, Arthur Andrade, Eduardo Rudge, Jorge Figueiredo, Monique Freitas, Marcos, Marcos Zaleski, Fábio Pádua, José Zago, João Chequer, Analice Giglioti, Marcos Bessa.

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 the sample of physicians in treatment for alcohol and drug dependence also to evaluate psychiatric comorbidity and consumption-related consequences. Methods: Data were collected from a sample of 198 physicians attending outpatient treatment by a questionnaire specifically 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 the use of alcohol and drugs (36.8%), followed by the exclusive use of alcohol (34.3%) and the 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 treat 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 BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. Bissel L, Haberman P. Alcoholism in the professions. New York: Oxford University Press; 1984.
3. Brewster JM. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1986; 255(14):1913-20.
4. Glatt MM. Characteristics and prognosis of alcoholic doctors. Br Med J 1997; 1(6059):507.
5. Murray RM. Alcoholism and employment. J Alcohol 1975; 10(1):23-6.
6. Stimmel B. Alcoholism and drug abuse in the affluent: Is there a difference? Adv Alcohol Subst Abuse 1984; 4(2):1-10.
7. 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.
8. Stinson F, Debaeky 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.
9. Gallegos KV, Veit FW, Wilson PO, Porter T, Talbott GD. Substance abuse among health professionals. Md Med J 1988; 37(3):191-7.

10. 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.
11. Wijesinghe CP, Dunne F. Impaired practitioners notified to the Medical Practitioners Board of Victoria from 1983 to 1977. *Med J Aust* 1999; 171(8):414-7.
12. Vaillant GE, Brighton JR, McArthur C. Physicians' use of mood-altering drugs. A twenty-year follow-up report. *N Eng J Med* 1970; 282(7):365-70.
13. McAuliffe WE. Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10(1):1-22.
14. Brooke D, Edwards G, Andrews T. Doctors and substance misuse: types of doctor, types of problem. *Addiction* 1993; 88(5):655-63.
15. Winick C. A theory of drug dependence based on role, access to, and attitudes towards drugs. *NDA Res Monogr* 1980; 30:225-35.
16. 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.
17. 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.
18. Wright C 4th. Physician addiction to pharmaceuticals: Personal history, practice setting access to drugs, and recovery. *MD Med J* 1990; 39(11):1021-5.
19. Talbott GD, Benson EB. Impaired physicians: the dilemma of identification. *Postgrad Med* 1980; 68(1):56-64.
20. 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.
21. Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation: an 8-year follow-up. *JAMA* 1987; 257(21):2931-4.
22. Pelton C, Ikeda RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologist. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23(4):427-31.
23. Working Group on the misuse of alcohol and other drugs by doctors. London: British Medical Association; 1988.
24. 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.
25. 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.
26. 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). *Ver ABP-APAL* 1995; 17(2):41-6.
27. Mesquita AMC, Bucarechi HA, Castel S, Andrade AG. Estudantes da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. *Ver ABP-APAL* 1995; 17(2):47-54.
28. World Health Organization. *The ICD-I Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO; 1992.
29. Naegle MA. Substance abuse among women: prevalence, patterns, and treatment issues. *Issues Mental Health Nurs* 1988; 9(2):127-37.
30. Williams GD, Grant BF, Harford TC, Noble J: Population projection using DSM-III criteria: alcohol abuse and dependence, 1990-2000. *Alcohol Health Res World* 1989; 13:366-370.
31. McGovern MP, Angres DH, Uziel-Miller ND, Leon S. Female physicians and substance abuse. Comparisons with male physicians presenting for assessment. *J Subs Abuse Treat* 1998; 15(6): 525-33.
32. 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 Series n. 873, p. 1-50).
34. Wallot H, Lambert J. Characteristics of physician addicts. *AM J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10(1):53-62.
35. Conselho Federal de Medicina. *O médico e o seu trabalho – Aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília (DF); 2002.
36. Regier DA, Farmer ME, Era 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.
37. McLellan AT, Druley KA, Carson JE. Evaluation of substance abuse problems in a psychiatric hospital. *J Clin Psychiatry* 1978; 39(5):425-30.
38. Coombs RH. *Drug-impaired professionals*. Cambridge: Harvard University Press; 1997.
39. Welsh CJ. *Substance use disorders in physicians*. University of Maryland School of Medicine; 2001 [online]. Disponível em: <http://www.alcoholmedicalsolars.org/physician-out.htm>.
40. 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.
41. British Medical Association. *Missed problems and missed opportunities for addicted doctors*. *BMJ* 1998; 316(7129):405-6.
42. Talbott GD, Martin CA. Treating impaired physicians: fourteen keys to success. *VA Med* 1986; 113(2):95-9.
43. Vogtsberger KN. Treatment outcomes of substance abusing physicians. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10(1):23-37.