

“CUIDANDO DE MÉDICOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO”

Autores: Alves, HNP; Laranjeira, RR; Nogueira-Martins, LA; Marques, ACRP; Surjan, JC; Guerra, AA; Ramos, SP.

I. RESUMO

O consumo de substâncias de abuso pelos médicos é causa freqüente de erro, absenteísmo, e queixas junto aos Conselhos Regionais de Medicina. Este problema demanda maior atenção, pois determina riscos ao público e ao médico. *Objetivo:* Traçar o perfil clínico e demográfico de uma amostra de médicos em tratamento devido a dependência química, avaliar possíveis comorbidades psiquiátricas e conseqüências associadas ao consumo. *Método:* Foram coletados dados de 198 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 (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 por cento (Eixo I do DSM-IV)¹ e em 6% (Eixo II do DSM-IV)¹. 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 (68%), envolvimento em acidentes automobilísticos (42%) e problemas jurídicos (19%). Dois terços apresentaram prejuízo na prática da profissão e 8,5% tiveram problemas junto aos Conselhos Regionais de Medicina. Os autores recomendam algumas medidas assistenciais e preventivas para o problema.

I. SUMMARY

“Taking care of physicians with alcohol and drug dependence: clinical and demographical aspects of a sample of brazilian doctors attending outpatient treatment”

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 brings risks to the population and to the doctor himself. **Aims:** To describe the clinical and demographic profile of a physician sample which were in treatment for alcohol and drug dependence; to evaluate psychiatric comorbidity and consequences related to this consumption. **Methods:** Data have been collected from a sample of 198 doctors attending outpatient treatment, using a questionnaire designed by the researchers. **Results:** Most of the subjects were men (87,8%), married (60,1%), mean age was 39,4 years (S.D.=10,7). Sixty-six per cent have already been in inpatient treatment for alcohol and drug misuse. Sixty-nine per cent “have some speciality”, and the most involved specialities were: clinics, anaesthesiology and surgery. Psychiatric comorbidity was diagnosed in 27,7% (DSM-IV, Axis I) and in 6% (DSM-V, Axis II). Regarding to the drugs used, the most frequent pattern was use of alcohol and drugs (36,8%), followed by use of only alcohol (34,3%) and use of only drugs (28,3%). It has been observed that the mean gap between the identification of misuse of substances and the seeking for treatment was of 3,7 years. 30,3% tried to obtain treatment by themselves. Social and legal problems were observed: unemployment in the previous year (1/3 of the sample), marital problems and divorce (68%), automobilistic accidents (42%), judicial problems (19%). Two-thirds have presented problems in the practice of medicine and 8,5% have had problems within the Medical Councils. The researchers suggest some assistencial and preventive attitudes for this matter.

II. INTRODUÇÃO

O uso de álcool e drogas atinge todas as culturas e populações, sendo que os médicos apresentam taxas similares de dependência e uso nocivo de substâncias de abuso em relação a população geral, entre 8 a 14%²⁻³. Em relação ao álcool, alguns estudos reportaram taxas até mesmo superiores⁴⁻⁵⁻⁶. Esta prevalência é um pouco menor quando comparada com outras profissões⁷⁻⁸. A frequência de uso nocivo e dependência de opióides prescritos e benzodiazepínicos é aproximadamente cinco vezes maior que na população geral⁹⁻¹⁰.

Há dados sugestivos de que o problema é subestimado e pouco reportado¹¹, 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 administrativas¹¹.

Os médicos passam por situações facilitadoras para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias de abuso¹²⁻¹³⁻¹⁴. 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 relacionados¹⁵.

McAuliffe¹⁶ 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.

Tallbott¹⁷ encontrou as seguintes características comuns de maior risco entre médicos: 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 autocontrole; ambiente profissional permissivo; a negação de riscos.

Wright¹⁸ descreveu como médicos em situação de risco para dependência: aqueles que usaram substância ilícita; os de especialidade de alto risco (Anestesiologia, Emergência, Psiquiatria); os que desenvolveram um padrão de prescrição exagerada, os que apresentam onipotência, culpa excessiva e pressão para sucesso acadêmico.

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 tratamento¹⁹. Em paralelo, a cultura médica enaltece qualidades como independência, auto-eficácia e competitividade²⁰.

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 desemprego²¹. Ocorre, assim, uma “conspiração do silêncio”: tanto familiares, pacientes quanto colegas tendem a negar ou não abordar o problema, temendo as conseqüências²². A identificação é feita de forma abrupta e tardia.

Providenciar tratamento para os médicos também não é tarefa fácil, dada a dificuldade em aceitar o papel de paciente¹²⁻¹⁴⁻¹⁷. Quando em tratamento, no entanto, o prognóstico é melhor que o da população geral²²⁻²³.

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 exames²³. A maioria dos médicos recupera-se e retorna ao trabalho sob supervisão¹⁷⁻²³⁻²⁴.

Segundo o Conselho Médico Britânico dois terços dos processos relacionados à má prática e erro médico relacionam-se ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas²⁵. McGovern²⁶ observou 70,4% de prevalência de uso de substâncias entre médicos autuados por má prática médica.

Segundo Editorial da Associação Médica Inglesa²⁷, é necessário um serviço específico 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 e manutenção da abstinência²⁸. A inexistência de serviços específicos pode

deixar os médicos desamparados, sem tratamento e os colegas sem argumentação para abordarem o dependente.

Um levantamento epidemiológico sobre doenças mentais realizado nos Estados Unidos, Epidemiologic Catchment Area (ECA), mostrou que os transtornos ansiosos e a dependência são as doenças mais prevalentes na população geral²⁹. Quando já existe um transtorno mental, a chance de desenvolver outro aumenta³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³. Kranzler e Liebowitz³⁴ propuseram a existência de uma interação bidirecional entre transtornos mentais e a dependência de substâncias, ou seja, um transtorno facilitando o aparecimento de outro, bem como agravando o problema pré-existente.

Há estudos revelando altos índices de estresse, depressão, uso de substâncias psicoativas, distúrbios conjugais e profissionais, bem como alta prevalência de suicídio em médicos²⁰. Pesquisa realizada 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 no estado de São Paulo foram causados por suicídio³⁵.

No Brasil, existem alguns trabalhos analisando o uso de álcool e drogas entre estudantes de medicina³⁶⁻³⁷⁻³⁸, mas não há trabalhos realizados na população de médicos.

III. OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo são:

- 1) Conhecer características demográficas e de busca de tratamento 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;

IV. MATERIAL E 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). Este estudo contou com apoio financeiro e estratégico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Sujeitos da amostra: Foram incluídos todos os médicos com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de substâncias, que estiveram em tratamento ambulatorial nos últimos 5 anos. Não foram incluídos pacientes dependentes de nicotina.

Inicialmente foi feito contato com médicos especialistas no tratamento de dependência química, aos quais foi enviado um questionário abordando as seguintes áreas: características sócio-demográficas, 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. Os questionários foram preenchidos pelos terapeutas através de revisão de prontuário.

V. ASPECTOS ÉTICOS

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

VI. RESULTADOS

Foram coletados dados referentes a 198 médicos atendidos ambulatorialmente nos últimos cinco anos, com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de álcool e/ou drogas.

1) Características sócio-demográficas:

As características sociodemográficas são apresentadas na tabela 1. 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.

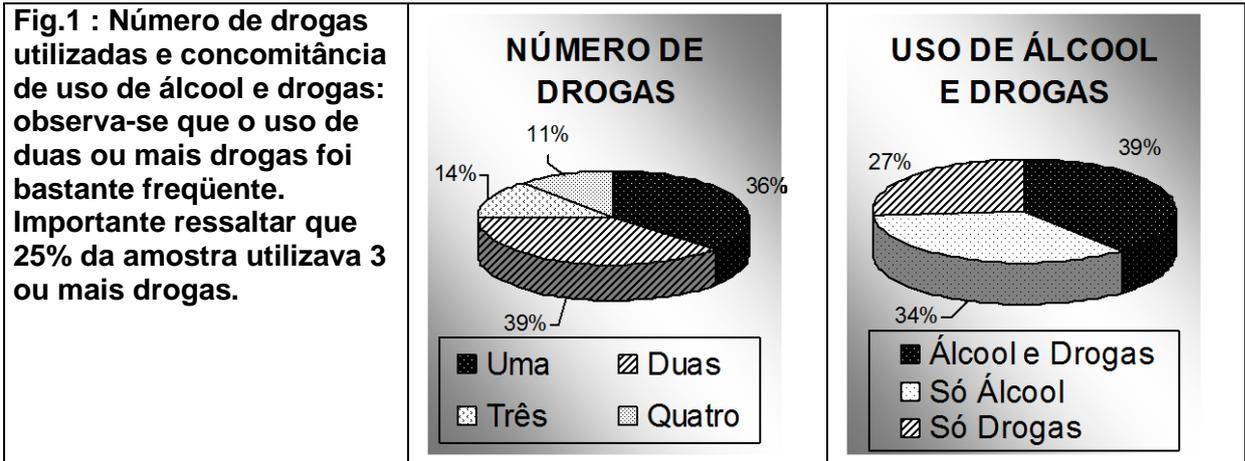
Quanto à forma de busca de tratamento, 30,3% o fizeram voluntariamente, 53,0% por pressão da família e 15,6% por pressão de colegas. Um intervalo de 3,7 anos em média foi encontrado entre a identificação do uso problemático (33,8 anos, desvio padrão de 10,4 anos) e a procura de tratamento (37,5 anos, desvio padrão de 9,7 anos).

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS		
CATEGORIA	Média	Desvio Padrão
IDADE	39,4 anos	10,7
INTERVALO ATÉ BUSCA DE TRATAMENTO	3,7 anos	
SEXO	Número	Porcentagem
Masculino	174	87,8
Feminino	24	12,2
ESTADO CIVIL	Número	Porcentagem
Casados	119	60,1
Solteiros	43	21,7
Separados	33	16,7
Viúvos	3	1,5
Desconhecido	2	1,0

Tabela 1: Dados sócio-demográficos dos 198 médicos da amostra.

2) Drogas mais freqüentemente consumidas; especialidades mais envolvidas e conseqüências relacionadas ao uso das substâncias no momento da avaliação:

2.1. Drogas mais consumidas: o padrão mais freqüente 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).

Tab.2: Tabela de freqüência dos diagnósticos de dependência e uso nocivo por substâncias.

	DEPENDÊNCIA		ABUSO		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

Através da análise da tabela 2 observa-se que o padrão de consumo de álcool, cocaína e opióides entre o usuário 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, anestesiologia e cirurgia, conforme mostra a figura 3.

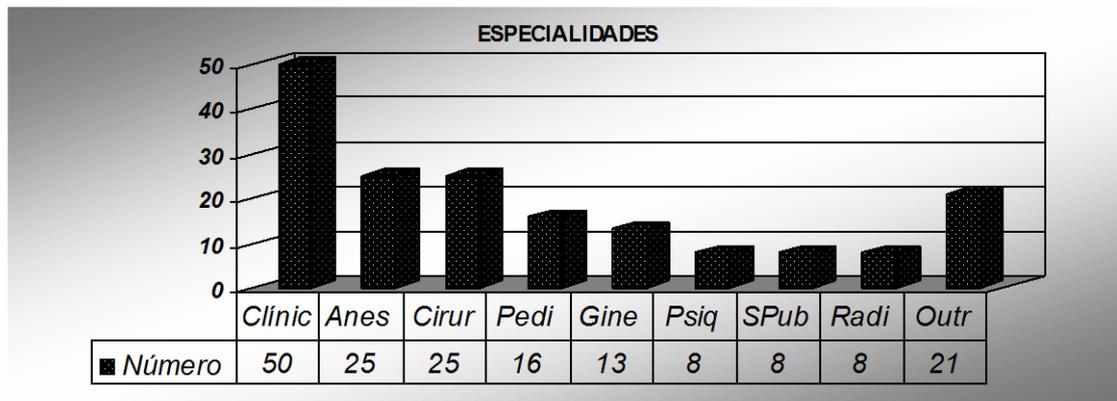


Fig 2: Distribuição da amostra segundo especialidades mais envolvidas.

2.3. Comorbidades psiquiátricas:

Apresentaram outros diagnósticos psiquiátricos: 27,7% no Eixo I do DSM-IV e 6,0% no Eixo II (Transtornos de Personalidade). Os diagnósticos mais encontrados foram depressão, transtorno afetivo bipolar e transtornos de personalidade (tabela 3).

DIAGN PSQUIÁTRICO ASSOCIADO (n = 64)	%
Depressão	10,1
T. afetivo bipolar	8,0
T. personalidade	6,0
Esquizofrenia	2,5
T. Ansiedade generalizada	2,5
Outros	4,5

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

3) Conseqüências relacionadas ao uso de substâncias:

Quanto às conseqüências relacionadas, quase 1/3 da amostra (30,8%) apresentou desemprego por algum período nos 12 últimos meses, 68% relataram problemas no casamento ou separação (entre casados e separados). Acidentes automobilísticos foram reportados por 42% da amostra e 19% envolveram-se em problemas jurídicos (outros problemas não relacionados à prática da medicina). Sessenta e oito por cento apresentaram problemas específicos no exercício da medicina, ao passo que 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), relatava auto-medicação, seja para tratamento de situações clínicas, psíquicas ou para a dependência de álcool e drogas, previamente à procura por tratamento.

VII. DISCUSSÃO

A análise dos resultados nos leva às seguintes considerações:

A constituição da amostra foi de indivíduos do sexo masculino(87,8%), o que é compatível com a literatura internacional (menos de 1/3 dos pacientes diagnosticados como dependentes são do sexo feminino³⁹⁻⁴⁰). Há autores que consideram que a dependência química entre mulheres é pouco reconhecida e tratada⁴¹.

A idade média dos indivíduos em tratamento foi 39,4 anos, (desvio-padrão de 10,7 anos), o que revela que a população situa-se numa idade economicamente ativa, levando a supor que a incapacidade gerada pelo uso problemático de álcool e drogas é importante⁴², especialmente se considerarmos que estes pacientes já apresentavam problemas detectados 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 anos⁴³.

O intervalo de 3,7 anos entre a detecção de problemas e a procura por tratamento foi considerado pequeno. Duas hipóteses poderiam auxiliar a explicar este fato: a minimização ou negação poderia retardar a detecção das consequências do uso de substância (viés de memória). Em segundo lugar, o melhor conhecimento e fácil acesso a médicos psiquiatras pode ser fator de redução entre o tempo de detecção de problemas e a procura por tratamento⁴⁴.

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, foi considerado relevante a porcentagem de anestesistas (12,5%), o que é muito superior à proporção destes em relação à população médica geral (por volta de 3%). Este dado é compatível com a literatura internacional¹⁷⁻⁴⁵.

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, segundo os autores, 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 mortalidade⁴².

A análise da forma de busca de tratamento evidencia a importância dos familiares na motivação para o tratamento, uma vez que 53,0% procurou 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 falam a favor da minimização e negação de problemas por parte do dependente e revela que familiares e colegas podem ter papel fundamental na entrada ao tratamento.

É relevante que 2/3 dos médicos apresentaram problemas no exercício da medicina, no entanto os Conselhos Regionais de Medicina só foram acionado em 8% das vezes. O que parece explicar este resultado é a idéia de que os médicos não devem ser abordados, temendo-se as conseqüências, a exposição, a insegurança em revelar o problema de um colega sem ter provas concretas.

O índice elevado de conseqüências apresentados pela amostra (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 a amostra possa se constituir de indivíduos com problemas graves quanto à dependência química, ou por outro lado, que a história natural e/ou curso clínico destes indivíduos possa revelar complicações biopsicossociais sérias. Estudos mais detalhados devem ser desenvolvidos para esclarecer estas questões.

O alto índice de comorbidades psiquiátricas é comparável ao da literatura relativa à população geral³⁰⁻³³. Isto sugere que estes casos merecem

uma abordagem integrada visando tanto as múltiplas substâncias como o diagnóstico e tratamento psiquiátricos adequados.

O índice de tentativas 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, psíquico ou sobrecarga no trabalho.

Limitações: O presente 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 da amostra ter sido recrutada de vários serviços de tratamento torna os dados pouco homogêneos. No entanto, o número de pacientes alocados para amostra foi considerado 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 pode levar a um melhor reconhecimento, bem como aumento da procura espontânea.

2. Medidas educativas e assistenciais devem ser tomadas no sentido de reduzir a automedicação, dado que este fator pode atrasar o diagnóstico e conduta adequada.

3. É importante o treinamento dos colegas em reconhecer, aconselhar e confrontar o médico dependente. Trata-se, fundamentalmente, de um compromisso ético do colega a orientação e encaminhamento para tratamento adequado. 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 sucedido⁴⁶.

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 geral²⁷.

5. O processo de “re-entrada”, 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 outra de menor risco para o consumo de substâncias (por exemplo, anestesiologia para programa de saúde de família).

6. O índice de problemas jurídicos não relacionados ao exercício da medicina (19%), revela que esta clientela necessitará de apoio e orientação jurídica com frequência, e, na opinião dos autores, este aspecto não deve ser negligenciado para boa evolução dos casos.

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 médicos⁴⁷. 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 seguimento²³.

VIII.AGRADECIMENTOS

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

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition. 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. 1977 Feb 19;1(6059):507
5. Murray RM. Alcoholism and employment. J Alcohol 1975;10:23-6.
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, DeBaakey S, Steffens R. Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and/or dependence among selected occupations - United States, 1988. Alcohol Health Res World 1992;16:165-72.
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 1997. 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 Engl 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. *NIDA 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;68:56-64.
20. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: Botega NJ, org. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002a. p.130-44.
21. Coombs RH. *Drug-impaired professionals*. Cambridge: Harvard University Press; 1997.

22. Welsh CJ. Substance use disorders in physicians. University of Maryland School of Medicine; 2001. Disponível em: <http://www.alcoholmedicalscolars.org/physician-out.htm>
23. Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation: an 8-year follow-up. *JAMA* 1987;257(21):2931-4.
24. Pelton C, Ikeda RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologists. *J Psychoactive Drugs* 1991;23(4):427-31.
25. 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.
26. 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.
27. British Medical Association. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ* 1998;316(7129):405-6.
28. Talbott GD, Martin CA. Treating impaired physicians: fourteen keys to success. *VA Med* 1986;113(2):95-9.
29. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Loke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FG. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264(19):2511-8.
30. McLellan AT, Druley KA, Carson JE. Evaluation of substance abuse problems in a psychiatric hospital. *J Clin Psychiatry* 1978;39(5):425-30.

31. Hall RC, Stickney SK, Gardner ER, Perl M, LeCann AF. Relationship of psychiatric illness to drug abuse. *J Psychedelic Drugs* 1979;11(4):337-42.
32. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001;179:432-7.
33. Kranzler HR, Mason B, Modesto-Lowe V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR, Rounsaville B, eds. *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker; 1998. p.107-36.
34. Kranzler HR, Liebowitz NR. Anxiety and depression in substance abuse: clinical implications. *Med Clin North Am* 1988;72(4):867-85.
35. Nogueira-Martins LA. O exercício profissional e a saúde do médico. In: *Desgaste físico e mental do cotidiano médico*. São Paulo: Sindicato dos Médicos de São Paulo; 2002b. p.98-102.
36. 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.
37. 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.
38. 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.

39. Naegle MA Substance abuse among women: prevalence, patterns, and treatment issues. *Issues Ment Health Nurs* 1988;9(2):127-37.
40. 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
41. 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.
42. World Health Organization (1998) "Thirtieth Report" - Expert Committee on Drug Dependence from World Health Organization Technical Report Service, 873:1-50.
43. Wallot H, Lambert J. Characteristics of physician addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984;10 (1):53-62.
44. Murray RM. Characteristics and prognosis of alcoholic doctors. *Br Med J* 1976;2(6051): 1537-9.
45. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000;93(4):922-30.
46. 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.
47. Vogtsberger KN. Treatment outcomes of substance abusing physicians. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984;10(1):23-37.