

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA  
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**MÉDICOS DEPENDENTES QUÍMICOS:  
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA ATENDIDA  
POR PSIQUIATRAS NA CIDADE DE RECIFE**

**JOSÉ FRANCISCO DE ALBUQUERQUE**

**RECIFE  
2004**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA  
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**



**MÉDICOS DEPENDENTES QUÍMICOS:  
CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA ATENDIDA  
POR PSIQUIATRAS NA CIDADE DE RECIFE**

**JOSÉ FRANCISCO DE ALBUQUERQUE**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

**ORIENTADORA  
PROFA. DRA. ANA BERNARDA LUDERMIR**

**RECIFE  
2004**

**Albuquerque, José Francisco de**  
**Médicos dependentes químicos : características da clientela atendida por psiquiatras na cidade de Recife / José Francisco de Albuquerque. – Recife : O Autor, 2004.**  
**xx, 64 folhas : il., tab., gráf.**

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria, 2004.**

**Inclui bibliografia e anexos.**

**1. Saúde mental – Dependência química. 2. Saúde do profissional médico – Dependentes químicos. 3. Exercício profissional – Repercussões na prática . I. Título.**

**613.83**  
**613.8**

**CDU (2.ed.)**  
**CDD (20.ed.)**

**UFPE**  
**BC2004-430**





# DEDICATÓRIA

À minha mãe **Maria José** e ao meu pai **João** (in memoriam), pela presença constante e pelos ensinamentos que me propiciaram ao longo da vida.

À minha esposa **Telma**, companheira de todos os momentos, pelo afeto e contribuição para a conclusão deste estudo.

Ao meu filho **Frederico**, pela satisfação de acompanhar o seu crescimento como pessoa, vislumbrando um grande futuro.

# AGRADECIMENTOS

A **Deus** por me ajudar a permanecer vivo, iluminando e dando sentido à minha vida.

A todos os **médicos** que anonimamente, através dos dados da sua história, constituíram a amostra do presente estudo, tornando-o viável.

Aos **Psiquiatras** que gentilmente contribuíram com a pesquisa, pela atenção e elevado espírito científico ao responderem aos questionários que viabilizaram esta dissertação.

À **Ana Bernarda Ludermir** amiga e orientadora, pelo estímulo e por todos os ensinamentos propiciados ao longo da nossa convivência.

A **Murilo**, pela amizade, ensinamentos, apoio e presença ao longo de tantos anos.

À **Vera Facundes**, pela amizade e contribuição na elaboração da dissertação

À direção do **Instituto RAID** e da **Villa Santana**, por disponibilizarem os prontuários para a coleta dos dados necessários ao presente estudo.

À psicóloga **Diane** do Instituto RAID, pela ajuda no preenchimento dos questionários.

À **Gertrudes Monteiro**, pelo profissionalismo e cordialidade no processamento do banco de dados e construção dos gráficos e tabelas.

Aos **Profs. do Mestrado de Neuropsiquiatria**, pelo aprendizado que proporcionaram, contribuindo para o meu aprimoramento pessoal e profissional.

Aos secretários **Juarez** (Departamento de Neuropsiquiatria) e **Solange** (Mestrado), pela amizade e contribuição para a conclusão deste estudo.

À **Márcia**, pela capacidade técnica e disponibilidade na diagramação desta dissertação.

A todos os **colegas** e **amigos** que me estimularam a realizar esse estudo.

***“A DEPENDÊNCIA NÃO É ALGO QUE SIMPLEMENTE É IMPOSTO AO INDIVÍDUO. ELA TEM PARA ELE UM INEGÁVEL ATRATIVO, POIS ABRE TODA UMA PERSPECTIVA DE VIDA, SOBRETUDO NA RELAÇÃO DOMINADOR-DOMINADO, POSSUIDOR-POSSUÍDO QUE ELE SE TORNA INTEGRALMENTE, EM SI MESMO, PARA SI MESMO E ATRAVÉS DE SI MESMO. AQUI TAMBÉM, O PRAZER E A DOR TEM A MESMA FONTE.”***

**Olievenstein,1985**

# SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xiii

<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>xv</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xvii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>xix</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
1.1 Visão Histórico-Cultural.....	02
1.2 A Cultura.....	04
1.3 Compreendendo a Dependência Química.....	05
1.4 A Família do Dependente Químico.....	09
1.5 Aspectos Epidemiológicos.....	10
1.6 A Questão do Médico.....	11
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
3.1 Área de Estudo.....	19
3.2 População do Estudo.....	19
3.3 Desenho do Estudo.....	20
3.4 Estudo Piloto.....	20
3.5 Coleta de Dados.....	20
3.6 Universo e Amostra.....	22
3.6.1 Critérios de inclusão.....	23
3.6.2 Critérios de exclusão.....	23
3.7 Instrumento de Pesquisa.....	23
3.8 Elenco de Variáveis.....	24
3.9 Processamento de Dados.....	25
3.10 Descrição e Análise.....	25
3.11 Análise Estatística.....	25
3.12 Considerações Éticas.....	25
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>

<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>47</b>
<b>7. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>49</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>56</b>

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina

CREMEPE	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
PAIME	Programa de Atenção à Saúde do Médico Enfermo
SIMEPE	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
SPAs	Substâncias Psicoativas
SPP	Sociedade Pernambucana de Psiquiatria
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

# LISTA DE TABELA

**Tabela 1.**

Distribuição dos médicos dependentes químicos por variáveis sócio-demográficas.....

<b>Tabela 2.</b>	
Distribuição dos antecedentes familiares dos médicos estudados quanto ao uso de substâncias psicoativas.....	28
<b>Tabela 3.</b>	
Distribuição do uso de substâncias psicoativas entre os familiares dos médicos estudados.....	29
<b>Tabela 4.</b>	
Distribuição do tempo de conclusão do curso de graduação entre os médicos estudados.....	30
<b>Tabela 5.</b>	
Distribuição dos médicos estudados em relação ao vínculos de trabalho.....	31
<b>Tabela 6.</b>	
Distribuição dos médicos estudados em relação ao número de horas trabalhadas por semana.....	31
<b>Tabela 7.</b>	
Distribuição do tipo de substância utilizada pelos médicos estudados.....	33
<b>Tabela 8.</b>	
Distribuição do uso de SPAs por especialidade entre os médicos estudados..	35
<b>Tabela 9.</b>	
Distribuição do uso de substâncias psicoativas em relação ao sexo.....	36
<b>Tabela 10.</b>	
Distribuição dos problemas conseqüentes ao uso de substâncias psicoativas entre os médicos estudados.....	36
<b>Tabela 11.</b>	
Distribuição dos médicos estudados em relação aos problemas com o exercício profissional.....	37
<b>Tabela 12.</b>	
Distribuição da procura ao tratamento entre os médicos estudados.....	37
<b>Tabela 13.</b>	
Distribuição do diagnóstico de comorbidade associada à dependência entre os médicos estudados.....	38

# LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.**

Distribuição dos médicos estudados que fizeram acompanhamento psicológico ou psiquiátrico anterior ao uso de SPAs.....

<b>Gráfico 2.</b>	
Distribuição dos médicos estudados em relação a pós-graduação.....	30
<b>Gráfico 3.</b>	
Distribuição dos médicos estudados que atuam em regime de plantão.....	32
<b>Gráfico 4.</b>	
Distribuição das especialidades entre os médicos estudados.....	32
<b>Gráfico 5.</b>	
Distribuição da freqüência do uso de álcool entre os médicos estudados.....	33
<b>Gráfico 6.</b>	
Distribuição do tempo de uso do álcool entre os médicos estudados.....	34
<b>Gráfico 7.</b>	
Distribuição da freqüência do uso de outras substâncias entre os médicos estudados.....	34
<b>Gráfico 8.</b>	
Distribuição do tempo de uso de outras substâncias entre os médicos estudados.....	35

## RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar as características da clientela formada por médicos dependentes químicos, atendidos por psiquiatras na cidade de Recife. A dependência de substâncias psicoativas entre médicos é ainda pouco estudada, com escassos registros na literatura, especialmente no que se refere às repercussões na vida pessoal e no exercício profissional dos

mesmos. Trata-se de um estudo descritivo do tipo série de casos, onde foram estudados aspectos relativos à pessoa do médico, a sua formação, ao exercício profissional e ao uso de substâncias psicoativas, expressando as respectivas freqüências. A amostra foi constituída por 64 casos após o preenchimento de questionário (elaborado pelo pesquisador), a partir de dados de prontuários médicos. Os achados identificam uma população predominantemente do sexo masculino (75%), com idade média de 46 anos, casados, com renda mensal entre 9 e 20 salários mínimos e com múltiplos vínculos de trabalho, havendo o predomínio do vínculo público. Atuam nas especialidades de Clínica Médica (37,5%), Cirurgia (23,4%), Anestesiologia (21,9%), Ginecologia/Obstetrícia (10,9%) e Psiquiatria (6,3%). As substâncias mais utilizadas são o álcool, os derivados opióides, os sedativos/hipnóticos, cocaína/crack e cannabis entre outras. Cerca de 56% usam o álcool há mais de 20 anos, predominando uma freqüência de uso diário. Para as outras substâncias, a freqüência do uso é semelhante porém, o tempo de uso se encontra em até 10 anos. Aproximadamente 85% apresentam problemas no casamento e no exercício profissional, 37,5% sofreram acidentes de trânsito e apenas 7,8% foram notificados junto ao CREMEPE (Conselho Regional de Medicina de Pernambuco). Dentre as dificuldades no exercício profissional constam: trabalhar alcoolizado ou sob efeito de outras substâncias, as faltas ao trabalho e o desvio de medicamentos. A maioria (75%) foi encaminhado para tratamento por iniciativa dos familiares. Considerando a existência de comorbidade associada à dependência de substâncias psicoativas, ressalta-se o diagnóstico do Transtorno do Humor (78,1%), Transtornos Neuróticos/Estresse/Somatoformes (29,7%), Transtorno de Personalidade (14,1%) e Esquizofrenia (1,6%). Os resultados desse estudo, pioneiro no Nordeste, poderão ser importantes para reflexões sobre o tema e servir de subsídios para a implantação de programas de atenção à saúde do médico no Estado de Pernambuco.

# ABSTRACT

**THE OBJECTIVE OF THE STUDY WAS TO IDENTIFY THE CHARACTERISTICS OF DRUG ADDICTED DOCTORS, ASSISTED BY PSYCHIATRISTS IN THE CITY OF RECIFE. THE ADDICTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG DOCTORS IS A SUBJECT THAT HAS NOT BEEN**

DEEPLY STUDIED AMONG US. THERE ARE FEW ARTICLES IN THE LITERATURE, ESPECIALLY IN RELATION TO THE REPERCUSSIONS OF THE DRUG ADDICTION IN THE PERSONAL AND PROFESSIONAL LIFE OF THE DOCTORS. IT IS A DESCRIPTIVE STUDY OF SERIES OF CASES, WHERE ASPECTS RELATED TO THEIR PERSONAL LIFE, MEDICAL FORMATION, PROFESSIONAL LIFE AND TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES WERE STUDIED AND EXPRESSED AS FREQUENCIES. THE SAMPLE WAS FORMED BY 64 CASES AFTER A QUESTIONNAIRE (MADE BY THE RESEARCHER) WAS FILLED UP FROM THE PSYCHIATRIST REGISTERS. THE FINDINGS SHOWED A PREDOMINANT MALE POPULATION (75%), WITH THE MEAN AGE OF 46 YEARS, MARRIED, WITH A MONTHLY INCOME BETWEEN 9 TO 20 MINIMUM WAGES AND WITH MULTIPLE JOBS, MAINLY IN THE PUBLIC SECTOR. THEY WERE WORKING AS PHYSICIANS (37.5%), SURGEONS (23.4%), ANESTHETISTS (21.9%), GYNECOLOGISTS/ OBSTETRICIANS (10.9%) AND PSYCHIATRISTS (6.3%). THE MORE FREQUENTLY USED DRUGS WERE ALCOHOL, DRUGS DERIVED FROM OPIUM, SEDATIVES/HYPNOTIC DRUGS, COCAINE/CRACK AND CANNABIS, AMONG OTHERS. AROUND 56% OF THEM HEVE BEEN USING ALCOHOL FOR MORE THAN 20 YEARS, MAINLY, DAILY USERS. THE OTHER SUBSTANCES HAD ALSO BEEN USED IN A DAILY BASIS BUT FOR NOT MORE THAN 10 YEARS. APPROXIMATELY 85% SHOWED MARITAL AND PROFESSIONAL PROBLEMS, 37,5% HAD SUFFERED CAR ACCIDENTS AND ONLY 7.8% HAD BEEN NOTIFIED IN THE CREMEPE (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA). AMONG THE PROFESSIONAL DIFFICULTIES THEY SHOWED: ALCOHOL ABUSE AND ABUSE OF OTHERS SUBSTANCES DURING THE WORKING HOURS, JOB ABSENTEEISM AND DIVERSION OF DRUGS OF THE HEALTH CENTER OR HOSPITAL. THE MAJORITY OF THE CASES (75%) WERE SENT TO TREATMENT BY THEIR FAMILIES. THERE WERE CO-MORBIDITIES ASSOCIATED WITH ADDICTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, MAINLY MOOD DISORDERS (78.1%), NEUROTIC/STRESS/ SOMATOFORM DISORDERS (29.7%) PERSONALITY DISORDERS (14.1%) AND SCHIZOPHRENIA (1.6%). THE RESULTS OF THE STUDY, THAT IS PIONEER IN OUR REGION, CAN BE IMPORTANT FOR THE REFLECTION ABOUT THE SUBJECT AND SERVE AS SUBSIDY FOR THE IMPLEMENTATION OF PROGRAMS FOR THE HEALTH ASSISTANCE OF ADDICTED DOCTORS IN THE STATE OF PERNAMBUCO.

# INTRODUÇÃO

## **1.1 Visão histórico-cultural**

O uso de substâncias psicoativas pela população em geral, segundo Mandon (1991) tem sido alvo de reflexões, especialmente em virtude de muitos trabalhos científicos afirmarem que esse uso é crescente. Para entender essa questão, afirma parecer necessário

buscar referências históricas que ressaltam a relação “Droga e Cultura”. Segundo ele, entende-se cultura no sentido tradicional em antropologia, como o conjunto organizado das expressões ideológicas e materiais das relações mantidas pelos homens entre si e no seu ambiente.

Os fenômenos ligados ao uso da droga devem ser recolocados neste conjunto cultural, que corresponde à globalidade de um sistema social. Parafraseando Marcel Mauss, (*apud* Bergeret & Leblanc, 1991) é possível escrever que a droga por causa de suas complicações múltiplas constitui um “fenômeno social total”, onde pode-se facilmente compreender a dimensão cultural em todos os níveis, das estruturas materiais da vida em sociedade, das estruturas de comportamento e, finalmente das estruturas mentais coletivas.

“Evoluiu-se substancialmente pois, ontem raízes eram desenterradas, folhas eram mastigadas, para obter um resultado incerto. Atualmente, fabrica-se produtos psicoquímicos de síntese, cuja especificidade é conhecida. Modificar a consciência sob comando, e não mais por acidente, torna-se tecnicamente realizável” (BERGERET & LEBLANC, 1991).

Na história da droga, os mesmos autores, verificaram a sua utilização nas várias culturas e com vários significados. Ressaltando ainda que, muitas vezes, as toxicomanias foram, na sua origem, “meios utilizados com vistas a obter ou “intoxicações religiosas” nos povos primitivos (Kawa, haxixe, peiote, tabaco, bebidas fermentadas), ou “embriaguezes divinas”, nos povos indo-europeus.

Seguindo nesse contexto sócio-cultural, Mandon (1991) questiona, por que alguns grupos étnicos e culturais adotam certos tóxicos, de preferência a outros. Realça que possivelmente estão em jogo razões múltiplas e complexas, históricas, econômicas e, principalmente culturais. E acrescenta que hoje, é fácil compreender, que as diferenças de efeitos tóxicos provocados pelas drogas ou substâncias produtoras de hábito nas diferentes culturas, acarretam uma grande dificuldade para os pesquisadores. Ressalta uma crença antiga de que uma substância tóxica deveria, necessariamente, produzir efeitos idênticos, aplicando as mesmas doses em indivíduos da mesma faixa etária, independentemente da sua vinculação étnica. Finaliza o seu pensamento, referindo que atualmente, os estudos sobre os efeitos das substâncias psicotrópicas nos diferentes povos evidenciam a existência de fatores genéticos

ou culturais que se associam às predisposições individuais, aos efeitos placebo e, provavelmente a outras variáveis fisiológicas ainda desconhecidas.

No contexto da história das drogas, verificou-se que a *Cannabis sativa* é uma planta conhecida por seus usos medicinais, desde o terceiro século antes de Cristo, integrando rituais de diversas culturas.

Ainda nesse sentido histórico, Reynaud et al., em 1987, afirmam que o uso do álcool é detectado desde os tempos bíblicos. Desde Noé até o período greco-romano, achase nos textos, em relação à expressão artística, sinais que registram as relações do homem com a bebida e no aspecto religioso – o culto de Dionísio – durante as festividades e as primeiras interdições – o código de Amurabi.

Os autores referem que o uso milenar da cocaína começou nos países andinos (Peru, Bolívia, Equador e Colômbia) há mais de 2000 anos. Desde o primeiro contato entre os nativos das populações pré-colombianas e os invasores espanhóis, o uso da mesma vem passando por reformulações constantes quanto ao seu papel social.

Reynaud et al., (1987) referem ainda que, para a Inquisição espanhola, a cocaína era associada com o pecado, mas, posteriormente, o fato dessa droga ajudar os camponeses a trabalhar mais, serviu para mudar tal concepção, e seu uso ficou associado a uma tradição indígena.

Mandon (1991), por sua vez, acrescenta que o ópio é também um dos produtos psicoativos conhecidos desde a antigüidade, pois a cultura da *papoula* era conhecida pelos persas e egípcios antigos. Sete séculos antes de Cristo, ele aparece numa tabuleta sumeriana encontrada em Nipur sob a forma de dois ideogramas, um representando uma planta e outro, a alegria. O ópio era o símbolo da planta da felicidade. Ele faz parte da farmacopéia antiga e na mitologia grega, Morfeu agita *papoulas* para adormecer os mortais.

## 1.2. A Cultura

Ao abordar a perspectiva antropológica da droga, Mandon (1991) refere que, num sentido aproximado, existe, em cada cultura ou microcultura, um produto tóxico predominante, exercendo um papel protetor, relativamente exclusivo, diante de outros tóxicos, de acordo com as classes sociais, as regiões, ou as faixas etárias: cada sistema cultural possui, pois, sua toxicidade própria.

Segundo Edwards & Lader (1994), é curioso como algumas sociedades são capazes de, em determinadas épocas, conviver com o uso mais ou menos livre de drogas consideradas, em outras épocas ou em sociedades diferentes, tão perigosas a ponto de ser necessário um controle legal rígido. Esse fato sugere que, se por um lado, nem todo consumo de drogas é problemático, por outro, esse fenômeno gera uma grande preocupação em diferentes setores da sociedade em determinadas condições.

Considerando a diversidade de aspectos que envolvem a dependência química, Franquet (1991) afirma que, o uso de substâncias psicoativas envolve inúmeros aspectos importantes, pois afora as questões do indivíduo, é importante perceber como a sociedade atual, de certa forma, estimula o uso do álcool, por exemplo, ao mesmo tempo em que discrimina, assim que o indivíduo perde o controle.

Outro aspecto importante a registrar, é a questão do ilícito, que envolve um grande número de substâncias, cujas cifras, estimulam o crescimento do tráfico no mundo, com repercussões bastante conhecidas, especialmente no que se refere à violência.

### **1.3 Compreendendo a Dependência Química**

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993) classifica em “*transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso*

*de substâncias psicoativas*”, os transtornos pelo uso de múltiplas substâncias. Toma por base critérios clínicos, ressaltando-se a descrição da “Síndrome de Dependência”, como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais, cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor.

Segundo os critérios da CID10 (1993), um diagnóstico de dependência só deverá ser feito se três ou mais requisitos descritos a seguir, forem manifestados nos últimos 12 meses:

- ◆ Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- ◆ Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
- ◆ Um estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- ◆ Evidência de *tolerância*, onde doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- ◆ Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor da substância psicoativa, aumento do tempo necessário para obter, tomar a substância ou para se recuperar dos efeitos;

- ◆ Persistência no uso da substância, apesar da evidência clara de conseqüências nocivas, como danos físicos e/ou repercussões na funcionalidade do indivíduo do ponto de vista social, no trabalho e na convivência familiar.

À semelhança de outros autores, ao estudarem os aspectos etiológicos da dependência química, Edwards et al. (1999) no livro *“Tratamento do Alcoolismo”* expõe alguns questionamentos, tais como:

*“quais os fatores importantes para que o fenômeno da dependência aconteça? Por que algumas pessoas bebem muito mais que outras? Por que existem também algumas pessoas capazes de beber grandes quantidades de álcool com aparente impunidade, enquanto outras bebem moderadamente, mas tem vários problemas resultantes dessa ingestão?”.*

Eles concluem, que o comportamento do beber e os problemas aos quais ele está associado, são determinados por fatores múltiplos, que envolvem causas políticas e econômicas, ou seja, medidas que tornem o consumo mais acessível à população. Acrescentam que, as considerações acerca das maiores influências sobre o consumo *per capita* numa população, incluem fatores que podem ser manipulados politicamente, como taxaço, leis de licenciamento e acordos comerciais. Esses fatores, são interatuantes e tem repercussão no indivíduo e no seu meio ambiente.

Schuckit (1991), no seu livro *“Abuso de Álcool e Drogas”*, registra que existiria uma história natural do abuso de múltiplas drogas, e que estaria relacionada a algumas características de personalidade (imediatistas e com grande facilidade para transgredir normas), faixa etária (predominando entre os jovens) e que haveria uma seqüência que se repete em cada indivíduo, para se instalar a dependência.

Martin (2002), ressalta as principais teorias, buscando integrar teorias biológicas, psicológicas e sociais, onde sugere a possibilidade de que a

susceptibilidade aos estressores psicológicos e aos transtornos por uso de substâncias possa ter etiologias semelhantes.

Wing (1979), no seu livro "*Reflexões sobre a Loucura*", acredita que a propagação do uso de drogas entre jovens, sugere a importância das "redes sociais", isto é, um conjunto de vinculações pessoais entre membros de um grupo, que contribui para explicar a sua conduta social. Acredita que essas redes sociais de reforço possam explicar o desenvolvimento do comportamento dependente em associação a uma provável condição biológica, que pode ser uma predisposição familiar. Dessa forma, poderia ser justificada a repetição do comportamento, dentro de uma mesma família.

Nesse contexto, Martin (2002) afirma que reconhece o papel central do condicionamento e da aprendizagem na dependência de drogas. Na sua visão, essa perspectiva comportamental fornece um quadro referencial para a compreensão completa do uso de substâncias psicoativas, do seu início até o desenvolvimento da tolerância e da dependência física. Compreende de maneira ampla, uma associação de mecanismos comportamentais, os mecanismos de neuroadaptação, com ênfase nos mecanismos celulares e moleculares que envolvem os diferentes neurotransmissores.

Schuckit (1991), por sua vez, ressalta a possibilidade da participação de fatores genéticos, na gênese da dependência do álcool, com uma possível extensão para as outras substâncias, registrando pesquisas importantes com marcadores genéticos em potencial. Prioriza também os estudos do tipo separação ou adoção, realizados nos Estados Unidos e na Suécia, demonstrando que os filhos de pais biológicos alcoolistas, separados precocemente dos seus pais e criados sem o conhecimento de seus pais naturais, possuem taxas marcadamente elevadas de alcoolismo. E, os filhos de não-alcoolistas adotados em lares de alcoolistas, não mostram taxas elevadas de problemas com o álcool quando adultos. De forma geral, esses autores reafirmam a importância da família nos múltiplos aspectos que se referem à etiologia das dependências de substâncias psicoativas.

Olievenstein (1985), é um dos autores que questiona a idéia de que a dependência possa ser um aprendizado, argumentando que a dependência não é idêntica a si mesma a cada momento, como todo fenômeno imaginativo. “Ela se transforma em seguimento, um ”após” tanto quanto um “ durante”. Não respeita nem as leis do condicionamento nem as da antologia; é também, estável e instável. Com essa visão, o autor caracteriza a dependência como algo que está relacionado a uma multiplicidade de fatores, constituindo um triângulo que apresenta nos seus vértices; questões referentes ao indivíduo (sua personalidade), entendendo que são pessoas com baixo limiar para a frustração, imediatistas na realização dos seus anseios e com grande facilidade para transgredir normas; existência de um produto (a substância) e no último vértice o meio permissivo (caracterizando fatores socioculturais).

Importante ressaltar a crença desse autor, de que o tipo específico de substância, parece não ser prioritário para o entendimento dos mecanismos que conduzem à dependência, levando a crer na importância da personalidade do indivíduo, no desenvolvimento da questão.

Buscando explicar como ocorreria a integração desses fatores, para caracterizar a dependência, Olievenstein (1985) afirma que a dependência é como um enxerto; a estrutura básica da personalidade vai modificar sua estabilidade para chegar, ainda que temporariamente, a uma outra estrutura. Daí, as aparentes variações da nosografia, ou seja, uma freqüente associação com outros sintomas que caracterizam comorbidade, se raciocinarmos do ponto de vista clínico. A transição para uma nova estrutura em termos de personalidade caracteriza um sofrimento, um clima de tensão que simbolicamente representa uma luta do dependente contra ele próprio, na sua falta de identidade, para depois encontrar sua realização no bem-estar, no não-sofrimento, na não infelicidade. Isto implica uma crítica de noções, tais como “traumatismo inicial”, no sentido estático do termo, para substituí-la não por um esgotamento funcional e adaptativo do ego, mas ao contrário, por uma mudança de formas de lutas funcionais e adaptativas do ego. Não há defesas contra as excitações, como queria Freud “além do princípio do prazer”, mas ao contrário, há uma incorporação contínua das excitações, verdadeira bulimia de incorporação, verdadeira somação e, como corolário, o esgotamento dos efeitos.

Esgotamento este, tão bem registrado na memória que ele é reconhecido e identificado, infelizmente, junto com o esgotamento dos efeitos da droga, para reconduzir o indivíduo ao seu destino inexorável. Por outro lado, o indivíduo só vai “precisar” se tornar um dependente, a partir do momento em que o esgotamento dos efeitos das “excitações naturais” estiver consumado. Significa que, a um não-esgotamento total, podem corresponder graus de uso de substâncias que não caracterizam dependência.

Conclui o autor que, “a dependência não é algo que simplesmente é imposto ao indivíduo. Ela tem para ele um inegável atrativo, pois abre toda uma perspectiva de vida, sobretudo da relação dominador-dominado, possuidor-possuído que ele se torna integralmente, em si mesmo, para si mesmo e através de si mesmo. Aqui também o prazer e a dor têm a mesma fonte”.

#### **1.4 A família do Dependente Químico**

Outro aspecto considerado pelo Olievenstein (1985), corresponde a questão de como algumas famílias contribuem de certa maneira, para a “fabricação” do dependente, caracterizando-o de certa forma, como o antigamente chamado de “bode-expiatório” e de forma atualizada hoje como “idiota da família” de acordo com Jean Paul Sartre (*apud* Olievenstein, 1985). Nesse contexto, ressalta algumas questões importantes do ambiente familiar, que dizem respeito aos papéis desempenhados por cada um, especialmente a figura do pai, representação simbólica da lei, visto freqüentemente na história do dependente como um pai fraco ou ausente, que não assume a sua função.

À luz de todas essas contribuições em relação à etiologia da dependência química, parece claro que se apresenta um campo de grandes controvérsias científicas.

#### **1.5 Aspectos Epidemiológicos**

Conforme Martin (2002), desde os anos 60, os levantamentos conduzidos por várias agências governamentais, a intervalos fixos, tem detectado mudanças nas atitudes da população, na prevalência de diferentes tipos de uso de drogas, nas conseqüências para a saúde e os custos estimados para a sociedade, assim como nos resultados do tratamento. Os estudos epidemiológicos transversais são importantes, porque o conhecimento que diz respeito a prevalência dos problemas que se relacionam às drogas, pode sugerir a prevalência com que esses problemas podem ser encontrados na população.

Os estudos longitudinais de Coorte de população de usuários de substâncias psicoativas são particularmente informativos, com respeito ao entendimento dos antecedentes dos transtornos por uso de substâncias, das relações dose-resposta para as conseqüências do uso e os determinantes do resultado efetivo do tratamento.

Os padrões do uso de drogas mudam ao longo do tempo e as taxas contemporâneas de prevalência podem variar de acordo com o levantamento citado.

Levantamentos epidemiológicos nos Estados Unidos documentam epidemias de abuso de maconha nos anos 60, de heroína nos anos 80, com um pano de fundo de tendência de crescimento no uso de todas as drogas e de álcool nos anos 70, seguido de uma tendência de redução nos anos 80. Os relatórios recentes sugerem que as reduções no uso de drogas nos anos 80 sofreram uma reversão nos anos 90. Martin (2002), refere que há uma tendência para que os indivíduos mais jovens combinem o álcool com várias outras drogas, enquanto que os grupos mais velhos (idade de 35 anos ou mais) usam o álcool predominantemente isolado.

Estudos nacionais vêm demonstrando, consistentemente, que o uso, o abuso e a dependência de substâncias são mais prevalentes entre os jovens (idade entre 18 – 34 anos), e que as taxas mais elevadas são observadas entre os homens jovens (CARLINI,1994 & ANDRADE,1995).

A magnitude do uso de substâncias pela população, torna difícil o acesso a dados que forneçam resultados próximos do real. Procurando conhecer essa

realidade, Carlini et al., (1994), realizaram vários levantamentos junto a população estudantil de primeiro e segundo graus de escolas públicas em vários estados brasileiros, havendo nesses estudos a repetição de resultados, que mostram uma presença significativa de uso na vida de solventes, ansiolíticos e maconha. No que se refere ao álcool e tabaco, especialmente o álcool, os percentuais de uso na vida chegam a 60%, com um uso de seis vezes ou mais no mês. Outro dado importante é a observação de que o uso de drogas entre estudantes é precoce, já aparecendo entre os 10 e 12 anos.

## **1.6 A Questão do Médico**

Schraiber (1993), no seu livro “*O Médico e o seu Trabalho*”, analisa as mudanças que ocorreram no exercício da profissão médica no período entre as décadas de 30 e 60. Afirma que essas mudanças propiciaram uma transformação, onde o médico (produtor direto) em relação à sua clientela passou a ter a presença de intermediários: o Estado, a empresa médica e o seguro saúde. O médico, não só perde o controle sobre a clientela, mas se envolve com duas outras alterações relevantes: primeiro, uma subordinação da remuneração do trabalho às condições concretas com que a comercializa, as quais são mutáveis para cada situação estabelecida, havendo, pois, diferenciação no tipo e valor de remuneração do trabalho e sobre a qual o médico não necessariamente opina; em segundo lugar, separação desse médico produtor direto de seus meios materiais de trabalho, separação que será viável, com possibilidades de perda total ou parcial da posse dos instrumentos, para a instituição que organiza a produção do seu trabalho.

À essas questões observadas, some-se os aspectos vistos por Clever (1990), no que diz respeito ao exercício profissional do médico, quando afirma que, os médicos trabalham mais que a maioria das pessoas (15 horas por semana a mais que outros profissionais); tiram menos tempo de férias e trabalham maior número de anos que a população em geral. Acrescenta que essas condições do exercício profissional, associadas a algumas características comuns nos médicos, como a tendência ao autotratamento e a sentir-se invulneráveis às

doenças, possivelmente contribuem para o aparecimento de suicídios, dependência de substâncias psicoativas e outras manifestações clínicas.

Compartilhando com esse raciocínio, Martins (2001), registra os constituintes da “*síndrome do burn-out*”, caracterizada por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais, como resposta ao estresse emocional crônico intermitente ao qual o médico está exposto, comprometendo assim, a qualidade de vida e a atuação profissional do mesmo.

Andrade et al., (1995), constataram à semelhança dos trabalhos de Carlini et al., (1994) com estudantes de ensino médio, que estudantes de medicina de São Paulo, do primeiro ao sexto ano usaram o álcool nos últimos 12 meses (85,0%), o tabaco (19,8%), a maconha (15,2%), solventes (13,3%) e tranqüilizantes (7,5%). E nos últimos 30 dias, tranqüilizantes, alguma droga ilícita e o álcool, havendo um predomínio de álcool nos últimos períodos do curso. Tal questão segundo os autores, parece estar relacionada às dificuldades que enfrenta o estudante nesse período, que caracteriza o término do curso.

Loreto (1985), por sua vez, estudando uma população de universitários atendidos no ambulatório da Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco no período de 1957-1979, constatou uma diversidade de motivos entre estudantes de medicina para procurar ajuda, entre os quais: insegurança, diminuição da auto-estima, dificuldades de relacionamento interpessoal e dificuldades em relação a sexualidade. No grupo dos que referiam o uso de substâncias psicoativas, verificou que as dificuldades emocionais já estavam presentes antes da vida universitária, sendo agravadas pela vivência estressante em relação ao curso médico, com realce para as dúvidas vocacionais, as dificuldades acadêmicas relacionadas a sobrecarga de horário, o aprendizado, as avaliações e o lidar com o sofrimento e a morte.

Pitta (1991), estudando questões referentes à saúde ocupacional, em seu trabalho intitulado “Hospital, dor e morte”, refere que o sofrimento psíquico inerente ao trabalho hospitalar é comum a todos os profissionais que atuam na área de saúde, sendo o médico alvo das maiores sobrecargas, especialmente pelo papel

assumido pelo mesmo nas equipes de saúde. Acrescenta, que possivelmente esses fatores se associam a inúmeros outros, caracterizando uma importante fonte de estresse.

Modlin & Montes (1964), fizeram um estudo pioneiro nos Estados Unidos, estudando a dependência de narcóticos entre médicos, registrando que a principal justificativa para o uso dessas substâncias, era a sobrecarga de trabalho e o estresse conseqüente ao mesmo. Verificaram ainda que um grande percentual dos médicos era filho de pais com uso excessivo de álcool. Identificou ainda que cerca de 75% desses médicos tinham sérios problemas conjugais.

Em 1998, foi criado na Espanha o Programa de Atenção à Saúde do Médico Enfermo (PAIME) (*apud* Jornal do Conselho Federal de Medicina, 2003). Falando sobre essa iniciativa, Roige (2003) afirma que um médico dependente poderá ter sua prática afetada pelo uso de substâncias psicoativas. Acrescenta, que pode parecer paradoxal, porém, a saúde dos médicos não parece estar devidamente atendida. Ressalta ainda, que são muitos os fatores que podem comprometer a saúde dos médicos, quais sejam: o período de formação demasiado estressante; a automedicação; a facilidade de acesso aos medicamentos; "o não saber ser paciente"; a elevada freqüência de aspectos vulneráveis da personalidade e a própria ausência de políticas e programas adequados para atender o médico. Enfatiza ainda, que os médicos estão propensos a abusar de sedativos, tranqüilizantes, analgésicos e estimulantes; desenvolver a síndrome do estresse e esgotamento emocional (*burn out*); tentar o suicídio, com percentuais maiores que a população em geral.

Roige acrescenta que nos cinco anos da implantação do PAIME, alguns fatores que dificultam o tratamento do médico: "a conspiração do silêncio", pois tendem a ocultar dos colegas e familiares que estão doentes; o medo de ser estigmatizado pelo que apresenta; o medo de ser reconhecido nas salas de espera dos consultórios; o medo de não ter condições de exercer a profissão; o temor de colocar sua credibilidade e reputação profissionais em risco; a tendência a se julgar invulnerável e a falta de cobertura econômica para suprir os custos financeiros dos tratamentos de que necessita. Conclui, que a falta de atenção e cuidado com sua

própria saúde, pode levar o médico a uma má prática, além da possibilidade de incapacitá-lo e inabilitá-lo para o trabalho.

Meleiro (1999), por sua vez, estudando a dependência do álcool e de outras substâncias entre os médicos, afirma que os médicos com mais de 40 anos são menos inclinados ao uso recreacional de substâncias que os mais jovens, e a automedicação é mais freqüente dos 30 aos 60 anos. Refere que a variação do uso de substâncias entre médicos de diferentes especialidades é significativamente maior para os psiquiatras, tanto recreacional como em automedicação, seguidos dos anestesistas, dos pronto-socorristas e cirurgiões. Ressalta que no uso recreacional, as drogas mais utilizadas são a maconha e a cocaína; na automedicação, os tranqüilizantes, benzodiazepínicos e os opióides.

Acrescenta ainda que possivelmente as dificuldades atribuídas aos riscos ocupacionais entre médicos, levando ao consumo de álcool e outras substâncias, estão fortemente associados a fatores psicológicos anteriores à entrada para estudar medicina. Uma alta incidência familiar de alcoolismo e dependência de outras substâncias favorece a questão de que algum componente genético possa estar relacionado ao desenvolvimento de tais problemas.

Laranjeira (2001) em seu trabalho “Avaliação do uso de Álcool e Drogas entre Médicos”, realizou pesquisa com 206 médicos dependentes químicos de 15 estados brasileiros. Esse trabalho procurou traçar um perfil dos médicos em relação à formação, tipo de substâncias utilizadas, problemas decorrentes do uso, tratamentos anteriores e diagnósticos psiquiátricos associados. Observou, que a maioria é do sexo masculino, casado, com idade média de 39 anos e com internação prévia devido à dependência.

Aproximadamente 30% perderam emprego nos doze meses anteriores à consulta. As especialidades mais comuns foram: clínica médica, anestesiologia, cirurgia, pediatria, ginecologia e psiquiatria. Cerca de 30% apresentavam um diagnóstico psiquiátrico associado à dependência química, depressão, transtorno afetivo e transtorno de personalidade. As substâncias mais usadas foram : cocaína, benzodiazepínicos, maconha e opióides.

Acrescenta que essa situação em relação aos médicos está presente amplamente na literatura, através do registro da facilidade de acesso dos mesmos às substâncias que causam dependência, porém, as conseqüências do uso ainda são pouco referidas. Ressalta ainda que alguns países, como a Inglaterra, Estados Unidos e Espanha, já apresentam programas específicos para atender a essa população, baseados no fato de que os médicos demoram de 5 a 6 anos para buscar tratamento, enquanto no Brasil, as ações nesse sentido ainda estão em início. Os resultados desse estudo serviram de base para a implantação de um programa do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, com o objetivo de prestar assistência ao médico dependente químico.

Em Pernambuco, tomando por base o aparecimento de processos, referentes a algumas repercussões do uso de substâncias psicoativas no desempenho profissional de médicos, está sendo implantado um programa semelhante ao de São Paulo, pelo Conselho Regional de Medicina, para dar assistência, realizar pesquisas e empreender ações preventivas .

Espera-se, com essa pesquisa, associar aos resultados encontrados, a experiência clínica de quase 20 anos do autor, atuando na área das dependências químicas. Vislumbra-se assim, a possibilidade de contribuir efetivamente para o aprimoramento de ações preventivas e terapêuticas que possam vir a ser implementadas no Estado de Pernambuco



# OBJETIVOS

## 2.1 Geral

- ◆ Identificar as características da clientela formada por médicos dependentes químicos, atendidos por psiquiatras na Cidade de Recife.

## 2.2 Específicos

- ◆ Conhecer aspectos gerais relativos à pessoa do médico dependente químico;
- ◆ Verificar aspectos relativos à formação médica na população estudada;
- ◆ Identificar características do exercício profissional na população estudada;

- ◆ Averiguar o uso de substâncias psicoativas entre os familiares dos médicos estudados;
- ◆ Detectar padrões de consumo de substâncias psicoativas: tipo de substância, tempo e frequência de uso;
- ◆ Contribuir para a implantação de programas preventivos ou terapêuticos dirigidos aos dependentes químicos no Estado de Pernambuco.

# CASUÍSTICA E MÉTODOS

## **3.1 Área de estudo**

O estudo foi realizado em amostra colhida na população de médicos do Estado de Pernambuco. Atualmente, segundo dados do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), existe 10.062 médicos em atividade no Estado. Há uma acentuada concentração de médicos em atuação na Cidade de Recife e Região Metropolitana, cerca de 6.963, correspondendo a aproximadamente 70% do total. O restante, cerca de 30% exerce suas atividades profissionais no Interior do Estado.

## **3.2 População de Estudo**

Foram estudados os médicos diagnosticados como dependentes de substâncias psicoativas, no período de 1989 a 2003, tratados por especialistas que exercem suas atividades na Cidade de Recife.

A referência para o diagnóstico, é o conceito de “Síndrome de Dependência” da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 entendido como:

*“Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo, que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Engloba um forte desejo para consumir a substância; dificuldade em controlar o comportamento de consumir; abstinência fisiológica quando o uso cessa ou é reduzido; presença do fenômeno de tolerância e persistência do uso apesar da evidência das conseqüências físicas e no funcionamento social”.*

O diagnóstico deve ser feito, se três ou mais dos sintomas descritos, são experienciados ou manifestados durante o ano anterior.

### **3.3 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo série de casos, nos moldes do que é referido por Pereira (2002), utilizando como fonte de dados o levantamento em prontuários para o preenchimento de um questionário (anexo 1).

Esse tipo de estudo, se propõe a uma observação detalhada dos casos, expressando as freqüências das variáveis, possibilitando assim, explicações sobre elementos pouco conhecidos, tais como alguns fatores implicados nas questões etiológicas, no curso e na vigência ou não de ações terapêuticas.

Constitui um enfoque qualitativo e exploratório, embora muitas facetas tenham sido quantificadas.

Outro aspecto a ressaltar como vantagem, é que esse tipo de estudo é relativamente fácil de ser realizado e de baixo custo.

### **3.4 Estudo Piloto**

Realizou-se um estudo piloto com psiquiatras filiados a Sociedade Pernambucana de Psiquiatria, com a finalidade de testar o instrumento utilizado, a linguagem do mesmo e a receptividade à pesquisa. Foram sorteados aleatoriamente cinco psiquiatras para responder ao questionário, com um prazo de uma semana para o recolhimento dos mesmos. Do total de cinco questionários, um não foi devolvido, representando assim uma perda de 20%. O estudo permitiu a reformulação de alguns itens do questionário.

### **3.5 Coleta de Dados**

O pesquisador procurou identificar o número de psiquiatras em atuação na cidade de Recife através da listagem de sócios da Sociedade Pernambucana de Psiquiatria (SPP), filiada da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que congrega efetivamente o maior número de psiquiatras que atuam em Pernambuco. Dessa forma, foram identificados 174 psiquiatras filiados a SPP.

Buscando facilitar a coleta de dados, o número total de psiquiatras foi dividido em 8 grupos, para os quais o pesquisador encaminhou correspondência (anexo 2), informando detalhes da pesquisa e solicitando a contribuição dos mesmos, no sentido de verificar entre os seus pacientes, a existência de médicos que buscaram tratamento por apresentar dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras substâncias), tomando por base os critérios da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Foi informado que poderiam ser médicos em tratamento ou que já tivessem sido tratados. Após identificação dos casos, foi solicitado que o psiquiatra entrasse em contato com pesquisador, no sentido de responder a um questionário de pesquisa. Nessa correspondência, ficou

explicitado também, o cuidado no sentido da preservação de todos os princípios éticos em relação ao psiquiatra e aos seus pacientes.

Após o encaminhamento da correspondência, o pesquisador entrou em contato telefônico com cada um, no sentido de uma resposta positiva ou não, isto é, se na sua clientela identificava algum paciente alvo do presente estudo.

Foi importante perceber a receptividade ao trabalho através desse contato telefônico, pois mesmo aqueles que não tinham os casos solicitados, expressaram por unanimidade a sua visão acerca da problemática estudada, ressaltando a importância da pesquisa.

Nos casos de respostas positivas, solicitou-se o número de casos identificados, sendo agendado um horário, para o pesquisador preencher os questionários com o psiquiatra. Nesse momento, o pesquisador sentiu uma certa reserva dos participantes da pesquisa, que preferiam responder pessoalmente, sem a presença do pesquisador. Essa atitude prevaleceu, apesar de estar explícita na correspondência e no contato telefônico, a preservação de todos os princípios éticos em relação aos dados do paciente e da fonte de informação. A justificativa da maioria dos psiquiatras para não disponibilizar o prontuário, era que os mesmos estariam incompletos, o que possivelmente dificultaria o manuseio por parte de alguém não familiarizado com o mesmo.

Importante registrar que as duas maiores fontes de casos foram duas instituições que atendem dependentes de substâncias psicoativas. Uma delas contribuiu com 34 casos, sendo o preenchimento dos questionários realizado por uma psicóloga designada pela instituição. A mesma foi treinada pelo pesquisador para a realização da tarefa, que se colocou disponível para algum esclarecimento pertinente ao longo do processo. A outra instituição contribuiu com 10 casos e os prontuários foram colocados disponíveis para o preenchimento pelo próprio pesquisador.

A expectativa era de que alguns casos se repetiriam, considerando a possibilidade de alguns pacientes terem sido atendidos por mais de um psiquiatra.

Optou-se pelo preenchimento dos questionários, para posteriormente identificar as repetições, visando exclusão da amostra.

Importante registrar as dificuldades enfrentadas pelo pesquisador na composição da amostra. Os questionários eram entregues, marcava-se uma data para devolução, porém, repetidas vezes ocorreram contatos, onde novas datas eram agendadas, porém o cumprimento da tarefa não ocorria, tendo como justificativas o excesso de atividades e a dificuldade em parar para o preenchimento dos questionários.

### **3.6 Universo e Amostra**

O pesquisador optou por trabalhar com um universo constituído por todos os médicos diagnosticados como dependentes químicos, utilizando como:

#### **3.6.1 Critérios de inclusão:**

- ◆ médicos diagnosticados como dependentes químicos, por psiquiatras que atuam na Cidade de Recife;
- ◆ em tratamento ou já tratados.

#### **3.6.2 Critérios de exclusão:**

- ◆ médicos atendidos fora da Cidade de Recife;
- ◆ atendidos por mais de um psiquiatra, usando para identificação desses casos, quatro critérios: iniciais do nome, data de nascimento, sexo e especialidade.

Foram utilizados 91 questionários, resultantes dos casos identificados. Desses, 13 não foram devolvidos, apesar dos contatos mantidos pelo pesquisador; 05 não foram devidamente preenchidos, com a justificativa de que os prontuários

não continham dados suficientes; 03 foram atendidos por psiquiatra no interior do Estado e por isso foram excluídos; 06 se repetiram por terem sido atendidos por mais de um psiquiatra e foram também excluídos. Na realidade no universo de 82 casos, houve uma perda de 18 casos, e finalmente, a amostra foi constituída por 64 casos.

### **3.7 Instrumento de Pesquisa**

Questionário organizado pelo pesquisador, composto por 43 perguntas para assinalar uma ou duas respostas, envolvendo variáveis sócio-demográficas, antecedentes familiares e pessoais, formação profissional, exercício profissional e uso de substâncias psicoativas .

### **3.8 Elenco de Variáveis**

#### **a) Sócio-demográficas**

- ◆ Idade (em anos);
- ◆ Sexo;
- ◆ Estado civil;
- ◆ Prática religiosa;
- ◆ Situação de moradia atual;
- ◆ Procedência;
- ◆ Renda (em salários mínimos).

#### **b) Antecedentes Familiares e Pessoais**

- ◆ História familiar de uso de substâncias (pais e irmãos);
- ◆ Atendimento psicológico/psiquiátrico anterior ao uso de substâncias psicoativas (SPAs)..

### **c) Formação Profissional**

- ◆ Tempo de conclusão do curso (em anos);
- ◆ Pós-Graduação (*Latu sensu* e *Strictu sensu*).

### **d) Exercício Profissional**

- ◆ Especialidade;
- ◆ Quantitativo de trabalhos;
- ◆ Tipos de vínculo empregatício (público, privado ou autônomo);
- ◆ Tipos de trabalho (consultório, plantão, assistência ambulatorial e hospitalar);
- ◆ Número de horas trabalhadas na semana.

### **e) Uso de Substâncias Psicoativas**

- ◆ Tipos de substâncias;
- ◆ Quantitativo;
- ◆ Frequência do uso;
- ◆ Tempo de uso (em anos);
- ◆ Problemas relacionados ao uso de SPAs: com a família, exercício profissional, CREMEPE, trânsito (acidentes) e a justiça;
- ◆ Tratamento (procura, internamento pela dependência, comorbidade).

## **3.9 Processamento dos Dados**

Após a aplicação dos questionários, as respostas foram digitadas em banco de dados do Programa Epi Info 6.0, com cópias de segurança em disquete. Posteriormente, foi realizada uma limpeza dos dados, buscando identificar possíveis erros, como valores não válidos para as variáveis ou falta de consistência entre as

respostas dadas por preenchimento inadequado dos questionários, erros de codificação ou digitação.

### **3.10 Descrição e Análise**

A análise dos dados foi feita através do Programa Epi Info 6.0 da comparação das freqüências, entre sexo e outras variáveis, como especialidade, história familiar de uso de substâncias, tempo, freqüência, uso e tipo de substâncias utilizadas.

### **3.11 Análise estatística**

A significância estatística foi avaliada pelo teste do qui-quadrado, com intervalo de confiança a 95% e valores do *p*.

### **3.12 Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sendo aprovado de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em 12 de março de 2003 (anexo 3).



# RESULTADOS

De acordo com as variáveis sócio-demográficas a maioria dos médicos pesquisados se caracterizou como do sexo masculino 47 (73,4%), com idades variando entre 26 e 75 anos, predominando idades entre 37 e 56 anos 35 (54,7%) (tabela1).

Tabela 1  
Distribuição dos Médicos Dependentes Químicos, por variáveis sócios-demográficas

<b>Variáveis</b>	<b>N = 64</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
26 - 36	15	23,4
37 - 46	18	28,1
47 - 56	17	26,6
57 e mais	14	21,9
<b>Sexo</b>		
Masculino	47	73,4
Feminino	17	26,6
<b>Estado Civil</b>		
Casado	45	70,3
Separado/Divorciado	11	17,2
Solteiro	8	12,5
<b>Religião</b>		
Católica	14	21,9
Espírita	2	3,1
Protestante	2	3,1
Nenhuma	13	20,3
Sem Informação	33	51,6
<b>Moradia</b>		
Com a família	46	71,9
Sozinho	6	9,3
Com os pais e irmãos	5	7,9

A maior parte é casada 45 (70,3%), mora com a família 46 (71,9%) e tem renda mensal predominando entre 9 e 20 salários mínimos 23 (35,9%). Quanto a procedência, o maior percentual é proveniente do Estado de Pernambuco 48 (75,0%), sendo os demais 15 (23,4%) originários de outros estados nordestinos e apenas 1 foi proveniente do Estado de Minas Gerais. Em relação à religião, não constava informação na maioria dos prontuários.

A tabela 2, mostra a distribuição dos antecedentes familiares dos médicos estudados, no que se refere ao uso de substâncias psicoativas entre os mesmos. Constatou-se que cerca de 22 (34,3%) médicos da população em estudo apresentavam algum antecedente familiar de uso de SPAs. Entre esses, 13 (59,1%) referiram ser o pai e algum irmão, apenas 1 (4,5%) referiu ser a mãe e 1 (4,5%) referiu ser o pai e a mãe.

Tabela 2

Distribuição dos antecedentes familiares dos médicos estudados quanto ao uso de substâncias psicoativas

<b>Familiares</b>	<b>N=64</b>	<b>%</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N=22</b>	<b>%</b>
Com antecedentes	22	34,3	Pai	13	59,1
			Mãe	1	4,5
			Pai e Mãe	1	4,5
			Irmãos	13	59,1
Sem antecedentes	36	56,3			
Sem informação	6	9,4			

\* a soma dos percentuais ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como resposta

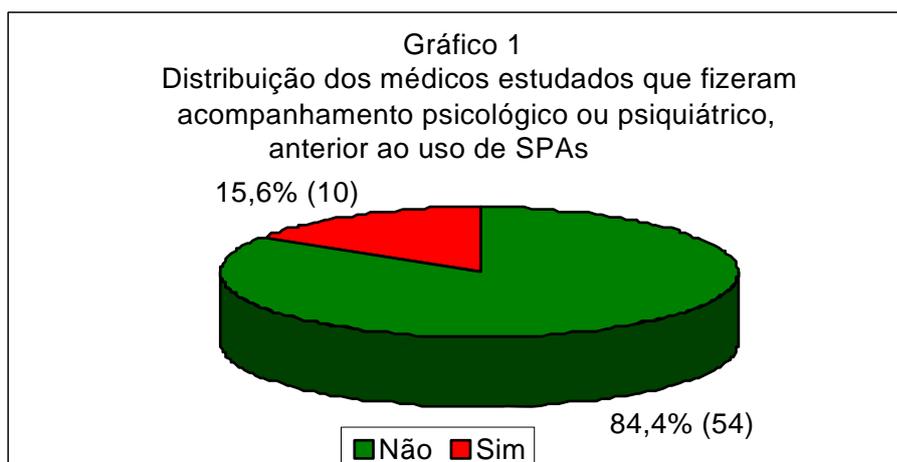
Procurando identificar o tipo de substância utilizada entre os familiares dos médicos que informaram ter antecedentes, constatou-se que entre os pais predomina o uso do álcool 15 (100,0%) seguido do tabaco 2 (13,3%) e ansiolítico 1 (6,7%). Há também um predomínio do uso do álcool entre os irmãos 12 (92,3%), seguido da *cannabis* 3 (23,1%), cocaína 2 (15,4%), tabaco 2 (15,4%) e hipnótico 1 (7,7%) (tabela 3).

Tabela 3  
Distribuição do uso de Substâncias Psicoativas entre os familiares dos médicos estudados

Substância	Pais		Irmãos	
	N = 15	%*	N = 13	%*
Álcool	15	100,0	12	92,3
Canabis	-	-	3	23,1
Cocaína	-	-	2	15,4
Hipnótico	-	-	1	7,7
Ansiolítico	1	6,7	-	-
Tabaco	2	13,3	2	15,4

\* a soma dos percentuais ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como o resposta

O gráfico 1 evidencia que cerca de 10 (15,6%) da população em estudo fez acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, anterior ao uso de substâncias.

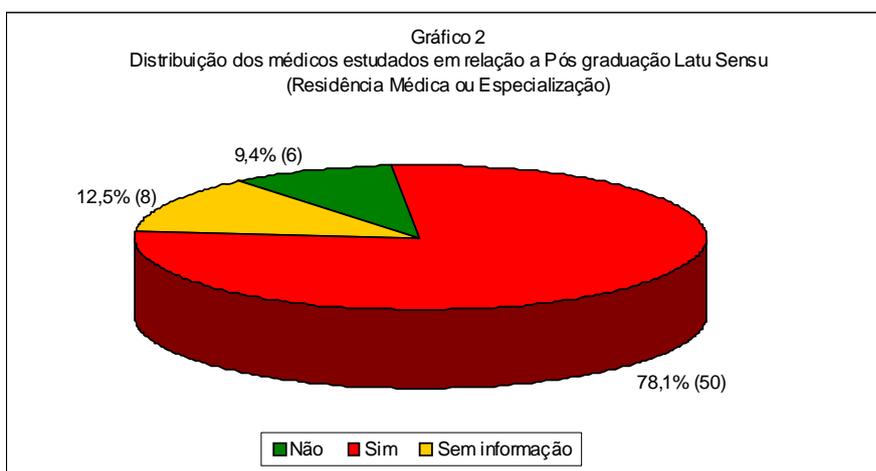


Considerando a formação profissional dos médicos estudados (tabela 4), a maioria 34 (53,1%) está na faixa entre 0 e 20 anos de formado. Entre esses, há um predomínio dos que estão entre 11 e 20 anos de formado. O menor percentual 12 (18,8%) corresponde aos que contam com mais de 30 anos de profissão.

TABELA 4  
Distribuição do tempo de conclusão do curso de graduação entre médicos estudados

Anos	N = 64	%
0 - 10	13	20,3
11 - 20	21	32,8
21 - 30	18	28,1
mais de 30	12	18,8

O gráfico 2 evidencia que a maioria 50 (78,1%), tem Residência Médica ou Especialização e não constava nos prontuários, nenhum com pós-graduação *Strictu Sensu* (mestrado e doutorado).



Quanto à distribuição dos vínculos de trabalho, verificou-se que a maioria 40 (62,5%), possui mais de um vínculo, havendo um predomínio dos que estão vinculados ao serviço público 45 (70,3%), seguido dos que estão vinculados ao setor privado e os autônomos. Apenas 1 referiu estar aposentado e em 06 não havia registro (tabela 5).

Tabela 5  
Distribuição dos médicos estudados em relação aos vínculos de trabalho

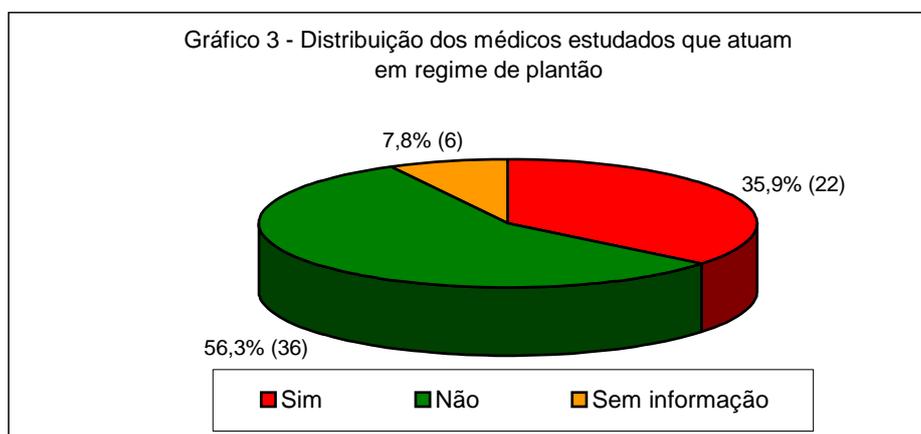
<b>Vínculo de trabalho</b>	<b>N = 64</b>	<b>%</b>
Público\privado\autônomo	29	45,3
Privado	8	12,5
Público	8	12,5
Autônomo\público	7	11,0
Autônomo\privado	3	4,8
Autônomo	1	1,5
Público\privado	1	1,5
Aposentado	1	1,5
Sem Informação	6	9,3

Quanto ao número de horas trabalhadas por semana, verifica-se que a maioria 21 (32,8%) tem uma carga horária de trabalho semanal entre 31-40 horas, seguidos dos que trabalham mais de 40 hs./semana 13 (20,3%). Cerca de 9 (14,0%) entre 21-30hs./semanais e 7 (11%) trabalha até 20hs. Em aproximadamente 14 (22%) da amostra não consta a informação em pauta (tabela 6).

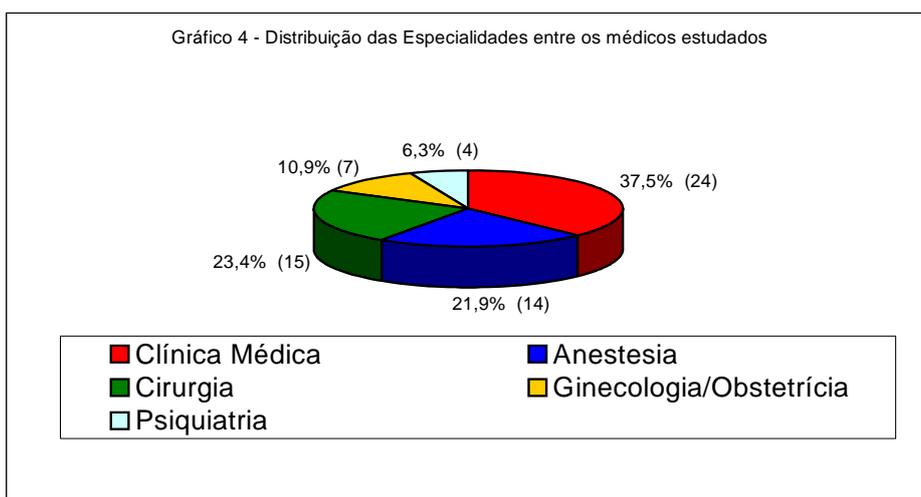
Tabela 6  
Distribuição dos médicos estudados em relação ao número de horas trabalhadas por semana

<b>Horas</b>	<b>N = 64</b>	<b>%</b>
até 20 h	7	10,9
21 - 30 h	9	14,1
31 - 40 h	21	32,8
mais de 40 h	13	20,3
Sem informação	14	21,9

No gráfico 3, observa-se que a maioria dos médicos 36 (56,3%), não trabalha em regime de plantão, apresentando uma diversificação das suas atividades de trabalho, com atuação em consultório e/ou assistência em serviços de saúde, públicos ou privados. Um percentual importante 22 (35,9%) trabalha em regime de plantão e apenas em uma minoria 6 (7,8%), não havia informação sobre o trabalho desenvolvido.



No que diz respeito à distribuição das especialidades na população estudada, observa-se que o maior percentual 24 (37,5%) corresponde à Clínica Médica, seguida da Cirurgia 15 (23,4%), anestesia 14 (21,9%), Ginecologia/Obstetrícia 7 (10,9%) e Psiquiatria 4 (6,3%) (gráfico 4).



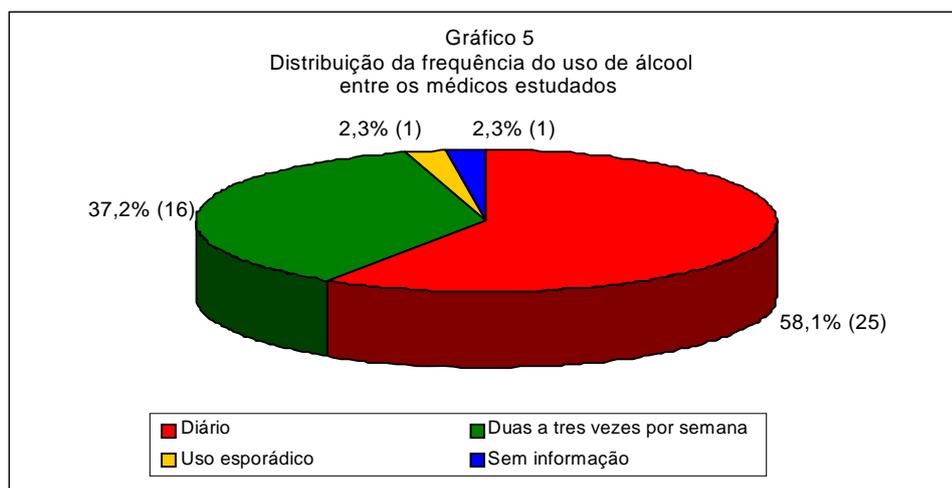
Em relação aos tipos de substâncias utilizadas pelos médicos estudados, observa-se que predomina o uso do álcool 43 (67,2%), seguido dos opióides/analgésicos 27 (42,2%), os sedativos/hipnóticos 14 (21,9%), cocaína/crack 4 (6,3%), cannabis 4 (6,3%) e em menor percentual as anfetaminas 1 (1,6%) (tabela 7).

Tabela 7  
Distribuição do tipo de substância utilizada pelos médicos estudados

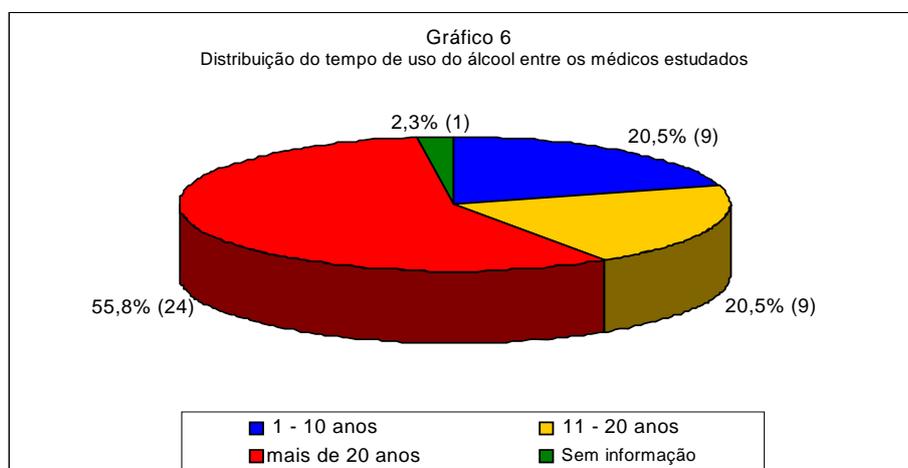
<b>Substâncias</b>	<b>N = 64</b>	<b>%</b>
Alcool	43	67,2
Opióides/analgésicos	27	42,2
Cocaina/crack	4	6,3
Canabis	4	6,3
Anfetaminas	1	1,6
Sedativos/hipnóticos	14	21,9

\* a soma dos percentuais ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como resposta

Considerando a distribuição da frequência do uso de álcool na população em estudo (gráfico 5), fica evidenciado que a maioria usa diariamente 25 (58,1%), seguido dos que usam 2 a 3 vezes/semana 16 (37,2%) e em menor percentual 1 (2,3%) os que usam de forma esporádica, em apenas 1 (2,3%) não constava a informação .



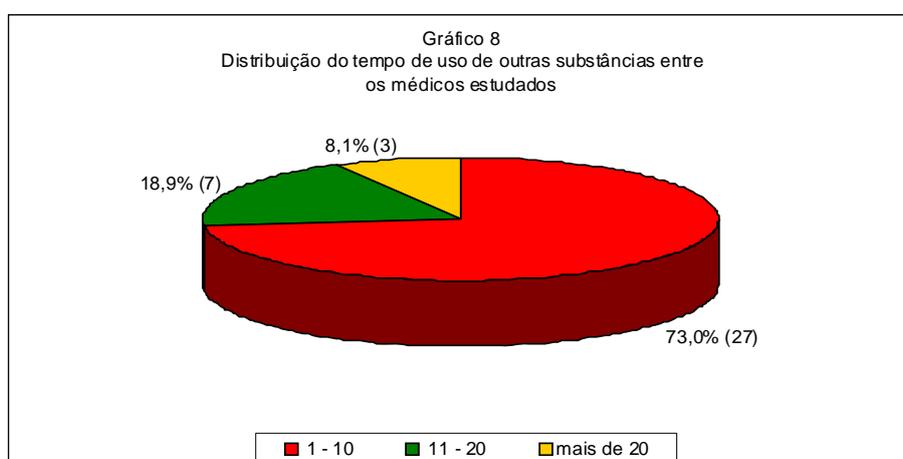
O gráfico 6, mostra o tempo de uso do álcool pelos médicos estudados, onde predominam aqueles que usam há mais de 20 anos 24 (55,8%), seguidos dos que usam entre 1 e 10 anos 9 (20,5%) e entre 11 e 20 anos 9 (20,5%). Em 1 (2,3%) não constava informação no prontuário.



Quanto à distribuição da frequência do uso de outras substâncias, verifica-se à semelhança com o álcool, que a maioria 24 (64,9%) usa diariamente, seguido dos que usam 2 a 3 vezes por semana 9 (24,3%) e em menor percentual, aqueles que usam apenas uma vez por semana 4 (10,8%) (gráfico 7) .



Em relação ao tempo de uso de outras substâncias, observa-se que a maioria 27 (73,0%) usa entre 1 e 10 anos, seguidos dos que usam entre 11 e 20 anos 7 (18,9%) e em menor número 3 (8,1%), aqueles que usam há mais de 20 anos (gráfico 8).



A tabela 8 demonstra que o uso de substâncias psicoativas variou significativamente ( $p=0,013$ ) com as especialidades. O álcool é a substância mais usada entre os cirurgiões 18 (81,8%), enquanto que os opióides são as substâncias mais usadas entre os anestesistas 9 (64,3%).

Tabela 8

Distribuição do uso de SPAs por especialidade entre os médicos estudados

Substância	Especialidade						p
	Cirurgia		Anestesia		Clínica Médica		
	N	%	N	%	N	%	
Álcool	18	81,8	5	35,7	20	71,4	0,013
Opióides	4	18,2	9	64,3	8	28,6	
Total	22	100,0	14	100,0	28	100,0	

Observa-se na tabela 9 que o uso de SPAs variou significativamente em relação ao sexo ( $p=0,008$ ). Enquanto que nos homens predominou o uso do

álcool 36 (76,6%), nas mulheres em 10 (58,8%) ocorreu um predomínio do uso de opióides.

Tabela 9

Distribuição do uso de substâncias psicoativas em relação ao sexo

Substância	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	0,008
Álcool	36	76,6	7	41,2	
Opióides	11	23,4	10	58,8	
Total	47	100,0	17	100,0	

A tabela 10, mostra a distribuição dos problemas conseqüentes ao uso de SPAs. entre os médicos estudados. O maior percentual 55 (85,9%), corresponde aos que informaram problemas no casamento e no exercício profissional 55 (85,9%), seguido dos que sofreram acidente de automóvel 24 (37,5%) e em menor número 5 (7,8%), os que apresentaram problemas com o CREMEPE. Não houve nenhum registro de problemas com a justiça.

Tabela 10

Distribuição dos problemas conseqüentes ao uso de substâncias psicoativas entre médicos estudados

Problema	N=64	%
No casamento	55	85,9
Exercício profissional	55	85,9
Acidente de Automóvel	24	37,5
CREMEPE	5	7,8

\* a soma dos resultados ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como resposta

Considerando especialmente os problemas com o exercício profissional, verifica-se que a maioria 26 (47,3%) refere o fato de trabalhar

alcoholizado ou sob efeito de outras substâncias, seguido das faltas ao trabalho 14 (25,5%), desvio de medicamentos 5 (9,1%) e desempenho comprometido 4 (7,2%). Aproximadamente em 6 (10,9%) não havia registro sobre a questão (tabela 11).

Tabela 11  
Distribuição dos médicos estudados em relação aos problemas com o exercício profissional

<b>Problemas</b>	<b>N=55</b>	<b>%</b>
Trabalhar alcoholizado/uso de outras substâncias	26	47,3
Faltas ao Trabalho	14	25,5
Desvio de medicamento	5	9,1
Desempenho comprometido	4	7,2
Sem informação	6	10,9

Quanto a procura ao tratamento por parte dos médicos em estudo, observa-se que a maioria 48 (75,0%) foi encaminhado por familiares, seguido dos que procuraram espontaneamente 12 (18,8%) e 10 (15,6%) foram encaminhados por colegas. Em um número reduzido não constava a informação (tabela 12).

Tabela 12  
Distribuição da procura ao tratamento entre os médicos estudados

<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
Encaminhado por familiares	48	75,0
Espontânea	12	18,8
Encaminhado por colegas	10	15,6
Outras	2	3,1

\* a soma dos percentuais ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como resposta

Em relação à desintoxicação (gráfico 9), verifica-se que a maioria 33 (51,6%) já foi internada para desintoxicar.



No que se refere à existência de comorbidade associada a dependência de SPAs., há um predomínio do diagnóstico de Transtorno do Humor 50 (78,1%), seguido dos Transtornos Neuróticos/Estresse e Somatoformes 19 (29,7%), Transtorno de Personalidade 9 (14,1%) e esquizofrenia apenas 1 (1,6%) (tabela 13).

Tabela 13  
Distribuição do diagnóstico de comorbidade associada à dependência entre os médicos estudados

Comorbidade	N	%*
Transtorno do Humor	50	78,1
Transtorno neuróticos\estresse\somatoformes	19	29,7
Transtorno de personalidade	9	14,1
Esquizofrenia	1	1,6

\* a soma dos percentuais ultrapassa 100% por haver mais de uma alternativa como resposta



# DISCUSSÃO

A presente pesquisa estudou uma população de médicos dependentes químicos, atendidos por psiquiatras na Cidade de Recife. A maioria é pernambucana (75,0%), sexo masculino (73,4%), com idades predominando entre 37 e 56 anos, casados (70,3%), morando com a família (71,8%) e com renda mensal entre 9 e 20 salários mínimos. A substância mais utilizada é o álcool (67,2%), seguido dos analgésicos/opioides (42,2%). As especialidades mais frequentes são a clínica médica, cirurgia, anestesia, ginecologia/obstetrícia e psiquiatria.

Inicialmente é oportuno tecer considerações acerca de algumas questões metodológicas que de certa maneira, podem ter influenciado nos resultados da pesquisa.

Um **primeiro** aspecto diz respeito à amostra ultra-selecionada, uma amostra de conveniência, onde foram estudados os médicos diagnosticados como dependentes químicos por psiquiatras na Cidade de Recife. Dessa maneira, possivelmente não fica caracterizada toda a população médica do Estado, com problemas na área e sim apenas os que procuraram atendimento.

Um **segundo** aspecto, diz respeito às dificuldades com a coleta dos dados, tendo em vista a sua ocorrência de três maneiras distintas, ou seja, pelo pesquisador, pelos psiquiatras que receberam o questionário e por uma psicóloga, indicada por uma das instituições especializadas no atendimento de dependentes químicos e treinada pelo pesquisador. Importante justificar que o projeto de pesquisa previa apenas uma forma de coleta através do pesquisador. Porém, ao longo do

tempo, dificuldades foram enfrentadas no preenchimento dos questionários, de maneira que, para viabilizar o estudo, foi necessário acatar outras formas de coleta, estando o pesquisador consciente dos riscos metodológicos que poderiam ocorrer em relação ao viés de informação.

Um **terceiro** aspecto a ser referido do ponto de vista metodológico, diz respeito às dificuldades enfrentadas por se tratar de informações colhidas em prontuários, nem sempre com os registros de interesse específico para o estudo.

Porém, apesar dessas considerações metodológicas descritas que podem questionar a validade da pesquisa, ressalta-se o pioneirismo deste estudo no Estado. Trata-se de uma contribuição em uma área não estudada anteriormente no Nordeste e com escassos registros na literatura especializada a nível nacional.

O perfil do médico brasileiro, identificado através de pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Fundação Oswaldo Cruz, (1997), foi complementado em estudo regionalizado através do Sindicato dos Médicos de Pernambuco (SIMEPE, 2001), que procurou identificar o perfil do médico pernambucano. Verificou-se que, a maioria dos médicos se formou em universidades pernambucanas. Cerca de 60% possui curso de especialização e/ou residência médica, realizados em Pernambuco, ocorrendo mais freqüentemente entre os da região metropolitana de Recife. Poucos são os que cursaram mestrado ou doutorado. A maioria dos médicos, não tem sua especialidade registrada, embora o CREMEPE aceite o registro de aproximadamente 79 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Possuem em média, dois empregos, sendo o vínculo público o mais freqüente, seguido pelo setor privado e o consultório. A média de carga horária de trabalho semanal, é de cinquenta horas, com um somatório de salários em torno de doze a quinze salários mínimos.

No momento o Conselho Federal de Medicina (CFM) inicia uma mobilização nacional buscando refletir acerca da saúde do médico, enfatizando a implantação de ações preventivas e terapêuticas a partir dos Conselhos Estaduais. Por sua vez, o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), criou há pouco mais de um ano o "Núcleo de Atenção à Saúde do Médico", visando ações

preventivas e terapêuticas na área das dependências químicas, cuja funcionalidade poderá ser subsidiada pelos resultados do presente estudo.

Tomando por base as variáveis sócio-demográficas, verificou-se à semelhança da população geral dos dependentes químicos, que a maioria é do sexo masculino (ALBUQUERQUE et al., 1988; EDWARDS et al., 1999). Tal situação parece estar relacionada a fatores culturais e sociais que ainda exercem uma grande influência sobre o padrão e grau de ingestão do álcool e de outras substâncias entre as mulheres. No que diz respeito ao uso do álcool, a sociedade parece ainda ser rígida no julgamento das mulheres que apresentam problemas com bebida. Há uma certa discriminação, com uma percepção ainda vinculada aos papéis de esposa e mãe tradicionalmente, tendendo à emissão de julgamento negativo em relação à mesma.

O estudo identificou a existência de antecedentes familiares com uso de SPAs. em cerca de 34 % dos casos. Entre os pais, verificou-se que há um predomínio do uso de substâncias lícitas, sendo o álcool o produto mais usado, seguido pelos ansiolíticos. Já entre os irmãos predominaram as substâncias ilícitas, como a *cannabis* e a cocaína. Esse padrão é descrito por Martin (2002), ressaltando uma possível interferência da cultura na mudança dos padrões de uso de substâncias ao longo das últimas décadas, fazendo com que os indivíduos mais jovens tendam a usar o álcool associado a outros produtos, enquanto que aqueles com idades acima de 35 anos tendem a usar o álcool isoladamente.

Estes achados remetem aos registros da literatura ao abordar aspectos referentes à etiologia das dependências químicas (SCHUCKIT, 1991; BERGERET & LEBLANC, 1991; EDWARDS et al., 1999). Esse tema caracteriza uma área com uma grande diversidade de fundamentações teóricas. Entre os autores, Bergeret & Leblanc (1991) se destacam ao realçar algumas culturas familiares, onde prevalece um grande consumo de álcool e psicotrópicos, havendo uma certa tendência a automedicação. Ressaltam também uma dinâmica familiar fragmentada, onde habitualmente os indivíduos encontram dificuldades na resolução dos seus conflitos, negando-os ou procurando evitá-los das mais diversas formas. A transgressão passa a ser freqüente, como resultado possivelmente da não interiorização da lei paterna, uma vez que há uma grande desvalorização das leis no ambiente familiar.

Schuckit (1991), por sua vez, estudando questões etiológicas, ressalta a provável importância de fatores genéticos na gênese da dependência do álcool, com uma possível extensão para as outras substâncias.

Cerca de 16% dos médicos estudados fez acompanhamento psicológico ou psiquiátrico anterior ao uso de substâncias. Esses achados poderiam dar alguma contribuição para reflexões acerca de possíveis aspectos emocionais presentes em alguns indivíduos e que possam vir a ser importantes na instalação da dependência. Porém, lamentavelmente, a análise dos motivos desses atendimentos psicológicos/psiquiátricos anteriores, foi impossibilitada por conta de viés de informação, onde eles foram confundidos com a situação atual de procura ao tratamento e conseqüentemente foram desprezados.

Buscando entender os resultados no que se refere à formação, observa-se que a maioria, cerca de 53% da amostra tem entre 0 – 20 anos de formado, cursou Residência Médica ou Especialização (78%) e nenhum cursou mestrado ou doutorado. Esses dados conduzem a duas linhas de reflexões acerca do que é vivenciado pelo médico nas duas primeiras décadas da sua profissão. Uma primeira reflexão se refere às mudanças que ocorreram no exercício da profissão médica ao longo das três últimas décadas, onde o médico perdeu a sua condição de autonomia em relação à sua clientela, passando a contar com a presença de algum intermediário, ressaltando-se aqui as empresas médicas e o seguro saúde (SCHRAIBER, 1993). Tal situação pode ter imposto ao médico uma maior jornada de trabalho, com múltiplos vínculos em situação de sobrecarga emocional e com certo grau de insatisfação com a questão salarial (SIMEPE, 2001). Esse contexto, pode de alguma forma ter relação com as dificuldades do médico se aprimorar em termos de pós-graduação. Uma segunda reflexão conduz à possibilidade do não investimento no aprimoramento profissional, ser uma conseqüência do uso de substâncias psicoativas, entendendo como uma possível redução do interesse para questões não vinculadas à dependência.

Considerando a questão referente à atividade profissional em regime de plantão, ela é citada na literatura como algo comum entre os médicos dependentes químicos, especialmente entre os anestesistas (ROIGE, 2003). Nesse aspecto, é referido que haveria uma tendência a uma maior disponibilidade para

aceitar plantões, principalmente noturnos e em finais de semana, ocasiões onde o acesso às substâncias parece ser facilitado e com menor risco de ser identificado. Apesar disso, os resultados não demonstraram tal situação, tendo em vista que apenas em um percentual reduzido da amostra constava regime de plantão. Acredita-se na possibilidade desse achado estar associado ao fato desse dado freqüentemente não ser registrado nos prontuários, talvez por não ser percebido como algo relacionado às manifestações clínicas em pauta.

A clínica médica à semelhança dos achados de outros autores (MELEIRO, 1999; LARANJEIRA, 2001; ROIGE, 2003) aparece como a especialidade com maior percentual na amostra estudada (37,5%), possivelmente por englobar o maior número de especialidades clínicas e o maior número de profissionais em atuação na área médica. A segunda especialidade é a cirurgia (23,4%), seguida pela anestesia (21,9%), ginecologia/obstetrícia (10,9%) e psiquiatria (6,3%). O fato da cirurgia e a anestesia terem percentuais praticamente equivalentes se distancia um pouco dos registros da literatura, que colocam a anestesia em situação prioritária. Acreditamos que essa ocorrência possa estar ligada, de alguma forma ao tamanho e à forma de seleção da amostra.

Quanto às substâncias, verificou-se que o álcool é a mais utilizada, em torno de 67,2% dos casos. Tal achado concorda com a maioria dos autores (MELEIRO, 1999; LARANJEIRA, 2001; ROIGE, 2003), que justificam a situação pelo fato do álcool estar integrado historicamente à cultura, de maneira que geralmente só é identificada uma dependência quando surgem transtornos de comportamento e outras inaptações do ponto de vista social.

É importante ressaltar que neste estudo o uso de substâncias variou significativamente ( $p=0,013$ ) com as especialidades e também em relação ao sexo ( $p=0,008$ ). De forma que o álcool é a substância mais consumida entre os cirurgiões (81,8%) do sexo masculino (76,6%), ao passo os opióides os produtos mais utilizados entre os anestesistas (64,3%), do sexo feminino (58,8%).

No que se refere ao tempo de uso das substâncias, os achados são semelhantes aos encontrados nos estudos com a população em geral, ou seja, a maioria (55,8%) usa álcool há mais de 20 anos e outras substâncias em um tempo de uso menor, ou seja, em torno de 10 anos. Tal situação parece ter explicação a partir de questões culturais, pois o tempo de uso do álcool apesar de ser maior, tem

menos realce por ser algo incorporado aos costumes da sociedade. Em contrapartida, o uso de outras substâncias com objetivos não medicinais ou das substâncias ilícitas, facilmente é identificado como um comportamento sujeito a críticas ou discriminação, especialmente entre os colegas de profissão. Apesar desses aspectos referidos, parece importante acrescentar questões relativas às características farmacológicas dos produtos em relação à instalação de dependência. Com o álcool, esse tempo necessariamente parece ser mais longo se comparado com uma grande parcela das outras substâncias, que rapidamente induzem o aparecimento do fenômeno da tolerância e também da situação de dependência. Parece também ser mais fácil conseguir o álcool, em comparação com o acesso às outras substâncias, especialmente as ilícitas ou aqueles produtos de uso comum em blocos cirúrgicos.

Outro achado que chama atenção no presente estudo é a frequência do uso do álcool diariamente, em torno de 60% e quase 65% para as outras substâncias. Tal situação de uso quase contínuo, parece justificar de maneira semelhante ao que ocorre população em geral, a frequência com que sofrem acidentes de trânsito (37,5%), a diversidade de conflitos familiares (85,9%) e as dificuldades enfrentadas no exercício profissional (85,9%). Considerando especialmente o exercício profissional, ressalte-se o elevado percentual (47,3%) de registros onde consta trabalhar alcoolizado ou sob efeito de outras substâncias. Tal situação, possivelmente se constitui um risco para o médico e para os pacientes sob sua assistência.

O achados do presente estudo, demonstram um número reduzido de com notificações junto ao CREMEPE (7,8%) e nenhum registro de dificuldades com a justiça. Esta questão, em relação ao CREMEPE levanta questionamentos acerca do que ocorre? Porque são escassas essas notificações?.

É oportuno ressaltar que os achados descritos diferem do que ocorre em outros países, onde parece haver um certo rigor da lei no que diz respeito a atitudes consideradas danosas no exercício profissional (ROIGE, 2003).

Roige (2003) atribui tal fato a algumas atitudes dos médicos diante de um colega dependente químico, nas quais não se envolvem, transferem a responsabilidade para outros, discriminam o comportamento e se afastam. Apesar

dessas condutas, acrescenta que também existem posturas humanitárias com os colegas, abordando-os e estimulando-os a procurar ajuda.

Considerando ainda as repercussões do uso de substâncias no exercício profissional, consta em nossa amostra o registro de faltas ao trabalho (25,5%) e o desvio de medicamentos (9,1%) especialmente os derivados opióides, freqüentemente utilizados em procedimentos anestésicos. É possível que uma maior tolerância a essas questões esteja relacionada a um predomínio do vínculo público, onde as medidas punitivas em geral são pouco freqüentes. Ousa-se acreditar também na fragilidade dos meios de controle da circulação desses produtos nos serviços de saúde.

Procurando abordar aspectos referentes ao tratamento, observa-se que em geral o dependente químico demora a procurar atendimento especializado (OLIEVENSTEIN,1985; MARTIN, 2002). Quando ele é médico tal situação não parece ser diferente (LARANJEIRA, 2001; ROIGE, 2003). Os achados evidenciam que a metade da população estudada já fez desintoxicação e a maioria (75%) foi encaminhado por familiares. Apenas 20% procuraram espontaneamente o tratamento. O fato de ser médico é visto por alguns autores (MELEIRO,1999; ROIGE, 2003) como uma dificuldade a mais nesse processo. Atribuem ao médico uma certa dose de onipotência que associada ao conhecimento técnico, parece fortalecer a crença de poder controlar o comportamento e não necessitar de ajuda. Essa postura é vista pelos autores como um dos fatores que contribui substancialmente para o adiamento da procura ao tratamento.

Por outro lado, um número considerável de autores, entre os quais, Olievenstein (1985) e Bergeret & Leblanc (1991), ressaltam a importância de se verificar os vários aspectos que envolvem a dependência, ou seja, os fatores individuais (personalidade), a existência de um produto e um meio (ambiente) que facilita o encontro dos dois. Afirmam que freqüentemente são identificadas personalidades com traços onde predomina uma baixa auto-estima, uma certa fragilidade no lidar com vivências conflitivas e com os afetos, tendendo a atitudes imediatistas com grandes oscilações no estado de ânimo, se adequando aos padrões que se aproximam das características da personalidade borderline (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993; MARTIN, 2002). No presente estudo, tal situação se exterioriza com um registro

predominante no diagnóstico de comorbidade, do transtorno do humor, transtornos neuróticos/estresse/somatoformes e do transtorno de personalidade. Tais aspectos ressaltam assim, a importância do diagnóstico de uma personalidade na qual se instala a dependência.

**CONCLUSÕES**

Considerando os resultados deste estudo, pode-se concluir que:

- ◆ As características das manifestações das dependências de substâncias psicoativas na população médica, foram semelhantes ao padrão encontrado na população de dependentes em geral, possivelmente por estarem sujeitos aos mesmos fatores culturais envolvidos com a questão;
- ◆ A maioria dos médicos estudados foi do sexo masculino;
- ◆ O maior percentual dos médicos usava álcool há mais de 20 anos e usava outras substâncias há mais de dez anos
- ◆ Os opióides foram as substâncias mais usadas dentre as médicas estudadas;
- ◆ A maioria dos médicos usava álcool e/ou outras substâncias diariamente e mantinham-se trabalhando;
- ◆ O uso de substâncias psicoativas variou significativamente com a especialidade, predominando o uso de álcool entre os cirurgiões e de opióides entre os anestesistas;
- ◆ A maioria dos médicos apresentou dificuldades no exercício profissional, resultantes do uso de substâncias psicoativas, porém apenas um número reduzido tinha notificação junto ao CREMEPE.

## RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados do estudo pode-se recomendar que:

- ◆ Mesmo considerando os limites dessa pesquisa em relação à população estudada, os achados juntamente com as investigações anteriores, reforçam a necessidade de serem criadas estratégias de atenção à saúde dos médicos;
- ◆ O tempo, a frequência do uso de substâncias psicoativas e a amplitude das repercussões na vida pessoal e no exercício profissional dos médicos estudados, leva-nos a pensar na importância de ações visando a conscientização da existência de tal situação nas instituições de saúde. Tal iniciativa poderá estimular atitudes humanitárias efetivas diante de colegas que apresentam dificuldades em admitir o comprometimento e a necessidade de procurar ajuda;
- ◆ Há necessidade de ações conjuntas dos setores competentes, visando um controle eficaz da circulação de derivados opióides e outras substâncias utilizadas sobretudo em procedimentos anestésicos.
- ◆ Os limites metodológicos evidenciados nessa pesquisa, sugerem a necessidade de continuar os estudos na área, com metodologias que possam aprofundar o conhecimento da dependência química entre os médicos.

Espera-se que esses resultados possam contribuir como subsídios para auxiliar nas reflexões sobre a pessoa do médico, a sua saúde, a sua formação, a sua capacidade de trabalho, as condições de trabalho a que estão submetidos nas instituições de saúde e os possíveis motivos que os conduzem ao sofrimento psíquico e à perda da liberdade na condição de dependente de substâncias psicoativas. Implica também numa reflexão acerca da responsabilidade dos órgãos

formadores, das sociedades de especialidades e dos órgãos de classe na saúde e bem-estar dos médicos no Estado de Pernambuco.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J.F. et al. Um Processo de Busca. In: \_\_\_\_\_. Encontro de Centro Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas. São Paulo: CLR Balieiro Editores Ltda, 1988. p.17-25.

\_\_\_\_\_.Projeto para implantação do Centro de Ensino, Pesquisa e Atenção em Saúde Mental, Recife: Universidade Federal de Pernambuco,1996. p.30.

ANDRADE, A. G. et al. Prevalência do uso de drogas entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Revista ABP-APAL. v.17, n. 2, p.41-46, abr-jun, 1995.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. Toxicomanias - uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

CARLINI, E. A. et al. III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º. e 2º. graus em 10 capitais brasileiras 1994. São Paulo: CEBRID,1994.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, p.69-82, 1993.

CLEVER, L.H. "A saúde do médico". In: BEESON, P.B.; McDERMONT, W. (eds.) Tratado de medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 8, p.120 - 127,1990.

COTTAN, N.S. The familial incidence of alcoholism. Journal of Studies on Álcool, v. 40, p.8-116, 1994.

EDWARDS, S. G; Lader, M. "A natureza da dependência de drogas". In: \_\_\_\_\_ Porto Alegre: Artes Médicas., 1994.

EDWARDS, S.G et al. "O tratamento do alcoolismo". In: \_\_\_\_\_.Porto Alegre: Artmed, 1999.

FRANQUET, J. "O tráfico de entorpecentes através do mundo". In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. Toxicomanias. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 194-216, 1991.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Perfil dos Médicos no Brasil.J.Conselho Federal de Medicina.,ano X, n.82, p.21,jun,1997.

HAHN, M. S. et al. A Saúde Mental do estudante Universitário:sua história ao longo do século XX. Revista Brasileira de Educação Médica, v.23, n.2/3, p.81-89, maio/dez, Rio de Janeiro,1999.

HELLIWELL, P.J. Suicide amongst anesthesists in training. .Anesthesia, v.38, p.1097,1983.

KAPLAN, I. H; SADOCK, J. Dependência de Drogas. In: \_\_\_\_\_.Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p.437-478,.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

LARANJEIRA, R. “Avaliação do uso de álcool e drogas entre médicos no Brasil”.. Revista Saúde Paulista/Unifesp/Escola Paulista de Medicina, ano 1 n.3,jul-set, 2001.

LIBERARSI DALLA DROGA. IL Recupero dei Tossicodipendenti – Suplemento al Fascicolo 3 – CVIII Rivista Sperimentale di Freniatria, Unitá Sanitária Locale n. 9. Reggio Emilia Giugno,1984.

LORETO, G. Uma experiência de Assistência Psicológica e Psiquiátrica a Estudantes Universitários. [Tese Concurso de Prof. Titular]. Recife. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco,1985.

\_\_\_\_\_.Contribuição do Aconselhamento Psicológico para a Saúde Mental dos Universitários.Neurobiologia,v.28,n.4,p.283-296,dez,1995.

MANDON, D. “Perspectiva antropológica da droga”. In: BERGERET, J.; LEBLANC, J. Toxicomanias. Porto Alegre: Artes Médicas, p,230-233, 1991.

MARTIN, P.“Transtornos Relacionados a Substâncias “In: Current. Psiquiatria – Diagnóstico e Tratamento, São Paulo: Artmed, p.233-258, 2002.

MARTINS, L.A.N. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. Boletim de Psiquiatria, v.22/3, p.9-15, São Paulo,1990.

MILLAN, L.R. et al. O I Encontro paulista dos Serviços de Assistência Psicológica ao Estudante Universitário. Revista do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de São Paulo,v.53, n.3, p.156-161, São Paulo,1998.

\_\_\_\_\_.O Universo Psicológico do Futuro Médico. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, p.75-117, 1999.

MODLIN, H. C.; MONTES, A. Narcotic addiction in physicians. American Journal of Psychiatry, v.121, p.358-65,1964.

MORSE, R; MARTIN, M. et al. Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence. JAMA, v.251, p.743-746,1984.

NOGUEIRA, L.A.M. "Saúde mental dos profissionais de saúde". In: BOTEGA, J. N. Prática psiquiátrica no hospital geral. São Paulo: Artmed, 2001.

NOTO, J.R.S. et al. Atenção à Saúde Mental do Estudante de Medicina.Revista Brasileira de Educação Médica, v.25, n.1, p.71-75,jan/abr. Rio de Janeiro,2001.

OLIEVENSTEIN, C."Destino do toxicômano". São Paulo: Almed,1985.

PEREIRA, G.M. Epidemiologia, Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.p.271-288, 2002.

PITTA, A."Hospital , dor e morte como ofício". São Paulo: Hucitec.,1991.

RAMOS, S. P. et al. Alcoolismo Hoje, Porto Alegre: Artes Médicas,1987.

REIFLER, C. B; LIPTZIN, M. B.; HILL, C. Epidemiological studies of college health of minority medical students. Academic Medicine, Philadelphia, v.65, n.9, p. 581-584, sept.,1990.

REYNAUD, M. et al . "As toxicomanias" . São Paulo: Andrei Editora., 1987.

RICH, C.L.; PITTS, F.N. Suicide by psychiatrist: a study of medical specialists among 18.730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. J.Clin. Psychiat.,v.41, n.8, p.261-3,1980.

RICHINGS, J.C.; KHARA, G.S.; MCDOWELL, M. Suicide in young doctors. Brit. J. Psychiat. v.149, n.10, p.475-8,1986.

ROIGE, J. Programa de Atenção à Saúde do Médico. Jornal do Conselho Federal de Medicina, p.20-21, ago/set/out, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F.N. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: \_\_\_\_\_ . Epidemiologia e Saúde. 5<sup>a</sup>.ed. Rio de Janeiro: Medsi, cap.6, p.149-181, 1999.

SCHRAIBER, L.B. "O médico e seu trabalho". São Paulo: Hucitec. 1993.

\_\_\_\_\_.Educação e Serviços: A perspectiva da educação permanente na saúde.In: Educação Médica. MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L..São Paulo: Editora Sarvier, p.382-386,1998.

SCHUCKIT, M. "Abuso de álcool e drogas". Porto Alegre: Artes Médicas,1991.

SIMEPE. Perfil do Médico Pernambucano - Pesquisa de Opinião, Recife: DATAMÉTRICA, 2001.

SIVERTZ, K.S. When physicians need admission to a psychiatric unit. B. C. Medical J., v.40, n.4, p.156-8,1998.

WING, J. K. "Reflexões sobre a loucura".Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

- 
1. O formato das referências bibliográficas desta dissertação, seguiu as normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Origem: NRB 6023:2002.
  2. A estrutura dos elementos textuais desta dissertação, seguiu as normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Origem: NRB 14724:2002.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

**CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA FORMADA POR MÉDICOS DEPENDENTES QUÍMICOS,  
ATENDIDOS POR PSQUIATRAS NA CIDADE DE RECIFE**

**INICIAIS DO NOME:** \_\_\_\_\_

**Nº**

**DATA DO ATENDIMENTO:**

1. Idade ( em anos por extenso ):  
data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. Sexo M ( )  
F ( )

3. Estado civil –

1. Casado
2. Casado + de uma vez
3. Viúvo
4. Separado
5. Divorciado
6. Solteiro

4. Prática Religiosa – S ( )  
N ( )

5. Qual?

1. Protestante
2. Católica
3. Judaica
4. Islâmica
5. Outra
6. Nenhuma

6. Situação de Moradia atual (últimos 3 anos)

1. Com parceiro sexual e filho
2. Apenas com parceiro sexual
3. Apenas com filho
4. Com os pais
5. Com a família
6. Com amigos
7. Sozinho
8. Outros

7. Algum familiar tem problemas com o uso de álcool e/ou outras substâncias?

S ( )  
N ( )

8. Pais Sim ( ) Não ( )

Pai ( )  
Mãe ( )

9. Com quê?

Alcool ( )  
Outras substâncias ( ) Qual/is?

10. Irmãos

S ( )  
N ( )

11. Quantos?

12. Quais substâncias?

Alcool ( )  
Outras ( )  
Quais?

13. Já fez algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico ( não relacionado ao uso de droga/alcool)

S ( )  
N ( )

14. O que motivou esse tratamento?

1. Depressão
2. Ansiedade / tensão grave
3. Problemas para controlar comportamento violento
4. Problemas de compreensão, concentração e memória
5. Pensamentos sérios sobre suicídio
6. Tentativa de suicídio
7. Alucinações
8. Outras

15. Já foi internado por algum motivo?

S ( )  
N ( )

16 Qual o motivo ?

- 1- Clínico / Cirúrgico
- 2- Psiquiátrico

17. Problemas no casamento ocasionados pelo uso de alcool e outras substâncias.

1. Sim
2. Não

18. Acidente de automóvel conseqüente ao uso de alcool/outras substâncias.

1. Sim
2. Não

19. Problemas com o CREMEPE

1. Sim
2. Não

20. Problemas com o exercício profissional (Em caso positivo, explicitar qual ?)

1. Sim
2. Não

21. Desemprego por conta do uso de álcool e outras substâncias

1. Sim
2. Não

22. Tempo de conclusão do Curso Médico

1. 0 – 2 anos

2. 3 – 5 anos
3. 6 – 10 anos
4. 11 – 15 anos
5. 16 – 20 anos
6. 21 – 25 anos
7. 26 – 30 anos
8. Mais de 30 anos

23 .Residência Médica e/ou Especialização

- 1.Sim
- 2.Não

24.Pós-graduação strictu sensu

- 1.Sim
- 2.Não

25. Caso positivo

- 1.Mestrado
- 2.Doutorado

26. Especialidade em que atua

Qual/Quais?

27. Número de trabalhos atualmente

(incluir consultório, empregos registrados e autônomos, bicos, etc)

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| 1 | 3 | 5 ou + |
| 2 | 4 |        |

28. Vínculos de trabalho

1. Público
2. Privado
3. Público e Privado
4. Autônomo
5. Autônomo e Público
6. Autônomo e Privado

29. Tipo de Trabalho

1. Consultório
2. Consultório e Assistência Hospitalar
3. Consultório e Plantão
4. Consultório, Plantão e Assistência Hospitalar
5. Plantão e Assistência Hospitalar
6. Plantão
7. Assistência Hospitalar e Consultório
8. Assistência Hospitalar

30. Esquema de plantão (pode responder mais de uma questão)

1. Diurno
2. Noturno
3. Diurno e Noturno
4. Até 24 hs. por semana
5. Mais de 24 hs. por semana
6. Predomina em finais de semana

31. Total de horas trabalhadas por semana (em média)

32. Renda pessoal mensal

- |              |               |                  |
|--------------|---------------|------------------|
| 1. 1 – 3 SM  | 4. 16 – 20 SM |                  |
| 2. 4 – 8 SM  | 5. 21 – 25 SM |                  |
| 3. 9 – 15 SM | 6. 26 – 30 SM | 7. Mais de 30 SM |

33. Dificuldade de convivência pessoal; Sim ( ) Não ( )

1. Trabalho
2. Família
3. Amigos

34 .Qual substância é o principal problema? ( pode responder mais de um item )

1. Alcool
2. Alcool + 1 substância
3. Alcool + 2 substâncias
4. Opiáceos / Analgésicos
5. Barbitúricos
6. Cocaína / Crack
7. Maconha (Cannabis)
8. Alucinógenos
9. Anfetaminas
10. Inalantes
11. Sedativos / Hipnóticos

35 .Tempo de uso de alcool

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 1. 1 – 3 anos  | 4. 11 – 13 anos    |
| 2. 4 – 6 anos  | 5. 14 – 16 anos    |
| 3. 7 – 10 anos | 6. 17 – 20 anos    |
|                | 7. Mais de 20 anos |

36.Freqüência do uso do álcool

1. Uma vez por semana
2. duas a três vezes por semana
3. Diário

37 .Tempo de uso de outras substâncias

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1 – 3 anos      | 4. 11 – 13 anos    |
| 2 – 6 anos      | 5. 14 – 16 anos    |
| 3 - 7 – 10 anos | 6. 17 – 20 anos    |
|                 | 7. Mais de 20 anos |

38. Via de administração (forma de uso)( pode responder mais de um item )

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| 1. Oral   | 4. Injeção EV    |
| 2. Nasal  | 5. Injeção n/ EV |
| 3. Fumada | 6. Outra         |

39. Freqüência do uso

1. Uma vez por semana
2. duas a três vezes por semana
3. Diário

40. Já fez desintoxicação?

1. Sim
2. Não

41. quantas vezes ?

- |      |                    |
|------|--------------------|
| 0. 1 | 3. 4               |
| 1. 2 | 4. Mais de 4 vezes |
| 2. 3 |                    |

42. Procura do tratamento atual

1. Espontânea
2. Encaminhado por familiares
3. Encaminhado por colegas
4. Encaminhado pelo CREMEPE
5. Encaminhado pela Justiça
6. Outras

43. Comorbidade (diagnóstico associado à dependência)

1. Transtorno de ansiedade generalizada
2. Depressão
3. Esquizofrenia
4. Transtorno afetivo bipolar
5. Transtorno de personalidade
6. Outros – Quais?

## ANEXO 2

### Correspondência encaminhada aos psiquiatras

Prezado(a) Colega

Estou realizando pesquisa visando conclusão do Mestrado em Neuropsiquiatria. O tema é a dependência química entre médicos no Estado de Pernambuco. Caracteriza algo muito atual e preocupante, considerando as repercussões pessoais e profissionais entre os envolvidos com a questão.

Gostaria de solicitar a sua contribuição, verificando na sua clientela a existência de médicos cuja questão principal seja a dependência química (álcool e outras substâncias), tomando por base os critérios da CID-10. Caso você identifique alguém, solicito a sua colaboração no sentido de entrar em contato conosco, visando responder a um questionário de pesquisa sobre o seu paciente.

Ressalto que todos os princípios éticos, em relação à você e a seus pacientes, serão preservados.

Acredito que a esta pesquisa possa subsidiar ações preventivas e terapêuticas que porventura venham a ser implantadas no Estado e reafirmo que sua contribuição é fundamental.

Agradeço antecipadamente.

José Francisco de Albuquerque  
Mestrando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do CCS/UFPE

Contato:  
32445053 (noite)  
32718523 (manhã)  
92125611(cel)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
Centro de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Of. Nº 056/2003

Recife, 12 de março de 2003.

Senhor (a) Pesquisador (a)