

# Abuso de Fármacos Anestésicos pelos Anestesiologistas

Flavia Serebrenic Jungerman <sup>1</sup>, Hamer Nastasy Palhares Alves <sup>2</sup>, Maria José Carvalho Carmona, TSA <sup>3</sup>, Nancy Brisola Conti <sup>4</sup>, André Malbergier <sup>5</sup>

**Resumo:** Jungerman FS, Palhares-Alves NH, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A – Abuso de Fármacos Anestésicos pelos Anestesiologistas.

**Justificativa e objetivos:** O uso de substâncias psicoativas é um pouco mais alto na classe médica comparado à população geral. Dentre as especialidades médicas, a Anestesiologia é uma das mais atingidas, principalmente por excesso de trabalho e maior acesso aos fármacos. O objetivo deste artigo é revisar a literatura sobre o assunto. Para isso, realizou-se uma pesquisa com as palavras-chaves relacionadas ao assunto no MEDLINE, com artigos dos últimos 30 anos.

**Conteúdo:** Apesar da droga de maior abuso entre os anestesiologistas ser o álcool, o abuso de agentes anestésicos é o mais preocupante, devido ao alto potencial de dependência, bem como às suas consequências, muitas vezes letais. Os mais usados são os opioides (fentanil e sufentanil), o propofol e os anestésicos inalatórios. Os profissionais mais jovens são os mais afetados. As consequências do uso vão desde afastamento do local de trabalho até morte. A volta à sala de cirurgia parece levar a alto risco de recaída. Programas de tratamento especializado para a classe médica são propostos nos EUA e na Europa, bem como medidas preventivas, como rigidez no controle de fármacos e identificação dos profissionais sob maior risco de abuso. No Brasil, os anestesiologistas são a segunda especialidade que mais consomem substâncias, porém o assunto é pouco estudado e há uma carência de programas especializados na área.

**Conclusões:** O abuso de substâncias entre os anestesiologistas é um assunto que necessita maior atenção, principalmente devido às consequências graves que este consumo pode acarretar tanto para o profissional como para os pacientes.

**Unitermos:** ANALGÉSICOS, Opioides; ANESTESIOLOGIA, Segurança; ANESTESIOLOGISTAS; COMPLICAÇÕES, Mortalidade.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

## INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é um pouco mais alto na classe médica quando comparado à população geral <sup>1,2</sup>.

Dentre os médicos, a especialidade da Anestesiologia apresenta mais problemas de abuso de substâncias psicoativas, sendo este o risco ocupacional mais prevalente neste grupo <sup>3</sup>. Existem várias dificuldades para diagnosticar o problema como o temor das consequências e o despreparo técnico e emocional para fazer o diagnóstico <sup>4</sup>.

Médicos não se sentem à vontade para interferir no que chamam de 'vida pessoal' de um colega e por terem pouco

conhecimento sobre o assunto <sup>5</sup>. Isto gera uma 'conspiração do silêncio' envolvendo familiares, colegas e o próprio médico <sup>6</sup>. Quando o usuário é um superior hierárquico, os demais temem ser punidos por abordar o problema. Já os familiares reconhecem o problema, mas temem desvendá-lo no local de trabalho pelas consequências financeiras e ocupacionais. A crença de que a dependência é uma escolha e não uma doença também pode limitar a atenção que se dá a este problema <sup>7</sup>.

O abuso de substância é um dos temas que mais geram impacto no nível de estresse dos chefes de serviço de Anestesiologia, acompanhado por problemas com presença, acreditação, questões orçamentárias, retenção na faculdade e auditoria do programa de seguro social <sup>8</sup>. A mortalidade associada é significativa <sup>9</sup>, bem como as dificuldades ocupacionais decorrentes.

Tal cenário exige uma discussão aprofundada sobre o tema. O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão dos estudos sobre o abuso de substâncias psicoativas entre anestesiologistas, focada nos agentes anestésicos, uma vez que constituem fonte especial de preocupações e aumento de mortalidade nesta classe profissional.

## METODOLOGIA

Visando avaliar o tema uso de substâncias entre anestesiologistas nos últimos trinta anos (1980-2010), foram realizados levantamentos bibliográficos no banco de dados MEDLINE,

Recebido da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

1. Psicóloga; Mestrado em Dependência Química, Universidade de Londres; Doutorado, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Alcool e Drogas (GREA), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FM-USP)

2. Doutorado; Médico Psiquiatra; Pesquisador, UNIAD-UNIFESP

3. Professora Associada, Disciplina de Anestesiologia, FM-USP; Diretora da Divisão de Anestesia, Instituto Central, HC-FM-USP

4. Médica Assistente, Divisão de Anestesia, Instituto Central, HC-FM-USP; Preceptora do Programa de Residência Médica em Anestesiologia, FM-USP

5. Médico Psiquiatra; Professor Colaborador, Departamento de Psiquiatria, FM-USP; Coordenador do GREA

Submetido em 6 de junho de 2011.

Aprovado para publicação em 29 de agosto de 2011.

Correspondência para:

Dra. Flavia Serebrenic Jungerman  
Rua Pascoal Vita, nº 342, 131

Pinheiros

05445000 – São Paulo, SP, Brasil

E-mail: fla.de@uol.com.br

utilizando como descritores os seguintes termos: *opioid, physicians, substance abuse, Anesthesiologists, occupational mortality*, utilizando como filtros as línguas inglesa ou portuguesa. Através desta pesquisa em base de dados com as palavras-chave, selecionaram-se 60 estudos em inglês e português.

## RESULTADOS

### Epidemiologia

A prevalência do transtorno por uso de substâncias entre os profissionais médicos é de 10% a 12%, sendo mais alta que na população geral para álcool e dois medicamentos, os opiáceos e os tranquilizantes<sup>10,11</sup>. Estima-se que 14% dos médicos tornam-se dependentes de drogas ou álcool em algum momento de sua carreira, com maior incidência nos primeiros cinco anos após a graduação<sup>12</sup>.

O álcool é a substância mais consumida pelos médicos, chegando a quase metade dos casos citados. No entanto, chama a atenção o fato de os médicos serem mais vulneráveis a abusar de medicamentos que a população geral. Em um estudo que examinou 904 médicos monitorados para abuso de drogas, mais da metade estavam em cinco especialidades: Medicina Familiar (20%), Medicina Interna (13,1%), Anestesia (10,9%), Medicina de Emergência (7,1%) e Psiquiatria (6,9%). Os anestesiólogos têm mais chance de abusar de opioides muito potentes, em particular fentanil e sufentanil<sup>9</sup>.

### O Anestesiologista

Devido à dificuldade de identificar casos de abuso de substâncias entre anestesiólogos, a verdadeira prevalência é desconhecida<sup>13</sup>, acredita-se que seja, no mínimo, semelhante a da população geral<sup>14</sup>.

Em 1983, programas de residência em Anestesiologia e enfermagem anestésica foram estudados por 10 anos e a prevalência de dependência foi de 1%<sup>15</sup>, taxa semelhante a outro estudo do mesmo ano<sup>16</sup>.

O uso ilícito de opioides e outros fármacos entre anestesiólogos é três vezes superior às demais especialidades<sup>17</sup>.

Apesar de o tema ser bastante discutido há algum tempo e ações preventivas serem amplamente utilizadas, a incidência parece não mudar. Em 1997, foram acompanhados 133 programas de residência, com 93% de taxa de resposta, e uma prevalência de 1,6% de dependência entre residentes e 1,0% entre os médicos contratados, apesar de 47% desses mesmos programas terem incrementado suas intervenções preventivas focadas no abuso de substâncias<sup>18</sup>.

Entre residentes de Anestesiologia, a prevalência de abuso de agentes anestésicos, em especial fentanila, é considerada alta, estimada em 1,6%<sup>19</sup>.

Em um estudo realizado nos EUA entre 1991 e 2001, incluindo vários programas de residência em Anestesiologia, no qual a taxa de resposta foi de 66%, observou-se que 80% deles relataram experiência com residentes com este problema e 19% relataram pelo menos uma fatalidade<sup>7,20</sup>. Dos 111 programas respondentes, 16% incluíam rotineiramente *screening* para abuso de substâncias no processo seletivo e 15% requeriam toxicologia de urina prévia à entrada no programa de residência médica. A maioria dos residentes tentou voltar para a residência após tratamento. Somente 46% dos que tiveram problemas com substâncias terminaram o treinamento.

Apesar das estratégias preventivas, a mortalidade é preocupante: estudos apontam taxas entre 10%<sup>21</sup> e 19% de casos fatais<sup>7,20</sup>.

Estudo realizado no Reino Unido e Irlanda<sup>22</sup>, incluindo 304 departamentos de Anestesiologia, entre os anos 1990 e 1999 revelou casos de abuso de substância em 39% dos departamentos, além de constatar que um anestesiólogo por mês era desligado/desabilitado por dependência. Há estudos que mostram incidências altas semelhantes na Austrália e Nova Zelândia<sup>23</sup>. O risco não se limita aos médicos, mas também às enfermeiras anestesistas<sup>24</sup>.

### Tipo de fármacos psicoativos

A droga mais consumida entre anestesistas é o álcool (50%), seguido de opioides (33%), estimulantes (8%) ou outras substâncias (9%)<sup>25</sup>.

Entre os agentes anestésicos mais utilizados entre os anestesiólogos estão os opioides<sup>26</sup>, observando-se aumento da preocupação com o propofol<sup>27</sup> e anestésicos inalatórios<sup>28</sup>.

### Propofol

Um levantamento americano realizado para detectar a prevalência do abuso de propofol em 126 programas de residência de Anestesiologia, através de e-mail e telefonemas aos diretores de departamentos de Anestesia, revelou que 18% dos programas relataram um ou mais casos de abuso de propofol durante a última década<sup>27</sup>. Tal número representa um aumento de cinco vezes em relação ao levantamento anterior. Dos 25 indivíduos que abusaram de propofol, sete casos foram a óbito, o que corresponde a uma taxa de 28%. Considerando-se apenas os residentes (n = 16), observaram-se seis casos fatais, elevando a taxa de mortalidade para 38%.

Uma das possíveis razões do propofol ser usado relaciona-se ao seu grande potencial de gerar dependência. Pesquisas têm demonstrado que doses subanestésicas são suficientes para aumentar as concentrações de dopamina no *nucleus accumbens*, região estreitamente associada ao sistema cerebral de recompensa<sup>29</sup>. Deste modo, o propofol geraria um grande potencial de reforço, o que justificaria o consumo repetitivo deste<sup>30,31</sup>.

## Agentes inalatórios

Wilson e col.<sup>28</sup> observaram, em levantamento que incluiu 106 departamentos de Anestesiologia, que 23 destes apresentavam um ou mais indivíduos em abuso de anestésico inalatório, perfazendo 31 dependentes.

## Opioides

Anestesiologistas tendem a abusar mais de opioides como fentanil e sufentanil<sup>32</sup>. Muitas vezes, este abuso está associado a outras comorbidades psiquiátricas: uma revisão de 1991 encontrou prevalência de 57% de transtorno de personalidade entre os usuários de drogas<sup>33</sup>. Este dado sugere a automedicação como uma possível fonte de motivação para futuro uso ilícito<sup>32</sup>.

Em um programa para médicos dependentes de substâncias nos EUA, 904 médicos foram acompanhados por cinco anos (1995 a 2001), sendo 104 anesthesiologistas. Quando comparados a médicos das demais especialidades, constatou-se que anestesistas ingressaram no programa mais frequentemente por abuso de opioides que de álcool ou outras drogas. Os anesthesiologistas foram monitorados mais rigorosamente, recebendo mais testes de drogas. Não houve diferenças quanto a completar tratamento, ações disciplinares, retorno a prática ou morte, bem como erro médico após recaída entre médicos-anesthesiologistas e das demais especialidades<sup>34</sup>.

## Por que anesthesiologistas abusam de fármacos?

Diversas circunstâncias relacionadas à atividade profissional de anesthesiologista contribuem para o uso de drogas. Pode-se citar a facilidade de acesso aos fármacos, a atividade médica solitária e estressante, o número excessivo de horas de trabalho e a possível concomitância com outras doenças psiquiátricas<sup>1,2</sup>. A alta propensão à automedicação parece ser um fator de risco para a experimentação de substâncias psicoativas<sup>35</sup>.

Adicionalmente, o anestesista trabalha com acesso facilitado a grandes quantidades de drogas altamente aditivas, sendo fácil desviar pequenas quantidades destas drogas para uso pessoal<sup>12,20,32,36</sup>.

A teoria da exposição ambiental tem sido aventada como fator explicativo para a alta taxa de dependência entre anesthesiologistas. A exposição dos profissionais ao ar do local de trabalho geraria uma sensibilização do sistema de recompensa cerebral. Tal fator facilitaria a curiosidade e a tendência à experimentação e ao abuso de substâncias<sup>37-39</sup>. A exposição se daria tanto por partículas aerossolizadas no ar do centro cirúrgico quanto exaladas pelo hálito do paciente<sup>30,40</sup>.

## Consequências do abuso de fármacos pelos anesthesiologistas

A taxa de mortalidade para a classe médica em geral está abaixo de 1% em um período de 1979 a 1995, exceto para suicídio, que é mais alta. Anesthesiologistas têm um risco de morte mais elevado devido a suicídios (*rate ratio* [RR] 1,45, intervalo de confiança [IC] de 95% 1,07-21,97), isto é, os anestesistas têm 1,45 mais chances de morrer por suicídio que as demais especialidades, 2,79 mais chances de morte relacionada a drogas (RR 2,79, IC 95% 1,87-4,15), 1,53 mais chances de morte relacionada a outras causas externas (RR 1,53, IC 95% 1,05-2,22) e 1,39 mais chances de morte por doenças cerebrovasculares (RR 1,39, IC 95% 1,08-21,79).

Os riscos de morte e suicídio por causas relacionadas a drogas são maiores nos anesthesiologistas nos primeiros cinco anos após a graduação e vão declinando ao longo do tempo. Acredita-se que a taxa de mortalidade seja maior nos mais jovens, por estes usarem anestésicos mais potentes durante a residência médica<sup>12</sup>.

As consequências do uso e do abuso de substâncias por parte dos anesthesiologistas são vastas, não apenas em termos ocupacionais como também sociais<sup>25</sup>. A carga moral na abordagem do problema é ainda marcante, além de contraproducente: DuPont e col.<sup>25</sup> relataram que 17% dos entrevistados em um programa de assistência a médicos foram presos por alguma ofensa relacionada a álcool ou drogas e 9% foram condenados por estes atos. Trinta e nove por cento tiveram experiência prévia de tratamento para dependência e 14% tinham passado por uma ação disciplinar por parte do seu empregador antes do tratamento.

No levantamento de Wischmeyer e col.<sup>27</sup>, dentre os 16 residentes com dependência de propofol, seis faleceram, e, dos dez restantes, três abandonaram a Medicina, cinco mudaram de especialidade e apenas dois permaneceram na Anestesiologia.

No estudo de Wilson e col.<sup>28</sup>, 31 dos 106 entrevistados (29%) eram dependentes, sendo que 48% foram encaminhadas para reabilitação. A mortalidade foi de 26% (oito casos), sendo cinco entre residentes. Isto significa uma taxa de mortalidade de 36% (5/14) para substâncias inalatórias. Dos 31 casos, apenas sete (22%) foram capazes de concluir o programa com sucesso e cinco mudaram de especialidade.

Em levantamento feito nas residências de Anestesiologia nos EUA entre 1991 e 2001 a maioria dos residentes tentou voltar para Anestesia após tratamento<sup>20</sup>. Somente 46% terminaram o treinamento. Quarenta por cento dos que passaram por tratamento e retornaram a residência médica, mudaram de especialidade. A taxa de mortalidade dos residentes em Anestesia foi 9%. Dos 93% dos residentes tratados que responderam ao seguimento de longo prazo, 56% tiveram sucesso em outra especialidade médica.

De maneira geral, acredita-se que os anesthesiologistas com dependência de opioides, propofol ou anestésicos inalatórios merecem especial consideração, por apresentarem alto índice de mortalidade<sup>27,28</sup>.

Quanto à questão ocupacional, o retorno ao local de trabalho para um anestesiológico com problemas de abuso de medicamentos é um assunto polêmico. Alguns estudos são favoráveis à reinserção cuidadosa do profissional inclusive a situações de sala de cirurgia <sup>26</sup> enquanto outros acreditam que este retorno apresenta alto risco de recaída, sendo desaconselhável <sup>36</sup>.

Um estudo avaliou cinco residentes dependentes de medicamentos que foram retirados do programa de residência e submetidos a tratamento. O tratamento consistia de um programa de 12 meses em um ambiente de trabalho simulado não clínico com monitoramento que oferecia horários flexíveis e remuneração como de um residente usual. Destes, três completaram o programa com sucesso e os cinco anos de contrato monitorado. O estudo concluiu, embora com apenas cinco sujeitos, que retornar ao trabalho pode ser um objetivo realista em anestesiológicos dependentes de medicamentos. No entanto, a reintrodução ao trabalho deve ser feita de maneira lenta, gradual e monitorada. Os autores ressaltam a importância de se levar em conta a recaída e os riscos de uma reintrodução muito rápida ao trabalho <sup>26</sup>.

Por outro lado, uma série de estudos relatam experiências contrárias à reinserção do anestesiológico na sala de cirurgia. Em muitos casos, o retorno ao local de trabalho pode resultar em recaída para os anestesiológicos dependentes de opioides e isto pode significar a morte <sup>20</sup>. Sugere-se, assim, maior discussão sobre a possibilidade de redirecionamento de anestesiológicos tratados por abuso de substância para outra especialidade, visando menor risco e aumento de chances de sucesso na vida profissional <sup>20</sup>.

O risco de recaída, facilitado pelo acesso às drogas, faz com que alguns autores não recomendem o retorno à atividade de centro cirúrgico <sup>36</sup>. Eles respaldam suas recomendações em um estudo com enfermeiras anestesistas que tiveram praticamente 100% de taxa de recaída ao retornarem a prática cirúrgica <sup>41</sup>.

Wilson e col. <sup>28</sup> apoiam esta ideia e relatam que a reinserção no ambiente de trabalho da Anestesiologia se opõe ao processo de recuperação, pois expõe novamente o dependente a estímulos que levam à recaída e isto justificaria por que é tão importante monitorar esta readmissão no local de trabalho.

Após o artigo de Berge e col. <sup>36</sup>, muitas cartas foram enviadas questionando sua posição radical de *one strike, you are out* (um lapso e você está fora) e após uma longa revisão de estudos, Oreskovich e col. <sup>42</sup> resumem que, a não ser que os anestesistas sejam submetidos aos programas PHP (*Physicians' Health Program*) de altíssimo monitoramento e que estes próprios sejam auditados (pois há diferenças entre os programas nos diferentes locais) é muito arriscado que o médico retorne à sala de cirurgia.

Em um estudo posterior, Berge e col. <sup>6</sup> sugerem uma abordagem generalizada para investigar, intervir e seguir os médicos de quem se suspeita de abuso de substâncias. Eles destacam que ter comorbidade psiquiátrica e história

de abuso em família são fatores preditores de recaída, dado proveniente de estudo com anestesistas que apresentaram recaídas <sup>43</sup>.

## Tratamento

Em 1993, um estudo revisou o problema da dependência entre anestesiológicos (*Opioid Addiction in Anesthesiology*) <sup>44</sup>, e propôs estratégias de tratamento e prevenção.

Alguns estudos sugerem que, uma vez feito o diagnóstico de dependência, o médico deve ser encaminhado para uma internação, se possível, especializada para médicos <sup>45</sup>. A maioria dos tratamentos tem como base o modelo Minnesota que inclui desintoxicação, abstinência monitorada, educação intensiva, participação em grupos de mútua ajuda e psicoterapia <sup>46</sup>.

Após a internação, os anestesiológicos são comumente encaminhados para tratamento residencial por dois meses a um ano. A intenção desta 1ª fase é sedimentar a base para um período de abstinência de longo prazo e uma recuperação. Idealmente, a pessoa passa para uma *halfway house* (isto é, uma moradia assistida, já fora da internação, na comunidade, mas com assistência constante de equipe profissional) ou para a comunidade diretamente; espera-se a manutenção da abstinência do profissional, apesar de haver drogas disponíveis em seu meio de trabalho e assim a necessidade deste se manter em tratamento ambulatorial, período no qual pode ser constantemente monitorado <sup>26</sup>.

Um programa de saúde destinado a todas as especialidades médicas foi criado nos EUA denominado PHP (*Physicians' Health Program*). Este programa tem o objetivo duplo de proteger o público e as carreiras e vidas dos médicos dependentes. O programa, orientado para total abstinência, dura cinco anos. Estes programas têm taxas de recuperação de 70% a 96% e a adesão ao programa é obrigatória para retorno às atividades laborais <sup>17,39,43,47,48</sup>. Os primeiros três meses são de internação. No restante do 1º ano, o médico mantém-se em tratamento ambulatorial. As famílias são envolvidas no tratamento, sendo orientadas sobre como lidar melhor com a dependência. A partir daí, os médicos retomam o trabalho e passam a ser randomicamente testados para drogas e álcool ao mesmo tempo em que são apoiados e monitorados. A recaída que, neste caso, pode ser não apenas a volta ao uso de substâncias, mas também a ausência em grupos de autoajuda, não exclui o médico do programa, mas o coloca em cuidado mais intensivo. As cinco chaves deste programa, todas com base em evidências, se definem da seguinte forma:

1. Administração das contingências de cuidado (*Contingency management aspects of PHP care management*): as atitudes dos profissionais frente ao tratamento (comparecimento, abstinência) serão reforçadas positiva ou negativamente através de um contrato terapêutico;
2. Frequentes testes aleatórios de álcool e drogas;

3. Ligação entre presença em grupos de autoajuda com objetivo de abstinência total;
4. Tratamento continuado por cinco anos ou mais;
5. Foco na recuperação e na qualidade de vida do médico.

Dois dados interessantes sobre este estudo são: a minoria dos profissionais envolvidos (5%) foi medicada (com naltrexone, antagonista opioide que reduz ou extingue a intoxicação caso haja recaída) e apesar de perceber-se que os que entraram voluntariamente no tratamento tiveram melhor resultado, os que ingressaram de forma involuntária, também se beneficiaram.

O estudo que avaliou 904 médicos envolvidos neste programa em 16 estados dos EUA constatou que 78% dos participantes tinham teste negativo para álcool e drogas pelos cinco anos de monitoramento, isto é, os resultados mostraram abstinência. No seguimento, 72% estavam praticando Medicina <sup>25</sup>.

Alguns estudos relatam uma alta taxa de recuperação dos médicos, de 74% a 90%, comparável à recuperação de pilotos de avião <sup>17,43,49-52</sup>. Alguns destes estudos relatam que os profissionais da Medicina acabam retomando a prática. Deste modo, sugerem que um modelo de reabilitação e apoio para retorno a esta prática seja apropriado.

A *Alcohol and Drug Foundation of Australia*, em 1986, teve uma iniciativa para diminuir o abuso de substâncias entre os anestesiológicos promovendo programas para educar os médicos sobre os riscos e consequências do abuso <sup>53</sup>.

Como muitas vezes o abuso de substâncias vem associado a outras comorbidades, especialmente psiquiátricas, é fundamental que estas sejam reconhecidas e tratadas <sup>32</sup>. Acredita-se que grupos de mútua ajuda auxiliam na recuperação do abuso e consequente reintegração ocupacional.

Anestesiológicos com problemas de abuso de substâncias devem ser encaminhados para tratamento com profissionais especializados <sup>38</sup>. É importante que todos estejam atentos para poderem reconhecer e auxiliar os colegas.

No Brasil, foi criado em 2002, um serviço, resultado da parceria entre o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e a Escola Paulista de Medicina, intitulado *Rede de apoio aos médicos* para atender os médicos do Estado de São Paulo. O projeto visa reduzir as incapacidades decorrentes de transtornos mentais e dependência química no profissional médico e aborda o problema de forma ampla, incluindo farmacoterapia, psicoterapia entre outros <sup>54</sup>. Os dados brasileiros também sugerem maior representação de anestesiológicos na clientela atendida (em torno de 15% dos médicos, sendo que representam apenas 3% da população médica). Por se tratar de um programa de participação voluntária, ao contrário do modelo americano e canadense que se apoiam em diferentes sistemas legais, a dificuldade de adesão ao tratamento é maior.

Orientação durante o curso médico e no período de residência sobre os riscos de envolvimento com substâncias psicoativas, bem como o desenvolvimento de serviços de

orientação, tutoria e tratamento podem desempenhar um papel decisivo na terapia e detecção precoce <sup>55-57</sup>.

Médicos doentes podem não procurar auxílio porque temem as consequências profissionais. Deste modo, é responsabilidade de todos os médicos auxiliarem os colegas a buscarem o tratamento adequado de modo firme e empático. Serviços específicos para médicos têm sido amplamente recomendados <sup>1,58,59</sup>.

Apesar dos avanços recentes no tratamento da dependência química, ainda permanece a carência de abordagens eficientes e protocolos de reabilitação entre anestesistas <sup>32</sup>. A maioria dos serviços de Anestesiologia já enfrentou problemas desta natureza, sendo que 80% dos programas americanos de residência médica têm relatos de casos de dependência de opioides. Diagnóstico precoce, reconhecimento dos casos de comorbidades psiquiátricas <sup>43</sup> e manutenção do tratamento em longo prazo são imprescindíveis na mudança do cenário atual.

### Medidas preventivas para o controle do uso de substâncias

No caso específico desta especialidade médica, a literatura descreve que uma das estratégias encontradas para lidar com o uso indiscriminado de anestésicos no local de trabalho é o controle destas substâncias utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou em diagnóstico sob sedação/anestesia. No estudo de Wischmeyer com programas de treinamento de anestesia <sup>27</sup>, em 71% dos programas existia sistema de controle de opioides, mas não de propofol. Wilson e col. <sup>28</sup>, no estudo *on-line* com diversas chefias de grupos de anestesia nos EUA, constataram que a maioria dos departamentos (93%) não tem uma contagem farmacêutica sistemática de anestésicos inalatórios (*pharmacy accounting of inhalational anaesthetics*).

A Espanha desenvolveu programas com o objetivo de melhor regular o acesso às substâncias <sup>60</sup>.

### Uso de fármacos no Brasil

No Brasil, o uso ilícito de fármacos anestésicos, especialmente entre anestesiológicos tem sido responsável por problemas na atividade profissional, necessidade de afastamento ou readequação da atividade anestesiológica e, principalmente, por diversos casos de afastamento da prática clínica e óbitos. Alves e col. <sup>1</sup> realizaram uma revisão de prontuários de 198 médicos atendidos em ambulatório por uso nocivo ou dependência de substâncias, incluindo álcool (34,3%) e drogas (28,3%) isoladamente ou ambos (36,8%). As drogas mais utilizadas eram cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes. Dentre os residentes (79,3%), as especialidades mais envolvidas foram Clínica Médica (25,2%), Anestesiologia (12,6%) e Cirurgia (12,6%). O índice de automedicação foi considerado muito alto (65,1%), sugerindo o uso de drogas com a finalidade de alívio do sofrimento

psíquico ou da sobrecarga do trabalho. Os autores ressaltam a importância de um processo educativo que incentive a orientação e encaminhamento dos dependentes para o tratamento. Sugerem a criação de serviços específicos para triagem e detecção dos casos e suporte de em longo prazo com monitoramento e supervisão, além de mecanismos de controle e um processo cuidadoso de reentrada.

A partir deste estudo, como mencionado acima, criou-se uma rede de atendimento aos médicos. No entanto, no Brasil o tema tem sido pouco explorado e discutido. Não existem estudos específicos sobre o problema na Anestesiologia, tampouco programas estruturados nesta esfera, e como os casos continuam aparecendo, as decisões vão sendo tomadas pontualmente em cada serviço, sem que a especialidade e mesmo a classe médica reflita sobre o assunto e medidas generalizadas sejam tomadas.

## DISCUSSÃO

A classe médica parece ser mais propensa ao abuso de algumas substâncias do que a população geral. O álcool é a substância mais abusada. Entre as especialidades, os anestesiológicos são os mais vulneráveis ao abuso de fármacos, basicamente devido a questões ocupacionais (excesso de horas de trabalho e fácil acesso aos medicamentos) e neste caso, as substâncias mais abusadas são os opioides (fentanil em particular), propofol e anestésicos inalatórios, drogas altamente aditivas e potencialmente letais.

O profissional dependente deve ser diagnosticado e afastado da prática médica, ser submetido a um longo programa de desintoxicação, reabilitação e ampla ressocialização que envolve comparecimento a grupos de autoajuda, apoio familiar e monitoramento contínuo através de exames.

O retorno à sala de cirurgia, no caso dos anestesiológicos, é considerado como uma situação de alto risco para recaída.

No Brasil, apesar da ampla percepção de problemas com anestesiológicos que abusam de substâncias, os programas de tratamento e prevenção ainda são incipientes, o que demanda maior investimento intelectual, educacional, terapêutico e de constituição de forças-tarefa específicas para abordar o problema.

## REFERÊNCIAS/REFERENCES

1. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos SP, Laranjeira RR – Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. *Rev Assoc Med Bras*, 2005;51(3):139-143.
2. Robb N – University acknowledges special risks, introduces drug program for anesthetists. *Cmaj*, 1995;153(4):449-452.
3. Tetzlaff J – Chemical dependency and anesthesiology. [conference presentation] Cleveland, Ohio 2009.
4. McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. – The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Eng J Med*, 2003;348(26):2635-2645.

5. Farber NJ, Gilibert SG, Aboff BM, Collier VU, Weiner J, Boyer EG – Physicians willingness to report impaired colleagues. *Soc Sci Med*, 2005;61(8):1772-1775.
6. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM – Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc*, 2009;84(7):625-631.
7. Talbott GD – The impaired physician and intervention: a key to recovery. *J Fla Med Assoc*, 1982;69(9):793-797.
8. De Oliveira GS Jr, Ahmad S, Stock MC et al. – High incidence of burn-out in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology*, 2011;114(1):181-193.
9. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA – Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg*, 2005;101(5):1457-1462.
10. Hughes P – Can we improve on how we select medical students? *J R Soc Med*, 2002;95(1):18-22.
11. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL – Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ Clinical research ed.*, 2008;337:a2038.
12. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB – Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 2000;93(4):922-930.
13. Brewster JM – Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA*, 1986;255(14):1913-1920.
14. Krizek TJ – The impaired surgical resident. *Surg Clin North Am*, 2004;84(6):1587-1604.
15. Ward CF, Ward GC, Saidman LJ – Drug abuse in anesthesia training programs. A survey: 1970 through 1980. *JAMA*, 1983;250(7):922-925.
16. Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG – Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesth Analg*, 1983;62(5):467-472.
17. Talbott GD, Wright C – Chemical dependency in health care professionals. *Occup Med*, 1987;2(3):581-591.
18. Booth JV, Grossman D, Moore J et al. – Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. *Anesth Analg*, 2002;95(4):1024-1030.
19. Levine MR, Rennie WP – Pre-employment urine drug testing of hospital employees: future questions and review of current literature. *Occup Environ Med*, 2004;61(4):318-324.
20. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA – Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg*, 2005;101(5):1457-1462.
21. Spiegelman WG, Saunders L, Mazze RI – Addiction and anesthesiology. *Anesthesiology*, 1984;60(4):335-341.
22. Berry CB, Crome IB, Plant M, Plant M – Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. The results of a study commissioned by the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*, 2000;55(10):946-952.
23. Weeks AM, Buckland MR, Morgan EB, Myles PS – Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. *Anaesth Int Care*, 1993;21(2):151-155.
24. Bell DM, McDonough JP, Ellison JS, Fitzhugh EC – Controlled drug misuse by Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 1999;67(2):133-140.
25. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS – Setting the standard for recovery: Physicians Health Programs. *J Subst Abuse Treat*, 2009;36(2):159-171.
26. Bryson EO, Levine A – One approach to the return to residency for anesthesia residents recovering from opioid addiction. *J Clin Anesth*, 2008;20(5):397-400.
27. Wischmeyer PE, Johnson BR, Wilson JE et al. – A survey of propofol abuse in academic anesthesia programs. *Anesth Analg*, 2007;105(4):1066-1071.
28. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q et al. – A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia*, 2008;63(6):616-620.
29. Pain L, Gobaille S, Schlee C, Aunis D, Oberling P – In vivo dopamine measurements in the nucleus accumbens after nonanesthetic and anesthetic doses of propofol in rats. *Anesth Analg*, 2002;95(4):915-919.

30. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai L et al. – Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypoth*, 2006;66(5):874-882.
31. Zacny JP, Lichtor JL, Coalsom DW et al. – Subjective and psychomotor effects of subanesthetic doses of propofol in healthy volunteers. *Anesthesiology*, 1992;76(5):696-702.
32. Bryson EO, Silverstein JH – Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology*, 2008;109(5):905-917.
33. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP – Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psych*, 1991;148(1):118-120.
34. Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL – Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg*, 2009;109(3):891-896.
35. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr. et al. – Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*, 1992;267(17):2333-2239.
36. Berge KH, Seppala MD, Lanier WL – The anesthesiology community's approach to opioid- and anesthetic-abusing personnel: time to change course. *Anesthesiology*, 2008;109(5):762-764.
37. Fitzsimons MG, Baker KH, Lowenstein E, Zapol WM – Random drug testing to reduce the incidence of addiction in anesthesia residents: preliminary results from one program. *Anesth Analg*, 2008;107(2):630-635.
38. Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K – Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. *Psychiatr Clin North Am*, 2004;27(4):745-753.
39. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ – Physician suicide and drug abuse. *The American journal of psychiatry*. [Comment Letter]. 2005;162(7):1390.
40. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM et al. – Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. *J Add Dis*, 2006;25(1):15-21.
41. Marienau, ME and KHB – Personal verbal communication. Rochester, Minnesota, October 2007.
42. Oreskovich MR, Caldeiro RM – Anesthesiologists recovering from chemical dependency: can they safely return to the operating room? *Mayo Clinic Proceedings*, 2009;84(7):576-580.
43. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL et al – Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA*, 2005;293(12):1453-1460.
44. Silverstein JH, Silva DA, Iberti TJ – Opioid addiction in anesthesiology. *Anesthesiology*, 1993;79(2):354-375.
45. Hanks L, Bissel L – Health professionals. In: Lowinson and Millman, editors. - *SUBstance abuse: a comprehensive textbook*. Baltimore: Lippincott/Williams &Wilkins; 1992. pp. 897-908.
46. Rounsaville BJ, Carroll KM – Individual psychotherapy for drug abusers, In: Lowinson, Ruiz and Langrod editors. *Substance abuse: a Comprehensive textbook*. New York, 1992. pp. 496-508.
47. Gastfriend DR – Physician substance abuse and recovery: what does it mean for physicians and everyone else? *JAMA*, 2005;293(12):1513-1515.
48. Smith PC, Smith JD – Treatment outcomes of impaired physicians in Oklahoma. *J Okla State Med Assoc*, 1991;84(12):599-603.
49. Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V – Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Sci Int*, 2005;153(1):81-84.
50. Gallegos KV, Norton M – Characterization of Georgias Impaired Physicians Program treatment population: data and statistics. *J Med Assoc Ga*, 1984;73(11):755-758.
51. Kliner DJ, Spicer J, Barnett P – Treatment outcome of alcoholic physicians. *J Stud Alcohol*, 1980;41(11):1217-1220.
52. Skutar C – Physicians Recovery Network targets attitudes about impairment. *Mich Med*, 1990;89(12):30-32.
53. Gladstone W, Webster IW, Rotem A – An initiative for teaching about alcohol and other drugs in Australian medical schools. *Med J Aust*, 1987;147(7):339-341.
54. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA – A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Rev Bras Psiquiatr*, 2007;29(3):258-261.
55. Marcolino JA, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LA – Mentoring during residency in anesthesiology: the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, São Paulo Program. *Rev Bras Anestesiol*, 2004;54(3):438-447.
56. Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PC, Citero VA, Nogueira-Martins LA – Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J*, 2004;122(4):152-157.
57. Kerr-Correa FGA, Bassit AZ, Boccutto NMVF – Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Rev Bras Psiquiatr*, 1999;21(2):95-100.
58. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F – Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug Alcohol Dependence*, 2001;64(3):265-270.
59. Baldisseri MR – Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*, 2007;35(2Suppl):S106-S116.
60. Sanz Yaguez F, Lopez Corbalan JC – Abuse of psychoactive drugs among health professionals. *Rev Esp Anestesiol Reanim*, 1999;46(8):354-358.

---

**Resumen:** Jungerman FS, Palhares-Alves NH, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A – Abuso de Fármacos Anestésicos por parte de los Anestesiólogos.

**Justificativa y objetivos:** El uso de sustancias psicoactivas es un poco más alto en la clase médica si lo comparamos con la población en general. Entre las especialidades médicas, la Anestesiología es una de las más afectadas, principalmente por el exceso de trabajo y la mayor facilidad en el acceso a los fármacos. El objetivo de este artículo, es revisar la literatura sobre el asunto. Para eso, se realizó una investigación con las palabras clave relacionadas con el asunto en el MEDLINE, con los artículos de los últimos 30 años.

**Contenido:** A pesar de que la droga de la que más se abusa entre los anestesiólogos sea el alcohol, el abuso de los agentes anestésicos es lo más preocupante, debido al alto potencial de dependencia como también a sus consecuencias, muchas veces letales. Los más usados son los opioides (fentanil y sulfentanil), el propofol y los anestésicos inhalatorios. Los profesionales más jóvenes son los más afectados. Las consecuencias del uso van desde el alejamiento del local de trabajo hasta la muerte. El regreso al quirófano parece llevar a un alto riesgo de recaída. Programas de tratamiento especializado para la clase médica han sido propuestos en USA y en Europa, como también algunas medidas preventivas, como la rigidez en el control de los fármacos y la identificación de los profesionales que tienen un mayor riesgo de abusar de las sustancias. En Brasil, los anestesiólogos son la segunda especialidad que más consume sustancias, sin embargo, el asunto es poco estudiado y hay una falta de programas especializados en esa área.

**Conclusiones:** El abuso de sustancias entre los anestesiólogos es un asunto que necesita más atención, principalmente debido a las graves consecuencias que ése consumo puede acarrear, tanto para el profesional, como para los pacientes.

**Descriptores:** ANALGÉSICOS, Opioides; ANESTESIOLOGÍA, Seguridad; ANESTESIÓLOGOS; COMPLICACIONES, Mortalidad.