



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
[www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)



## ARTIGO ESPECIAL

# Dependência química em anesthesiologistas: *atualidade*



## Chemical dependence in anesthesiologists: *the actuality*

Stuart Brooker<sup>a,b</sup>, Michael Fitzsimons<sup>c,d</sup>, Roger Moore<sup>b,e</sup> e Gastão Duval Neto<sup>b,f,\*</sup>

<sup>a</sup> Emory University School of Medicine, Atlanta, Estados Unidos

<sup>b</sup> Professional Wellbeing Committee WFSA, Estados Unidos

<sup>c</sup> Harvard University, Department of Anesthesia, Boston, Estados Unidos

<sup>d</sup> Committee of Chemical Dependence Massachusetts General Hospital, Harvard University, Boston, Estados Unidos

<sup>e</sup> Penn Medicine University, Department of Anesthesia, Philadelphia, Estados Unidos

<sup>f</sup> Occupational Health Committee of Brazilian Society of Anesthesiology, Estados Unidos

Disponível na Internet em 31 de março de 2017

### Definição da dependência química

Doença mental caracterizada por distúrbios neurobiológicos e comportamentais que resultam no uso compulsivo de drogas e no intenso desejo de obtê-las.

Essas distúrbios refletem modificações neuroadaptativas na transdução e na codificação genética após o uso crônico de drogas (álcool, opioides etc.).

### Causas da dependência química

A ocorrência de dependência química, *burnout* e suicídio é um trágico sintomas de estágio avançado para um crescente número de médicos ao redor do globo em cada país que avaliamos. Ainda que não os únicos na comunidade médica, os anesthesiologistas parecem ter um risco aumentado desses problemas comparados com outros médicos, especialmente dependência química. A causa para o risco aumentado em anesthesiologistas não tem uma única simples resposta, devido à combinação de vários fatores que desempenham importantes papéis. Não obstante, o preço que a dependência química cobra profissional e economicamente

dos anesthesiologistas, bem como a perturbação emocional que ocorre nos médicos e em suas famílias, exige que as nossas sociedades profissionais olhem seriamente para todas as causas desse flagelo e para as maneiras pelas quais podemos efetivamente intervir para prevenir e, quando necessário, tratar os afetados. O Comitê de Saúde Ocupacional da Federação Mundial de Sociedades de Anesthesiologistas está na linha de frente desse esforço e tem um *e-book* que pode ser baixado do seu sítio eletrônico em inglês, português, espanhol e mandarim.<sup>1</sup>

Uma importante predisposição e causa não modificável do abuso de substâncias é a configuração genética individual do anesthesiologista. A variação genética pode contar para a predisposição de mais de 50% dos anesthesiologistas que desenvolvem abuso de substâncias e dependência química. A simples exposição a substâncias aditivas por um anesthesiologista com uma predisposição genética pode levar à dependência da droga. De qualquer forma, deve ser enfatizado que a predisposição genética sozinha não é o único causador para desenvolver a adição, nem é certo que aqueles com predisposição genética se tornarão adictos. Muitos fatores ambientais também cumprem um importante papel e isso limita nossa habilidade de fazer afirmações definitivas sobre a importância relativa que têm os genes comparados com experiências individuais no ambiente físico e psicossocial. Um exemplo primordial da complexidade é mostrado pela avaliação de fatores psicológicos que contribuem para

\* Autor para correspondência.

E-mail: [gduval@terra.com.br](mailto:gduval@terra.com.br) (G. Duval Neto).

o desenvolvimento de abuso de substâncias e adição. Cerca de 50% dos médicos dependentes de drogas têm distúrbios de personalidade e a maioria sofre de depressão. A observação conduziu a se formular a hipótese de que o abuso de substâncias nada mais é do que uma forma de automedicação. O papel da genética no desenvolvimento desses distúrbios de personalidade, em comparação com fatores ambientais, ainda está por ser definido.<sup>2,3</sup>

Tão importantes quanto os fatores genéticos são o *stress* profissional e pessoal. Há um círculo vicioso encontrado na prática rotineira da anestesia que tende a reduzir os mecanismos de adaptação e aumentar as chances de um anestesiológico vir a fazer o mau uso de substâncias de modo a conseguir lidar com os estresses. O ciclo geralmente começa com a fadiga emocional e física. A fadiga é aumentada pela interrupção do ritmo circadiano normal, o qual pode ter se tornado uma parte integral da moderna prática da anestesia. Fadiga leva a erros médicos, os quais, por sua vez, em virtude de autorrecriminação ou de processos judiciais por má prática, conduz a estresse, fadiga emocional e *burnout*. Qualquer um desses fatores pode levar a que um anestesiológico busque formas de aliviar o *stress*. Com a disponibilidade de drogas, uma maneira que infelizmente é escolhida é o abuso de substâncias, o qual leva à espiral da adição. A disponibilidade de drogas na prática rotineira da anestesia e a facilidade de desviá-las para uso pessoal facilita o ciclo da adição. Portanto, a combinação de fatores genéticos e ambientais conspira para aumentar o risco de que anestesiológicos se tornem dependentes químicos.

## Reconhecimento e prevenção

Muitos assumem que profissionais da saúde percebem os efeitos de desordens pelo uso de substâncias (DUS) em indivíduos, bem como na sociedade. Acredita-se que tal exposição sirva para desencorajar o uso dessas drogas. Profissionais de saúde não estão, de forma alguma, protegidos dessas doenças. De fato, profissionais de saúde têm praticamente a mesma incidência que a população em geral, mas, diferentemente daqueles fora da medicina, têm as vidas dos membros da sociedade em suas mãos. Os esforços tradicionais para prevenir essas enfermidades na área da saúde focaram-se, primeiramente, nas denúncias pessoais e na educação. O controle de substâncias e os programas destinados para a vigilância da aquisição foram melhorados, pelo menos é o que sentimos. Muitos programas agora recorrem ao rastreamento de uso de drogas prévio ao emprego seguido por testes aleatórios.

A medicina é considerada uma autointitulada profissão nobre na qual indivíduos policiam não somente seus colegas, mas a si próprios, por incompetência ou por diminuição de capacidade. DesRoches et al. elaboraram uma assertiva destinada aos médicos: "Médicos deveriam reportar sobre colegas incompetentes ou com capacidade diminuída a todas as instâncias de suas sociedades profissionais, hospitais, clínicas e/ou autoridades relevantes".<sup>4</sup> Apesar de mais da metade concordar (64%), um terço não assentiu por razões tais como a impressão de que outros tomariam conta do problema, nenhuma ação seria empreendida, medo de retribuição, falta de conhecimento sobre como reportar e

simplesmente por não ser sua responsabilidade. Não podemos contar com autorregulação.

A educação tradicionalmente baseou-se em apresentações aos médicos residentes em estágios iniciais de suas residências. Casos emblemáticos de carreiras e vidas perdidas são considerados como bons desencorajadores. Mas frequentemente essas conversas são únicas, sem uma sequência. Os cônjuges, os quais podem ser os primeiros a notar as mudanças, raramente são convidados. Booth et al. reportaram que, apesar do aumento de ações educativas sobre DUS ao longo de seus estudos, a incidência de DUS não decresceu.<sup>5</sup> Mais e mais treinamento regulamentar é imposto aos médicos a cada ano. Educação sobre DUS é praticamente relegada à mesma falta de prioridade que tem a atualização dos registros de saúde eletrônicos (SER).

A vigilância do desvio de drogas por meio de aparelhos automatizados de administração mostrou alguma efetividade. Epstein et al. desenvolveram uma revisão retrospectiva da aquisição de drogas feita por indivíduos que foram descobertos ao fazer desvio de substâncias.<sup>6</sup> Fatores condizentes com o desvio incluíam aquisição depois do expediente, bem como a obtenção de substâncias controladas de sistemas automatizados de administração fora de seu local usual de trabalho. Níveis de uso em excesso ou desperdício de substâncias não foram correlacionados, nem a aquisição em procedimentos que foram cancelados. O aspecto positivo da vigilância é que se podem seguir pistas sem alertar o sujeito observado. A vigilância, contudo, é muito demandante e, de fato, pode resultar em falsas acusações se um indivíduo estiver desviando substâncias sob o nome de outrem. A administração automatizada, contudo, é seguidamente acompanhada pela prática de "uso excessivo testemunhado", quando uma substância controlada é usada em excesso em determinado lugar e dois indivíduos atestam que foi efetivamente empregada. Muitos sentem que essa prática pode ser facilitada em virtude de a maioria dos narcóticos ser, assim como o soro, líquidos claros e indistinguíveis.

O desvio para uso pessoal é um risco constante na medicina. O controle na devolução da substância com o subsequente teste de concentração é praticado por muitas instituições para assegurar que uma droga devolvida não é meramente uma amostra dissolvida de um agente potente.<sup>1</sup> Esse método pode detectar o clínico que tenta manter a aparência de que o seu uso clínico de substâncias está no mesmo nível do que o de seus colegas. Esse é, de qualquer forma, muito demandante e a cadeia de custódia pode não ser garantida.

O rastreamento de drogas na urina tem crescido como um meio de deter e de detectar aqueles indivíduos que ingresam na prática da medicina com DUS (prévio ao exercício da função), prevenir aqueles que cogitam o uso (aleatório) e determinar se aqueles cujo comportamento e atuação não condizem com as expectativas estão comprometidos pelo uso de drogas.<sup>7</sup> A prática é usada e aceita em setores nos quais haja risco à segurança do público em geral, tais como a aviação e o transporte terrestre de mercadorias. Os protocolos são estabelecidos pelo Departamento de Transportes (DOT) dos Estados Unidos. Custos, receio de falsos resultados e logística complexa detiveram muitas instituições de ir além do teste prévio ao exercício

da função. Aqueles que têm programas abrangentes são vanguarda.

A última, mas a mais preocupante medida de prevenção, contudo é o estabelecimento de políticas que servem para banir até mesmo clínicos com carreiras consolidadas os quais desenvolvem alguma das muitas condições que compõem a família das enfermidades que são os distúrbios de uso de substâncias. A prática de “uma ocorrência e você está fora” pode de fato fazer com que indivíduos escolham outras especialidades que não a anesthesiologia ou instituições que tenham práticas mais frouxas nas quais o controle não é intenso. O maior risco, contudo, é para os profissionais de saúde que tenham contribuído para a nossa especialidade apesar de haver desenvolvido DUS durante sua prática. Esse indivíduo pode ser relutante em buscar tratamento ou apoio para sua condição. Tais políticas são contrárias à prática da medicina. Em nosso zelo em proteger os pacientes, devemos evitar medidas que sejam contrárias à nossa missão de um modo geral.

Nenhuma ferramenta é ou será 100% efetiva em nossos esforços para detectar ou prevenir DUS entre nossos quadros. Nossos programas devem ser no mínimo diversificados e incluir educação recorrente e intensa, controle vigoroso de substâncias e frequente vigilância de obtenção e os programas são aconselhados a instituir, pelo menos, rastreamento de drogas na urina previamente ao exercício da função. Por fim, os hospitais são encorajados a desenvolver culturas que sejam complacentes com o drama de todos os indivíduos da área da saúde que sofrem de DUS.<sup>8,9</sup>

## Tratamento e reingresso

A adição foi reconhecida como uma doença pela AMA desde 1956 e desde então os protocolos de tratamento médico se tornaram cada vez mais sofisticados. Consequentemente, o efetivo tratamento do anesthesiologista adicto depende do precoce reconhecimento do comprometimento/desvio, uma intervenção planejada e da referência a uma instituição com expertise específica no tratamento de profissionais de saúde afetados. A terapia inicial consiste em semanas ou meses de intensivo tratamento em internação e deve ser seguido por abstinência e recuperação comprovada. Apenas após isso ocorrer é que se pode discutir sobre o reingresso na prática da anesthesiologia.

Uma vez que é raro que o desvio de drogas e o abuso sejam reportados pelos indivíduos afetados, recairão sobre os pares do adicto e seus parentes considerarem a possibilidade de seu comprometimento. Sinais óbvios podem não ser aparentes inicialmente. De qualquer forma, na medida em que a doença progride e a adição se intensifica, mudanças comportamentais provavelmente irão se apresentar. Essas podem ou não ser acompanhadas por irregularidades nos registros de substâncias controladas. Uma vez que exista um alto nível de suspeição, uma intervenção deve ser considerada com o objetivo de dirigir o profissional afetado a uma instituição de tratamento previamente arranjada. Planos devem ser traçados previamente a qualquer intervenção para garantir que haja vagas disponíveis e que a instituição tenha experiência no tratamento de anesthesiologistas adictos.

Uma primeira fase de tratamento começa com uma avaliação da extensão de uso de drogas do paciente. Ademais, um completo exame psiquiátrico deve ser feito para avaliar a presença de qualquer diagnóstico de comorbidades, tais como depressão, ansiedade e desvios de personalidade. O tratamento deve ocorrer sob a direção de um psiquiatra e deve ser holístico, de modo a prover uma abordagem compreensiva de todos os aspectos da saúde do paciente. Após essas fases iniciais do tratamento, o tratamento intensivo deve se iniciar. O tratamento em grupos de profissionais de saúde afetados é um meio efetivo de quebrar os sofisticados mecanismos de negação frequentemente presentes nessa população. Os objetivos desse tratamento são a total abstinência de todas as substâncias alteradoras do humor ou do estado de consciência acompanhada do desenvolvimento de mecanismos de adaptação que permitirão ao indivíduo funcionar na sociedade. Esse é um desafio significativo e explica o longo período de tratamento típico de profissionais em recuperação. Depois da alta, o prosseguimento em longo prazo é a regra, com terapia de grupo semanal, frequência regular a reuniões de 12 passos ou outros grupos de apoio e frequente monitoramento por meio de testes de urina ou rastreamento capilar aleatórios.

O conceito de reingresso na anesthesiologia é altamente controverso, na medida em que estudos preliminares sugerem um alto índice de recaídas acompanhadas de significativa mortalidade. Estudos mais recentes indicam que com tratamento apropriado e acompanhamento, índices de 80% de taxas de sobriedade por cinco anos são alcançáveis.<sup>8</sup> Essa é a mesma taxa de médicos de outras especialidades e sugere que é altamente efetivo o modelo atual de tratamento para abuso de drogas por profissionais da saúde que consiste em tratamento especializado de longo prazo, intensivo acompanhamento posterior e extenso monitoramento.<sup>9</sup> Consequentemente, indivíduos que queiram voltar à prática da anestesia deverão demonstrar uma substancial e sustentável recuperação e uma sobriedade documentada por no mínimo 12 meses. Quaisquer outros diagnósticos médicos ou psiquiátricos devem ser tratados também. A decisão de permitir que um indivíduo retorne à prática deve ser tomada pelo médico responsável pelo tratamento em conjunto com o programa de saúde médico local ou seu equivalente.<sup>10</sup> A depender da competência, os órgãos de licenciamento apropriados devem também estar cientes. O local de trabalho prospectivo deve apoiar e estar disposto a lidar com quaisquer restrições em horas de trabalho ou manuseio de drogas que poderão acompanhar seu retorno ao contrato de trabalho. Esses contratos tipicamente estipulam um período de pelo menos cinco anos de monitoramento por rastreamento de drogas na urina aleatórios e pela administração acompanhada de naloxona oral ou injetável. Estudos recentes documentaram a eficácia de terapia de administração acompanhada de naltrexona para dependentes de opioides em recuperação. É hoje uma prática comum em exigir o cumprimento de 100% no tratamento com naltrexona injetável para anesthesiologistas dependentes de opioides<sup>11</sup> previamente ao seu retorno a um ambiente de pleno acesso a essas substâncias.<sup>12,13</sup>

Com tratamento moderno e acompanhamento posterior há razões para acreditar que uma significativa proporção de anesthesiologistas afetados por desordens de uso de substâncias podem ser capazes de reingressar na prática da

anestesiologia. Como a discussão acima enfatiza, candidatos aptos a reingressar deverão ter recebido tratamento adequado, estar inscritos em um Programa de Saúde Médica com um contrato de acompanhamento e estar sujeitos ao monitoramento de longo prazo. Se o indivíduo não estiver preparado para cumprir essas condições, redirecionamento a outro campo ocupacional deve ser considerado.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Referências

1. Occupational Wellbeing in Anesthesiology – <http://www.wfsahq.org/our-work/safety-quality>
2. Sher L. Depression and alcoholism. *Q J Med.* 2004;97:237–40.
3. Dick DM. The genetics of alcohol and other drug dependence. *Alcohol Res Health.* 2008;31:112–8.
4. DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, et al. *J Am Med Assoc.* 2010;304:187–93.
5. Booth JV, Grossman D, Moore J, et al. Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. *Anesth Analg.* 2002;95:1024–30.
6. Epstein RH, Gratch DM, Grunwald Z. Development of a scheduled drug diversion surveillance system based on an analysis of atypical drug transactions. *Anesth Analg.* 2007;105:1053–60.
7. Berge KH, Dillon KR, Sikkink KM, et al. Diversion of drugs within health care facilities, a multiple-victim crime: patterns of diversion, scope, consequences, detection, and prevention. *Mayo Clin Proceed.* 2012;87:674–82.
8. Fitzsimons MG, Baker KH, Lowenstein E, et al. Random drug testing to reduce the incidence of addiction in anesthesia residents: preliminary results from one program. *Anesth Analg.* 2008;107:630–5.
9. Tetzlaff J, Collins GB, Brown DL, et al. A strategy to prevent substance abuse in an academic anesthesiology department. *J Clin Anesth.* 2010;22:143–50.
10. 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;109:891–6.
11. Buhl A, Oreskovich M, Meredith C, et al. Prognosis for the recovery of surgeons from chemical dependency: a 5-year outcome study. *Arch Surg.* 2011;146:1286–91.
12. Schonwald G, Skipper GE, Smith DE, et al. Anesthesiologists and substance use disorders. *Anesth Analg.* 2014;119:1007–10.
13. Merlo LJ, Greene WM, Pomm R. Mandatory naltrexone treatment prevents relapse among opiate-dependent anesthesiologists returning to practice. *J Addict Med.* 2011;5:279–83.