

DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENTRE MÉDICOS

Prof. Dr. Cláudio Jerônimo da Silva

Prof Afiliado Depto Psiquiatria UNIFESP

Diretor da Unidade Recomeço Helvética

Conselheiro -CONED - CRM

INTRODUÇÃO: CONCEITOS GERAIS

- ✓ A dependência do álcool é pouco diagnosticada.
 - ✓ Walsh, R. A; 1995
- O foco dos profissionais está nas complicações físicas.
 - Galanter, M; 1998
- ✓ O tempo médio para diagnóstico é 5 anos para álcool.
 - Clarck , W. D; 1981
- ✓ Há falta de treinamento nas escolas médicas.
 - ✓ Walsh, R. A; 1995

Impedimentos na realização do diagnóstico

- ✓ Cognitivo
- ✓ Atitudes
- ✓ Comunicação
- ✓ Conceitual

Clark, W D , 1981

Situação Atual

- ✓ Pouca ênfase no ensino

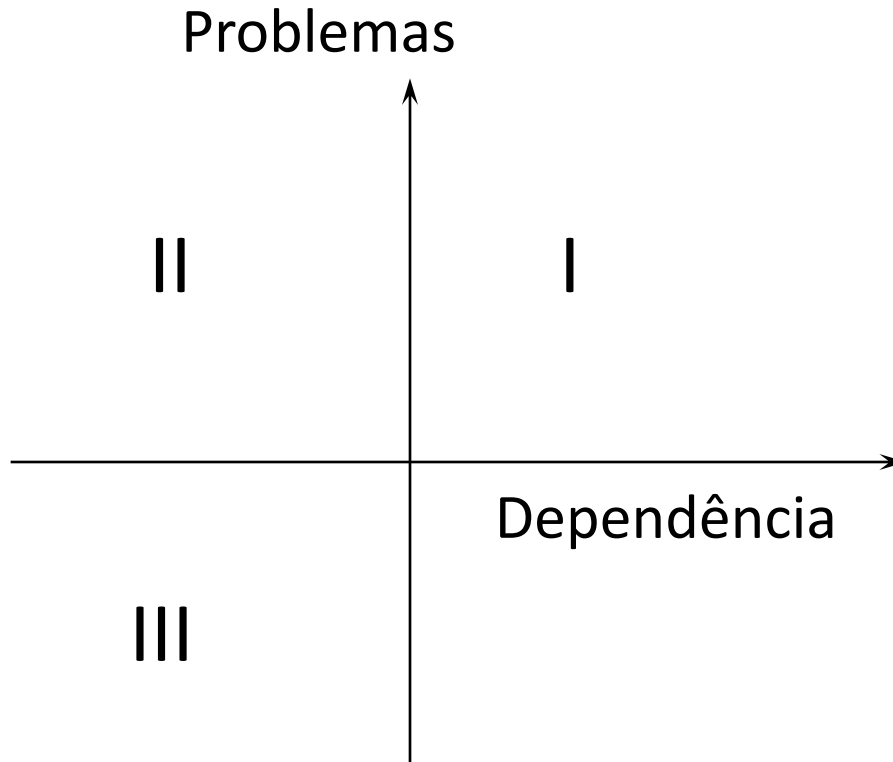
(Walsh, R. A; 1995)

- ✓ Não existe consenso sobre o currículo mínimo nesta área

- ✓ Treinamento pode melhorar habilidade e atitude

(Walsh, R. A; 1995); (Chapel, J. N; e col, 1997)

Relação entre Problemas e Uso de Álcool



PONTOS CHAVE

- Dependência Química entre médicos tem a mesma prevalência da população geral
- Para Benzodiazepínicos e opióides a frequência é maior – (Emergência, Anestesiologia e Psiquiatria)



PONTOS CHAVE

- Identificação é geralmente mais difícil
- O prognóstico, uma vez em tratamento, é melhor
- Programas específicos para Assistência podem melhorar o engajamento e a manutenção no tratamento.

O PROBLEMA DA DEPENDÊNCIA ENTRE MÉDICOS

- **“Todos os médicos devem estar atentos e serem capazes de observar, detectar e alertar acerca de mudanças na conduta, performance ou saúde que possam indicar problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em si e em seus colegas e informar caso haja risco à saúde da população”**

● **British Medical Association**

O PROBLEMA DA DEPENDÊNCIA ENTRE MÉDICOS

- Cerca de 2/3 dos casos encaminhados ao General Medical Council são relacionados a problemas com álcool e drogas
- Um em cada 15 médicos apresenta problemas atuais com álcool e drogas
- Em geral há dificuldade em aceitar o papel de paciente
 - (Vaillant, 1970, Brooke, 1993, Talbott, 1987)

O PROBLEMA DA DEPENDÊNCIA ENTRE MÉDICOS

- Quando comparados à população geral o desempenho no tratamento é melhor:
- 95% de recuperação após 2 anos
 - (Michigan's Physicians Recovery Network – Skuter, 1990)
- 76% após um ano
 - (Kliner – 1980)
- 73,9% após 2 anos
 - (Georgia Impaired Physicians Programm)

EPIDEMIOLOGIA

GERAL

- **Mesmos índices da população geral** (Brewster, 1986)
- **Menores índices se comparado com outras ocupações** (Anthony, 1992, Stinson, 1992)
- **Maiores índices de uso com:**
 - Benzodiazepínicos
 - Opióides prescritos (Gallegos, 1988, Hughes, 1992)

EPIDEMIOLOGIA

- Maior Frequência
 - Medicina de Emergência
 - Psiquiatria
 - Anestesiologia
- Menor Frequência
 - G.O.
 - Patologia
 - Radiologia
 - Pediatria



PADRÕES DE USO

- Razões
 - Recreacional
 - Melhora do desempenho
 - Auto Medicação
 - Isolamento e Negligência Emocional
 - Sobrecarga de trabalho (15 horas semanais a mais que as outras profissões) (LAN Martins)

PADRÕES DE USO

- **Razões**
 - Prazer
 - “Mágica Química”
 - Perda do tabu em relação a seringas
 - Acesso a drogas controladas (Winick, 1980)
 - Sensação de controle por “saber o que está fazendo”

PORQUE A DEMORA NA DETECÇÃO?

- **Poucos controles formais**
- **Independência**
- **“Negação Maligna”**
- **“Eu posso cuidar de mim mesmo”**
- **“Conhecimento é protetor”**
- **Medo das conseqüências**
- **“Conspiração do Silêncio”**

Por que os Médicos demoram a procurar atendimento?

- O **SABER** das implicações assustadoras e fatídicas de seus sintomas (uso errôneo do seu próprio conhecimento) leva a negar sua significação ou a depreciá-los o maior tempo possível.
- O **ORGULHO PROFISSIONAL** faz com que o Médico julgue que deveria estar apto a diagnosticar sua própria enfermidade e dela tratar.

“CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO”

-
- **Família, colegas e o médico não rompem o silêncio**

acerca do problema por:

- **Preocupação e temores em relação ao tratamento**
- **Medo e Intimidação**
- **“Orgulho Profissional”**

TRATAMENTO

BOAS NOTÍCIAS!!!

- **Dados Variáveis**
- **Maioria dos estudos mostra melhores resultados que a população geral**
- **70-80% “sucesso”**
 - **pouca correlação com a substância**
 - **pouca correlação com a especialidade**

TRATAMENTO

- **Objetivos**

- Engajamento e motivação para mudança
- Abstinência
- Identificação de problemas, fatores de risco para recaídas.
- Tratamento da comorbidade;

- **Objetivos**

- Seguimento a longo prazo
- **Abordagens não medicamentosas para lidar com os problemas (reduzir otimismo farmacológico)**

TRATAMENTO

- **Peças Chaves para o Sucesso**
 - **Duração do tratamento**
 - **Programas de Tratamentos para Médicos**
 - **Envolvimento Familiar**

TRATAMENTO

- **Peças Chaves para o Sucesso**
 - **Uso de screening urinários:**
 - Um estudo comparou o uso de screening urinários sendo que aqueles que foram monitorados tiveram melhor desempenho (96% versus 64% - Shore, 1987)
 - **Contrato de contingência**
 - **Medicação assistida**

TRATAMENTO

- **Peças Chaves para o Sucesso**
 - **Envolvimento em Terapia Efetiva**
 - 12-Passos
 - TCC/Prevenção de Recaídas
 - Medicamentoso
 - Entrevista Motivacional
 - Network Therapy
 - Abordagens Combinadas

TRATAMENTOS

Armadilhas

-
- “Paciente Especial”
 - Discussão intelectual
 - Solicitar Opinião
 - Conhecimento Médico
 - Não orientar a Família
 - Troca de Papéis
 - Super-identificação



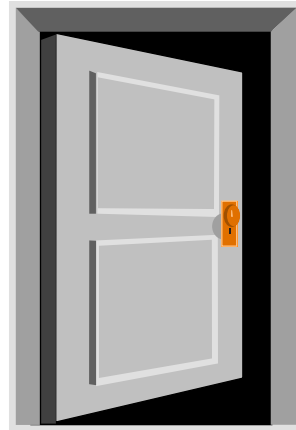
TRATAMENTO

- Tratamento Ambulatorial
 - É o melhor setting pois nesta abordagem as mudanças biológicas ocorrem ao mesmo tempo das psicológicas
- Internação

Deve ser reservada para situações críticas e de preferência em Unidades Gerais para preservar a reputação do colega médico, driblando resistências ao tratamento. (Talbott, Farley)

“RE-ENTRADA”

- A maioria volta a exercer a Medicina
- Mudança de Especialidade (“Re-entrada”)
- Restrições nas Prescrições
- Alterar a Jornada de trabalho e de plantões
- Especialização em Dependência



COMO TRATAR PACIENTE- MÉDICO?

- 1. Realizar a anamnese do paciente-médico, incluindo detalhes até sobre auto-medicação;
- 2. Anotar, à parte, o diagnóstico oferecido;
- 3. Examinar o paciente-médico em ótimas circunstâncias;

COMO TRATAR PACIENTE-MÉDICO?

- 4. Falar com familiares para acrescentar detalhes, reforçar explicações sobre a conduta;
- 5. Verificar se ele comparece às consultas;
- 6. Estar presente para oferecer subsídios para uma 2a. Opinião;

COMO TRATAR PACIENTE- MÉDICO?

- 7. Desencorajar quaisquer desvios de procedimentos para proteger o paciente-médico
- 8. Informar ao colega sobre as características, possibilidades terapêuticas e desdobramentos da doença;
- 9. Perceber e mitigar suas inquietações, esclarecendo as dúvidas e as interpretações distorcidas do colega;

COMO TRATAR PACIENTE-MÉDICO?

- 10. Ressaltar os benefícios da adesão;
- 11. Esclarecer como prever, detectar e tratar as emergências, até receber o atendimento de um colega;
- 12. Orientar o colega para que evite autodiagnóstico e automedicação.

Programa Ajuda Médico Dependente

- Convênio CRM-SP e UNIAD
- 1 linha telefônica 24 horas
- 2 psiquiatra e 1 secretária
- Rede de 20-30 profissionais espalhados pelo estado de São Paulo
- Começo MAIO-2002

- oferecer mais uma alternativa de tratamento para médicos com transtornos relacionados ao uso de substâncias, através de uma entrada rápida e simplificada ao tratamento (geralmente a primeira consulta é feita em 48 a 72h após o primeiro contato) e atendimento especializado em dependência de álcool e drogas.

- 55 pacientes em acompanhamento;
- desde o início do serviço foram 429 casos;
- A maioria dos casos atendidos é de sujeitos do sexo masculino (85%) ;
- idade média de 42 anos.
- Desemprego foi um problema enfrentado por 18% dos pacientes atendidos no último ano

- 5% dos casos atendidos são consultas de segunda opinião.
- Mais de metade dos pacientes recebem, paralelamente ao atendimento clínico psiquiátrico, atendimento psicoterápico (51%).
- uma minoria faz acompanhamento clínico conjunto (27%)

- o atraso para busca de apoio desde o início do uso problemático de drogas é por volta de 7,5 anos
- busca voluntária em 52% dos casos e por demanda de familiares em 32% dos casos. Dezesesseis por cento dos casos buscaram apoio por pressão de colegas ou demanda do Conselho Regional de Medicina.

- comorbidades psiquiátricas são frequentes, atingindo de 65% dos casos ;
- A presença de comorbidades psiquiátricas pode prejudicar o prognóstico do dependente de álcool e drogas, contribuindo para menores índices de recuperação e abstinência

- 80% foram aderentes ao tratamento.
- melhora clínica significativa foi de 69%
- A maioria dos médicos – entre 75 a 85% - retorna ao exercício da profissão
- Mudanças de especialidades tem ocorrido em aproximadamente 9% dos pacientes-médicos atendidos pela Rede de Apoio a Médicos,



Obrigado

claudiojeronimo@uniad.org.br