

ESTUDO CLÍNICO

Análise qualitativa pós-morte de fatores psicológicos, ocupacionais e ambientais associados ao abuso letal de anestésicos e / ou opioides entre anesthesiologistas: uma série de casos.

Flavia Serebrenic^{a,*}, Maria José Carvalho Carmona^b, Paulo Jannuzzi Cunha^{a,c}, André Malbergier^a

^a Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria (IPq), Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Drogas (GREA), São Paulo, SP, Brazil

^b Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Instituto Central, Divisão de Anestesia, São Paulo, SP, Brazil

^c Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria, Laboratório de Neuroimagem Psiquiátrica (LIM-21), São Paulo, SP, Brazil

Recebido em 26 de março de 2021; aceito em 11 de maio de 2021

Disponível online em 2 de junho de 2021

PALAVRAS-CHAVE:

Anestésicos;
Anesthesiologistas;
Abuso de drogas.

RESUMO:

Introdução: O uso abusivo de anestésicos e / ou opioides é mais prevalente entre anesthesiologistas do que em outras especialidades médicas e tem sido associado a alta mortalidade. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados ao abuso letal de anestésicos e / ou opioides entre anesthesiologistas.

Métodos: Avaliamos fatores psicológicos, história ocupacional e circunstâncias de morte de anesthesiologistas que morreram por abuso de anestésico. Os dados foram obtidos post-mortem de colegas e parentes. Após a localização dos casos elegíveis, foram identificados os informantes-chave, que foram entrevistados pessoalmente ou via e-mail, por meio do método qualitativo conhecido como "Autópsia Psicológica".

Resultados: Foram identificados 18 casos de morte, mas pudemos entrevistar 44% deles (n = 8), a maioria jovens do sexo masculino. Eles morreram em casa ou no hospital e foram encontrados "no local". Ser uma pessoa introspectiva que não compartilhava de questões pessoais no local de trabalho foi a característica pessoal mais prevalente. No trabalho, pareciam desempenhar muito bem suas funções, mas alguns apresentaram mudanças sutis, como permanecer mais do que o normal no ambiente de trabalho e / ou negligenciar algumas de suas responsabilidades. Os principais fatores relatados para explicar o abuso de substâncias foram problemas emocionais, incluindo psiquiátricos, excesso de horas de trabalho e outros fatores de saúde.

Conclusão: Este estudo identificou que distúrbios emocionais, trabalho compulsivo e problemas gerais de saúde foram os fatores mais proeminentes envolvidos nessas mortes. Além disso, estudos maiores são necessários para entender melhor como esses fatores podem ser identificados precocemente a fim de prevenir o abuso de anestésicos e / ou opioides e várias mortes entre os anesthesiologistas.

Autor Correspondente:

E-mail: fla.de@uol.com.br (F. Serebrenic).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.05.002>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Introdução

Nos Estados Unidos da América (EUA), atualmente, a morte por overdose de drogas, em particular o fentanil, supera outras causas de morte, como homicídios com armas de fogo ou acidentes automobilísticos¹. Os médicos apresentam alto risco de abuso de medicamentos prescritos². Entre eles, os anesthesiologistas têm 2,79 mais chances de morrer de causas relacionadas a substâncias (RR 2,79, IC 95% 1,87–4,15) em comparação com outras especialidades³. Os primeiros cinco anos após a graduação é o período de maior risco para morte e suicídio relacionado ao uso de substâncias⁴. O treinamento rigoroso, o sacrifício pessoal, o fácil acesso aos medicamentos prescritos e as altas expectativas que os médicos experimentam durante e após o treinamento os colocam em maior risco de desenvolver um transtorno por uso de substâncias (TUS). Outra explicação para esse fato é que os jovens estudantes de medicina estão altamente expostos ao uso de anestésicos mais potentes durante a residência⁴. Abuso de substâncias, estresse relacionado ao trabalho, esgotamento, depressão e ansiedade estão interligados e tendem a levar a erros médicos e danos ao paciente². Por essas razões, a anesthesiologia pode ser considerada uma carreira de alto risco, principalmente quando comparada a outras carreiras profissionais perigosas, como o transporte rodoviário de cargas (29 / 100.000)^{5,6,7}.

As substâncias mais utilizadas pelos anesthesiologistas residentes são álcool, maconha, cocaína, anestésicos e opioides⁸. Um estudo recente sobre tendências mundiais emergentes de substâncias desviadas para uso pessoal não médico por anestesistas mostrou que, embora o uso de álcool e medicamentos opioides continue sendo o motivo mais provável para um anestesista com TUS ser encaminhado a um centro de tratamento, existem tendências emergentes envolvendo também o uso de anestésicos não opioides, principalmente o propofol⁹.

A automedicação para ansiedade e depressão é mencionada por até 65,1% dos indivíduos, sugerindo que o uso de drogas pode ser uma espécie de “alívio psicológico” associado à sobrecarga de trabalho. O fentanil, em particular, é usado por 1,6% dos anesthesiologistas residentes¹⁰ e pode se tornar mais prevalente, visto que seu uso abusivo está aumentando também na população em geral¹¹. O abuso de substâncias entre esta população pode levar a consequências muito graves: os residentes com TUS têm 15 vezes mais probabilidade de desistir dos estudos, 10 vezes mais probabilidade de não conseguir obter o conselho profissional (American Board of Anesthesiology), 7 vezes mais probabilidade de ter problemas ações de licenciamento médico após a residência, e 7,9 vezes mais chance de morrer durante a residência¹². Estudos têm mostrado uma alta taxa de mortalidade entre anesthesiologistas residentes que têm TUS, variando de 26 a 37%. Quando não tratada durante a residência médica, a SUD pode resultar em sérios problemas futuros, como perda da licença médica ou restrições à prática da medicina⁹. Para profissionais com TUS, a mortalidade também é elevada, chegando a 20%¹³. A mortalidade

pelo uso de substâncias incluindo abuso de anestésicos entre anesthesiologistas é alta, variando de 9% a 19%^{14,15}.

A TUS em anesthesiologistas é difícil de detectar por vários motivos. Em primeiro lugar, os médicos têm medo de revelar o seu problema, pois isso pode acarretar consequências negativas para o seu trabalho e carreira⁶. Em segundo lugar, os profissionais de anestesia não estão bem equipados para diagnosticar e ajudar seus colegas¹⁶.

Apesar da alta letalidade do problema, até onde sabemos, não há estudos post-mortem anteriores enfocando fatores psicológicos e ocupacionais específicos associados a mortes por uso de drogas entre anesthesiologistas.

Para compreender mais a fundo as circunstâncias da morte desses médicos utilizamos uma metodologia denominada Autópsia Psicológica. É um método investigativo que data da década de 1950 e visa reconstruir dados e situações do falecido que antecederam sua morte por meio de entrevista com pessoas próximas à vítima. Usado pela primeira vez em um contexto legal para confirmar a causa da morte pela polícia, foi usado nas décadas de 1970 e 1980 para explorar fatores associados ao suicídio¹⁷.

O objetivo do presente estudo foi avaliar fatores psicológicos, ocupacionais e ambientais associados ao abuso de substâncias letais e / ou opioides entre anesthesiologistas. O principal motivo de estudar indivíduos que morreram de overdose de substâncias é identificar os fatores predispostos e entender melhor as circunstâncias das mortes, fornecendo, assim, informações baseadas em evidências que podem orientar para a detecção precoce e outros programas de prevenção para este problema grave e emergente na área médica prática.

Materiais e métodos

Este foi um estudo de uma série de casos.

Indivíduos

Utilizamos três estratégias principais de busca para localizar os anesthesiologistas que morreram por abuso anestésico: 1) contato oficial com 12.000 profissionais cadastrados na Sociedade Brasileira de Anesthesiologia (SBA) via e-mail em outubro de 2014 e novamente em fevereiro de 2015; 2) contato com lideranças dos principais departamentos de anestesia em universidades e hospitais públicos, principalmente em São Paulo; e 3) amostragem de bola de neve, conforme mostrado na Figura 1.

Durante 2 anos de busca (2013–2015), identificamos 18 casos de médicos que morreram por abuso de anestésicos em universidades e hospitais públicos principalmente em São Paulo nos últimos 15 anos. Destes 18 casos, 10 eram do sexo masculino e 8 do feminino. Tivemos informações mais detalhadas apenas de 8 casos (Tabela 1), principalmente porque não pudemos ter acesso aos demais informantes do caso. Metade da amostra dos médicos que morreram era do sexo masculino. A idade variou de 27 a 53 anos, sendo 62,5% (n = 5) com idade inferior a 30 anos e 33% (n = 3) entre 45 e 53 anos. Embora o e-mail da SBA tenha sido en-

viado a profissionais de todo o país, todos os casos eram do Estado de São Paulo.

A Tabela 1 apresenta informações básicas sobre como, quando e por que não conseguimos contatar metade da amostra, incluindo os detalhes sobre os 18 casos iniciais. Embora tenhamos recebido do líder dos serviços de anestesiologia uma lista de possíveis casos e tentado entrar em

contato com todos, apenas 8 foram incluídos. O primeiro informante foi solicitado a indicar nosso informante-chave, que poderia ser um parente ou um ex-colega próximo do anestesiológico que morreu de abuso anestésico. Das 10 pessoas entrevistadas, apenas uma era da família do profissional falecido. Os outros eram colegas de trabalho próximos que tinham conhecimento limitado da pessoa em

Tabela 1 Distribuição de gênero de anesthesiologistas com abuso de anestésico letal e informações sobre contatos-chave.

n ^o .	Gênero	Contato	Entrevista, quando e, se não, por que não	Como
1	masculino	cônjuge	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	out/2013	Pessoalmente
		colega	nov/2013	Pessoalmente
2	masculino	irmão	dez/2013	Pessoalmente
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		amigo	não sei (não atendeu?)	
		amigo	fev/2014	Pessoalmente
3	masculino	pai	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
4	feminino	pai	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	abr/2015	Pessoalmente
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
		colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
5	masculino	colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
6	masculino	colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
7	masculino	colega	set/14	Pessoalmente
8	masculino	colega	out/14	Email
9	feminino	colega	nov/14	Email
10	feminino	marido	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
11	feminino		não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato não encontramos quem a conhecesse	
12	feminino	colega	não pudemos contatar o informante não conseguimos encontrar seu contato	
13	masculino	primo	não pudemos contatar o informante não atendeu	
14	feminino	mãe	não pudemos contatar o informante não atendeu	
15	masculino	filha	Trocamos e-mails mas não retornou a ligação	
16	masculino	colega	não pudemos contatar o informante não atendeu	
17	feminino	colega	out/14	Email
18	feminino	Colega/amigo	fev/15	Email

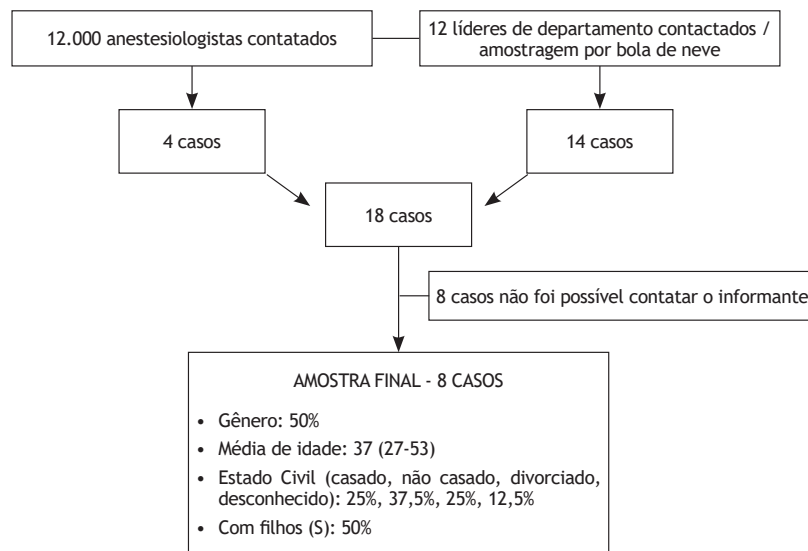


Figura 1 Fluxograma mostrando nossas estratégias de busca para encontrar os casos e informações sociodemográficas dos anestesilogistas que morreram por abuso anestésico.

questão. O relacionamento próximo com o profissional que faleceu foi considerado um critério objetivo para encontrar informantes-chave que pudessem efetivamente fornecer informações mais confiáveis para os fins deste estudo.

Após a identificação dos casos elegíveis, foi feito um contato inicial por telefone com os informantes-chave. O informante-chave foi convidado a participar após todas as explicações sobre o objetivo do estudo. Aqueles que aceitaram participar do protocolo do estudo foram convidados a fornecer as informações necessárias. Dois métodos de entrevista foram oferecidos: por e-mail ou pessoalmente. No momento da entrevista, foi novamente explicitado o objetivo do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo das informações prestadas. No caso de entrevista pela internet, o termo de consentimento foi enviado por correio. Entrevistamos 10 pessoas, das quais 60% (n = 6) foram pessoalmente. Os demais responderam por e-mail. Das 10 pessoas entrevistadas, 4 foram através dos e-mails enviados via SBA, de onde recebemos 5 respostas por e-mail, mas apenas 3 pessoas responderam ao questionário (uma pessoa respondeu cerca de 2 casos diferentes). Identificamos um caso em que a família se recusou a participar e 2 colegas próximos não quiseram se envolver. Acabamos incluindo este caso depois que outro colega forneceu informações adequadas sobre ele.

Entrevistas

O método utilizado neste estudo foi a Autópsia Psicológica já citado, que se caracteriza basicamente por uma entrevista que buscou o relato detalhado e descritivo das circunstâncias da morte.

Esse método foi implementado em nosso estudo para compreender mais profundamente as circunstâncias de morte dos médicos. Nesse sentido, fatores ocupacionais e psicológicos do indivíduo e as características de seu uso de drogas e / ou opioides foram tópicos importantes da entrevista.

Análise de dados

Os dados foram analisados segundo um método quantitativo e qualitativo denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DCS), que permite investigar o significado das opiniões coletivas. A pesquisa baseada em DCS é caracterizada por entrevistas individuais com perguntas basicamente abertas para estimular um comportamento discursivo que permite que a ideia seja expressa e preservada qualitativamente. O DCS é um processo complexo, subdividido em vários momentos, realizado por meio de uma série de operações a partir do material verbal coletado. Para a identificação dos DCSs, são necessários quatro operadores / operações, a saber: a) Expressões-chave (Ech): trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo; b) Ideias Centrais (Ics): fórmulas sintéticas que descrevem o (s) significado(s) apresentado(s) no material verbal, e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que possuem significado semelhante ou complementar; c) Âncoras (Acs): fórmulas sintéticas que não mais descrevem os sentidos, mas as ideologias, valores, crenças usualmente apresentadas no material verbal de respostas individuais ou agrupadas na forma de enunciados genéricos com o objetivo de descrever situações particulares; d) Discursos do Sujeito Coletivo (DCSs) propriamente dito. O método DCS considerou que existem ancoragens apenas quando marcas discursivas explícitas dessas afirmações genéricas são apresentadas no material verbal.

Os Discursos dos Sujeitos Coletivos são as Expressões-Chave presentes nos depoimentos, que possuem Ideias Centrais e / ou Ancoragens de sentido semelhante ou complementar¹⁸. Essas Expressões-Chave de significado semelhante formam enunciados coletivos escritos na primeira pessoa do singular, com o objetivo principal de marcar expressivamente a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito e de um Discurso Coletivo. É como se todos falassem como são (ou por meio de) um. Uma pesquisa DCS típica é uma pesquisa de opinião sobre um

Tabela 2 Características pessoais e profissionais dos anestesiológicos que morreram por abuso de anestésico: circunstâncias do óbito, uso de substâncias e possíveis outros fatores envolvidos.

Caso	Personalidade	Como era no trabalho?	Circunstâncias da morte	Substâncias envolvidas	Fatores principais possivelmente envolvidos na morte
1*	Inteligente e um pouco impulsivo (A) Agradável, sociável, vaidoso, bonito, extrovertido (B)	Disponível (F)	No Hospital. Na sala de conforto, no dia seguinte, no banheiro, a porta teve que ser quebrada e o encontrou morto ali, já em rigidez mortal. Eles encontraram uma ampola de dolantina e outra de dormonid no chão. Ele foi amarrado com uma meia em seu braço e uma seringa injetada em seu braço, com uma agulha em seu braço.	Meperidina e midazolam	Impulsividade, problemas de relacionamento (ser casado e talvez gostar de outro homem) Estresse, fazer muito ao mesmo tempo, problema financeiro
2	B	Normal (G)	No Hospital.	Sevoflurano	Um problema crônico com o ex-marido e uma tendência a buscar alívio com o uso de medicamentos prescritos
3	Personalidade forte, arrogante (C)	Excelente (H)	No Hospital. Estava de plantão no hospital, deixou carta de suicídio, fez barulho depois de injetar as drogas, o que chamou a atenção do pessoal do centro cirúrgico, ela ficou trancada na sala de plantão, a porta foi arrombada e ela foi já em parada cardiopulmonar, a reanimação foi tentada sem sucesso	Midazolam, Fentanil e propofol	Depressão que gerou dependência de opioides, da qual ela não conseguiu se livrar
4	Introspectivo e arrogante, franco, educado e reservado (D)	Competente, mas negligente (I)	Em casa	Fentanil	Ele tinha uma doença clínica grave e deve ter ficado deprimido. Por causa da doença, passou a usar os opioides.
5	B	Irresponsável(J)	Em casa, encontrado morto com seringa conectada ao braço, contendo líquido branco	Propofol	Muita medicação.
6	D	I	Em casa, encontrada pelo filho no banheiro pela manhã.	Provavelmente álcool	Depressão, fatalidade
7	C	H, competente, mas arrogante (K)	Em casa. Sozinha e sem atender ao telefone, a noiva foi para casa e o encontrou caído no chão, com uma seringa ao lado e um copo que parece servir para aplicar alguma substância. É possível que ele tivesse aspirado, que tivesse depressão respiratória pelo uso da substância, provavelmente teve depressão respiratória, aspirou e morreu.	Fentanil	'Relação confusa com drogas. Ele usava álcool de forma deletéria e isso pode ter sido transferido para outra droga deletéria. Ser um anestesista para ter acesso aos medicamentos, e o fato de ele saber para que eram usados, facilita o uso. Personalidade muito ambiciosa, ele nunca se acomodaria.
8**	Agitado e falante (E)	Sem resposta (L)	No Hospital, estava trabalhando e foi encontrado morto na sala de plantão.	Não se sabe	Não se sabe

Notas: * informantes: 2 colegas; ** informantes: 1 colega e 1 familiar; o outro tinha um informante (um colega)

determinado assunto, dividida em algumas perguntas abertas, com o objetivo de ser respondida por uma determinada amostra populacional. Cada uma dessas respostas gera um número variado de posicionamentos diferentes, ou seja, de DCSs diferentes. Esses DCSs são qualitativamente diferentes na medida em que veiculam diferentes opiniões e posicionamentos, e do ponto de vista quantitativo, uma vez que cada um deles é resultado da contribuição de um determinado número de entrevistas ou depoimentos de indivíduos. Além disso, por meio do software *Qualiquantisoft*¹⁹, os resultados podem ser quantificados trabalhando com grandes amostras bem selecionadas de indivíduos e, para o registro embutido no programa, segmentar os resultados pelas variáveis de registro.

Com base nessa metodologia, após a coleta de informações por meio da Autópsia Psicológica, organizamos o material de forma a avaliar as respostas a 2 questões: 1) “*como era a personalidade dele?*” 2) “*como era o médico profissionalmente?*”

Procedimentos éticos

Este estudo foi realizado no Hospital das Clínicas, em São Paulo, e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

Resultados

Dos 8 casos detalhados, 50% eram do sexo masculino, em sua maioria casados, com média de idade de 37 anos (27–53) e 50% tinham filhos, conforme mostra a Figura 1.

A Tabela 2 resume as informações sobre fatores psicológicos, características ocupacionais, as circunstâncias do óbito e possíveis fatores associados ao uso de drogas e morte. Também foi(ram) registrada(s) a(s) principal(is) substância(s) envolvida(s) no episódio de uso letal. Na maioria dos casos, o opioide anestésico foi citado. O álcool foi citado em apenas um episódio. Em apenas um caso houve evidência de um vício. Entre outros, parece que a substância foi usada como uma tentativa de “aliviar” emoções psicológicas negativas e, em alguns casos, encontramos pistas para interpretar o abuso de anestésico e / ou opioide como suicídio, em vez de overdose acidental. O óbito ocorreu em casa ou no local de trabalho na mesma proporção (50%).

Em relação ao DCS, para a primeira questão referente à personalidade, foram observadas as seguintes categorias: A) Inteligente e um pouco impulsivo (uma resposta); B) Agradável, sociável, vaidoso, bonito, extrovertido (3 respostas); C) Personalidade forte, arrogante (2 respostas); D) Introspectivo e arrogante, franco, educado e reservado (2 respostas); e E) Agitado e boca cheia (uma resposta). Para a segunda questão referente ao médico profissionalmente, observamos as seguintes categorias: F) Disponível (uma resposta); G) Média (uma resposta); H) Excelente (2 respostas); I) Competente mas negligente (2 respostas); J) Irresponsável (uma resposta); K) Competente, mas arrogante (uma resposta). Em termos de circunstâncias de morte, metade da amostra morreu no hospital durante o horário de trabalho e a outra metade em casa. Todos eles foram encontrados sozinhos, principalmente no banheiro e às vezes após a própria circunstância letal. Na maioria dos

casos, as substâncias envolvidas foram anestésicos (mepidrina, propofol e sevoflurano) (n = 4), fentanil (n = 3), midazolam (n = 1) e álcool (n = 1). Os principais fatores possivelmente envolvidos na morte variam: traços de personalidade, como impulsividade, depressão e dificuldades em controlar o uso de drogas; problemas de relacionamento; e doença clínica grave.

Em termos de personalidade e fatores psicológicos, alguns deles foram descritos como tendo problemas de personalidade e tendências narcisistas / arrogantes, enquanto outros foram avaliados como mais introspectivos / reservados, bem como agradáveis, sociáveis ou mesmo “extrovertidos”. No trabalho, geralmente eram considerados excelentes e competentes no desempenho de suas funções, mas mais perto do acidente fatal, foi relatado que alguns deles passaram a permanecer excessivamente no trabalho e / ou tornaram-se negligentes com suas responsabilidades.

Discussão

Este pequeno estudo qualitativo nos permitiu observar características semelhantes nesta casuística analisada por meio da Autópsia Psicológica.

Ser uma pessoa introspectiva que não compartilhava de problemas pessoais no local de trabalho foi a característica psicológica mais prevalente encontrada entre anesthesiologistas que morreram acidentalmente de overdose de substâncias. No trabalho, a maioria dos profissionais desempenhava bem suas funções, mas logo antes do acidente letal passaram a ficar excessivamente no local de trabalho e / ou trabalhando muito, mas também negligenciando suas responsabilidades. Em geral, foram encontrados mortos sozinhos no banheiro, no trabalho (hospital) ou em casa. Os principais motivos relatados para o uso de substâncias foram excesso de trabalho, problemas emocionais, divórcio / separação, depressão, doença física e impulsividade. Os motivos de estresse profissional vão ao encontro de outros estudos que relatam pressão de trabalho que leva ao abuso de anestésicos^{2,4,20}, bem como história psiquiátrica comórbida. No entanto, outras situações descritas no presente estudo, como divórcio ou características de personalidade, não foram relatadas em outro lugar como fatores de risco.

Em geral, as características demográficas e comportamentais pareceram um tanto diversas, o que impossibilitou a definição de um tipo único de personalidade entre eles. Dada a óbvia impossibilidade de realização de entrevista clínica semiestruturada prévia com os sujeitos que faleceram, não foi possível classificá-los quanto ao diagnóstico de uso ou abuso.

Nossos resultados reforçam as particularidades psicológicas e ocupacionais dos anesthesiologistas em relação às atividades profissionais do cotidiano (como facilidade de acesso a medicamentos, atividade médica solitária e estressante e longas jornadas de trabalho) e fatores ambientais (como divórcio recente, entre outros) pode ter contribuído para o abuso de substâncias e morte. Além disso, detalhes sobre as circunstâncias de suas mortes e características psicológicas podem sugerir uma possível doença psiquiátrica concomi-

tante^{21,22}. Nesse sentido, a hipótese da “automedicação” parece ser um fator de risco relevante para a experimentação e o uso crônico da substância²³ justamente pela facilidade de acesso a grandes quantidades de substâncias fortemente aditivas, tornando mais fácil desviar pequenas quantidades dessa substância para uso pessoal^{4,15,24,25}. A intensa vida profissional com longas jornadas de trabalho pode levar ao estresse emocional crônico, e o uso abusivo dessas substâncias pode ser interpretado como tentativa de “alívio” dessa carga psicológica, levando inadvertidamente à morte.

No entanto, poucos anestesiológicos foram encaminhados para tratamento: Wilson et al²⁶ relataram que, nos EUA, 31 dos 106 médicos entrevistados (29%) foram considerados dependentes, sendo apenas 48% deles encaminhados para reabilitação. Em nossa amostra, nenhum deles estava recebendo tratamento psicológico ou psiquiátrico no período em que ocorreu o uso letal. O status social elevado dos médicos traz muitas recompensas, mas também pode incluir um efeito de isolamento quando eles se tornam dependentes, o que inclui um estigma social devastador. A consequência é provavelmente um atraso significativo no reconhecimento de seu abuso de substâncias como um problema relevante e, conseqüentemente, outro atraso no processo de início de uma intervenção para prevenir o abuso de substâncias, culminando assim em um risco mais elevado de morte por overdose inadvertida ou suicídio²⁷. Além disso, muitos profissionais de saúde às vezes não têm conhecimento adequado sobre como lidar com esse complexo problema⁵, levando ao que se denomina “conspiração do silêncio” envolvendo familiares, colegas e também os médicos afetados⁶. Quando o usuário de substância é um profissional sênior, os demais tendem a temer ser punidos ao tocar no assunto. O atraso no processo de diagnóstico inclui a preocupação em revelar uma doença que causa dependência e perder não apenas prestígio, mas também a licença para praticar a medicina e, portanto, seu sustento. As famílias reconhecem o problema, mas também temem falar sobre ele no local de trabalho e devem lidar com as conseqüências financeiras e ocupacionais. A falsa crença de que o vício é uma escolha pessoal e não uma doença cerebral também limita significativamente a atenção médica a esse assunto. Embora a literatura mostre uma associação entre o uso de anestésico / opioide e suicídio entre médicos⁴, e que a prevalência de ideação suicida entre estudantes de medicina seja alta^{20,28,29}, não está claro se as mortes que pesquisamos, neste particular estudo, foram suicídios ou não. Mais estudos são necessários para desvendar o motivo real em outros casos letais específicos.

Mais recentemente, tem-se discutido a importância da detecção precoce de colegas acometidos desde o início de seu programa de treinamento e a discussão do tema na faculdade de medicina¹⁶.

Consideramos que a metodologia qualitativa foi consistente no sentido de fornecer um conjunto de possíveis explicações para um melhor entendimento das circunstâncias e fatores pessoais / profissionais que levam esses indivíduos a morrer por abuso de anestésicos e / ou opioides não prescritos. Isso foi possível por meio da aplicação de um

método qualitativo de análise aprofundado, baseado na autópsia psicológica como método de coleta de dados, ambos originais neste tipo de investigação. No melhor de nosso conhecimento, este é possivelmente o primeiro estudo qualitativo post-mortem a mostrar evidências de um conjunto de características particulares em termos de questões psicológicas, fatores ocupacionais, circunstâncias de morte e características de abuso de anestésicos e / ou opioides entre estes população específica e vulnerável, derivada de relatos de colegas e outros amigos mais próximos e parentes.

Este estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar, o design retrospectivo desta investigação, com base nas memórias das pessoas de um tempo passado, pode ser um fator limitante. Em segundo lugar, apesar do esforço de busca de casos letais (sistema de registro de óbitos e busca de pessoas conhecidas, principalmente colegas por meio de amostragem de bola de neve, contato com chefes de serviços de anestesia em nosso contexto e correspondência - da sociedade de anesthesiologia local), houve uma grande dificuldade para identificar casos elegíveis. Além disso, não foi fácil entrar em contato com os informantes-chave. Quando disponíveis, possuíam poucas informações devido ao comportamento socialmente restrito que encontramos na amostra. Além disso, a maioria das famílias não estava disponível. Após algumas tentativas de contato, em alguns casos desistimos ao perceber que seria extremamente sensível para eles falarem sobre a morte de seu parente. Havia apenas um familiar a mais disponível para falar sobre o assunto, talvez por causa de sua formação profissional na área de Psiquiatria. Além disso, foi difícil encontrar mais de uma pessoa para falar sobre o mesmo médico que morreu. Parece que se sentiam muito incomodados ao falar sobre a pessoa, não querendo se “comprometer”. “Abuso de substâncias e overdose” são temas delicados e parece que as pessoas tendem a falar apenas coisas boas sobre os que estão mortos, principalmente a família do falecido, de forma a “preservar suas almas”. Em geral, os médicos não se sentem à vontade para intervir no que chamam de “vida pessoal” de seus colegas. Nos EUA, os diretores do programa de residência não relataram de maneira consistente o TUS ao American Board of Anesthesiology⁸.

Trata-se de um estudo exploratório que, em nossa opinião, oferece um material precioso e original para o desenho de algumas estratégias preventivas iniciais e deve ser replicado em maior escala. Em primeiro lugar, fica clara a necessidade de se pensar em estratégias preventivas para minimizar as conseqüências negativas significativas do uso ilícito de anestésicos e / ou opioides e para evitar um final muito frustrante / traumatizante como uma overdose. Conhecer melhor o perfil dos anestesiológicos mais “em risco” facilitaria a detecção precoce de indivíduos mais vulneráveis para abordagem do médico. Algumas outras intervenções possíveis podem ajudar a lidar com esse problema: 1) esforços preventivos básicos podem se concentrar em fornecer informações sobre as substâncias e seus efeitos por meio da psicoeducação; 2) desmistificar o tema para os usuários e para os colegas (chefes e profissionais) que poderiam encaminhá-los para um diagnóstico adequado; 3) implementar um contro-

le sistemático das substâncias utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou sob sedação ou diagnóstico anestésico; e 4) análises de urina e cabelo que possam ser sistematicamente implementadas para um controle mais preciso, bem como investir na saúde mental e física dos profissionais que cuidam de pessoas parece ser fundamental. Também é relevante promover um campo aberto de discussão / reflexão entre os profissionais sobre o tema e maximizar a rede de apoio aos profissionais de saúde.

Em suma, nossa investigação identificou algumas características específicas desta amostra, mas mais estudos são necessários e fortemente encorajados nesta área para melhor compreender os fatores associados ao uso abusivo de anestésicos entre os profissionais médicos, bem como as estratégias preventivas podem contribuir para uma vida profissional mais estável e saudável para o anestesologista.

Conclusão

Nossos resultados sugerem que uma determinada rotina ocupacional anestésica (como fácil acesso a medicamentos, uma atividade médica solitária e estressante e as longas horas de trabalho), problemas emocionais recentes (ou seja, divórcio), personalidade impulsiva e ser introspectivo foram fatores relevantes que pode ter contribuído para o abuso de substâncias / opioides e consequente overdose / morte entre os anesthesiologistas. Possíveis doenças psiquiátricas concomitantes e “automedicação” também parecem ser fatores de risco significativos para abuso de substâncias e overdose. Estudos maiores são necessários para entender melhor como esses fatores podem ser identificados precocemente a fim de prevenir o abuso de anestésicos e / ou opioides e várias mortes entre anesthesiologistas.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à SAESP (Sociedade Paulista de Anestesiologia) em nome do Dr. Marcelo Torres pelo auxílio no envio do e-mail, e à Dra. Nancy Conti pelo auxílio na localização dos informantes.

Referências bibliográficas

- NIDA. <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>. Accessed in 20/03/2017
- Bryson, E O. The opioid epidemic and the current prevalence of substance use disorder in anesthesiologists. *Current Opinion in Anaesthesiology*; 2018;31(3): 388-92
- Jungerman FS, Alves, Palhares HN, Carmona MJC, Conti, Brisola N, and Malbergier, A. Anesthetic drug abuse by anesthesiologists. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2012;62(3): 380-86. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942012000300010>
- Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*. 2000 Oct; 93(4):922-30.
- Farber NJ, Gilbert SG, Aboff BM, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Physicians' willingness to report impaired colleagues. *Social science & medicine* (1982). 2005 Oct;61(8):1772-5.
- Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. Chemical dependency and the physician. *Mayo Clinic proceedings*. 2009 Jul;84(7):625-31.
- Fry, Fry e weeks. Substance use disorder amongst Australian and New Zealand anaesthetic trainees: an analysis of 30 years of data. *Anaesth Intensive Care* 2015; 43:4
- Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance Use Disorder Among Anesthesiology Residents, 1975-2009. *JAMA*. 2013; 310(21): 2289-96.
- Burnett G, Fry RA and Bryson EO. Emerging worldwide trends in substances diverted for personal non-medical use by anaesthetists *BJA Education*, 2020; 20(4): 114-19
- Levine MR, Rennie WP. Pre-employment urine drug testing of hospital employees: future questions and review of current literature. *Occupational and environmental medicine*. 2004 Apr;61(4):318-24.
- CDC Wonder. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/fentanyl.html> acessado em 10/05/2017
- Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Risk and outcomes of substance use disorder among anesthesiology residents: a matched cohort analysis. *Anesthesiology* 2015; 123: 929-36.
- Boulis S, Khanduja PK, Downey K, Friedman Z. Substance abuse: a national survey of Canadian residency program directors and site chiefs at university-affiliated anesthesia departments. *Can J Anesth* 2015; 62: 964-71.
- Talbott GD. The impaired physician and intervention: a key to recovery. *J Fla Med Assoc*. 1982 Sep;69(9):793-7.
- Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA. Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg*. 2005 Nov;101(5):1457-62. doi: 10.1213/01.ANE.0000180837.78169.04. PMID: 16244010.
- Samuelson, S.T., Bryson, E.O. The impaired anesthesiologist: what you should know about substance abuse. *Can J Anesth* .2017;64,:219-35 <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0780-1>
- Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Dis* 1998; 50: 269-76.
- Lefevre F; Lefevre AMC; Teixeira JJV. Discourse of the Collective Subject: a new methodological approach in qualitative research. *Caxias do Sul; Educ* 2000
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. Testimonials and speeches: a proposal of analysis in social research. Brasília (DF): Liber Livro; 2005; p12
- Bryson EO. The impact of chemical dependency on health care professionals involved with the delivery of anesthesia. *Int Anesthesiol Clin*. 2020 Winter;58(1):45-49. doi: 10.1097/AIA.0000000000000257. PMID: 31800415.
- Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos Sde P, Laranjeira RR. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992). 2005 May-Jun;51(3):139-43.
- Robb N. University acknowledges special risks, introduces drug program for anesthesiologists. *Cmaj*. 1995 Aug 15;153(4):449-52.
- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Jr., Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV. Prevalence of substance use among US physicians. *Jama*. 1992 May 6;267(17):2333-9.
- Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008 Nov;109(5):905-17.

25. Berge KH, Seppala MD, Lanier WL. The anesthesiology community's approach to opioid- and anesthetic-abusing personnel: time to change course. *Anesthesiology*. 2008 Nov;109(5):762-4.
26. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q, Lutz R, Mandler T, Tran ZV, Wischmeyer PE. A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia*. 2008 Jun;63(6):616-
27. Tetzalff. Chemical dependency and anesthesiology. Congress presentation 2009.
28. 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.
29. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *Jama*. 2016;316:2214-36.