

Consentimento livre e esclarecido na anestesiologia

Desiré Carlos Callegari
Reinaldo Ayer de Oliveira

Resumo O artigo tem por objetivo discorrer sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), compreendido como a aprovação expressa ou tácita do paciente quanto a participar de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, que, no entanto, não é obrigatório para o procedimento anestésico. Baseia a discussão em levantamento estatístico realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que aponta a existência de 100 denúncias registradas na área de Anestesiologia, no período compreendido entre janeiro de 1999 a janeiro de 2004. Conclui apresentando a sugestão de os médicos anestesiológicos adotarem o TCLE em sua prática laboral, visando tanto a respaldar o profissional quanto a proteger a autonomia do paciente, que desta forma pode exercer seu direito de escolha.

Palavras-chave: Consentimento livre e esclarecido. Anestesiologia. Ética médica.



O consentimento informado, ou como denominado no Brasil, consentimento livre e esclarecido, compreende a aprovação expressa ou tácita do paciente quanto a permitir ou participar de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico. Este é um tema da área biomédica que tem provocado intensos debates éticos e legais nos últimos anos. No Brasil, o assunto ainda é relativamente novo.

O termo de consentimento consiste em um instrumento que originalmente vem sendo utilizado em pesquisas envolvendo seres humanos, o qual se propõe assegurar, acima de tudo, o respeito ao bem-estar e à autonomia do sujeito da pesquisa. A Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, *Diretrizes e Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*, define-o como *anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação com-*



Reinaldo Ayer de Oliveira
Doutor em Patologia pela
Universidade de São Paulo (USP),
professor de Bioética da Faculdade
de Medicina da USP e conselheiro
do Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo, Brasil

*pleta e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária no experimento*¹. Portanto, além do documento propriamente dito, o consentimento caracteriza-se por ser também um processo que implica em informar corretamente e de forma acessível à compreensão do sujeito de pesquisa os procedimentos que se pretende realizar, seus benefícios e riscos.

Diante da importância do consentimento para a prática ética na área da saúde e do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) como seu instrumento normatizador, o objetivo deste artigo é orientar os profissionais da Anestesiologia para que também adotem seu uso na prática de procedimentos anestésicos. Mesmo que o paciente tenha concordado e consentido formalmente na realização de procedimento que implique em anestesia, não é demais, também para o anestesiológico, contar com documento específico, que confirmaria se o paciente (ou o responsável legal) foi informado sobre as técnicas anestésicas às quais estará sujeito e seus prováveis riscos eventuais, bem como esclarecido sobre quaisquer questões relacionadas ao processo e que considere duvidosas.

Termo de consentimento

Na área clínica, ou seja, na prática profissional do médico, o consentimento, mormente conhecido sob a denominação de consentimento informado, vem representando um rompimento na tradicional relação médico-paciente, na qual o poder decisório do médico era considerado absoluto. Em virtude disso, a tradição hipocrática que milenarmente pautou a relação médico-paciente está sofrendo transformações ao longo das últimas décadas. Com a valorização do respeito à autonomia dos doentes, os médicos passaram a compartilhar informações e a discutir, com os pacientes, alternativas de diagnóstico e tratamento.

Esse modo de convivência, na prática clínica, não surgiu espontaneamente na área médica, tendo sua origem nos tribunais estadunidenses, a partir do início do século XX. A decisão precursora no reconhecimento da autodeterminação do paciente, entendida como seu direito à autonomia, foi proferida em 1914, nos Estados Unidos, pela Corte de Nova Iorque. Trata-se da ação de Schloendorff *versus The Society of the New York Hospital*. A senhora Schloendorff entrou com ação contra o hospital porque foi submetida a procedimento cirúrgico de retirada de um fibroma sem o seu consentimento. O juiz encarregado do caso afirmou: *todo ser humano em idade adulta e mentalmente capaz tem o direito de determinar o que será feito em seu próprio corpo* ².

Algumas décadas depois, já nos anos 50, os tribunais estadunidenses começaram a deparar-se com questionamentos relativos a procedimentos e terapêutica, cujo foco era a noção, cada vez mais consubstanciada, de autonomia do paciente: *têm os pacientes o direito não apenas de saber qual procedimento está sendo proposto pelo médico, como também de decidir se a intervenção é aceitável, levando-se em conta seus riscos, benefícios e alternativas disponíveis – inclusive a de não realizar o tratamento proposto* ³. A respeito dessa mudança nos princípios orientadores da prática clínica Guz afirma: *assim, para que o paciente pudesse tomar tal decisão, necessário seria o reconhecimento de um dever afirmativo do médico, no sentido de não apenas comunicar o tratamento proposto, mas informar o paciente sobre os riscos e benefícios de tal tratamento, bem como as possíveis alternativas* ⁴.

Pode-se definir, portanto, que a obtenção do consentimento do paciente para a realização de determinado ato médico implica em sua concordância, ainda que revogável, a qual deve ser precedida de informação e esclarecimentos claros e suficientes sobre o procedimento que se pretende realizar, bem como suas possíveis implicações. Assim, o consentimento livre e esclarecido não se restringe apenas a ser instrumento ético-jurídico, como, principalmente, representa um direito do paciente, mediante o qual é expressa sua autonomia. Contrariamente ao que ocorre nas relações baseadas na heteronomia, nas quais prevalece a vontade do médico em relação à integridade física e psicológica do paciente, ao manifestar sua autonomia este poderá decidir sobre sua participação em estudos científicos e também na aceitação do diagnóstico e do tratamento médico proposto.

O termo *consentimento informado* (*informed consent*) surgiu em 1957, na área jurídica estadunidense, no caso *Salgo versus Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*. Na ação, Martin Salgo, que sofreu paralisia permanente em consequência de uma aortografia translombar, alegou não ter sido alertado sobre o risco desse procedimento. A Corte deu ganho ao reclamante, sustentando que o paciente deveria ter sido informado sobre todas as possíveis sequelas ³. A partir dessa decisão o consentimento informado passou a vincular-se de modo estreito com o conceito de autonomia.

O direito do paciente ao consentimento informado protege e promove sua autonomia. Por

isso, o ato do consentimento deve ser genuinamente voluntário e basear-se na revelação exata das informações. Faden e Beauchamp estabelecem que para que ações sejam consideradas autônomas devem cumprir três condições: intencionalidade, conhecimento adequado e ausência de controle externo. Considerando a dificuldade de as três condições serem atingidas de maneira ideal, procura-se estabelecer a autonomia diante de determinado tema ou condição ².

O consentimento nos códigos de ética médica

A regulação ética do exercício profissional está contida nos códigos éticos, sendo seu cumprimento o que se define como os *deveres* e *direitos* dos profissionais, obrigatórios para todo médico. Ao fixar as normas para o exercício profissional os códigos de ética buscam promover o melhor para o paciente, para a sociedade e para os médicos. O código reflete o pensamento e as posições dos médicos no momento de sua elaboração e aprovação, bem como espelha os anseios da sociedade da época. É o que se observa, não por acaso, no Código de Ética Médica (CEM) ⁵ que entrou em vigor no mesmo ano da nova Constituição da República Federativa do Brasil, a qual estabelece como princípios fundamentais a cidadania e a dignidade da pessoa humana, bem como o direito à saúde assegurado pelo Estado ⁶.

Entretanto, apesar de refletirem a conjuntura social do momento histórico e cultural no qual foram desenvolvidos, os códigos nem sempre traduzem integralmente as

posições prevalentes e consensuais, havendo, inclusive, dúvidas de que tenham sentido eminentemente prático, dado seu aporte filosófico. É em decorrência desta característica que conceitos como *autonomia* e *consentimento*, por exemplo, têm-se revelado, cada vez mais, temas prevalentes nos códigos de ética médica atuais.

Na elaboração em 1988 do CEM ⁵ para os médicos brasileiros duas formulações foram discutidas. A primeira foi a proposição de um código estruturado em declarações genéricas, como, por exemplo: *o médico deve sempre fazer aquilo que for melhor para o seu paciente*, que resumiam, de forma adequada, o que a sociedade de então esperava da atuação dos médicos ⁷. Por ser um documento doutrinário e prático, a segunda proposição caracterizou-se por ser mescla de código de moral que, de alguma forma, ampliava e redefinia os princípios da doutrina hipocrática e voltava-se a regular com precisão muitos aspectos práticos da profissão sem, contudo, impedir a discussão de pontos controvertidos do labor médico, considerando, especialmente, os avanços científicos e tecnológicos das ciências, bem como as conquistas sociais do período ⁷. Os *Princípios Fundamentais*, os direitos e deveres dos médicos constantes nesse código, eram considerados deontológicos e seus artigos passíveis de punibilidade.

Contudo, a opinião amplamente majoritária dos médicos foi que a crescente complexidade do exercício profissional, desde a sofisticação tecnológica dos novos métodos de diagnóstico e tratamento até as dificuldades de delicados

problemas das prioridades de alocação de recursos, tornava recomendável a existência de um conjunto de diretrizes que orientasse os profissionais na relação com os pacientes e a sociedade ⁶. De qualquer maneira, é claro, o documento formulado em 88 cumpriu sua função precípua como código de ética médica, que é a de fixar os limites morais de comportamento e atitudes do médico em diversas situações de sua prática profissional.

Consoante a esses anseios da classe médica, o Código de Ética Médica de 2009 ⁸ altera a perspectiva do documento anterior, dando ênfase à autonomia do paciente, como quando assevera, por exemplo, que *o médico deve fazer aquilo que considera melhor para o seu paciente, desde que haja esclarecimento e consentimento do mesmo*. A exemplo de códigos de outros países, o CEM atual contempla princípios éticos fundamentais, como respeito absoluto pela vida humana, obrigação de aprimorar continuamente os conhecimentos e manutenção do sigilo profissional. Reafirma a incorporação de aspectos relevantes no campo da medicina, como: direitos dos médicos e pacientes, direitos humanos, doação e transplante de órgãos e tecidos, e pesquisa médica.

Neste novo código, o capítulo dedicado aos princípios éticos fundamentais e direitos dos médicos são apenas orientadores de conduta, enquanto os deveres dos médicos são considerados deontológicos e seus artigos passíveis de punibilidade. Com o avanço científico e tecnológico na área médica, assim como em decorrência dos novos deveres e direitos na

relação médico-paciente, os profissionais vêm se deparando com situações de conflito ético em várias situações, como nos casos de reprodução assistida, definições sobre o início e terminalidade da vida, alocação de recursos, entre tantas outras – as quais foram incorporadas no código atual.

Os conselhos de medicina, órgãos responsáveis pela supervisão da ética profissional e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores dos médicos no Brasil, procuram estabelecer diretrizes para orientar os profissionais nessas situações de dificuldade ou conflito na prática cotidiana, por meio de documentos auxiliares ao código de ética: as resoluções. Portanto, podem surgir conflitos com relação à atitude que o médico deve assumir diante de situações não claramente balizadas no código de ética médica – as quais têm sido debatidas não só no meio médico como também envolvido a participação de outros profissionais da área da saúde e fora dela, inclusive nos meios de comunicação, com expressiva participação de pessoas e grupos sociais. O resultado dos debates aponta para a necessidade de revisão periódica dos códigos de ética médica, tal como ocorreu em 2009 no Brasil.

Na prática clínica, considerando a relação médico-paciente, o consentimento livre e esclarecido se faz necessário para a definição e/ou realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico. O consentimento livre e esclarecido, na prática profissional do médico, está explicitado no art. 22 do Capítulo V sobre Direitos Humanos, do Código de Ética Médica, que veda ao médico *deixar de obter*

*consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte*⁸ – o que também é reforçado no art. 24, que igualmente veda ao médico *deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo*⁸. Está contemplado, ainda, no art. 31 do Capítulo V, sobre Relação com Pacientes e Familiares, quando expressa ser vedado ao médico *desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*⁸.

Anestesiologia e ética médica: dados de um estudo de caso

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), cerca de 20% das denúncias relativas aos anesthesiologistas tornam-se processos disciplinares. Levantamento estatístico referente a 100 denúncias registradas na área de Anestesiologia, entre janeiro de 1999 e janeiro de 2004, mostra que 20 delas, ou seja, 20%, foram transformadas em processos disciplinares, o que difere da estatística geral da instituição para todas as outras áreas, que é de aproximadamente 13%⁹.

Vários fatores concorrem para essa diferença em relação às demais especialidades. Um deles o de que a Anestesiologia apresenta grande risco de eventuais complicações tornarem-se sequelas muitas vezes irreversíveis ou evolú-

rem para óbito. Outro, são as condições de trabalho do anesthesiologista nem sempre as melhores, concorrendo para ampliar a exposição a riscos.

As principais queixas relativas à Anestesiologia durante o período estudado são, em ordem decrescente: complicações (sequela e óbito), 39%; abandono de plantão, 15%; relacionamento médico-médico, 9%; provável choque anafilático, 6%; ausência na sala cirúrgica, 4%; relacionamento médico-paciente, 4%; problemas com honorários, 3%; recusa em realizar a anestesia, 3%; dependência química, 3%; condições de trabalho, 2%; assédio sexual, 1%; doença incapacitante, 1%. A porcentagem relativa a *outras causas variadas* correspondeu a 10%.

A respeito das variáveis complicações (sequela e óbito), 39%; condições de trabalho, 2%; e provável choque anafilático, 6%, que somam 47% dos problemas registrados, a Resolução CFM 1.802, de 4 de outubro de 2006, em seu art. 2º estabelece as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia. O anesthesiologista deve exigir da direção clínica de seu local de trabalho o cumprimento desta norma¹⁰. Outro ponto importante desta resolução – no art. 1º, parágrafo terceiro – trata do registro, na ficha de anestesia, dos sinais vitais do paciente, somado ao preenchimento completo das intercorrências e medidas tomadas, tanto na ficha de anestesia quanto na folha de evolução médica. Da mesma forma, o art. 87 do CEM proíbe ao médico *deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente*⁸. Essas medidas são essenciais, pois esses dados

serão analisados quando da necessidade de levantar informações a respeito de qualquer intercorrência atribuída ao desempenho ético-profissional do anestesiológico.

Ainda sobre essas variáveis, no que tange à realização de anestésias simultâneas, a resolução acima citada, no art. 1º, parágrafo quarto, é bastante enfática: *é ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico.*

Quanto à relação médico-médico, que corresponde a 9% das queixas, e às questões pertinentes a honorários (3%), a análise dos dados relativos aos anestesiólogos é semelhante a de outras especialidades. Deve o profissional ser preciso e claro com o paciente e a família. Para isso, o Código de Ética Médica, em seu Capítulo V, relativo a pacientes e familiares, e Capítulo VIII – Remuneração profissional –, normatiza de maneira direta essa relação.

O abandono de plantão é bem tipificado nos artigos 7º, 8º e 9º, do Código de Ética Médica⁸, bem como no parágrafo único deste último, que define a responsabilidade dos médicos escalados para o cumprimento de plantões em serviços de urgência e emergência, bem como da instituição na qual prestam serviço. Os plantões a distância ou plantões de disponibilidade estão definidos pela Resolução Cremesp 74/96. Esses dois tipos de queixas foram identificados na pesquisa com os percentuais de 15% para o abandono de plantão e 4% para a ausência na sala cirúrgica.

O profissional médico *dependente químico*, cujo percentual de queixas no material levantado pelo Cremesp correspondeu a 3%, foi avaliado em estudo realizado pela Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), em parceria com o Cremesp. Publicado em setembro de 2001, os resultados dessa análise mostram, em percentual, as especialidades mais susceptíveis. Em primeiro lugar, a Clínica Médica (24,76%), e em segundo, empatadas, a Cirurgia (12,13%) e a Anestesiologia (12,13%)¹⁰.

Discussão dos processos julgados

Dos processos concluídos e julgados que envolvem a especialidade de Anestesiologia, entre janeiro de 1999 e janeiro de 2004, 36% foram condenados e 64%, inocentados. No tocante às penas aplicadas, 36% receberam pena A (advertência confidencial em aviso reservado); 18%, pena B (censura confidencial em aviso reservado); 18%, pena C (censura pública em publicação oficial); 28% foram apenados com a pena D (suspensão do exercício profissional por até 30 dias e publicação oficial). Nenhum recebeu a pena E (cassação do exercício profissional *ad referendum* do CFM). Na estatística do período não houve processo de cassação referendado, pois o mesmo, em grau de recurso no CFM ou na esfera judicial, só é computado após o julgamento nestas instâncias.

Entre as principais especialidades médicas relacionadas a denúncias no período desta pesquisa, num total de 12.830 recebidas, a

Anestesiologia encontra-se em 14º lugar. Nos primeiros lugares, as especialidades Ginecologia, Obstetrícia e Oftalmologia, respectivamente.

Em períodos anteriores a especialidade já ocupou o 7º e 12º lugares. Essa diminuição das infrações deve-se ao aprimoramento dos Centros de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia; à melhoria das condições de trabalho, influenciadas pelas resoluções dos conselhos de ética e fiscalizações realizadas pelo Departamento de Fiscalização do Cremesp e Vigilância Sanitária; à prevenção, por meio de aulas didáticas e julgamentos simulados, e, ainda, ao próprio aumento da quantidade de ações judiciais.

Considerações finais

Diante do exposto nesta breve análise dos processos instaurados e julgados no âmbito do Cremesp, fica evidente que o termo de consentimento livre e esclarecido para o procedimento anestésico deveria tornar-se documento obrigatório, sendo conveniente que os profissionais dessa especialidade o adotem. Mesmo que o paciente tenha concordado e consentido formalmente com a realização de um procedimento que implique em anestesia, não é demais também o anestesiológista contar com documento específico. De fato, a tendência entre os profissionais da área é no sentido de sua utilização, pois poderá auxiliar em futuros processos. Cumpre ressaltar que as empresas

de seguro médico já têm feito exigências quanto ao preenchimento de um documento nos moldes de um consentimento.

O termo a ser preenchido e assinado confirmaria que o paciente (ou o responsável legal) foi informado sobre o procedimento anestésico e seus riscos eventuais, bem como esclarecido sobre questões duvidosas em relação ao procedimento. Da mesma maneira que os demais documentos que atestam o consentimento, deveria ser assinado pelo paciente ou seu responsável legal, pelo médico anestesiológista e por uma testemunha. Sugere-se que o documento contenha: 1. Identificação do paciente; 2. Explicação sobre o procedimento anestésico (tipo de anestesia) ou tratamento proposto; 3. As alternativas possíveis ao procedimento proposto; 4. Os riscos e benefícios previsíveis; 5. Necessidade e alternativas à transfusão de sangue e/ou de seus componentes, quando indicados; 6. Assinatura do paciente ou responsável legal, aceitando a realização do procedimento; 7. Assinatura da testemunha; 8. Assinatura do anestesiológista.

O assunto não está consensuado e carece discussão ampla e aprofundada. Cabe ainda registrar que tal discussão será tão mais proveitosa à medida que considere o consentimento não apenas como resposta aos legítimos interesses dos profissionais da área de anestesiologia, mas, especialmente, como instrumento voltado à promoção da autonomia do paciente.

Resumen

Consentimiento libre y esclarecido en la anestesiología

El artículo tiene por objetivo discurrir sobre el Consentimiento informado, comprendido como la aprobación expresa o tácita del paciente en lo que se refiere a participar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, que, no obstante, no es obligatorio para el procedimiento anestésico. Basa la discusión en levantamiento estadístico realizado por el Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp (Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo), que apunta la existencia de 100 denuncias registradas en el área de Anestesiología, en el período comprendido entre Enero de 1999 y Enero de 2004. Concluye presentando la sugestión de que los médicos anestesiólogos adoptasen el Consentimiento Informado en su práctica laboral, visando tanto respaldar al profesional como proteger la autonomía del paciente, que, de esta forma, puede ejercer su derecho de elección.

Palabras-clave: Consentimiento informado. Anestesiología. Ética médica.

Abstract

Informed consent in anesthesiology practice

This article aims at describing the Informed Consent understood as a tacit agreement or a clearly expressed approval when participating either in a diagnostic or therapeutic procedure. However such term is not an obligatory document for anesthesia procedures. This discussion is based on a statistical research carried out by the Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp (São Paulo Medicine Regional Council) which shows 100 registered denounces in the Anesthesiology area from January 1999 to January 2004. Conclusions show that anesthesiologists should adopt the Informed Consent in their daily professional practice aiming at protecting the professional as well as the autonomy of the patient who, in this way, may exercise his/her right of choice.

Key words: Informed consent. Anesthesiology. Ethics, medical.

Referências

1. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 16 out 1996;(201-seção I):21082-5.

2. Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986.
3. Katz J. El médico y el paciente: su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
4. Guz G. O consentimento livre e esclarecido na prática da assistência médica: um estudo da jurisprudência dos tribunais brasileiros [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988 [Internet]. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. São Paulo: Cremesp; 1988 [acesso 10 jan. 2008]. Disponível: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
6. Oselka GW. O código de ética médica. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo: EdUSP; 2002. p.63-8.
7. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva; 2005. (Coleção Saraiva de Legislação).
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União 24 set 2009 [acesso 10 Jan 2008];(seção I):90. Retificação publicada no Diário Oficial da União 13 out 2009;(seção I):173. Disponível: <http://www.gineco.com.br/codigo.htm>.
9. Callegari DC. Aspectos das denúncias, processos disciplinares e das principais infrações éticas de anestesiológicos. In: Manual de orientação ao anestesiológico. 4ª ed. São Paulo: Cremesp, Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo; 2005. p.13-9.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.802, de 4 de outubro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Diário Oficial da União 1 nov 2006;(seção I):102.
11. Alves NPA. Dependência química entre médicos: a experiência de um serviço pioneiro no Brasil – Rede de Apoio a Médicos: características sociodemográficas, padrões de consumo, comorbidades e repercussões do uso de álcool e outras drogas entre médicos [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2007.

Recebido: 28.1.2010

Aprovado: 24.5.2010

Aprovação final: 17.8.2010

Contatos

Desiré Carlos Callegari - desirecc@terra.com.br

Reinaldo Ayer de Oliveira - rayer@usp.br

Rua Rui Barbosa, 333, aptº 21B, Boa Vista CEP 09190-370. Santo André/SP, Brasil.