

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA:

CLÍNICA MÉDICA

**Álcool e uso de preservativos: Qual a contribuição para o risco
de sobrevida em atendimentos de Emergência?**

IRMA ROSSA

Autora

PROF. DRA. MÁRCIA L. F. CHAVES

Orientadora

TESE DE DOUTORADO

2003

"Você não tem que ver toda a escadaria antes de subir o primeiro degrau"

Martin Luther King, Jr.

"Você só não pode cometer erros definitivos"

Aldo Novak

MED
T
WM274 R823a 2003

05021196

[000708305] Rossa, Irma. Álcool e uso de preservativos : qual a contribuição para o risco de sobrevida em atendimentos de emergência?. 2003. 113 f.

II

Para Verônica, que espero tenha o melhor de mim e
João Luiz, por aceitar todo o pacote.

In Memoriam

À minha mãe, Lea Conte Rossa,
que motivou a escolha da Medicina e foi meu exemplo de empenho e
resistência pacífica ao sofrimento.

AGRADECIMENTOS

Na trajetória até este momento, muitos dos obstáculos e dificuldades foram vencidos graças ao encorajamento e ajuda de tantas pessoas que é impossível mencioná-las, porém, na última etapa, o apoio dos que se seguem foi fundamental:

Airton Stein, amigo e conselheiro, pelo estímulo constante, apoio firme e modelo de conduta em pesquisa,

Edinei Rosane Silva Barreto, que ajudou em todas as fases deste projeto e as demais colegas da Equipe Dependência Química do Hospital Nossa Senhora da Conceição: Elaine Santos Segura, Lucí Roman, Tatiana Silva Victória e Vera Lúcia Louzada Bica, que me pouparam do trabalho diário para poder me dedicar a esta tese,

Alam Birck, pelo trabalho com as análises estatísticas,

Luciane Prates Salgado e Guilherme Faria Correia, pelo trabalho na coleta dos dados,

Dr. Charly Genro, por ceder cópia de material muito precioso e raro e aos demais colegas médicos, enfermeiros e funcionários do Serviço de Emergência, da Internação e do GEP do Hospital Cristo Redentor, pelo carinho que me acolheram e pela ajuda na fase de coleta dos dados.

A Marcos Fischer, do CPD do Grupo Hospitalar Conceição por elaborar o programa que definiu os pacientes a serem entrevistados.

Agradecimento especial a minha orientadora Márcia Lorena Fagundes Chaves, que dedicou tempo e energia neste trabalho e em outros momentos da minha vida, com paciente e firme orientação, muitas vezes abrindo mão de seus interesses para me ajudar.

Sou eternamente grata.

SUMÁRIO

Dedicatória	III
<i>In Memoriam</i>	V
Agradecimentos	V
Sumário	VI
INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	5
OBJETIVOS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ARTIGO EM INGLÊS	31
VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ARTIGO	56
ANEXO I: Conclusões	87
ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
ANEXO III: Manual de Instruções	91
ANEXO IV: Mini Exame do Estado Mental	98
ANEXO V: Questionário de Identificação	100
ANEXO VI: Comportamentos de risco	102
ANEXO VII: AUDIT- <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	105
ANEXO VIII: Inventário para Depressão de Beck	107
ANEXO IX: AIS – <i>Abbreviated Injury Scale</i>	112

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Problemas psiquiátricos, particularmente abuso de álcool e depressão representam um grande problema de saúde para a sociedade. A OMS calcula que cerca de 5,8 % dos homens e 9,5 % das mulheres sofrem de depressão (WHO, 2001) e em pacientes internados por qualquer doença física a prevalência de depressão varia entre 22 e 33% (WPA, 1997) Por outro lado, a prevalência de alcoolismo no Brasil varia de 3% até 10% dependendo da população estudada e dos critérios diagnósticos (Almeida Coutinho, 1993 e Moreira et al.1996).

Tanto a Depressão como os problemas relacionados ao consumo de álcool são passíveis de prevenção e tratamento (Massie e Holland, 1990). A maioria das pessoas portadoras destas condições, porém, não recebe nenhum tratamento especializado porque as mesmas não são diagnosticadas como tal. Estudos têm mostrado que em Serviços de Emergência (SE) pessoas com uso e abuso de álcool são muito prevalentes, sendo que nos Estados Unidos esta prevalência chega a 30% (Neira, 2000). No Brasil, em um estudo de Bordignon e Arruda (2002) que avaliou pacientes com traumatismo craniano, foi encontrado a prevalência de 8% de intoxicação alcoólica. Também há evidência na literatura sugerindo que os médicos nos serviços de atenção primária freqüentemente falham em reconhecer, diagnosticar e tratar pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool ou com problemas mentais. (Olfson et al. 2003). Farvolden e colaboradores referem que pessoas sofrendo de depressão são muito comuns nos atendimentos de cuidados primários e não são reconhecidas em mais da metade dos casos.

Desde que os SE existem, médicos e enfermeiros têm ajudado as pessoas que apresentam problemas com álcool. Na maioria dos serviços, porém, não há uma rotina para rastreamento, os pacientes freqüentemente não são identificados ou encaminhados para serviço especializado. Também não costuma haver nenhum tipo de intervenção breve. Num estudo desenvolvido nos EUA foi constatado que apenas um terço dos médicos costumava investigar o consumo de álcool entre os pacientes (CASA 2000).

Assim, os médicos emergencistas perdem muitas oportunidades de diagnosticar e aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool.

Os fatores que contribuem para que isto aconteça são o desconhecimento da efetividade no tratamento dos problemas de abuso e dependência do álcool, desconhecimento no uso de instrumentos padrões para rastreamento, falta de treinamento para aplicar intervenções breves, desconhecimento dos locais para encaminhar os pacientes e falta de retorno acerca dos resultados de suas intervenções na redução dos problemas relacionados com o álcool (CASA, 2000).

A literatura é enfática em afirmar que intervenções breves em usuários de álcool podem ter uma enorme repercussão em termos de saúde pública com mudança no comportamento do beber e altas taxas de abstinência (Fleming et al. 2000; Enoch e Goldman, 2002). Outros estudos clínicos controlados de rastreamento, intervenção breve e encaminhamento tem mostrado desfechos positivos para diminuir ou eliminar o uso de álcool, reduzindo as taxas de lesões, outros riscos associados ao álcool e como consequência, diminuindo os custos para a sociedade (Fleming et al. 2002). Os SE oferecem uma oportunidade para a realização de rastreamento, intervenção breve e encaminhamento. A Emergência é o local ideal para se fazer intervenção focada no momento em que está ocorrendo o efeito adverso do uso do álcool, pois é onde se encontram pessoas que bebem de maneira problemática. Em função desta situação especial, quando a associação entre o uso de álcool e as possíveis consequências negativas de seu uso poderiam ser exploradas, é possível que neste momento o indivíduo se encontre sensível para ser ensinado (Longabaugh et al. 1995 e D'Onofrio et al. 1998).

As investigações encontradas na literatura também mostram que a realização de rastreamento para problemas com álcool pela combinação de instrumentos auto-aplicados validados com breves conselhos ou com encaminhamento, constitui método simples, efetivo e não dispendioso para prevenir desenvolvimento e progressão destes problemas. (Longabaugh et al. 1995 ; D'onofrio, 2002; Maio e Cunningham, 2002)

Também em enfermarias, as intervenções breves têm eficácia. Para avaliar a eficácia de aconselhamento numa enfermaria, Mcmanus e colaboradores (2003) investigaram estes pacientes seis meses após a intervenção. A intervenção consistia de uma ou duas sessões de aconselhamento para a qual, os autores encontraram uma redução no consumo de álcool da média de 49 doses semanais na admissão para 26 doses semanais no seguimento de 6 meses.

Até os anos 90 o foco principal dos profissionais de saúde e dos pesquisadores, tanto para diagnóstico como para intervenções, era a dependência do álcool ou alcoolismo. Mais recentemente, a preocupação estendeu-se aos bebedores problemas e àqueles em risco de desenvolver dependência, bem como os dependentes propriamente ditos. (Institute of Medicine, 1990) Estas mudanças refletiram-se nos instrumentos de rastreamento que foram desenvolvidos desde então, que tentam identificar bebedores problemas, bebedores de risco bem como os dependentes. (Saunders et al. 1995)

Os instrumentos de rastreamento devem ser capazes de diagnosticar não só os alcoolistas como os bebedores pesados e em risco de desenvolver dependência. Por outro lado estes questionários devem ser de rápida aplicação. Esta necessidade é mais evidente nos serviços de emergência onde os profissionais que atendem acidentados e traumatizados sofrem a pressão da pouca disponibilidade de tempo (Hodgson et al. 2002).

Apesar do exposto, pouco tem sido feito no Brasil no sentido de divulgar os questionários de rastreamento como método diagnóstico de problemas relacionados ao consumo de álcool. Numa busca pelos bancos de dados Lilacs usando os descritores "álcool", "depressão", "trauma" e "emergência" apenas 9 trabalhos foram encontrados nas publicações dos últimos 23 anos.

REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

Embora a situação de saúde no Brasil venha mostrando um avanço nos últimos anos, especialmente no que se refere à diminuição nas taxas de mortalidade infantil (MS, 2001), há um aumento no crescimento da mortalidade por causas externas. De fato, as causas externas (acidentes e envenenamentos) são a 2ª maior causa de morte no Brasil. Nos últimos 70 anos a taxa de mortalidade violenta aumentou em 17,5% (Magalhães, 2002) contrariamente ao que ocorre tanto nos países desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá) como naqueles considerados mais pobres (Venezuela e Paraguai) que vem experimentando uma queda nestas taxas. O Brasil está equiparado à Colômbia, país que vive uma situação política conturbada pela guerrilha e o narcotráfico.

A era industrial, o desenvolvimento tecnológico, o aumento de velocidade de veículos, as condições socioeconômicas, pobreza, miséria e a própria natureza humana são fatores que contribuíram para o crescimento progressivo dos mais diferentes tipos de trauma. Na história natural do mundo, a violência tem sido um mecanismo de defesa. Indivíduos, povos e nações se digladiaram na luta pela sobrevivência. Na realidade, o trauma é um reflexo da história da humanidade (Rasslan & Birolini, 1998).

Conforme dados do ano 2000, o número de vítimas de acidentes e violência chegou a 117.644, com coeficiente de 69,3/100.000 habitantes. Os homens têm maior risco, comparando com as mulheres (84,0 e 21,7/100.000, respectivamente). No Rio Grande do Sul no ano 2000, o coeficiente foi de 64,3/100.000 habitantes, ocupando o 13º lugar no país. Estas mortes são mais freqüentes, considerando a faixa etária, em homens adolescentes e adultos jovens.

Sob a definição de causas externas encontram-se diferentes tipos de causas, algumas classificadas como intencionais (suicídio e homicídio) e outras como não intencionais (quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho, etc.). Os homicídios são a causa mais freqüente, com coeficiente de 26,5/100.000 habitantes, seguida pelos acidentes de transporte (17,4/100.000 habitantes), cujas vítimas foram metade de pedestres, pois os atropelamentos, que se caracterizam por choque de forças desiguais,

costumam provocar lesões graves. As outras causas incluem, envenenamentos, queimaduras, afogamentos entre outros. As quedas têm representação pequena do ponto de vista de mortalidade, mas são freqüentes na morbidade, como causa de procura de serviços de emergência e hospitalizações (Lebrão et al. 1997; Deslandes, 1999).

Se os dados sobre mortalidade relacionada aos acidentes são abundantes na literatura e nos dados oficiais, o mesmo não ocorre em relação aos dados sobre a morbidade. Os acidentes, entretanto, têm constituído demanda significativa do atendimento das emergências hospitalares (Pinheiro, 1994). Deslandes e Silva estudaram a morbidade dos acidentes de trânsito em dois hospitais do Rio de Janeiro (2000). O estudo mostrou que as vítimas eram do sexo masculino (69,3%), que referiam uso de drogas envolvendo o acidente (18,6%), sendo que o álcool foi a droga mais utilizada (94,6%). Aparecem neste trabalho duas características que parecem pertinentes quanto ao risco de acidentes (sexo masculino e uso de álcool). Os autores criticam a percepção de que as lesões decorrentes dos acidentes de trânsito sejam percebidas com acidentais - eventos imprevisíveis atribuídos ao destino. A sugestão é de que a concepção de fatalidade de um acidente de trânsito deva dar lugar à idéia de que tais eventos são evitáveis na sua maioria. Ocorre que alguns comportamentos podem ser de risco para os acidentes. Caracteriza-se risco como sendo a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. A definição de risco engloba uma variedade de medidas de probabilidades incluindo aquelas baseadas em dados estatísticos ou em julgamentos subjetivos (Bioethics Thesaurus, 1995). Assim, subjetivamente, podemos dizer que pessoas que não têm cuidado com sua vida pessoal são mais sujeitas aos acidentes. Por esta linha de pensamento acreditamos que sujeitos do sexo masculino, usuário de álcool, com humor deprimido e poucos cuidados pessoais possam estar expostos a maior risco de acidentes e que estes acidentes sejam de maior gravidade.

A assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo. A

emergência é caracterizada com sendo a situação onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato (Rosa, 2001).

Recentemente, o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões sugeriu um critério de triagem para o atendimento imediato a pacientes acidentados que chegam ao SE. A rapidez do atendimento é definida pelos parâmetros pressão arterial sistólica (< 90 mmHg), escala de Glasgow para coma (< 8), e necessidade de entubação endotraqueal, seja por comprometimento das vias aéreas ou por lesões por arma de fogo na cabeça ou tórax.. (Tinkoff & O'Connor, 2002) No entanto, a avaliação de desfecho do evento traumático sugere que a escala ISS (*Injury Severity Scale*) deva ser usada. A ISS é na verdade um índice definido pelos escores da AIS (*Abbreviated Injury Scale*).

Escala Abreviada de Lesões (*Abbreviated Injury Scale* = AIS)

A AIS é uma escala que descreve as lesões em termos de posição anatômica, tipo e gravidade relativa. Com ela os pesquisadores têm um método de classificar e comparar as lesões de acordo com sua gravidade e também uniformizar a terminologia usada para descrevê-las (Copes e al. 1969). Em primeiro lugar, esta escala é baseada na anatomia das lesões, e, neste particular, é diferente dos outros sistemas que relacionam parâmetros fisiológicos. Como resultado deste princípio há somente um único escore de AIS para cada lesão para uma dada pessoa, enquanto em classificações relacionadas aos aspectos fisiológicos pode haver vários indexes de gravidade, que é dependente das mudanças fisiológicas de cada paciente e do tempo para o mesmo tipo de lesão. A AIS estabelece um escore de lesão, não suas conseqüências. Também a AIS é a base para Escore de Severidade de Lesão (*Index Severity Scale - ISS*) que calcula a gravidade como um todo dos pacientes politraumatizados (Baker et al. 1974).

A primeira versão desta escala, construída por um esforço conjunto da Associação para os Avanços da Medicina Automotiva e da Sociedade de Engenheiros Automotivos dos Estados Unidos e assessorados por cerca de 35 consultores, foi publicada em 1971. Desde

então, já foi aprimorada em função dos progressos médicos e da observação de seu uso. A versão vigente é a de 1990 (AIS, 1990).

Inicialmente esta escala foi criada para fins de pesquisa em acidentes de trânsito envolvendo veículos, mas sua aplicação foi estendida para estudos epidemiológicos e em centros de atendimento ao traumatizado para predizer a probabilidade de sobrevivência, evolução da resposta clínica do paciente, pesquisas no sistema de saúde e avaliação do custo social das lesões. Nos Estados Unidos seu uso é considerado requisito essencial para qualificação dos Centros de Atendimento ao Traumatizado (AIS, 1990).

Comportamentos de risco para a possibilidade de acidente

Os acidentes normalmente não ocorrem pelo acaso ou como produto da fatalidade. Existe sempre um fator de risco sobre o qual é possível atuar, modificando assim a ocorrência de eventos traumáticos. Para a prevenção do trauma são sugeridas medidas nas áreas da educação, legislação e tecnologia. Enquanto as duas primeiras visam mudar o comportamento das pessoas, a terceira deverá atuar sobre os agentes ou fatores envolvidos no acidente. Basicamente, todos visam à proteção de eventual vítima do trauma. A criação e instalação de centros integrados de atendimento têm diminuído significativamente as taxas de mortalidade nas primeiras horas após os acidentes. Os "sistemas de trauma", com rápida comunicação, resgate e transporte, salvam vidas e evitam seqüelas definitivas pois favorecem: a) o reconhecimento da gravidade das lesões e adoção imediata de cuidados adequados; b) o atendimento correto para as vítimas que exigem atendimento "especializado"; c) a programação de reabilitação para permitir retorno rápido à vida produtiva; d) a concentração de recursos evitando duplicações e racionalizando investimentos.

A vítima deve ser encaminhada não para o local mais próximo do acidente, mas para o serviço que tenha condições de atender às suas necessidades terapêuticas. No Brasil não existem centros de trauma, mas alguns hospitais gerais têm um serviço de emergência que atende vítimas de trauma. São os hospitais ditos "terciários" ou de

referência, teoricamente mais bem equipados e com equipe multidisciplinar preparada e conscientizada para o problema trauma. (Rasslan& Birolini, 1998).

Observa-se que a maioria dos acidentes tem como causa raiz, um comportamento de risco que pode ser definido como sendo qualquer comportamento, atitude ou ato que tenha um risco inerente. Se repetido com freqüência, resultará em acidente com danos pessoais ou a terceiros. As estimativas são de que uma lesão ocorre para cada 1.000 "comportamento de risco" praticado.

Analisando a Pirâmide dos Acidentes, muitas vezes chamada de *Iceberg* da Fatalidade, podemos ver que, na base estão os Comportamentos de Risco. Mas como não aparecem, não recebem a importância devida. A maioria das pessoas só lembra da segurança quando acontece uma fatalidade (Geosfera,2003).



A expressão comportamento de risco também é empregada em relação à SIDA. São comportamentos de risco aqueles que colocam o indivíduo em situação de exposição de adquirir a doença, como não usar preservativos (WHO, 1992). Para traumatismos ou acidentes, o uso de álcool e drogas, entre outros, são considerados por McLeod e associados (2003) como fatores de risco extrínsecos. No presente estudo, além destes fatores, dirigir depois de beber e não usar cinto de segurança também foram considerados.

1. Alcoolismo

Há evidências inequívocas de que grande parte dos atendimentos nos SE estão associados tanto à dependência alcoólica como aos episódios de intoxicação aguda por álcool. Ambas situações se relacionam com acidentes, brigas e outros eventos traumáticos que requerem cuidados hospitalares. Estes pacientes podem comparecer ao SE com queixas que não têm nenhuma relação com o seu consumo de álcool (Maio & Cunningham, 2002). Assim, os problemas relacionados com o consumo de álcool podem vir mascarados por outras condições médicas, e o médico acaba por tratar as complicações mas não faz o diagnóstico (Lewis, 2002).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool vistos em um SE podem ser definidos em três diferentes dimensões: tipo, severidade e duração. O tipo de problema pode ser físico, como coma por intoxicação alcoólica, emocional, como depressão ou ansiedade, e social, como atraso no trabalho por sentir-se mal após beber demais durante a noite. A severidade dos problemas tem uma larga margem, desde um desconforto temporário, como náusea ou vômito após beber em excesso até um problema com risco de vida, como um politraumatismo após uma batida de automóvel por dirigir embriagado. Também os problemas podem ser diferentes conforme sua duração, e são denominados agudos, como a intoxicação alcoólica de um jovem num carnaval, por exemplo; e intermitentes, que pode ocorrer naqueles indivíduos que têm episódios de bebedeira que acabam desencadeando dor abdominal por pancreatite. O beber contínuo aparece naquele paciente, que por beber continuamente, ao permanecer no SE por tempo mais prolongado apresenta-se irritado, agitado, queixoso da demora e pedindo alta (queda na alcoolemia), até aqueles aos quais o tempo de espera é suficiente para desencadear uma síndrome de abstinência (Lewis, 2002).

No Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Fleck e Almeida (1990), utilizaram o CAGE como rastreador e encontraram a prevalência de 38,5% de alcoolismo. Um estudo

que usou o AUDIT e analisou a faixa etária de 16 a 24 anos, realizado em dois Serviços de Emergência em Londres, observou uma prevalência de 37.2% (Thom, Herring & Judd, 1999).

Definição de Termos

A. Problemas relacionados ao álcool.

Os problemas relacionados ao álcool variam desde um comportamento de risco para a saúde e problemas de consumo até a dependência ao álcool. Os médicos dos SE podem rastrear os pacientes em qualquer uma destas condições. A intoxicação aguda, especialmente num motorista, certamente é um problema, mas neste caso, o hálito alcoólico e outras manifestações clínicas observáveis, podem ser suficientes para o diagnóstico (Woolard, 2002).

Os critérios diagnósticos para abuso de álcool e dependência podem ser definidos tanto pelo DSM-IV como pelo CID10. O sistema DSM inclui conseqüências sociais e legais do abuso de álcool e o CID10 contempla somente conseqüências médicas e psicológicas. Sendo assim, poucos casos de abuso preenchem os critérios do CID10. Em geral, um transtorno do uso de álcool está presente quando, além do relato de uso, o funcionamento do paciente está comprometido. Seguindo os critérios do CID10, até que se estabeleça à dependência ocorre o consumo problemático. O ideal, portanto, é que o rastreamento identifique pacientes com alto consumo de álcool, antes da instalação de doenças. A OMS define beber perigoso como 4 ou mais doses de bebida por dia para homens e 2 ou mais doses/dia para mulheres. O Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo define como bebedores de risco aqueles que consomem mais de 14 doses por semana ou mais de 4 doses por ocasião para homens de 18 á 65 anos. Para mulheres de todas as idades e homens com mais de 65 anos, beber mais de 7 doses por semana ou mais de 3 doses numa ocasião é considerado de risco. Embriagar-se sozinho é preocupante e tem sido definido como beber mais de 3, 4, 5, ou 6 doses numa única ocasião.

Tomando os conceitos da OMS, CID10 e DSM-IV podemos resumir estas definições como se segue:

Dependência

Ao menos três dos seguintes itens: tolerância, sintomas de abstinência, perda de controle, preocupação na aquisição e/ou uso, desejo persistente ou falha na tentativa de parar, incapacidade mantida nas áreas social, ocupacional ou recreacional, uso contínuo apesar das conseqüências adversas.

Abuso

Ao menos um dos seguintes itens: falha em cumprir obrigações sociais ou ocupacionais em função do uso de bebida, uso de bebida ocorre em situações perigosas ou leva a problemas legais recorrentes, uso contínuo apesar de problemas sociais e interpessoais recorrentes.

Beber nocivo

Clara evidência que o álcool é causa de dano físico ou psicológico, natureza do dano é claramente identificável, o uso de álcool tem sido persistente por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente no último ano, sujeitos não preenchem os critérios para dependência.

Beber perigoso

Quantidade ou padrão de uso que coloca o paciente em risco de conseqüências adversas.

Beber pesado

Quantidade ou padrão de uso que excede um limiar definido.

B. Métodos diagnósticos para problemas relacionados ao consumo de álcool

1- Impressão clínica

Em relação aos problemas relacionados ao álcool a impressão clínica não tem acurácia. Sobel e colaboradores, em 1979, mostraram que mesmo com treinamento prévio,

a identificação de pacientes intoxicados pode ser menor de 50% (6). Por outro lado, um estudo realizado por Gentilello (1999) mostrou que 26% de pacientes não alcoolistas (falsos positivos) foram identificados como tal pela equipe de um SE. Muitos pacientes espontaneamente informam sobre seu consumo de álcool.

2- Alcoolemia e uso de bafômetro

O estado de embriaguez avaliado através da alcoolemia ou de bafômetros, tem custo elevado e indicações precisas e nem sempre representam o número total de pessoas com problemas relacionados com consumo de álcool (Gibb, 1976). Uma das razões para o sub-diagnóstico pode ser o fato de que os usuários dos Serviços de Emergência podem comparecer ao atendimento sem estarem alcoolizados. Estes métodos também não diferenciam aqueles que estão alcoolizados daqueles que são dependentes do álcool.

3- Questionários estruturados

A simples pergunta "O sr/sra tem ou teve um problema com a bebida?" no atendimento de atenção primária tem alta sensibilidade (40% a 70%), mas Cherpitel (1995b) mostrou que no SE os questionários estruturados têm sensibilidade maior. A elaboração e a divulgação destes questionários têm sido propostas da Organização Mundial de Saúde (Bohn et al. 1995).

A maioria dos questionários foi desenvolvida nos serviços de atenção primária para detecção de desordens do uso de álcool. O questionário CAGE foi desenvolvido para rastreamento de abuso e dependência de álcool. O CAGE, que é composto de 4 questões cujas letras iniciais de cada questão, em inglês, gera o nome do instrumento, como método de memorização (*Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opener*), foi desenvolvido para rápida aplicação (2-3 minutos) (Mayfiel et al. 1974; Ewing, 1984).

O MAST (*Michigan Alcohol Screening Test*) foi desenvolvido em 1971, como um rastreador para abuso e dependência com 24 questões de resposta do tipo sim ou não. Pode ser auto administrado ou aplicado por computador. Sua aplicação toma cerca de 20 minutos (Selzer, 1972). Uma versão mais curta (10 questões) que pode ser aplicada em 5 a 12 minutos foi chamada de BMAST (breve) e tem desempenho semelhante à versão original (Pokorny et al. 1972).

No mesmo período, aparece o SAAST (*Self Administered Alcoholism Screening Test*) também para detectar abuso e dependência do álcool. É composto de 35 questões, do tipo sim ou não, é auto-administrado e tem versão computadorizada (Davis et al. 1987). Uma versão com 9 itens, B-SAAST permite que o paciente complete o questionário em 5 a 10 minutos (Davis e Morse, 1991).

Mais recentemente os rastreamentos têm sido desenvolvidos para detectar bebedores de risco. A OMS desenvolveu o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) em 1992 como uma ferramenta de 10 questões para rastreamento de bebedores em risco de desenvolver abuso ou dependência do álcool. Este questionário cobre os problemas experimentados ao longo da vida e também nos últimos três meses. Sua administração leva cerca de 4 a 8 minutos. (Saunders et al. 1993a e 1993b)

Alguns questionários foram desenvolvidos especificamente para aplicar a mulheres grávidas: WEAK, T-ACE, e NET (Russel et al. 1994).

Vários questionários têm sido testados apresentando valores de sensibilidade e especificidade variáveis, dependendo da população e do local de aplicação (Cherpitel, 1995). Estes instrumentos têm sido testados tanto em ambientes de trabalho (Conigrave et al. 1995), como em serviços de cuidados primários. (Bradley et al. 1998)

No universo dos serviços de emergência, destacam-se os trabalhos de Cherpitel, (1995) que utilizou CAGE, MAST abreviado, AUDIT e TWEAK numa população predominantemente de negros comparando com os critérios diagnósticos do CID-10.

Muito tem sido publicado a respeito do AUDIT. Allen em 1997 fez uma extensa revisão destes trabalhos. Naquela época o instrumento foi também foi validado em outros

países, inclusive de língua espanhola como no México por Rubio Valladolid e colaboradores em 1998. Na validação italiana de Piccinelli (1997), o AUDIT mostrou uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 90% em relação ao padrão-ouro que foi a CIDI numa amostra de 482 sujeitos atendidos em serviços de atenção primária. Na Tailândia, em 1999, Lapham também usou o AUDIT observando sensibilidade de 61% ao comparar à alcoolemia e 89%, com diagnóstico médico.

Fiellin (2000) numa revisão sistemática avaliou a acurácia dos métodos para rastreamento de problemas relacionados ao álcool em centros de atenção primária à saúde. Nos 38 estudos avaliados, o AUDIT mostrou-se mais efetivo para identificar pessoas em risco e bebendo de modo mais nocivo (sensibilidade: 51 e 97%, especificidade: 78 e 96% respectivamente) enquanto o CAGE foi superior para detectar abuso e dependência (sensibilidade 43 e 94% e especificidade: 70 e 97% respectivamente). Apesar das limitações metodológicas dos estudos, a literatura confirma a utilização de questionários para aumentar o reconhecimento de problemas com álcool em cuidados primários.

No Brasil o AUDIT foi validado por Mendez (1999) e Mendoza-Sassi e Béria (2003) utilizaram o questionário num estudo populacional (Pelotas/RS) foram entrevistadas 1260 pessoas acima de 15 anos, mostrando uma prevalência de 7,9% na população em geral (14,5% em homens e 2,4% em mulheres). A sensibilidade foi de 91,8% e especificidade de 62,3% quando comparado ao padrão ouro (critérios do CID-10). Antes desta data o mesmo instrumento foi utilizado em 275 pacientes hospitalizados na cidade de São Paulo e a prevalência geral de 12,4% (22% entre os homens e 3% entre as mulheres) foi observada (Fliege et al. 2000). Stracke e associados (submetido à publicação) numa amostra de 150 pacientes em consulta no SE do Hospital Nossa da Conceição/Porto Alegre/RS encontrou uma prevalência de 26% de alcoolistas. Neste trabalho, a sensibilidade e especificidade do AUDIT foram comparadas à entrevista semi-estruturada com os critérios do DSMIV-R. O desempenho como instrumento de rastreamento foi semelhante aos encontrados nos diversos países que tem sido utilizado.

Em 2003, foram publicadas as recomendações da conferência *"Alcohol Problems among Emergency Departments Patients: Research on Identification and Intervention"* patrocinado pelo *National Center for Injury Prevention and Control* e pelo *Center for Disease Control and Prevention* dos EUA. Uma delas é de que o rastreamento e as intervenções nos SE, sejam endereçadas para toda a gama de problemas relacionados ao consumo de álcool, desde o beber problema, ao bebedor abusivo e ao dependente. Outra proposta é que estas pesquisas possam produzir modelos de intervenção, como ocorreu com as pesquisas em outros campos. Terceiro, que as pesquisas devam ser elaboradas dentro de um contexto, com criação de protocolos de intervenção breve e encaminhamento para tratamento em locais de referencia. Os dados coletados nestas pesquisas deverão servir para tomada de decisões em políticas de saúde publica. Também deverão servir para avaliar quais são os fatores que determinam o desfecho para estes pacientes (atitudes, treinamentos para médicos, assistentes sociais, enfermeiros). Os resultados no modelo prático, criação de protocolos, políticas para implementação, institucionalização e manutenção destes rastreamentos e intervenções para os problemas relacionados ao álcool nos SE deverão sair do meio acadêmico e ser disseminados. Novas tecnologias deveram ser estimuladas e testadas, como vídeo educativos, entre outros e, finalmente, deveria haver financiamentos para implementar e manter estes modelos de rastreamento e intervenção, para que mais médicos e enfermeiros possam se envolvam nesta tarefa.

2. Depressão

A. Definição

A OMS (2001) define depressão como um estado mental caracterizado por tristeza, perda do interesse em atividades e diminuição de energia. A depressão difere de um estado normal de humor triste pela gravidade e duração destes sintomas. Estima-se que no mundo 121 milhões de pessoas sofram de depressão. Quando os episódios depressivos se alternam com euforia exagerada ou irritabilidade, caracterizam a bipolaridade do transtorno de humor. Suicídio é um desfecho comum e às vezes, inevitável.

B. Métodos diagnósticos para Depressão

1- Avaliação clínica.

A entrevista clínica continua sendo o principal recurso para avaliação do paciente (Strauss, 1999). Por esta razão, saber entrevistar é uma habilidade essencial para a prática da medicina em geral e da psiquiatria em particular. O exame do estado mental não deve ser realizado apenas pelos psiquiatras, mas fazer parte do exame clínico do paciente, independente da sua morbidade. É essencial não só para o diagnóstico de possíveis transtornos psiquiátricos, como também pode oferecer indícios importantes de transtornos neurológicos, metabólicos, intoxicações, efeitos de drogas sobre o funcionamento mental e o comportamento. Com pacientes deprimidos, particularmente se a depressão for grave, em razão da baixa capacidade de concentração, da falta de energia e como muitas vezes se encontram prostrados, informando muito pouco a seu respeito, a entrevista em geral é curta. Com tais pacientes devem-se fazer perguntas específicas e diretas. Procurar fazer intervenções com a finalidade de criar empatia com os sentimentos de desvalia, de baixa auto-estima, com a visão pessimista e distorcida de si mesmo, das pessoas e da realidade à sua volta e em relação ao futuro. Um dos pontos mais importantes é a avaliação do risco de suicídio com perguntas diretas sobre ideação, tentativas prévias, e eventuais planos para tal fim. (Strauss, 1999)

No exame do estado mental pode-se observar o estupor na depressão profunda. Desatenção também ocorre na depressão, bem como afeto deprimido: tristeza, desesperança, baixa auto-estima e sentimentos de culpa; apatia, afeto achatado ou embotado (resposta emocional diminuída ou indiferente às alterações dos assuntos), retardo (hipoatividade, diminuição do interesse por atividades, lentificação dos movimentos e da fala) retardo psicomotor, negativismo, risco de suicídio; piora dos cuidados pessoais (higiene) bradilalia (falar muito devagar). Estas manifestações são mais ou menos importantes dependendo da gravidade do caso. (CID-10, DSM IV)

2 - Escalas e questionários.

A primeira escala para identificar depressão por um observador foi a escala de Hamilton para Depressão em 1960. Depois dela outras foram surgindo e no Brasil são também conhecidas a escala de Zung de 1965 e a de Montgomery-Asberg de 1979, validada no Brasil em 1987 por Dratcu e colaboradores.

O Inventário de Depressão de Beck (1961), destina-se a medir a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos como na população geral. O instrumento é formado por 21 itens, cada um com quatro alternativas, entre as quais o sujeito deve escolher a mais aplicável a si mesmo. O escore total resulta da soma dos escores dos itens individuais. A validação no Brasil ocorreu em 1996. Gorenstein e Andrade aplicaram o instrumento numa amostra de 417 e sugeriram os seguintes pontos de corte para a população brasileira: até 9, ausência de depressão ou depressão mínima; de 10 a 18, depressão leve à moderada; de 19 a 29, depressão moderada à grave, e de 30 a 63, depressão grave.

Conforme pesquisa no Banco de Dados Lilacs durante a realização deste estudo, o Inventário de Beck para Depressão ainda não havia sido utilizado em rastreamento de pacientes em SE no Brasil.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Determinar fatores de risco para gravidade das lesões nos pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar a gravidade das lesões nos pacientes que consultam no Serviço de Emergência do HCR;
2. Avaliar a prevalência de Alcoolismo entre os usuários da Emergência do Hospital Cristo Redentor;
3. Avaliar a prevalência de Depressão entre usuários do Serviço Emergência do Hospital Cristo Redentor;
4. Avaliar situações de risco à saúde entre usuários do Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor;
5. Investigar a associação entre Alcoolismo e outros comportamentos de risco e a gravidade das lesões;
6. Investigar a associação entre o Alcoolismo e os comportamentos de risco;
7. Determinar a associação entre Alcoolismo e Depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIS(1990)- The Abbreviated Injury Scale- Revision Association For The Advancement Of Automotive Medicine. Des Plaines, Il, Usa.
- ALLEN, J.P., MAISTO, A.S., CONNORS, G.P. (1995) Self-report screening tests for alcohol problems in primary care. *Arch Intern Med*, **155** (16), 1726-30.
- ALMEIDA, L.M., COUTINHO, E.S.F. (1993) O alcoolismo e o hospital geral: estudo de prevalência junto à demanda ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **19**, (2) 91-95.
- BAKER, S. P., O'NEILL, B. HADDON, W., LONG, W. B. (1974) The Injury Severity Score: A Method for Describing Patients with Multiple Injuries and Evaluating Emergence Care. *J Trauma* **14**, 187-196.
- BECK, A.T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* **4**, 561-571.
- BIOETHICS THESAURUS. 1995 Kennedy Institute of Ethics: Georgetown.
- BOHN, M.J., BABOR, T.F., KRANZLER, H.R. (1995)The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. **56**(4) 423-32.
- BORDIGNON, K.C. & ARRUDA, W. O. (2002) Achados tomográficos no trauma cranioencefálico leve: análise de 2000 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, **60** 204-210.
- BOWLING, A. & BROWNE, P. (1991) Social network, health and emotional well-being among the elderst old in London. *J. Gerontol. Sci*, **46**, 520-32.
- BRADLEY, K.A., BUSH, K.R., MCDONELL, M.B, MALONE, T., FIHN, S.D. (1998) Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *J Gen Intern Med*, **13** (6), 379-88.
- CASA (2000) Missed opportunity: National survey of primary care physicians and patients on substance abuse. Columbia University, Center on Addiction and Substance Abuse.

- CHERPITEL, C. (1995a) Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med*, **26** (2), 158 – 66.
- CHERPITEL, C. & CLARCK, W. (1995b) Ethnic Differences In Performances of Screening Instruments for Identifying Harmful Drinking and Alcohol Dependence in the Emergency Room. *J Stud Alcohol*, **56**, 695-700.
- CHERPITEL, C. (1995) Screening for Alcohol Problems in The Emergency Department. *Ann Emerg Med* **26**:158–66.
- CONIGRAVE, K.M., SAUNDERS, J.B., REZNIK, R.B. (1995) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, **90** (1), 1479-85.
- COPEES, W.S., SACCO, W.J., CHAMPION, H.R, BAIN, L.W. (1969) "Progress in Characterizing Anatomic Injury", In *Proceedings of the 33rd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Automotive Medicine, Baltimore, MA, USA* 205-218.
- D'ONOFRIO, G., BERNSTEIN, E., BERNSTEIN, J., WOOLARD, H.H., BREWER, P.A., CRAIG, S. A., ZINK, B.J.(1998) Patients with Alcohol Problems in the Emergency Department Part1: Improving Detection. *Acad Emerg Med*, **5**, 1200-1209.
- DAVIS, L. JR., HURT, R., MORSE, R., O'BRIEN, P. (1987) Discriminant analysis of the Self-Administered Alcoholism Screening Test. *Alcohol Clin Exp Res*, **11**, 269–73.
- DAVIS, L. JR., MORSE, R. (1991) Self-Administered Alcoholism Screening Test: a comparison of conventional versus computer-administered formats. *Alcohol Clin Exp Res*, **15**, 155–7.
- DESLANDES, S. F. (1999) O atendimento às vítimas de violência na Emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciêñ Saúde Coletiva* **4**(1) 81-94.
- DESLANDES, S. F. COSME, M.F.P.S. (2000) Análise da morbidade hospitalar por acidentes de transito em hospitais públicos no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Saúde Publica* **34**(4) 367-72.
- D'ONOFRIO, G., DEGUTIS, L.C. (2002) Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*, **9**(6), 627-38.

- DRACTU, L., COSTA RIBEIRO, L., CALIL, H.M. (1987) Depression Assessment in Brazil. The First Application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, **150**, 797-800
- DSM (1994) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed, Washington Dc, Apa.
- EIZERIK, C. (1997) Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Tese de Doutorado. UFRGS. Porto Alegre. Brasil.
- ENOCH, M.A. & GOLDMAN, D. (2002) Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*, **65**, 441-8.
- EWING, J. (1984) Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, **252**, 1905–7.
- FARVOLDEN, P., MCBRIDE, C., BAGBY, R.M., RAVITZ, P. (2003) A Web-based screening instrument for depression and anxiety disorders in primary care. *J Med Internet Res*. **5**(3) 23.
- FIELLIN, D.A., REID, M.C., O'CONNOR, P.G. (2000) Outpatient Management of Patients with alcohol problems. *Ann Intern Med*, **133** (1) 815-27.
- FIELLIN, D.A., REID, M.C., O'CONNOR, P.G. (2000) Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* **160** 1977-1989.
- FIGLIE, N.B., PILLON., S.C., DUNN, J., LARANJEIRA, R. (2000) The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *Med J/Rev Paul Med*, **118** (5) 139-43.
- FLECK, M.P.A. & SOARES, H.H. (1990) Estudo Preliminar da Prevalência de Alcoolismo em Pacientes Internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr. Rio Gd Do Sul*, **12** (2), 84-7.
- FLEMING, M.F., MUNDT, M.P., FRENCH, M.T et al (2000) Benefits-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Car*, **38**, 7-18.

FLEMING, M.F., MUNDT, M.P., FRENCH, M.T., MANWELL, L.B., STAAUFFACHER, E.A., BARRY, K.L.(2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res.*, **26**, 36-43.

GENTILELLO, L, VILLAVECES, A., RIES, R.R., et al. (1999) Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. *J Trauma* **47**:1131-9.

GEOSFERA 2003: Informações sobre comportamentos de risco . Disponível em <<http://www.geosfera.com.br/parceiros/seguranca/prevencao.asp>> Acesso em 28/10/2003

GIBB, K. (1986) Serum alcohol levels, toxicology screens, and use of the breath alcohol analyzer. *Ann Emerg Med.* **15**(3) 349-53.

GORENSTEIN, C. & ANDRADE, L. (1996) Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*, **29** (4), 453-7.

HAMILTON, M.(1960) A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* **23**, 57-62.

HODGSON, R.J., JOHN, B., THOM, B., SMITH, A. (2000) The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol and Alcoholism*, **37**, 61-6

HUNGERFORD, D.W. & POLLOCK, D.A. (2003) Emergency Department Services for Patients with Alcohol Problems: Research Directions *Acad Emerg Med* **10**, nº 1.

IBOPE (2000) Descrições de critérios para classificação de classe econômica. Disponível em: <[Http://www.Anep.Org.Br](http://www.anep.org.br)>.Data do acesso: 28/10/2003.

ICD-10 (1994) Symptoms Glossary for Mental Disorders. Division of Mental Health - World Health Organization, Geneva.

INSTITUTE OF MEDICINE (1990) Broadening the Base for Treatment for Alcohol Problems. Washington DC: Nacional Academy Press.

LAPHAM, S.C., SKIPPER, B.J., BROWN, P., CHADBUNCHACHAI, W., SURIYAWONGPAISAL, P., PAISARNILP, S. (1998) Prevalence of alcohol problems among emergency room patients in Thailand. *Addiction*, **93** (8), 1231-9.

- LEBRÃO, M.L., MELLO JORGE, M.H.P., LAURENTI, R. (1997) *Rev Saúde Pública* **31** (4), 26-37.
- LEWIS, C.D. (2002) A Commentary on Substance Abuse Screening and Intervention in the Emergency Department. In: Hungerford, D.W. & Pollock, D. A. (Eds) *Alcohol Problems Among Emergency Departments Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention*. Atlanta (GA) : National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention.
- LONGABAUGH, R., MINUGH, P.A., NIRENBERG, T.D., CLIFFORD, P.R., BECKER, B., MACMANUS, S., HIPKINS, J., HADDAD, P., GUTHRIE, E., CREED, F. (2003) Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *Gen Hosp Psychiatry*, **25**(5), 332-7.
- MAGALHÃES, M (2002) in Medronho RA et al, (Eds) *Epidemiologia*. Atheneu
- MAIO, R. F. & CUNNINGHAM, R. E. (2002) The Spectrum of Alcohol Problems and the Scope of Emergency Medicine Practice. In: Hungerford, D. W., Pollock, D.A. (Eds). *Alcohol Problems among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention*. Atlanta (GA) National Center of Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention
- MASSIE, M.J. & HOLLAND, J.C. (1990) Depression and cancer patient. *J Clin Psychiatry* **51**(1) 2-7.
- MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcohol screening instrument. *Am J Psychiatry*, **131**, 1121-3.
- MCLEOD, R., STOCKWELL, T., ROONEY, R., STEVENS, M., PHILLIPS, M. JELINEK, G. (2003) The influence of extrinsic and intrinsic risk factors on the probability of sustaining an injury. *Accid Anal Prev*, **35** (1) 71-80.
- MÉNDEZ, B.E. (1999) Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Brasil.

MENDOZA-SASSI, R.A. & BÉRIA, J.U. (2003) Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, **98**, 799-804.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) (2001) Anuário Estatístico de Saúde do Brasil Disponível em <http://portal.sade.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/introd.cfm> Acesso em 28/10/2003.

MONTGOMERY, S. A., ASBERG, M. (1979) A new Depression Rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-389.

MOREIRA, L.B., FUCHS, F.D., MORAES, R.S., BREDEMEYER, M., CARDOZO, S., FUCHS, S.C., VICTORIA, C.G. (1996) Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, **57**(3) 253-259.

NEIRA, J. A. (2000) Propuesta de regionalización para la atención el paciente traumatizado. *Medicina Intensiva*, **18** (3) 111-118.

OLFONS, M., TOBIN, J.N., CASSELLS, A., WEISSMAN, M. (2003) Improving the detection of drug abuse, alcohol abuse, and depression in community health centers. *J Health Care Poor Underserved*, **14**(3) 386-402.

PICCINELLI, M., TESSARI, E., BORTOLOMASI, M., PIASERE, O., SEMENZIN, M., GARZOTTO, N., TANSELLA, M. (1997) Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ*, **314**, 420-4.

PINHEIRO, P. (1994) A violência do Rio às portas da Emergência. *Cad Saúde Pública* **10**(1), 223-5.

POKORNY, A., MILLER, B., KAPLAN, H. (1972) The Brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry*, **129**,342–8.

RASSLAN, S. & BIROLINI, D. (1998) Editorial *Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* **25** 5.

ROSA, N. G. (2001) Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

RUBIO VALLADOLID, G., BERMEJO VICEDO, J., CABALLERO SANCHEZ-SERRANO, M.C., SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. (1998) Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care. *Rev Clin Esp*, **198**(1), 11-4.

RUSSELL, M., MARTIER, S., SOKOL, R. et al. (1994) Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, **18**, 1156–61.

SAUNDERS, J., AASLAND, O., AMUNDSEN, A., GRANT, M. (1993) Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons With Harmful Alcohol Consumption, I. *Addiction*, **88**:349–62.

SAUNDERS, J., AASLAND, O., BABOR, T., DE LA FUENTE, J., GRANT, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Addiction*, **88**, 791–804.

SAUNDERS, J.B., AASLAND, O.G., BABOR, T.F., DE LA FUENTE, J.R., GRANT, M.(1993)Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) WHO Collaborative Project on Early Detection of Person with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, **88**, 791-804.

SELZER, M. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, **127**,1653–8.

SELZER, M., VINOKUR, A., VAN ROOIJEN, M. (1975) A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *J Stud Alcohol* , **36**, 117–26.

SOBEL, M., SOBEL, L., VANDER SPECK, R. (1979) Relationships among clinical judgement, self-report and breath analysis measures of intoxication in alcoholics. *J Consult Clin Psychol* **47**:205–6.

STRACKE, C.B., ROSSA, I., STEIN, A.T. (2003) Validation Of The Audit To Screen Alcoholism In An Emergency Service. (Submetido À Publicação).

STRAUSS G.D. (1999) A entrevista psiquiátrica, a história psiquiátrica e o exame do estado mental. In: Kaplan H.I. & Sadock B.J. *Tratado de Psiquiatria*. Sexta edição. Cap. 9.1, Artmed: Porto Alegre, pp.570-583.

THOM, B., HERRING, R. & JUDD, A. (1999) Identifying Alcohol-related Harm in Young drinkers: the role of accident Emergency Departments. *Alcohol and Alcoholism*, **34** (6), 910-915.

TINKOFF, G.H. & O'CONNOR, R.E.(2002) Validation of new trauma triage rules for trauma attending response to the emergency department. *J Trauma* 52(6), 1153-8.

WOOLARD, R. (1995) Injury as a motivator to reduce drinking. *Acad Emerg Med*, **2**, 817-825.

WOOLARD, R. (2002) Identifying Ed Patients With Alcohol Problems. In: Hungerford, D.W. & Pollock, D. A. (Eds) *Alcohol Problems Among Emergency Departments Patients: Proceedings Of A Research Conference On Identification And Intervention*. Atlanta (Ga) : National Center For Injury Prevention And Control, Center For Disease Control And Prevention.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) *A Summary of Global Status Report on Alcohol*. Geneva. World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) Mental and Neurological Disorders. *Fact Sheet nº 265*. Geneva: World Health Organization

WPA (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (1997) Educational program on depressive disorders. Overview and fundamental aspects. New York: John Wiley & Sons.

ZUNG, W. W. K. (1963) A self Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* **12**,63-70.

ARTIGO EM INGLÊS

Correspondence: carla@fapesp.br

Irma Koplin

Rua Prof. Dr. Roberto de Sá, 100

05470-150 Ribeirão Preto, SP

Brazil

Phone: 51-37330000

e-mail: irma@fapesp.br

Running Title: Alcohol and Cerebellum

Submitted to Addiction

ALCOHOL AND CONDOMS: WHAT IS THEIR CONTRIBUTION TO LIFE RISK AMONG EMERGENCY ROOM PATIENTS?

Irma Rossa, MD, MSc^{1*}

Airton T. Stein, MD, PhD²

Márcia Lorena Fagundes Chaves, MD, PhD³

1- Assistant Physician, Chemical Dependence Team, Mental Health Group, Hospital
Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS, Brazil

2- Professor, Epidemiology Department, Federal School of Medical Sciences of Porto
Alegre/RS, Brazil

3- Associate Professor, Internal Medicine Department, Universidade Federal do Rio
Grande do Sul School of Medicine- Porto Alegre/RS, Brazil

Corresponding Author

Irma Rossa
Rua Prof. Fitzgerald, 22 ap. 301
90470-160 Porto Alegre/ RS
Brasil
Fone: 51-33289809
e-mail: irossa@zipmail.com.br

Running Title: Alcohol and Condoms

Submitted to Addiction

Abstract

Two hundred and five patients attended at the ER of a hospital specialized in accidents were interviewed in relation to their social relations and behaviour risk.

The AUDIT and BDI were used for this purpose. These variables were analysed in relation to the outcome of life risk, evaluated using the AIS. The sample consisted of 52,7% men who were married and who had less than 8 years in education and in a low income bracket. The average age was 34,4. A prevalence of 37,1% of alcoholism was found, using the cut off point 8 in the AUDIT questionnaire.

The men had almost five times the chance of being alcoholic than the women (OR=4,76 IC95%=1,89-12,52). 19,2% of the people had rating scores above 19 on BDI. In the bi-varied analysis, the women were shown to be more depressed than the men. Considering the cut off point of 3 on the AIS, we observed that 15% of this group had life risk. Alcoholics had 2,5 times more chance of suffering life threatening injuries (OR=2,55 95CI%=1,18-5,49). People with life risking behaviour 'non use of condom' had three times more chance of suffering an accident with life threatening injuries (OR=3,35 95CI%=1,23-9,16). We found 38% were smokers and 7,8% used other mind changing drugs. The analysis for logistic regression showed that the variables associated with life threatening injuries are: non use of condoms and alcoholism, both with positive coefficient of correlation.

Introduction

Research carried out in the Emergency Rooms (ER) of Brazil are still rare. Examining the literature at Medline and Lilacs data bases during the development of this work, we found only nine publications in the last twenty three years. For this revision the same medical subjects headings (MeSH) have been used in this article. The medical subject heading were emergency, alcohol, trauma, and depression. If the Emergency Services are areas neglected by researches, the prevalence of health problems as with alcoholism and depression are heightened. The prognosis of these problems can be improved if they are treated and if they have the risk factors identified early.

Accidents are the cause of death in the USA in three out of four adolescents and in two out of three adults, between twenty five and thirty five years old (Neila, 2000) Various accidents attributed to the use of alcohol both on the road and in the work place. In Brazil the panorama is no different. In São Paulo, 35-55 % of violent deaths show blood alcohol levels (WHO,1999). The report from the Ministry of Education and Culture certified that alcoholism is the cause of 75% of fatal road accidents (MEC,1992). A Brazilian multicentric study in Rio de Janeiro showed that the prevalence of alcoholism in primary care was found to be 4,1%(WHO, 2001). In a study carried out in Porto Alegre, Moreira et al (1996), it was observed that the prevalence of alcohol dependence was 9% (16% for men and 4% for women). Depression at ER can be in the form of dual diagnosis with alcohol use or abuse. According to WHO (1993) estimates, 4% of the world population is affected by depression. Apart from high prevalence, there is evidence that depressed patients, in general, use health facilities more which include the ER (Flec et al. 2002). In an epidemiological study carried out in Brazil, the prevalence of depression throughout life was 16,6% (Lafer, 2002) The aim of this study has been to evaluate the association between alcoholism, depression and the severity of injuries at ER. The severity of injuries was the principal outcome and was determined by specific instruments. Besides this association, the prevalence of alcoholism and depression were evaluated through the application of the Alcohol Use

Disorders Identification Test (AUDIT) (Babar et al, 2001) and Beck's Depression Inventory respectively (Gorenstein et al, 1996).

Material Methods

A transversal study was carried out with all the patients seen at ER at the Cristo Redentor Hospital (HCR) that agreed to participate until the required number was reached. During this research (3 months) the number of patients seen at ER was 37.569. Cristo Redentor Hospital is situated in the north zone of the city and makes up part of the Urgent Medical Service regulated by the municipal council of Porto Alegre, which also coordinates the National Health System in this city (<http://www.portoalegre.rs.gov.br>). The Cristo Resentor Hospital offers the following medical specialities: Traumatology, Neurology, General surgery, Plastic Surgery, Mouth-jaw-facial surgery and burns and has 269 beds distributed throughout these specialities. The ER team are trained in ATLS at the American College of Surgeons, as are all the members of the Urgency Medical Service. In the ER of this hospital, patients are evaluated as soon as they arrive by an emergency physician who defines the next stages of care in accordance with the severity of each case.

The collection of data began at a week-end and continued consecutively until the number of cases necessary for analysis was complete. The team of interviewers was made up by a physician (IR) a psychologist (ERS) and two psychologist students (GFC and LPS) who were specially trained and when interviewing, used the research manual.

The sample was selected through a systematic aleatory procedure, with an inclusion interval of 5 patients. The selection and interval was determined by sample calculation. The sample calculation was achieved taking into consideration a prevalence of alcoholism of 14%, found by Mendoza-Sassi & Beria (2003), with a confidence level of 95% and accepted error of 5%. A hundred and eighty four patients was considered sufficient for the study, but taking into account the possibility of missing cases or non acceptance of participation, the final sample number was increased by ten percent. The identification of the patients for evaluation in the study was made at random by the Centre of Data Processing at the

Conceição Hospital Group which filled out the patient report forms of the people who were to be interviewed.

The following patients were excluded: those younger than 15 and above 65, those who can not communicate, those with altered levels of conscience and those excluded by Mini Mental Status Examination (MMSE) (Folstein, 1975) The scores of MMSE for exclusion were above 17 for those who had studied up to four years, and above 24 for those who had studied over four years. Mini-Mental was carried out immediately after the patient had signed the information consent form.

Social levels classification was identified using the criteria of the National Association of Research Agencies. ([www..anep](http://www.anep)) where social class was defined by the education level of the head of the family and of the purchasing power of the family based on the number and type of domestic facilities they had.

Data related to self-destructive behaviour (non use of safety belt, non use of condom, drink and drive, use of tobacco and other mind changing substances) was obtained through close questions (yes/no response). These answers were analysed in various categories.

We defined those who don't smoke and those who don't use mind changing drugs as those who had never smoked or used any kind of mind changing drugs. Classification of smokers or users of SPA were defined as "not having occurred in the last six months" The existence of a social network was assessed through the use of closed questions about the use of intimate friends, inter family relations and friendship (Bowlings & Browne, 1991; Eizirik, 1997). Apart from the existence of intimate friends, they were asked if they lived alone or not and if they had been accompanied to the ER.

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), a questionnaire to identify problems related to the consumption of alcohol, was utilised to discover the frequency (prevalence in the sample) of alcoholism and related problems. It is an instrument which has been developed by the WHO comprised of ten questions, which have the advantage of not only identifying alcohol dependants but also high risk consumers, developed by Sanders

et al (1993). To identify either alcohol dependants or high risk consumers, a cut off point of 8 should be used as this was the value used in the validation of the questionnaire in Brazil carried out by Méndez (1999).

Beck's Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961) was applied to assess continuous depressive symptoms. This questionnaire, composed of 21 questions, which was validated in Brazil in 1996 by Gorestein, not only supplies a variation of the rating scale, but also classifies the symptoms as minimum depression (up to 10 points), light (up to 19 points), moderate (up to 29 points) and severe (above 30 points) by the use of cut off points. (Richter et al, 1998 and Gorestein, 1996). To facilitate the analyses we divided the results into two groups: no depression or very light (rating scale up to 19), therefore classified as without depression and moderate or severe depression (rating scale above 19) classified as with depression.

The Abbreviated Injury Scale (AIS), was also used after the questionnaires mentioned above, described with the assistance of the physician responsible for the patient to obtain parameters of the severity of the injuries. This rating scale, developed by Copes et al in 1969, has a good level of accuracy in ranking the severity of the injuries. For this rating scale, the injuries are classified between 1 to 6, being that the rating scale 1 signifies a slight injury and that 5, a severe injury. When a patient receives a rating of 6, the AIS considers that the patient has no chance of survival.

The project and the terms of patient consent for personal information was approved by the Committee of Ethics in Research of Conceição Hospitals Group that is recognised by the National Committee of Ethics in Research (CONEP/MS). All the patients were informed as to the nature of the study and were given a guarantee of confidentiality of the information.

Analysis statistics

The data was carried out in EpiInfo Software, version 6.04 and was checked for quality control. All procedures were performed by the Statistical Package for the Social

Sciences software, (SPSS PC+) version 10.0 of Windows. The descriptive analyses were carried out for frequencies (absolute and relative) and measure of central tendencies conforming with the variable type. Odds ratios with confidence interval were calculated with a verification of measure of effect. Analyses of association (chi-square) uni-variated and logistic regression analyses were utilised to evaluate the independent contribution together with the studied variables.

Results

Of the 250 patients selected and those which were applied to MEMM, 45 were excluded because they presented ratings below the defined cut off. Table 1 shows the demographic results from the assessed sample. One hundred and fifty six (76%) patients were men, 108 (52,7%) were married; their education levels were below eight years of study (65%) and with a predominantly low income level (80% belonging to class groups C, D and E), inhabitants from towns from the countryside and neighbouring areas of the city (53,2%).

More than half the people from this sample were employed (76%) in either regular, casual or informal work. (Table 1) Patients living in families (90%), more than half had an intimate friend (65,9%) and in more than half the cases were not brought to ER by either other family members or friends (58,4%). Almost half the people of this sample always use a safety belt (47,5%) and 38,2% affirmed that they did not drive after drinking alcohol. The majority (65.3%), said that they used condoms.

Concerning smoking, the number of smokers in this sample was 38,5% and those who use other mind changing substances was 7.8%. 21% in this sample said they had smoked cigarettes in the past and 20% admitted to using mind changing drugs in the past. Concerning illicit drugs, cannabis was the most common (5.9%), while users of cocaine was 2.9%.

Alcohol prevalence was 37.1% (Table 2). Men represented a prevalence of 37% (N=58) and women, 14% (N=7), this distribution being statistically significant ($p= 0,0003$; $OR=4,76$ $95CI\%=1,89-12,52$)

The severity of injury was evaluated using AIS. The patients were divided into two groups using a cut off point of three (score ratings above three representing severe injuries). Throughout the sample studied, 15.5% had life threatening injuries (N=32). Table 3 shows the demographic variations of the patients from high (AIS>3) to low life risk (AIS<3) The group of patients from the high life risk did not differ significantly from the low life risk group(N=173) in respect of age (p=0,519) or Sex (p=0,604),neither were there significant differences concerning civil state and other demographic variations. Patients with severe injuries showed on average significantly higher scores in AUDIT, which signifies that amongst patients who suffer an accident with severe life threatening injuries, alcoholism is more prevalent. Applying the cut off point of AUDIT, it was observed that 50% (N=16) were alcoholics, while in the low life risk group there were only 28% (N=50) (Table 4). The alcoholics showed 2.5 times more chance of suffering an accident with high life risk injuries. (OR=2,55 95CI%=1,10-5,92) than the non alcoholics. Amongst the various other features of self destructive behaviour, the absence of the use of a condom indicated they had more than three times the chance of suffering an accident with high life risk injuries (OR=3,355;IC95%=1,23-9,16) than those who used a condom.

The distribution of alcoholic and non alcoholic patients is found in Table 5. When we compared the alcoholic patients (37,1%), with the non alcoholic patients we observed that the male sex has almost four times the chance of becoming alcoholic (OR=4,76; 95%IC 1,84-2,52), with a significant difference in relation to the female sex (p=0,0002). There was no difference in respect of age or social net-work (on the basis of the existence of an intimate friend), or use of a condom. The alcoholic patients made less use of a safety belt than the non alcoholics, representing 42,6% and 58% respectively (p=0,05). There were more alcoholic patients represented in the proportion of people living without a partner (widows/widowers, single people or divorcees) (p=0,001) and, though on average, alcoholic patients had a lower level of education than non alcoholics, the use of 8 years of education as a cut off point of education to create two subgroups did not show any significant link to alcoholism (p= 0.08). In relation to the use of tobacco, alcoholic patients were shown to

smoke more than non alcoholic patients ($p=0,0001$) Alcoholics used more cannabis and other mind changing substances than non alcoholics ($p<0,0001$ and $p= 0,0004$, respectively). More alcoholic patients also lived alone ($p<0,0001$). A larger number of alcoholics than non alcoholics said they drank and drove ($p<0,0001$). In relation to BDI, the alcoholics had significantly higher rating scores (average=14,76) in relation to the non alcoholics (average=9,41) ($p=0,0005$)

According to BDI, 19,2% of the sample showed score ratings above 19, classifying them as patients with depressive symptoms. The depressive patients had a more elevated score rating in AUDIT, this difference being statistically significant ($p=0,03$). The depressed patients also made more use of cocaine than the non depressive patients ($p=0,01$). The comparison between patients with and without depression showed a significant statistical difference in relation to not having an intimate friend ($p=0,03$).

Despite not finding a significant statistical difference ($p=0,062$) in absolute values, the depressed patients lived more alone than the non depressed patients. The depressed patients demonstrated lower rating scores in MMSE ($p=0,00001$). Naturally, the average rating scores in BDI were significantly higher for the depressed patients ($p=0,00001$). In all the other various studies the two groups presented similar behaviour patterns. (Table 5) Comparing the score ratings of BDI between men and women, it was observed that the women had a higher score (Mean \pm SD=14,28 \pm 12,94) than the men (Mean \pm SD=10,42 \pm 10,63) and this difference was statistically significant ($p=0,04$).

The variations of exposure with significant statistics and other considerations capable of influencing the outcome, logistics to identify association with the outcome (injury of greater/lesser severity) were inserted in a model of logistic regression. The independent variations take into consideration demographic variations (sex and social class), variations of self destructive behaviour (smoking, use of a safety belt, use of a condom), depression (identified by BDI), and alcoholism, defined by the score ratings of AUDIT. Alcoholism and the non use of condoms showed a significant association with the outcome, being independent risk factors for injury with a high life risk. Being alcoholic showed a three times

greater chance of suffering injuries with a high life risk (OR=2,62; IC95% 1,06-6,48). The non use of a condom represented a reason for a three times higher risk (OR=3,28;IC95% 1,16-9,25) for the same outcome (Table 6)

When we placed alcoholism as the outcome in the logistic regression model, we analysed the independent variables; Sex, conjugal state, social class, drink driving, smoking, use of a condom and depression.. Two of these were shown to be risk factors for this outcome: patients who are smokers demonstrated a six times higher chance of becoming alcoholics (OR=5,96 IC95% 2,15-16,48) and those who drink drive demonstrated a seven times higher chance of becoming alcoholics (OR=7,23; IC95%2,60-20,04) (Table 7).

Discussion

This study was developed to evaluate the associate between certain conditions that represent lack of concern with health, personal care and security that can increase exposure to more serious traumas (provoking more complex injuries),creating characteristics of life risk. The variations which were analysed were alcoholism, depressive symptoms, use of a safety belt, drink driving , the use of condoms in sexual intercourse, smoking, the use of mind changing drugs (cannabis, cocaine, etc.), conjugal state, intimate friends (social net-work parameters), and whether the patient was accompanied to emergency.

The present study observed an association between alcoholism and the non use of condoms with life risking injuries. In this sample, no difference was found between patients with different degrees of injuries concerning Sex, age, or others variables. Patients with more severe injuries, however, had higher score ratings in AUDIT and more frequently did not use condoms. The alcoholics had 2,5 times more chance of suffering life risking injuries, while those who did not use condoms showed more than three times the chance of suffering more serious injuries.

Alcohol is referred to as the most important individual factor in the risk of road accidents. The frequency of the consumption of alcohol in road accident victims has already been observed as being 50% (Soderstrom, 1998), and 64,5% of these were the motorists themselves. A study of the injuries encountered shows that the person had consumed alcohol before the event, showing that the risk of suffering an injury was 2,8 times higher (Humphrey et al 2003). Cherpitel, (1994) observed that the injuries were more frequent amongst those who had consumed alcohol before the event which had provoked the injuries. The use of other drugs is also a contributory factor, shown in a study with people involved in accidents when the prevalent use of alcohol and cannabis reached 48,3% (Woolard,2003). In the sample of this study, the alcoholics were also those who used more cannabis and other drugs in comparison with non alcoholics.

The prevalence of alcohol in the sample, total (37,1%) was high, especially when compared with the values observed throughout the population in general (Béria:14%) , as also in the hospitals and ER clinics (Fiegle:12% and Stracke: 26%). However, in 1990 Fleck found a higher prevalence level (38,5%0, in the ER in the .same city This discovery may be attributed to the diverse methodology used. Coincidentally, the prevalence found here is almost of the same value as that of a study carried out in London in two ER's, with a sample of subjects aged between 16 and 24 (Thom et al,1999), using the same questionnaire for screening. The AUDIT was also used, by Cherpital (1995a) in ER, where 19% of alcoholics were encountered.

The instrument used for screening of alcoholism was appropriate and this prevalence shows the importance of the subject and the relevance of the development of methods of screening amongst the professionals of ER's. In 1999, Lapham observed that the AUDIT is a satisfactory instrument for screening of alcoholism. One of the biggest problems is the time to carry out these tests and how to adapt them into the routine of the ER's. It is possible to apply the AUDIT in around 2 minutes (Conigrave,1995), even though BDI, which is also used in this work, is more extensive.

The demographic data is compatible with the literature. As it is a free service, it is natural that people from the lower classes should be more prevalent. The age of the subjects identify the age groups of higher risk (20 to 40) both on the road and at work. At the ER's, these two kinds of accidents are dealt with, aside from domestic accidents and accidents resulting from domestic violence and urban violence. Younger age groups and workers are the most common group at the ER's. (Jackson,2001)

The relationship that can be observed between users and non users of condoms and severe injury risks appears to be cemented in prejudice and demands from society for the ideal masculine behaviour (Connel,1995) Amongst these behaviour patterns is to have sexual knowledge, not demonstrate weakness, drink and smoke, be able to win the hearts of women and maintain sexual relations with penetration. These are aspects central to the life of men (Unbehaum, Cavasin and Silva,2003). There is also a lack of knowledge of the function of their bodies and at the same time, the hegemonic structure of the Brazilian masculinity, in the context of Brazilian culture, demands the necessity of physical strength which, translated, is a subjective resistance of men to illnesses and therefore requires less care with health (Ariha, et al.2001)

It was predictable that the alcoholics would have a weaker social network, that they would be more alone and that they would have lower education levels. Alcohol is a factor of disintegration of families and is an impediment in maintaining a job or improving social conditions.

We also expected that the alcoholic patients would be less concerned about their health, this manifesting itself in the non use of safety belts, condoms (not confirmed), smoking, drinking and driving, and the use of cannabis and other mind changing drugs (confirmed). The results in relation to the consumption of cannabis and other mind changing drugs may have been minimised because the recording of the use of illicit drugs, even when secrecy is assured, is difficult.

The results that showed that the rating scores in BDI's were higher in alcoholics was also predictable: Depression and alcoholism are a well known binomial and it is very

important to differentiate between depression and alcoholism (dual-diagnostic) and depression from alcoholism (reactions to loss, reactions to abstinence) because therapy treatment in these two cases is different. If no differentiation is made, many alcoholics can be found to be taking anti-depressives without any necessity and many depressed people drinking to treat their depression. The rating score of alcoholics was similar to those encountered by Gorestein (1996) when he validated BDI in Brazil amongst patients suffering from anxiety.

The prevalence of depression was lower than expected, considering that in the emergency services, 10% are depressed, the expectation is that amongst the users of the ER, this index should be added to those with post-traumatic depression. The depressed patients showed higher self destructive behaviour (manifested by the use of cocaine) and a failing in their social net-work (shown by the absence of an intimate friend), which is expected from this pathological group. However, there was no association between depression and severe injuries.

One of the limitations of this work was the scarcity of data in the national literature which provides the parameter for the calculation of the sample. Brazilian studies are rare in the emergency services and most of them are descriptive studies.

It is possible that there may have been a bias in the selection in not including severely traumatised patients or deceased ones. To include these in the sample would certainly have modified the results and we would have had injuries with high life risk and a probable increase in the prevalence of alcohol in the outcome. However, this will demand the use of other instruments as these patients were not able to respond to the applied ratings and the memory bias of these patients would certainly be greater than what may have occurred amongst the assessed patients. The alternative of interviewing family members would be abrasive in the difficult emotional atmosphere because the families may not be available to participate in interviews of this nature.

An analysis of the time and type of accident could increase the role of the consumer of alcohol and the application of security measures (use of a safety belt, drink-

driving) in association with the severity of injuries. In an investigation carried out in a similar ER and in the same city, alcohol levels were positive in 24,5% in the sample (Chaves,1989). There was also a greater prevalence of men observed in the accident victims and most of the accidents take place at the weekend, as well as there being a greater occurrence of deaths amongst people with high levels of alcohol. Similar data was found in a more recent study by Deslandes & Silva (2000)

The emergency services are areas which are still under explored in terms of research; areas which touch on the diversity of present elements and which offer unique opportunities for a fuller understanding of the factors which influence the severity of injuries.

References

- ARILHA, M., UNBEHAUM, S. (2001) *Homens e masculinidade: outras palavras*. São Paulo ECOS/Editora 34.
- BABOR, T.F., HIGGINS-BIDDLE, J.C., SAUNDERS, J.B., MONTEIRO, M.G. (2001) *AUDIT "The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- BECK, A.T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* **4** 561-571.
- BOWLING, A. & BROWNE, P. (1991) Social network, health and emotional well-being among the elderst old in London. *J Gerontol Soc Sci* **46** 520-32.
- CHAVES, A.G., PEREIRA, E.A., ANICETI, G. C. ET AL. (1989) Alcoolemia em acidentados de trânsito. *Rev HPS*, **35**(1) 27-30.
- CHERPITEL, C. (1995) Screening for Alcohol Problems in The Emergency Department. *Ann Emerg Med* **26**:158-66.
- CONIGRAVE, K.M., SAUNDERS, J.B., REZNIK, R.B. (1995) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, **90** (1), 1479-85.
- CONNEL, R. W. (1995) Políticas de Masculinidade. *Educação e Realidade*, **20** (2) UFRGS-Porto Alegre.
- COPEL, W.S., SACCO, W.J., CHAMPION, H.R., BAIN, L.W., (1969) "Progress in Characterising Anatomic Injury", In *Proceedings of the 33rd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Automotive Medicine*, Baltimore, MA, USA 205-218.
- DESLANDES, S. F. COSME, M.F.P.S. 2000 Análise da morbidade hospitalar por acidentes de transito em hospitais públicos no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Saúde Publica* **34**(4) 367-72.
- EIZIRIK, C. Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. (1997) Tese de Doutorado. UFRGS. Porto Alegre. Brasil.

- FLECK, M.P.A., LIMA, A.F.B.S., LOUZADA, S. ET AL. (2002) Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, **36**, 431-438.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. (1975) "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* **12**, 189-198.
- GORENSTEIN, C. & ANDRADE, L. (1996) Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*, **29**(4):453-7.
- IBOPE (2000) Informações sobre indicadores de classe social. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/>>Data do Acesso:28/10/2003
- JACKSON, L.L. (2001) Non-fatal occupational injuries and illnesses treated in hospital emergency departments in the United States. *Inj Prev* **7**(1) 121-6.
- LAFER, B., ALMEIDA, O.P., FRÁGUAS, JR.R., MIGUEL, E.C. (2000) *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre Artmed Editora.
- LAPHAM, S.C., BROWN, P., SURIYAWONGPAISAL, P., SKIPPER, B.J., CHADBUNCHACHAI, W., PAISARNILP, S. (1999) Use of AUDIT for Alcohol Screening Among Emergency Room Patients In Thailand. Alcohol Use Disorders Identification Test. *Subst Use Misuse*, **34**(13) 1881-95.
- MÉNDEZ, B. E. (1999) Uma versão Brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test (A Brazilian version of AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test) Msc Thesis, Pelotas: Universidade Federal de Pelotas/RS, Brasil
- MENDOZA-SASSI, R.A. & BÉRIA, J.U. (2003) Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, **98**, 799-804.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC) (1992) *Programa de Valorização da Vida: Relatório Final do Levantamento*. Brasília, MEC/ Fundação Maurício Sirotski Sobrinho/FNDE/ABEAD.

- MOREIRA, L.B., FUCHS, F.D., MORAES, R.S., BREDEMEYER, M., CARDOSO, S., FUCHS, S.C., VICTORIA, C.G. (1996) Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian city: a population-base survey. *Journal of Studies on Alcohol*. **57**(3) 253-259.
- NEIRA, J. A. (2000) Propuesta de regionalización para la atención el paciente traumatizado. *Medicina Intensiva*, **18** (3) 111-118.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (1993) *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE: Informações sobre SUS, SAMU, Hospital Cristo Redentor. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br> Data do acesso: 25/10/2003
- RICHTER, P., WERNER, J., HEERLIEN, A., KRAUS, A., SAUER, H. (1998) On the validity of the Beck Depression Inventory; A review. *Psychopathology* **31** 160-168.
- SAUNDERS, J., AASLANG, O., BABOR, T., DE LA PUENTE, J. & GRANT, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption.II. *Addiction*, **88** 791-804.
- THOM, B., HERRING, R. & JUDD, A. (1999) Identifying Alcohol-related Harm in Young drinkers: the role of accident Emergency Departments. *Alcohol and Alcoholism*, **34** (6), 910-915.
- UNBEHAUM, S., CAVASIN, S., SILVA, V.N. (2003) Juventude e Prevenção das DST/Aids. Disponível em: <http://www.ecos.org.br> Acesso em 30/10/2003.
- USTUN, T.B., SARTORIUS, N. (1995) (Eds) *Mental Illness in primary care: international study*. New York John Wiley&Sons.
- WOOLARD, R., NIRENBER, T.D., BECKER, B., LONGABAUGH, R. ET AL.(2003) Marijuana use and prior injury among injured problem drinkers. *Acad Emerg Med*, **10**(1), 43-51.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) *A Summary of Global Status Report on Alcohol*. Geneva. World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1999) *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization.

Table 1. Demographic characteristics of the sample studied

Variables	Frequencies
Sex	
Male	156 (76,1%)
Female	49 (23,9%)
Age (years)	34,4 (12,5)
Origin/locality	
Porto Alegre	96 (46,8%)
Contryside/others	109 (53,2%)
Marital Status	
Single	69 (33,8%)
Married	108 (52,9%)
Divorced	22 (10,8%)
Widow/Widower	5 (2,5%)
Education	
(Mean \pm SD)	7,4 \pm 3,1
0 a 7 years	133 (65%)
8 or more years	72 (35%)
Social Class	
A	3 (1,5%)
B	37 (18,0%)
C	80 (39,0%)
D	74 (36,1%)
E	11 (5,4%)
Working Situation	
Active	155 (76,0%)
Non active	49 (24,0%)

**Age and education: Presented in the form of average (standard deviation); others, in frequency (proportion)*

Table 2. Risk indicators of sample studied

Risk Variables	Frequencies
Alcoholism	
Yes	76 (37,1%)
No	129 (62,9%)
Cigarettes	
Current user	79 (38,5%)
Never use	81 (39,5%)
Used in the past	43 (21%)
Marijuana	
Current user	12(5,9%)
Never use	170 (82,9%)
Used in the past	23 (11,2%)
Cocaine	
Current user	6 (2,9%)
Never use	184 (89,8%)
Used in the past	15 (7,3%)
Others drugs	
Current user	2 (1%)
Never use	194 (6,6%)
Used in the past	9 (4,4%)
Categories of Depression	
Absent	122 (59,5%)
Ligth	44 (21,5%)
Moderate	21 (10,2%)
Severe	18 (8,8%)
Who you live with	
With family	185(90,2%)
Friends	2(1%)
Institution	1(0,5%)
Alone	17(8,3%)
Intimate friend	
Yes	135(65,9%)
No	70(34,1%)
How you came for the ER	
Accompanied	84(41,6%)
Unaccompanied	118 (58,4%)
Use of safety belt	
Sim	96(47,5%)
No	106 (52,5%)
Use of condoms	
Yes	130(65,3%)
No	69(34,7%)
Drinking driving	
Yes	47 (38,2%)
NO	76 (61,1%)

Table 3. Demografics Variables and risk factors in high and low risk survival groups.

Variables	High risk (N=32)	Low risk (n=173)	P value
Sex			
Male	26 (81%)	130 (75%)	0,604
Female	06 (19%)	43 (25%)	
Origin/Locality			0,275
Porto Alegre	12 (37,5%)	83 (40%)	
Contryside/others	20 (62,5%)	90 (52%)	
Education			
(Mean ± SD)	7,31 ± 2,97	7,34 ± 3,24	0,964
Age			
(Mean ± SD)	33,22 ± 10,77	34,61 ± 12,81	0,519
Civil State			0,532
Single	9 (28,1%)	60 (34,9%)	
Married	18 (56,3%)	90 (52,3%)	
Divorced	5 (15,6%)	17 (9,9%)	
Widow/Widower	0 (0%)	5 (2,9%)	
Who you live with			
Accompanied	18 (56,3%)	90 (52,3%)	0,683
Alone	14 (43,8%)	82 (47,7%)	
MEEM			
(Mean ± SD)	25,28 ± 3,72	25,30 ± 3,02	0,978
AUDIT			
(Mean ± SD)	10,59 ± 9,37	6,31 ± 7,11	0,019
BDI			
(Mean ± SD)	14,91 ± 12,78	10,69 ± 10,93	0,088
Alcoholism	16 (50%)	50 (28%)	0,019
Smoking	12 (37,5%)	67 (39,2%)	0,858
Live alone	3 (9,4%)	15 (8,7%)	0,897
Without as intimate friend	10 (31,3%)	60 (34,7%)	0,707
Came alone to ER	14 (45,2%)	70 (40,9%)	0,661
Not use of safety belt	17 (53,1%)	82 (47,4%)	0,552
Drinking driving	22 (54,5%)	35 (34,7%)	0,082
Non use of condom	27 (61,7%)	103 (84,4%)	0,013
Marijuana	2 (16,7%)	30 (15,5%)	0,92
Cocaine	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,36

OR=Odds Ratio

95CI%= Confidence Interval of 95%

Table 4: Demographics variations and distribution of the risk indicators variables among alcoholics (AUDIT>8) and non-alcoholics (AUDIT≤8)

Variables	Alcoholics (n=76)	Non Alcoholics (n=129)	p-value	OR(95%IC)
Sex				
Male	69 (90,8%)	87 (67,4%)	0,0002	4,76 (1,84-2,52)
Origin/Locality			0,39	1,33 (0, 72-,46)
Porto Alegre	39 (51,3%)	57 (44,2%)		
Contryside/others	37 (48,7%)	57 (55,8%)		
Education (Mean ± SD)	6,85 (2,87)	7,64(3,3&)	0,08	
Age (Mean ± sD)	32,43 (10,15)	35,44 (13,60)	0,21	
Civil State				
Single	29 (42%)	40 (58 %)	0,0007	
Married	28 (25,9%)	80 (74,1%)		
Divorced	15 (68,2%)	7 (31,8%)		
Widow/Widower	3 (60%)	2 (40%)		
Who you live with				
Alone	47 (62,7%)		0,001	2,74 (1,45-5,19)
MEEM (Mean ± sD)	24,93(3,32)	25,51 (2,99)	0,20	
Life risk			0,02	2,55 (1,10-5,92)
with	18(23,7%)	14 (10,9%)		
without	58 (76,3%)	115 (89,1%)		
BDI (Mean ± SD)	14,76 (13,69)	9,41 (13,60)	0,005	
Smoking	45 (60,8%)	34 (26,4%)	0,0001	4,34 (2,24-8,42)
Live alone	15 (19,7%)	3 (2,3%)	0,00006	10,33(2,64-,34)
Without as intimate friend	28 (36,8%)	42 (32,6%)	0,66	1,21 (0,64-2,30)
Came alone to ER	38 (50,7%)	46 (36,2%)	0,06	1,81 (0,97-3,39)
Not use of safety belt	44 (58%)	55 (42,6%)	0,05	1,85 (1-1,344)
Drinking driving	32 (64%)	15 (20,5%)	0,0001	6,87 (2,82-7,01)
Non use of condom	50 (66,7%)	80 (64,5%)	0,87	1,10 (0,57-2,12)
Marijuana	11 (14,5%)	1 (0,8%)	0,00001	21,6 (2,76-4,66)

OR=Odds Ratio

95CI%= Confidence Interval of 95%

Table 5- Demographic variables and risk indicators among depressed and not depressed

Variables	Depressed (n=40)	Not depressed (n=165)	P value	OR(95CI%)
Sex			0,22	0,58(0,25-,33)
Male	27 (67,5%)	129(78,2%)		
Female	13 (32,5%)	36(21,8%)		
Origin/Locality			0,93	0,91(0,43-,94)
Porto Alegre	18 (45%)	78 (47%)		
Contryside/others	22 (55%)	87 (52,7%)		
Education (Mean ± SD)	6,22±2,9	7,62±3,1	0,001	
Age (Mean ± SD)	34±13,64	34,45±12,24	0,84	
Civil State			0,01	
Single	12 (30%)	57 (34,8%)		
Married	17 (42,5%)	91(55,5%)		
Divorced	10 (25%)	12(7,3%)		
Widow/Widower	1 (2,5%)	4 (2,4%)		
Who you live with			0,19	1,69 (0,79-0,62)
Alone	23 (57,5%)	73 (44,5%)		
Accompanied	17 (42,5%)	91 (55,5%)		
MMSE (Mean±SD)	23,6±3,04	25,70±3,01	0,0001	
AUDIT (Mean ± SD)	10,92±11,20	6,02±6,17	0,03	
Life risk			0,11	0,46(0,18-,18)
with	10 (25%)	22 (13,5%)		
without	30 (75%)	143 (86,7%)		
BDI (Mean ±SD)	30,12±10,47	6,8±5,11	0,000000	
Smoking	16 (42,1%)	63(38,2%)	0,79	1,18(0,54-2,57)
Live alone	7 (17,5%)	11(6,7%)	0,06	2,97(0,94-9,18)
Without as intimate friend	20 (50%)	50(30%)	0,03	2,3(1,07-4,96)
Came alone to ER	18 (47,4%)	66(40,2%)	0,53	1,34(0,62-2,9)
Not use of safety belt	21 (52,5%)	78(47,3%)	0,67	1,23(0,58-2,62)
Drinking driving	9 (52,9%)	38(35,8%)	0,28	2,01(0,64-6,4)
Non use of condom	26 (68,4%)	104(64,6%)	0,79	1,19(0,52-,73)
Marijuana	4 (33%)	8 (66,7%)	0,25	2,18(0,51-8,7)
Cocaine	4 (10%)	2 (1,2%)	0,01	9,06(1,33-75,52)

MMSE= Mini Mental State Examination

OR=Odds Ratio

95CI%= Confidence Interval of 95%

Table 6 Results of the Logistic Regression analysis for the outcome LIFE RISK

Variables	OR	95CI%	p-value
Male sex	1,14	0,39-3,29	0,81
Social Class D and E	2,0	0,90-4,50	0,09
Smoking	0,62	0,25-1,53	0,3
Non use of condoms	3,28	1,16-9,25	0,025
Non use of safety belt	1,14	0,51-2,55	0,76
Alcoholism	2,62	1,06-6,48	0,04
Depression	1,95	0,78-4,88	0,15

OR=Odds Ratio

95CI%= Confidence Interval of 95%

Table 7 Results of the Logistic Regression analysis for the outcome alcoholism

Variables	OR	95CI%	p-value
Male sex	1,48	0,288-7,63	0,63
Civil state (single, divorced, widow/widower)	3,50	1,228-10,01	0,019
Social Class D and E	1,25	0,469-3,348	0,652
Drink Drive	7,23	2,60-20,04	0,0000
Smoking	5,964	2,15-16,48	0,001
Non use of condoms	1,985	0,586-6,71	0,27
Non use of safety belt	1,40	0,542-3,66	0,48
Depression	1,94	0,447-8,41	0,37

OR=Odds Ratio

95CI%= Confidence Interval of 95%

VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ARTIGO

Álcool e uso de preservativos: Qual é a contribuição para o risco de sobrevida em atendimentos de Emergência?

Irma Rossa, MD, MSc^{1*}

Airton T. Stein, MD, PhD²

Márcia Lorena Fagundes Chaves, MD, PhD³

1) Médica. Equipe de Dependência Química, Centro de Resultados Saúde Mental, Hospital Nossa Senhora da Conceição- Porto Alegre/RS, Brasil

2) Professor Assistente, Departamento de Epidemiologia, Fundação Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre- Porto Alegre/RS, Brasil

3) Professora Adjunta, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Porto Alegre/RS, Brasil

*Correspondência:

Irma Rossa

Rua Prof. Fitzgerald, 22 ap. 301

90470-160 Porto Alegre/ RS

Brasil

Fone: 51-33289809

e-mail: irossa@zipmail.com.br

Resumo

Duzentos e cinco pacientes admitidos no Serviço de Emergência de um hospital especializado em acidentes foram entrevistados a cerca de suas relações sociais e comportamentos de risco. Foram aplicados o AUDIT e o Inventário para Depressão de Beck. Estas variáveis foram analisadas em relação ao desfecho risco de vida, avaliado através da Escala Abreviada de Lesões (AIS - *Abbreviated Injury Scale*). A amostra era composta por 52,7% de homens, casados, com menos de 8 anos de estudo, com situação econômica baixa. A faixa etária média era de 34,4 anos. Foi encontrada a prevalência de 37,1% de alcoolismo utilizando o ponto de corte 8 do questionário AUDIT. Os homens tinham quase cinco vezes mais chance de serem alcoolistas que as mulheres (RC=4,76 IC95%=1,89-12,52). Foram encontrados 19,2% de pessoas com escores no Inventário para Depressão de Beck superior a 19. Na análise bi-variada as mulheres mostravam-se mais deprimidas que os homens. Considerando o ponto de corte 3 da AIS, observamos que 15,5% deste grupo tinha risco de vida. Alcoolistas tinha 2,5 vezes mais chance de apresentarem lesão com risco de vida (RC=2,55 IC95%=1,18-5,49). Pessoas com o comportamento de risco “não usar preservativo” tinham três vezes mais chances de expor-se a algum acidente e apresentar lesão com risco de vida (RC=3,35 IC95%=1,23-9,16). Encontramos 38,5% de tabagistas e 7,8% de usuários de outras substâncias psicoativas. A análise por regressão logística mostrou que as variáveis associadas à lesão com risco de vida são: não usar preservativo e alcoolismo, ambas com coeficiente de correlação positivo.

Introdução

Pesquisas realizadas nos Serviços de Emergência (SE) no Brasil ainda são raras. Em revisão da literatura na base de dados Medline e Lilacs, durante a elaboração deste trabalho, encontramos apenas 9 publicações nos últimos 23 anos. Para esta revisão foi utilizado como descritores as mesmas palavras usadas neste artigo (Emergência, Álcool, Trauma, Depressão). Se os Serviços de Emergência são locais negligenciados pelos pesquisadores, a prevalência de problemas de saúde, tais como alcoolismo e depressão, no entanto, é elevada. Estes problemas podem ter seu prognóstico melhorado se forem tratados e tenham seus fatores de risco identificados precocemente.

Os acidentes são a causa de morte nos Estados Unidos da América do Norte, de 3 em cada quatro adolescentes e de 2 em cada 3 adultos entre 25 e 35 anos (Neira, 2000) e ao uso de álcool são atribuídos inúmeros acidentes sejam de trânsito como os de trabalho. No Brasil o panorama não é diferente. Em São Paulo, 35-55% das mortes violentas mostraram alcoolemia positiva (WHO, 1999). O relatório do Ministério da Educação e Cultura ressalta que o alcoolismo é motivo de 75% dos acidentes fatais no trânsito (MEC, 1992). Na etapa brasileira de um estudo multicêntrico, no Rio de Janeiro, a prevalência encontrada de alcoolismo na atenção primária foi de 4,1% (WHO, 2001). Moreira et al (1996), num estudo realizado em Porto Alegre, observou a prevalência 9% para dependência do álcool (16% para homens e 4% para mulheres). A depressão nos SE pode estar presente sob a forma de comorbidades ao uso ou abuso de álcool. Na população mundial depressão acomete 4% da população, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993). Além da prevalência elevada, há evidência de que pacientes deprimidos utilizem mais os recursos de saúde em geral, o que inclui serviços de emergência (Fleck et al, 2002). Num estudo epidemiológico realizado no Brasil, a prevalência de depressão ao longo da vida foi de 16,6% (Lafer, 2002).

O objetivo deste estudo foi avaliar associação entre alcoolismo, depressão e gravidade das lesões em um Serviço de Emergência. A gravidade das lesões foi utilizada como o desfecho principal e foi determinada por instrumento próprio. Além desta associação, as prevalências de alcoolismo e de síndrome depressiva também foram avaliadas pela aplicação do “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) (Babor et al, 2001) e o Inventário para Depressão de Beck (Gorenstein e Andrade, 1996), respectivamente.

Material e métodos

Um estudo transversal foi realizado com todos os pacientes atendidos no Serviço de Emergência (SE) do Hospital Cristo Redentor (HCR) que consentiram participar do mesmo até atingir o cálculo amostral. No período da realização deste estudo (três meses) o número de atendimentos médicos no SE foi de 37.569.

O Hospital Cristo Redentor é localizado na zona norte da cidade e faz parte do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) (www.portoalegre.rs.gov.br). Atende as seguintes especialidades: Traumatologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Buco-maxilo-facial e Queimados e possui 269 leitos distribuídos nestas especialidades. A equipe do SE tem treinamento em ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) do Colégio Americano de Cirurgiões, como todos os membros deste sistema de atendimento de urgência (SAMU). No SE deste hospital, os pacientes são avaliados na chegada por médico socorrista que define os próximos atendimentos conforme a gravidade de cada caso.

A coleta dos dados iniciou em um fim de semana continuando consecutivamente até completar o número de casos necessários para a análise. A equipe de entrevistadores foi composta por um médico (IR), uma psicóloga (ERS) e dois acadêmicos de psicologia (GFC e LPS), que foram treinados e utilizavam o manual do pesquisador no momento das entrevistas.

A amostra foi selecionada através de um procedimento aleatório sistemático, cujo intervalo para inclusão era de 5 pacientes. A seleção e intervalo foram determinados pelo cálculo amostral. O cálculo da amostra foi realizado considerando uma prevalência de alcoolismo de 14%, encontrada por Mendoza-Sassi & Béria (2003), com um nível de confiança de 95% e um erro aceitável de 5%. O total de 184 pacientes foi considerado suficiente para o estudo mas, considerando a possibilidade de perdas e não resposta, foi acrescentado mais 10% ao tamanho da amostra, estimando-se um total de 200 casos. A

identificação dos pacientes para avaliação do estudo foi realizada de forma aleatória pelo Centro de Processamentos de dados do Grupo Hospitalar Conceição que marcava os boletins de atendimento das pessoas a serem entrevistados

Foram excluídos pacientes com idade inferior a 15 anos e superior a 65 anos, pacientes que não tinham condições de comunicação, tais como aqueles com alteração do nível de consciência e os excluídos pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein et al, 1975). Os escores do MEEM para a exclusão foram ≤ 17 para aqueles que tinham até quatro anos de estudo e ≤ 24 para aqueles que tinham mais de 4 anos de estudo. O Mini Exame do Estado Mental foi aplicado logo após a obtenção do Termo de Consentimento pós-informação.

A classificação econômica foi realizada utilizando os critérios da Associação Nacional de Agências de Pesquisa (www.anep.org.br), cujas classes sociais (A, B, C, D e E) são definidas em função da escolaridade do chefe da família e do poder de compra da família baseado no número e tipo de alguns bens de consumo que possuem.

Dados relativos a comportamentos de risco autodestrutivo (não usar de cinto de segurança, não usar preservativos, beber e dirigir, uso do tabaco e de outras substâncias psicoativas (SPA) foram obtidos por questões fechadas (tipo sim/não) sendo analisadas como variáveis categóricas. Nós definimos como não fumante ou não usuário de substâncias psicoativas aqueles que nunca fizeram uso de fumo ou quaisquer substâncias psicoativas. Uso de fumo ou SPA no passado foi definido como não tendo ocorrido nos últimos seis meses.

A existência de uma rede social foi avaliada através de perguntas fechadas sobre a utilização de confidentes, relações familiares e de amizade (Bowling & Browne, 1991; Eizirik, 1997). Além do confidente, foi investigado se morava sozinho ou não, e se viera acompanhado ao SE.

O "*Alcohol Use Disorders Identification Test*" (AUDIT), um questionário para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool foi aplicado para a obtenção da frequência (prevalência na amostra) de alcoolismo e problemas relacionados. É um

instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde constituído de 10 questões, cuja vantagem é identificar não apenas os dependentes de álcool como os bebedores de risco desenvolvido por Sanders et al (1993). Para a identificação de dependentes de álcool e/ou bebedores de risco aplicou-se o ponto de corte 8, pois foi o valor utilizado na validação do questionário no Brasil realizada por Méndez (1999).

O Inventário para Depressão de Beck (BDI) foi aplicado para avaliar sintomas depressivos correntes (Beck, 1961). Este questionário, composto de 21 questões, validado no Brasil em 1996 por Gorenstein, além de fornecer a variação de escore ("rating scale") pode classificar os sintomas como depressão mínima (até 10 pontos), leve (até 19 pontos), moderada (até 29 pontos) e grave (mais de 30 pontos) pelo uso dos pontos de corte. (Richter et al, 1998 e Gorenstein & Andrade, 1996). Para fins de algumas análises dividimos os resultados em dois grupos: sem depressão ou depressão leve (escore até 19), classificados, então, como não deprimidos e depressão moderada ou grave (escore acima de 19), classificados como deprimidos.

A escala abreviada de lesões (*Abbreviated Injury Scale -AIS*) foi também aplicada, após os instrumentos já descritos, com auxílio do médico assistente responsável pelo paciente para obter parâmetros de gravidade da lesão. Esta escala, desenvolvida por Copes et al em 1969, tem boa acurácia como ranking de gravidade de lesão. Por esta escala, as lesões são classificadas de 1 a 6, sendo que escore 1 significa lesão menor e 5, lesão grave. Quando o paciente recebe pontuação 6 na AIS considera-se que não há chance de sobrevivência.

O projeto e o termo de Consentimento Pós-informação foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS). Todos os pacientes foram informados da natureza do estudo e obtiveram garantia de sigilo das informações.

Análise estatística

A entrada de dados foi realizada no programa EpiInfo, versão 6.04 foram aferidos para controle de qualidade. Os cálculos estatísticos foram efetuados através do programa SPSS PC+ versão 10.0 para Windows. As análises descritivas foram realizadas por freqüências (absolutas e relativas) e medidas de tendência central conforme o tipo de variável. Razões de prevalência com intervalo de confiança foram calculados para a verificação das medidas de efeito. Análises de associação (qui-quadrado) univariadas e posteriormente análises de regressão logística foram empregadas para avaliar a contribuição independente e em conjunto das variáveis estudadas.

Resultados

Dos 250 pacientes selecionados e aos quais aplicou-se o MEMM, 45 foram excluídos por apresentarem escores abaixo dos pontos de corte definidos. A Tabela 1 apresenta os dados demográficos da amostra avaliada. Cento e cinquenta e seis (76%) pacientes eram homens, 108 (52,7%) casados, com escolaridade menor do que o segundo grau (65%), com predomínio de situação econômica baixa (80% pertencem a classe C, D e E), oriundos de cidades do interior do estado e circunvizinhas (53,2%). Mais da metade das pessoas desta amostra estava empregada (76%), seja de forma regular como através de empregos informais regulares ou eventuais.

Os pacientes moravam com familiares (90%), mais da metade tinham um confidente (65,9%), e não eram trazidos ao SE por seus familiares ou amigos em mais da metade dos casos (58,4%). Quase a metade das pessoas desta amostra referia usar sempre o cinto de segurança (47,5%) e 38,2% afirmavam não dirigir após ingerir bebidas alcoólicas. A maioria (65,3%) declarou usar preservativo.

Quanto ao fumo, a prevalência de fumantes nesta amostra foi de 38,5%, e de usuários de outras substâncias psicoativas (SPA) foi de 7,8%. Desta amostra, 21% referiram uso de cigarros no passado e 20% referiu uso de SPA no passado. Das drogas ilícitas, maconha foi a droga mais utilizada (5,9%) enquanto 2,9% referiam uso de cocaína. A prevalência de alcoolismo foi de 37,1% (Tabela 2). Os homens apresentaram uma prevalência de 37% (N=58) e as mulheres de 14% (N=7), sendo que esta distribuição foi estatisticamente significativa ($p=0,0003$; $RC=4,76$ $IC95\%=1,89-12,52$).

O grau de gravidade da lesão foi avaliado utilizando-se a AIS. Os pacientes foram divididos em dois grupos pelo uso do ponto de corte 3 (escores acima de 3 representam lesões de maior gravidade). Em toda amostra estudada, 15,5% tinham lesões com risco de vida (N=32). A Tabela 3 mostra as variáveis demográficas dos pacientes dos grupos de maior (AIS>3) e menor risco de vida (AIS≤3). O grupo de pacientes com maior risco de vida não diferiu significativamente do grupo de menor risco (N=173) quanto à idade ($p=0,519$),

nem quanto à distribuição por sexo ($p=0,604$). Não houve diferença significativa quanto ao estado civil, nem outras variáveis demográficas. Os pacientes com lesões de maior gravidade mostraram média significativamente mais alta no AUDIT, o que significa que entre os pacientes que sofreram algum acidente e apresentaram lesões mais graves (com risco de vida) há mais alcoolismo. Aplicando o ponto de corte do AUDIT, observou-se que 50% ($N=16$) eram alcoolistas, enquanto que no grupo de menor risco eram apenas 28% ($N=50$) (Tabela 4). Os alcoolistas mostraram 2,5 vezes mais chances de expor-se a algum acidente e apresentar lesão com risco de vida ($RC= 2,55$ $IC95\%=1,18- 5,49$) do que os não alcoolistas. Entre os demais fatores de risco para comportamento autodestrutivo, 'não usar preservativo' mostrou mais de três vezes chance de expor-se a algum acidente e apresentar lesão com risco de vida ($RC=3,355$; $IC95\%=1,23-9,16$) do que aqueles que relataram usar preservativo.

A distribuição de pacientes alcoolistas e não alcoolistas está na Tabela 5. Quando comparamos os pacientes alcoolistas (37,1%), com os não alcoolistas observamos ser do sexo masculino representava quase vezes a chance de ser alcoolista ($RC=4,76$; $IC95\% 1,84-2,52$) com diferença significativa em relação ao sexo feminino ($p= 0,0002$). Não havia diferença quanto à idade, procedência e à rede social (representada por ter confidente), e uso de preservativo. Os pacientes alcoolistas fizeram menos uso de cinto de segurança do que os não alcoolistas, representando 42,6% e 58%, respectivamente ($p=0,05$). Mais pacientes alcoolistas apresentavam maior proporção de pessoas vivendo sem parceiro (viúvos, solteiros ou divorciados) ($p=0,001$) e, embora na média tenham apresentado escolaridade mais baixa do que os não alcoolistas, o uso de 8 anos de estudo como ponto de corte de escolaridade para gerar dois subgrupos não mostrou associação significativa com alcoolismo ($p=0,08$). Em relação ao tabagismo, os pacientes alcoolistas relataram fumar mais do que os não alcoolistas ($p<0,0001$). Alcoolistas usavam mais maconha e outras SPAs do que os não alcoolistas ($p<0,0001$ e $p=0,0004$, respectivamente) Mais pacientes alcoolistas também viviam sozinhos ($p<0,0001$). Maior número de alcoolistas referiram beber e dirigir do que os não alcoolistas ($p<0,00001$). Em relação aos escores do

Inventário de Beck para Depressão, os alcoolistas tiveram escores mais altos (média=14,76) em relação aos não alcoolistas (média=9,41) significativamente ($p=0,005$).

Segundo o Inventário de Beck para Depressão, 19,2% da amostra apresentou escores superiores a 19, classificando-os como portadores de sintomas depressivos. Os pacientes deprimidos tinham um escore mais elevado no AUDIT, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$). Também os deprimidos faziam mais uso de cocaína que os não deprimidos ($p=0,01$). A comparação dos pacientes com e sem depressão mostrou diferença estatisticamente significativa em relação à não ter confidente ($p=0,03$) Apesar de não alcançar diferença estatisticamente significativa ($p=0,062$), em valores absolutos, os pacientes deprimidos viviam mais sós do que os não deprimidos. Os deprimidos apresentavam escores mais baixos no MMSE ($p=0,00001$). Naturalmente, a média dos escores do Inventário de Depressão de Beck era significativamente mais alta nos deprimidos ($p<0,00001$). Em todas as outras variáveis estudadas os dois grupos apresentaram comportamento semelhante. (Tabela 5).

Comparando os escores do BDI entre homens e mulheres, observa-se que as mulheres têm um escore mais alto (média \pm desvio padrão=14,28 \pm 12,94) do que os homens (média \pm desvio padrão=10,42 \pm 10,63), e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,04$).

As variáveis de exposição com significância estatística e algumas consideradas capazes de influenciarem o desfecho, entraram em um modelo de regressão logística para identificar associação com o desfecho (lesão de maior/menor gravidade). As variáveis independentes compreendiam variáveis demográficas (sexo e classe social), variáveis de comportamento autodestrutivo (fumo, uso do cinto de segurança, uso de preservativo), depressão (identificada pelos escores do Inventário de Beck) e alcoolismo, definido pelos escores do AUDIT. Alcoolismo e não usar preservativos mostraram associações significativas ao desfecho, sendo fatores de risco independentes para lesão de maior gravidade. Ser alcoolista mostrou chance de quase três vezes para apresentar lesão com risco de vida (RC=2,62; IC95%=1,06-6,48). Não usar preservativo apresentou razão de

chance de mais de três vezes ($RC=3,28$; $IC95\%=1,16-9,25$) para o mesmo desfecho (Tabela 6).

Quando colocamos alcoolismo como desfecho no modelo de regressão logística, analisando as variáveis independentes, sexo, situação conjugal, classe social, beber e dirigir, fumar, uso de preservativo e depressão, duas delas mostraram ser fatores de risco para este desfecho: fumar e dirigir após beber. Pacientes fumantes, nesta amostra, apresentaram seis vezes mais chance de ser alcoolista ($RC=5,96$ $IC95\%$ 2,15-16,48) e aqueles que relataram dirigir após beber mostraram chance de mais de sete vezes para ser alcoolista ($RC=7,23$; $IC95\%$ 2,60-20,04) (Tabela 7).

Discussão

Este estudo foi desenvolvido para avaliar associação entre algumas condições que representam descuido com a saúde, cuidados pessoais, e medidas de segurança que poderiam aumentar a exposição a traumas ^{maiores} (provocando lesões ^{com} mais complexas), ^{capacidade de se contribuir em fator} assumindo o caráter de risco para sobrevivência. As variáveis analisadas foram alcoolismo, sintomas depressivos, uso de cinto de segurança, dirigir depois de usar bebidas alcoólicas, uso de preservativos nas relações sexuais, tabagismo, uso de outras drogas psicoativas (maconha, cocaína, etc.), situação conjugal, ^(confiável?) confidentes (parâmetro de rede social), e ^f ~~ser acompanhado~~ ^{multo no} ao atendimento de emergência.

O presente estudo observou uma associação entre alcoolismo e o não uso de preservativos com lesões com risco de vida. Nesta amostra, não havia diferença entre os pacientes com diferentes graus de lesão quanto ao sexo, faixa etária ou outras variáveis. Os pacientes com lesões mais graves tinham, entretanto, escores mais altos no AUDIT e mais freqüentemente não usavam preservativos. Os alcoolistas tinham 2,5 vezes mais chance de apresentar lesões com risco de vida, enquanto que não usar preservativo mostrava mais de três vezes a chance de apresentar lesão com gravidade. O álcool é referido como o fator individual mais importante para o risco de acidentes de trânsito. A freqüência de uso de álcool de 50% entre acidentados de carro já foi observada (Soderstrom, 1998), sendo que em 64,5% o uso era entre os motoristas. Um trabalho avaliando as lesões encontradas e o fato da pessoa ter consumido álcool anteriormente ao evento, mostrou que o risco de apresentar uma lesão era de 2,8 vezes (Humphrey et al. 2003). Cherpitel, (1994) observou que as lesões eram mais freqüentes em quem havia consumido álcool antes do evento que provocou as lesões. O uso de outras drogas também tem sua participação, mostrado em um estudo com pessoas envolvidas em acidentes, quando a prevalência de uso de álcool e maconha chegou a ser 48,3% (Woolard, 2003). Na amostra deste trabalho, os alcoolistas também eram os que usavam mais maconha e outras drogas comparativamente aos não alcoolistas..

A prevalência de alcoolismo encontrada na amostra total (37,1 %) foi alta, especialmente se comparada aos valores observados na população geral (Béria:14%), bem como nos hospitais e emergências clínicas (Fiegle: 12% e Stracke: 26%). Embora Fleck, em 1990, tenha encontrado num SE na mesma cidade uma taxa de prevalência mais elevada (38,5%), este achado pode ser atribuído a diversidade metodológica. Coincidentemente, a prevalência encontrada aqui é quase o mesmo valor encontrado num estudo realizado em Londres em dois SE, com uma amostra de sujeitos com idade entre 16 e 24 anos (Tom et al.,1999), utilizando o mesmo questionário para rastreamento. Também utilizando o AUDIT, Cherpitel (1995a) em SE, relatou ter encontrado 19% de alcoolistas.

O instrumento utilizado para rastreamento de alcoolismo foi adequado e esta prevalência mostra a importância do tema e a relevância da divulgação de métodos de rastreamento entre os profissionais dos SEs. Lapham (1999) observou que o AUDIT é um instrumento satisfatório para rastreamento de alcoolismo. Um dos maiores problemas é o tempo de aplicação destes questionários e como adaptá-los às rotinas dos SEs. É possível aplicar o AUDIT em cerca de 2 minutos (Conigrave, 1995), já o Inventário para Depressão de Beck, também utilizado neste trabalho, é mais extenso

Os dados demográficos são compatíveis com a literatura. Como é um serviço de atendimento gratuito é natural que pessoas de classe social mais baixa sejam mais prevalentes. A idade dos sujeitos identifica as faixas etárias de maior risco (20 á 40 anos) para acidentes tanto de trânsito como de trabalho. Neste local são atendidos estes dois tipos de acidentes, além de acidentes domésticos e os secundários à violência doméstica e urbana. Faixas etárias mais jovens e trabalhadores costumam ser o esperado (Jackson, 2001).

A relação que se observou entre o não uso de preservativos e o risco para lesões de gravidade parece sedimentar-se sobre preconceitos e exigências sociais do comportamento ideal de masculinidade (Connel, 1995). Dentre estes comportamentos estão ter conhecimento sobre sexo, não mostrar fragilidade, fumar e beber, ter capacidade

de conquistar e manter relações sexuais com penetração que são aspectos centrais na vida dos homens (Unbehaum, Cavasin e Silva, 2003). Também há um desconhecimento do funcionamento do seu corpo ao mesmo tempo em que a construção da masculinidade hegemônica no contexto cultural brasileiro impõe a necessidade de força física, que se traduz, subjetivamente a uma resistência superior dos homens às doenças e menor necessidade de cuidados com a saúde. (Ariha, et al. 2001).

Era previsível que os alcoolistas tivessem uma rede social mais fragilizada, que fossem mais solitários e que tivessem escolaridade menor. O álcool é um fator de desintegração de famílias e um impeditivo para a manutenção de emprego e melhora de condições sociais.

Também se esperava que os pacientes alcoolistas tivessem menos cuidado com sua saúde, isto manifesto através do não uso de cinto de segurança, de preservativo (não confirmado), fumar, beber e dirigir, usar maconha e outras SPAs (confirmado). Os resultados em relação ao consumo de maconha e outras SPAs podem ter sido minimizados, pois o relato de uso de drogas ilícitas, mesmo numa situação em que o sigilo é assegurado é difícil.

O achado que mostra que os escores no Inventário de Depressão de Beck eram mais alto em alcoolista também eram previsíveis: depressão e alcoolismo são um binômio conhecido e é muito importante diferenciar depressão e alcoolismo (duplo diagnóstico) e depressão do alcoolismo (reação às perdas, reação a abstinência) porque as condutas terapêuticas nestes casos serão diferentes. A não diferenciação faz que aparecem muitos alcoolistas usando antidepressivo sem necessidade e muitos deprimidos que bebem para tratar a depressão. O escore dos alcoolistas foi similar ao dos encontrados por Gorestein (1996) quando da validação do instrumento no Brasil, entre os pacientes ansiosos.

A prevalência de Depressão foi menor que o esperado, pois considerando que em serviços de atendimento primário encontra-se 10% de deprimidos (Ustun & Sartorius, 1995) a expectativa é que na população usuária de SE, este índice fosse acrescido daqueles com depressão pós-traumática. Os pacientes deprimidos apresentavam comportamento de

risco autodestrutivo (expresso por uso de cocaína) e falha na rede social (expresso por não ter confidente) esperado para portadores desta patologia, porém não houve uma associação com depressão e gravidade de lesão.

Uma das limitações deste trabalho foi à escassez de dados na literatura nacional que servissem de parâmetro para o cálculo amostral. Os estudos brasileiros são escassos em Serviços de Emergência e na maioria deles são estudos descritivos.

É possível que tenha havido um viés de seleção ao não incluirmos os pacientes gravemente traumatizados e os óbitos. Esta ampliação da amostra com certeza modificaria o resultado em termos do desfecho lesões com risco de vida e provavelmente aumentasse a prevalência de alcoolismo. No entanto, isto exigiria o uso de outros instrumentos já que estes pacientes não teriam condições de responder escalas auto-aplicadas e o viés de recordação destes pacientes seria certamente muito maior do que o que pode ter ocorrido entre os pacientes avaliados. A alternativa de entrevistar familiares esbarra na dificuldade emocional do momento, pois os familiares podem não estar disponíveis para participar de entrevistas desta natureza.

Uma análise de horário e tipo de acidente poderia aumentar o papel do consumo de álcool e de medidas de segurança (uso de cinto de segurança e dirigir depois de ingerir bebidas alcoólicas) na associação à gravidade da lesão. Em uma investigação realizada em um SE semelhante e na mesma cidade, a alcoolemia foi positiva em 24,5% da amostra (Chaves, 1989). Também observou maior prevalência de homens entre os acidentados, e maior ocorrência de acidentes nos fins de semana, além de relatar maior ocorrência de óbitos entre pacientes alcoolizados. Dados semelhantes foram encontrados no estudo mais recente de Deslandes&Silva (2000).

Os Serviços de Emergências são locais ainda pouco explorados do ponto de vista de pesquisa e no que tange a diversidade de elementos presentes são situações únicas de oportunidade para um melhor entendimento dos fatores que influenciam a gravidade das lesões.

me' - ca
com

||

Referências Bibliográficas

- AIS(1990)- The Abbreviated Injury Scale- Revision Association For The Advancement Of Automotive Medicine. Des Plaines, Il, Usa.
- ALLEN, J.P., MAISTO, A.S., CONNORS, G.P. (1995) Self-report screening tests for alcohol problems in primary care. *Arch Intern Med*, **155** (16), 1726-30.
- ALMEIDA, L.M., COUTINHO, E.S.F. (1993) O alcoolismo e o hospital geral: estudo de prevalência junto à demanda ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **19**, (2) 91-95.
- BAKER, S. P., O'NEILL, B. HADDON, W., LONG, W. B. (1974) The Injury Severity Score: A Method for Describing Patients with Multiple Injuries and Evaluating Emergence Care. *J Trauma* **14**, 187-196.
- BECK, A.T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* **4**, 561-571.
- BIOETHICS THESAURUS. 1995 Kennedy Institute of Ethics: Georgetown.
- BOHN, M.J., BABOR, T.F., KRANZLER, H.R. (1995)The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. **56**(4) 423-32.
- BORDIGNON, K.C. & ARRUDA, W. O. (2002) Achados tomográficos no trauma cranioencefálico leve: análise de 2000 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, **60** 204-210.
- BOWLING, A. & BROWNE, P. (1991) Social network, health and emotional well-being among the elderst old in London. *J. Gerontol. Sci*, **46**, 520-32.
- BRADLEY, K.A., BUSH, K.R., MCDONELL, M.B, MALONE, T., FIHN, S.D. (1998) Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *J Gen Intern Med*, **13** (6), 379-88.
- CASA (2000) Missed opportunity: National survey of primary care physicians and patients on substance abuse. Columbia University, Center on Addiction and Substance Abuse.
- CHERPITEL, C. (1995a) Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med*, **26** (2), 158 – 66.

James 1989

CHERPITEL, C. & CLARCK, W. (1995b) Ethnic Differences In Performances of Screening Instruments for Identifying Harmful Drinking and Alcohol Dependence in the Emergency Room. *J Stud Alcohol*, 56, 695-700.

CHERPITEL, C. (1995) Screening for Alcohol Problems in The Emergency Department. *Ann Emerg Med* 26:158–66.

CONIGRAVE, K.M., SAUNDERS, J.B., REZNIK, R.B. (1995) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, 90 (1), 1479-85.

COPEES, W.S., SACCO, W.J., CHAMPION, H.R, BAIN, L.W. (1969) "Progress in Characterizing Anatomic Injury", In *Proceedings of the 33rd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Automotive Medicine, Baltimore, MA, USA* 205-218.

D'ONOFRIO, G., BERNSTEIN, E., BERNSTEIN, J., WOOLARD, H.H., BREWER, P.A.,

CRAIG, S. A., ZINK, B.J.(1998) Patients with Alcohol Problems in the Emergency Department Part1: Improving Detection. *Acad Emerg Med*, 5, 1200-1209.

DAVIS, L. JR., HURT, R., MORSE, R., O'BRIEN, P. (1987) Discriminant analysis of the Self-Administered Alcoholism Screening Test. *Alcohol Clin Exp Res*, 11, 269–73.

DAVIS, L. JR., MORSE, R. (1991) Self-Administered Alcoholism Screening Test: a comparison of conventional versus computer-administered formats. *Alcohol Clin Exp Res*, 15, 155–7.

DESLANDES, S. F. (1999) O atendimento às vítimas de violência na Emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciênc Saúde Coletiva* 4(1) 81-94.

DESLANDES, S. F. COSME, M.F.P.S. (2000) Análise da morbidade hospitalar por acidentes de transito em hospitais públicos no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Saúde Pública* 34(4) 367-72.

D'ONOFRIO, G., DEGUTIS, L.C. (2002) Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 9(6), 627-38.

zy
zy

- DRACTU, L., COSTA RIBEIRO, L., CALIL, H.M. (1987) Depression Assessment in Brazil. The First Application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, **150**, 797-800
- DSM (1994) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed, Washington Dc, Apa.
- EIZERIK, C. (1997) Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. Tese de Doutorado. UFRGS. Porto Alegre. Brasil.
- ENOCH, M.A. & GOLDMAN, D. (2002) Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*, **65**, 441-8.
- EWING, J. (1984) Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, **252**, 1905-7.
- FARVOLDEN, P., MCBRIDE, C., BAGBY, R.M., RAVITZ, P. (2003) A Web-based screening instrument for depression and anxiety disorders in primary care. *J Med Internet Res*. **5**(3) 23.
- FIELLIN, D.A., REID, M.C., O'CONNOR, P.G. (2000) Outpatient Management of Patients with alcohol problems. *Ann Intern Med*, **133** (1) 815-27.
- FIELLIN, D.A., REID, M.C., O'CONNOR, P.G. (2000) Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* **160** 1977-1989.
- FIGLIE, N.B., PILLON, S.C., DUNN, J., LARANJEIRA, R. (2000) The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *Med J/Rev Paul Med*, **118** (5) 139-43.
- FLECK, M.P.A. & SOARES, H.H. (1990) Estudo Preliminar da Prevalência de Alcoolismo em Pacientes Internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr. Rio Gd Do Sul*, **12** (2), 84-7.
- FLEMING, M.F., MUNDT, M.P., FRENCH, M.T et al (2000) Benefits-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Car*, **38**, 7-18.

- FLEMING, M.F., MUNDT, M.P., FRENCH, M.T., MANWELL, L.B., STAAUFFACHER, E.A., BARRY, K.L.(2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res.*, **26**, 36-43.
- GENTILELLO, L, VILLAVECES, A., RIES, R.R., et al. (1999) Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. *J Trauma* **47**:1131-9.
- GEOSFERA 2003: Informações sobre comportamentos de risco . Disponível em <<http://www.geosfera.com.br/parceiros/seguranca/prevencao.asp>> Acesso em 28/10/2003
- GIBB, K. (1986) Serum alcohol levels, toxicology screens, and use of the breath alcohol analyzer. *Ann Emerg Med.* **15**(3) 349-53.
- GORENSTEIN, C. & ANDRADE, L. (1996) Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*, **29** (4), 453-7.
- HAMILTON, M.(1960) A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* **23**, 57-62.
- HODGSON, R.J., JOHN, B., THOM, B., SMITH, A. (2000) The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol and Alcoholism*, **37**, 61-6
- HUNGERFORD, D.W. & POLLOCK, D.A. (2003) Emergency Department Services for Patients with Alcohol Problems: Research Directions *Acad Emerg Med* **10**, nº 1.
- IBOPE (2000) Descrições de critérios para classificação de classe econômica. Disponível em: <[Http://Www.Anep.Org.Br](http://www.anep.org.br)>.Data do acesso: 28/10/2003.
- ICD-10 (1994) Symptoms Glossary for Mental Disorders. Division of Mental Health - World Health Organization, Geneva.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1990) Broadening the Base for Treatment for Alcohol Problems. Washington DC: Nacional Academy Press.
- LAPHAM, S.C., SKIPPER, B.J., BROWN, P., CHADBUNCHACHAI, W., SURIYAWONGPAISAL, P., PAISARNILP, S. (1998) Prevalence of alcohol problems among emergency room patients in Thailand. *Addiction*, **93** (8), 1231-9.

LEBRÃO, M.L., MELLO JORGE, M.H.P., LAURENTI, R. (1997) *Rev Saúde Pública* 31 (4), 26-37.

LEWIS, C.D. (2002) A Commentary on Substance Abuse Screening and Intervention in the Emergency Department. In: Hungerford, D.W. & Pollock, D. A. (Eds) *Alcohol Problems Among Emergency Departments Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention*. Atlanta (GA) : National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention.

LONGABAUGH, R., MINUGH, P.A., NIRENBERG, T.D., CLIFFORD, P.R., BECKER, B., MACMANUS, S., HIPKINS, J., HADDAD, P., GUTHRIE, E., CREED, F. (2003) Implementing an effective intervention for problem drinkers on medical wards. *Gen Hosp Psychiatry*, 25(5), 332-7.

MAGALHÃES, M (2002) in Medronho RA et al, (Eds) *Epidemiologia*. Atheneu

MAIO, R. F. & CUNNINGHAM, R. E. (2002) The Spectrum of Alcohol Problems and the Scope of Emergency Medicine Practice. In: Hungerford, D. W., Pollock, D.A. (Eds). *Alcohol Problems among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention*. Atlanta (GA) National Center of Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention

MASSIE, M.J. & HOLLAND, J.C. (1990) Depression and cancer patient. *J Clin Psychiatry* 51(1) 2-7.

MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcohol screening instrument. *Am J Psychiatry*, 131, 1121-3.

MCLEOD, R., STOCKWELL, T., ROONEY, R., STEVENS, M., PHILLIPS, M. JELINEK, G. (2003) The influence of extrinsic and intrinsic risk factors on the probability of sustaining an injury. *Accid Anal Prev*, 35 (1) 71-80.

MÉNDEZ, B.E. (1999) Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Brasil.

- MENDOZA-SASSI, R.A. & BÉRIA, J.U. (2003) Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, **98**, 799-804.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) (2001) Anuário Estatístico de Saúde do Brasil Disponível em <http://portal.sade.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/introd.cfm> Acesso em 28/10/2003.
- MONTGOMERY, S. A., ASBERG, M. (1979) A new Depression Rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-389.
- MOREIRA, L.B., FUCHS, F.D., MORAES, R.S., BREDEMEYER, M., CARDOZO, S., FUCHS, S.C., VICTORIA, C.G. (1996) Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian city: a population-based survey. *Journal of Studies on Alcohol*, **57**(3) 253-259.
- NEIRA, J. A. (2000) Propuesta de regionalización para la atención el paciente traumatizado. *Medicina Intensiva*, **18** (3) 111-118.
- OLFONS, M., TOBIN, J.N., CASSELLS, A., WEISSMAN, M. (2003) Improving the detection of drug abuse, alcohol abuse, and depression in community health centers. *J Health Care Poor Underserved*, **14**(3) 386-402.
- PICCINELLI, M., TESSARI, E., BORTOLOMASI, M., PIASERE, O., SEMENZIN, M., GARZOTTO, N., TANSELLA, M. (1997) Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *BMJ*, **314**, 420-4.
- PINHEIRO, P. (1994) A violência do Rio às portas da Emergência. *Cad Saúde Pública* **10**(1), 223-5.
- POKORNY, A., MILLER, B., KAPLAN, H. (1972) The Brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry*, **129**,342–8.
- RASSLAN, S. & BIROLINI, D. (1998) Editorial *Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* **25** 5.

ROSA, N. G. (2001) Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil.

RUBIO VALLADOLID, G., BERMEJO VICEDO, J., CABALLERO SANCHEZ-SERRANO, M.C., SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. (1998) Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care. *Rev Clin Esp*, **198**(1), 11-4.

RUSSELL, M., MARTIER, S., SOKOL, R. et al. (1994) Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, **18**, 1156–61.

SAUNDERS, J., AASLAND, O., AMUNDSEN, A., GRANT, M. (1993) Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons With Harmful Alcohol Consumption, I. *Addiction*, **88**:349–62.

SAUNDERS, J., AASLAND, O., BABOR, T., DE LA FUENTE, J., GRANT, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Addiction*, **88**, 791–804.

SAUNDERS, J.B., AASLAND, O.G., BABOR, T.F., DE LA FUENTE, J.R., GRANT, M.(1993)Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) WHO Collaborative Project on Early Detection of Person with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, **88**, 791-804.

SELZER, M. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, **127**,1653–8.

SELZER, M., VINOKUR, A., VAN ROOIJEN, M. (1975) A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *J Stud Alcohol* , **36**, 117–26.

SOBEL, M., SOBEL, L., VANDER SPECK, R. (1979) Relationships among clinical judgement, self-report and breath analysis measures of intoxication in alcoholics. *J Consult Clin Psychol* **47**:205–6.

STRACKE, C.B., ROSSA, I., STEIN, A.T. (2003) Validation Of The Audit To Screen Alcoholism In An Emergency Service. (Submetido À Publicação).

STRAUSS G.D. (1999) A entrevista psiquiátrica, a história psiquiátrica e o exame do estado mental. In: Kaplan H.I. & Sadock B.J. *Tratado de Psiquiatria*. Sexta edição. Cap. 9.1, Artmed: Porto Alegre, pp.570-583.

THOM, B., HERRING, R. & JUDD, A. (1999) Identifying Alcohol-related Harm in Young drinkers: the role of accident Emergency Departments. *Alcohol and Alcoholism*, **34** (6), 910-915.

TINKOFF, G.H. & O'CONNOR, R.E.(2002) Validation of new trauma triage rules for trauma attending response to the emergency department. *J Trauma* 52(6), 1153-8.

WOOLARD, R. (1995) Injury as a motivator to reduce drinking. *Acad Emerg Med*, **2**, 817-825.

WOOLARD, R. (2002) Identifying Ed Patients With Alcohol Problems. In: Hungerford, D.W. & Pollock, D. A. (Eds) *Alcohol Problems Among Emergency Departments Patients: Proceedings Of A Research Conference On Identification And Intervention*. Atlanta (Ga) : National Center For Injury Prevention And Control, Center For Disease Control And Prevention.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) *A Summary of Global Status Report on Alcohol*. Geneva. World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) Mental and Neurological Disorders. *Fact Sheet nº 265*. Geneva: World Health Organization

WPA (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (1997) Educational program on depressive disorders. Overview and fundamental aspects. New York: John Wiley & Sons.

ZUNG, W. W. K. (1963) A self Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry* **12**,63-70.

Tabela 1. Variáveis demográficas da amostra estudada

Variável	Freqüências
Sexo	
Masculino	156 (76,1%)
Feminino	49 (23,9%)
Idade	
	34,4 (12,5)
Procedência	
Porto Alegre	96 (46,8%)
Interior/ RS e Outros	109 (53,2%)
Estado Civil	
Solteiro	69 (33,8%)
Casado	108 (52,9%)
Separado	22 (10,8%)
Viúvo	5 (2,5%)
Escolaridade	
(média ± desvio padrão)	7,4 ± 3,1
0 a 7 anos	133 (65%)
8 ou mais anos	72 (35%)
Classe Social	
A	3 (1,5%)
B	37 (18,0%)
C	80 (39,0%)
D	74 (36,1%)
E	11 (5,4%)
Situação Laboral	
Ativo	155 (76,0%)
Não-Ativo	49 (24,0%)

Idade e Escolaridade: apresentados em forma de média(desvio-padrão); demais, em forma de freqüência(proporção).

Tabela 2. Fatores de risco na amostra estudada

Variáveis de Risco	Frequência
Alcoolismo	
Sim	76 (37,1%)
Não	129 (62,9%)
Cigarro	
Uso atual	79 (38,5%)
Nunca usou	81 (39,5%)
Usou no passado	43 (21%)
Maconha	
Uso atual	12(5,9%)
Nunca usou	170 (82,9%)
Usou no passado	23 (11,2%)
Cocaína	
Uso atual	6 (2,9%)
Nunca usou	184 (89,8%)
Usou no passado	15 (7,3%)
Outras drogas	
Uso atual	2 (1%)
Nunca usou	194 (6,6%)
Usou no passado	9 (4,4%)
Categorias de Depressão	
Ausente	122 (59,5%)
Leve	44 (21,5%)
Moderada	21 (10,2%)
Grave	18 (8,8%)
Com quem vive	
Vive com familiares	185(90,2%)
Com amigos	2(1%)
Instituição	1(0,5%)
Mora só	17(8,3%)
Confidente	
Sim	135(65,9%)
Não	70(34,1%)
Com vem à consulta	
Vem acompanhado	84(41,6%)
Não vem acompanhado	118 (58,4%)
Uso cinto segurança	
Usa sempre	96(47.5%)
Não usa	106 (52,5%)
Uso preservativos	
Usa sempre	130(65,3%)
Não usa	69(34,7%)
Dirige depois de beber	
Não	47 (38,2%)
Sim	76 (61,1%)

Tabela 3. Variáveis demográficas e fatores de risco dos grupos de maior e menor risco para sobreviver.

Variáveis	Maior risco (N=32)	Menor risco (n=173)	P
Sexo			
Masculino	26 (81%)	130 (75%)	0,604
Feminino	06 (19%)	43 (25%)	
Procedência			0,275
Porto Alegre	12 (37,5%)	83 (40%)	
Interior RS/outros	20 (62,5%)	90 (52%)	
Escolaridade (média ± DP)	7,31 ± 2,97	7,34 ± 3,24	0,964
Idade (média ± DP)	33,22 ± 10,77	34,61 ± 12,81	0,519
Estado Civil			0,532
Solteiro	9 (28,1%)	60 (34,9%)	
Casado	18 (56,3%)	90 (52,3%)	
Separado	5 (15,6%)	17 (9,9%)	
Viúvo	0 (0%)	5 (2,9%)	
Com quem mora			0,683
Com Companhia	18 (56,3%)	90 (52,3%)	
Sozinho	14 (43,8%)	82 (47,7%)	
MEEM (média ± DP)	25,28 ± 3,72	25,30 ± 3,02	0,978
AUDIT (média ± DP)	10,59 ± 9,37	6,31 ± 7,11	0,019
BDI (média ± DP)	14,91 ± 12,78	10,69 ± 10,93	0,088
Alcoolismo	16 (50%)	50 (28%)	0,019
Tabagismo	12 (37,5%)	67 (39,2%)	0,858
Viver sozinho	3 (9,4%)	15 (8,7%)	0,897
Não ter confidente	10 (31,3%)	60 (34,7%)	0,707
Vir só à consulta	14 (45,2%)	70 (40,9%)	0,661
Não usar cinto de segurança	17 (53,1%)	82 (47,4%)	0,552
Dirigir depois de beber	22 (54,5%)	35 (34,7%)	0,082
Não usar preservativo	27 (61,7%)	103 (84,4%)	0,013
Maconha	2 (16,7%)	30 (15,5%)	0,92
Cocaína	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,36

Tabela 4: Variáveis demográficas e distribuição das variáveis de marcadores de risco entre os alcoolistas (AUDIT>8) e não alcoolistas (AUDIT≤8)

Variáveis	Alcoolistas (n=76)	Não Alcoolistas (n=129)	p	RC/IC (95%)
Sexo				
Masculino	69 (90,8%)	87 (67,4%)	0,0002	4,76 (1,84-2,52)
Feminino				
Procedência			0,39	1,33 (0,72-,46)
Porto Alegre	39 (51,3%)	57 (44,2%)		
Interior RS/Outros	37 (48,7%)	57 (55,8%)		
Escolaridade (média ± DP)	6,85 (2,87)	7,64(3,3&)	0,08	
Idade (média ± DP)	32,43 (10,15)	35,44 (13,60)	0,21	
Estado Civil			0,0007	
Solteiro	29 (42%)	40 (58 %)		
Casado	28 (25,9%)	80 (74,1%)		
Separado	15 (68,2%)	7 (31,8%)		
Viúvo	3 (60%)	2 (40%)		
Com quem mora			0,001	2,74 (1,45-5,19)
Sozinho	47 (62,7%)			
MEEM (média ± DP)	24,93(3,32)	25,51 (2,99)	0,20	
Risco de vida			0,02	2,55 (1,10-5,92)
com	18(23,7%)	14 (10,9%)		
sem	58 (76,3%)	115 (89,1%)		
BDI (média ± DP)	14,76 (13,69)	9,41 (13,60)	0,005	
Tabagismo	45 (60,8%)	34 (26,4%)	0,0001	4,34 (2,24-8,42)
Viver só	15 (19,7%)	3 (2,3%)	0,00006	10,33(2,64-,34)
Não ter confidente	28 (36,8%)	42 (32,6%)	0,66	1,21 (0,64-2,30)
Vir só à consulta	38 (50,7%)	46 (36,2%)	0,06	1,81 (0,97-3,39)
Não usar cinto de segurança	44 (58%)	55 (42,6%)	0,05	1,85 (1-1,344)
Dirigir depois de beber	32 (64%)	15 (20,5%)	0,0001	6,87 (2,82-7,01)
Não usar preservativo	50 (66,7%)	80 (64,5%)	0,87	1,10 (0,57-2,12)
Maconha	11 (14,5%)	1 (0,8%)	0,00001	21,6 (2,76-4,66)

RC= razão de chaces

IC 95%= Intervalo de Confiança 95%

Tabela 5- Variáveis demográficas e marcadores de risco entre os deprimidos e não deprimidos.

Variáveis	Deprimidos (n=40)	Não deprimidos (n=165)	Valor de p	RC/IC(95%)
Sexo			0,22	0,58(0,25-,33)
Masculino	27 (67,5%)	129(78,2%)		
Feminino	13 (32,5%)	36(21,8%)		
Procedência			0,93	0,91(0,43-,94)
Porto Alegre	18 (45%)	78 (47%)		
Interior RS/outros	22 (55%)	87 (52,7%)		
Escolaridade (média ± DP)	6,22±2,9	7,62±3,1	0,001	
Idade (média ± DP)	34±13,64	34,45±12,24	0,84	
Estado Civil			0,01	
Solteiro	12 (30%)	57 (34,8%)		
Casado	17 (42,5%)	91(55,5%)		
Separado	10 (25%)	12(7,3%)		
Viúvo	1 (2,5%)	4 (2,4%)		
Com quem mora			0,19	1,69 (0,79-0,62)
Sozinho	23 (57,5%)	73 (44,5%)		
Com Companhia	17 (42,5%)	91 (55,5%)		
MEEM (média ± DP)	23,6±3,04	25,70±3,01	0,0001	
AUDIT (média ± DP)	10,92±11,20	6,02±6,17	0,03	
Risco de Vida			0,11	0,46(0,18-,18)
Com	10 (25%)	22 (13,5%)		
Sem	30 (75%)	143 (86,7%)		
BDI (média ± DP)	30,12±10,47	6,8±5,11	0,000000	
Tabagismo	16 (42,1%)	63(38,2%)	0,79	1,18(0,54-2,57)
Viver só	7 (17,5%)	11(6,7%)	0,06	2,97(0,94-9,18)
Não ter confidente	20 (50%)	50(30%)	0,03	2,3(1,07-4,96)
Vir só à consulta	18 (47,4%)	66(40,2%)	0,53	1,34(0,62-2,9)
Não usar cinto de segurança	21 (52,5%)	78(47,3%)	0,67	1,23(0,58-2,62)
Dirigir depois de beber	9 (52,9%)	38(35,8%)	0,28	2,01(0,64-6,4)
Não usar preservativo	26 (68,4%)	104(64,6%)	0,79	1,19(0,52-,73)
Maconha	4 (33%)	8 (66,7%)	0,25	2,18(0,51-8,7)
Cocaína	4 (10%)	2 (1,2%)	0,01	9,06(1,33-75,52)

RC= razão de chaces

IC 95%= Intervalo de Confiança 95%

TABELA 6 Análise de Regressão logística das variáveis independentes para o desfecho RISCO DE VIDA

Variáveis	RC	IC 95%	P
Sexo Masculino	1,14	0,39-3,29	0,81
Classe Social D e E	2,0	0,90-4,50	0,09
Fumar	0,62	0,25-1,53	0,3
Não uso de Preservativo	3,28	1,16-9,25	0,025
Não uso de Cinto de Segurança	1,14	0,51-2,55	0,76
Alcoolismo	2,62	1,06-6,48	0,04
Depressão	1,95	0,78-4,88	0,15

RC= razão de chaces

IC 95%= Intervalo de Confiança 95%

Tabela 7 Análise de Regressão logística das variáveis independentes para o desfecho Alcoolismo

Variáveis	RC	IC 95%	P
Sexo Masculino	1,48	0,288-7,63	0,63
Situação conjugal (solteiro, divorciado, viúvo)	3,50	1,228-10,01	0,019
Classe Social D e E	1,25	0,469-3,348	0,652
Beber e dirigir	7,23	2,60-20,04	0,0000
Fumar	5,964	2,15-16,48	0,001
Não uso de Preservativo	1,985	0,586-6,71	0,27
Não uso de Cinto de Segurança	1,40	0,542-3,66	0,48
Depressão	1,94	0,447-8,41	0,37

RC= razão de chaces

IC 95%= Intervalo de Confiança 95%

ANEXO I

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

- 1- Alcoolismo e não uso de preservativos são indicativos de lesão com risco de sobrevivência entre pacientes atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor.
- 2- A prevalência de alcoolismo avaliada pelo AUDIT no Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor é mais elevada que na população em geral.
- 3- A prevalência de Depressão, medida através do Inventário de Depressão de Beck, nesta amostra foi mais elevada que a população em geral.
- 4- A prevalência de tabagistas nesta amostra foi mais alta do que o esperado.
- 5- Alcoolistas mostraram ter 2,5 vezes mais chances de expor-se a algum acidente com lesão capaz de deixá-lo em risco de vida.
- 6- Não usar preservativo ^{risco} representa um comportamento de pouco cuidado com a saúde, ^{esta amostra} ~~que pode permitir acidentes~~ com lesões com risco de vida. _{com}

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO III

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- INFORME QUE OS QUESTIONÁRIOS PODERÃO SER RELEVANTES PARA AVALIAR O SEU ESTADO DE SAUDE.
- ESCLAREÇA QUE AS INFORMAÇÕES SÃO ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAIS.
- PROCURE TER UMA ATITUDE AMIGÁVEL E NÃO AMEAÇADORA;
- SE HOUVEREM FAMILIARES PRESENTES, PEÇA-LHES QUE AGUARDEM ATÉ O FINAL DAS PERGUNTAS PARA MANIFESTAREM-SE, EVITANDO QUE O PACIENTE SE SINTA COAGIDO OU CONSTRANGIDO.
- ATENHA-SE AS PERGUNTAS TAL COMO ESTÃO FORMULADAS PARA EVITAR INDUÇÃO OU INTERFERENCIAS NAS RESPOSTAS;
- ESCOLHER UM LOCAL TRANQUILO E SE POSSÍVEL ONDE NÃO HAJA INTERFERENCIAS OU DISTRAÇÕES;
- PREENCHER OS DADOS EM LETRA DE FORMA;
- AS ORIENTAÇÕES QUE ESTIVEREM EM NEGRITO SÃO PARA O ENTREVISTADOR;
- CASO RASURAR, FAVOR IDENTIFICAR A RESPOSTA CORRETA COM UMA SETA OU SUBLINHADO;
- AS ALTERNATIVAS DEVEM SER LIDAS AO PACIENTE;
- CERTIFIQUE-SE QUE O PACIENTE ENTENDEU BEM A QUESTÃO E QUE ESCOLHEU A MELHOR RESPOSTA;
- SE A RESPOSTA FOR AMBÍGUA OU EVASIVA, REPITA A QUESTÃO E AS ALTERNATIVAS ATÉ OBTER UMA RESPOSTA COMPLETA;
- O “Sr (a)” PODERÁ SER SUBSTITUÍDO POR “VOCÊ” OU “TU” SE OPORTUNO;
- PALAVRAS ABREVIADAS:
 - NS/NQR = Não Sabe/ Não Quer Responder
 - NSA = Não Se Aplica;
- SE NO INÍCIO DA ENTREVISTA O PACIENTE RESPONDER QUE NÃO BEBE, EXPLIQUE QUE MESMO ASSIM A ENTREVISTA DEVE SER COMPLETADA ATÉ O FIM.
- CERTIFIQUE-SE QUE O PACIENTE ENTENDEU O CONSENTIMENTO INFORMADO E SE POSSIVEL, PEÇA QUE ASSINE O DOCUMENTO.
- SE AS CONDIÇÕES DO PACIENTE NÃO PERMITIREM À ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO, PEÇA QUE UM FAMILIAR ASSINE POR ELE.

- **FORMA DE APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR:** “Eu sou (NOME), e vou fazer algumas perguntas enquanto o Sr (a) aguarda o atendimento. As perguntas estão relacionadas com o seu uso de álcool, especialmente no último ano, e também perguntas sobre o seu estado de humor, por favor tente ser o mais honesto e preciso possível. Ao final, se for do seu interesse podemos lhe fornecer o resultado e se for o caso, encaminhá-lo para um local de atendimento.” Encerre a entrevista com aperto de mão (se possível), fazendo contato visual e agradecendo a participação. Forneça ao paciente ou ao seu familiar, o cartão onde consta o nome do pesquisador principal e as informações de como encontrá-la.

- **CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:**

- Mini-mental menor que 17 com até quatro anos de estudo.
- Mini-mental menor que 24 com mais de 4 anos de estudo.

PERGUNTAS DE IDENTIFICAÇÃO (1 – 9)

- 1 –Checar se o nome está completo e grafado corretamente;
- 2- Confirmar a data de nascimento;
- 3- Sem explicações adicionais;
- 4- Cidade de origem ou se de Porto Alegre, bairro de onde provém;
- 5- Casado - nos referimos se a pessoa vive maritalmente com outra, independente do seu estado civil;
- 6- Considerar os anos freqüentados na escola, confirmando se concluiu ou não o ultimo ano;
- 7- Considerar a renda total de todos os moradores da residência;
- 8- Sem explicações adicionais;
- 9- Tentar especificar a ocupação atual.
- 10- Utilizar os quadros abaixo para classificar a condição social.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Não Tem	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspiração de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do Chefe de família

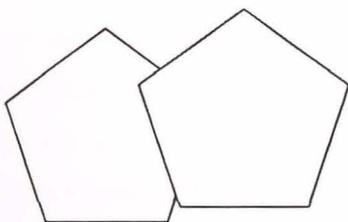
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

Cortes do Critério Brasil

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL %
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ORIENTACOES ESPECIFICAS – MINI-MENTAL (QUESTOES 1 – 11)

- 1- Perguntar ao paciente a data de hoje incluindo, dia do mês, mês, ano e dia da semana. Perguntar qual a estação do ano. Pontuar um para cada resposta certa.
- 2- Perguntar ao paciente onde estamos, incluindo cidade, estado, país, local e andar. Pontuar um para cada resposta certa.
- 3- Nomear 3 palavras e fazer o paciente repeti-las, até acertá-las em sua ordem e nomes corretos.
- 4- Solicitar ao paciente que faça uma subtração seriada de 7 a partir de 100 ($100 - 7 = 93$, $93 - 7$, $86...$) Como alternativas: fazê-lo repetir uma seqüência de números. Sugestão: 7, 5, 2, 4, 8, 3,1; ou soletrar uma palavra de trás para frente.
- 5- Fazer o paciente repetir as 3 palavras nomeadas na questão anterior de numero 3. Pontuar um ponto para cada resposta correta.
- 6- Mostrar uma caneta e um relógio para o paciente, e fazê-lo nomeá-los. Pontuar um ponto para cada alternativa correta.
- 7- Fazer o paciente repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá”. Pontuar um ponto se repetir corretamente.
- 8- Fazer o paciente seguir três estágios, dando apenas UM comando: “pegue um papel com a mão direita, dobre-o ao meio, e coloque-o no chão”. Pontuar um ponto para cada atividade realizada corretamente.
- 9- Fazer o paciente ler e executar a ordem, porém sem pronunciá-la, “feche os olhos”. Um ponto se o paciente fizer corretamente.
- 10- Fazer o paciente escrever uma frase. Pontuar um ponto se a frase fizer sentido.
- 11- Fazer o paciente copiar o desenho. Um ponto se for semelhante.



O escore máximo deste questionário é de 30 pontos.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS – COMPORTAMENTO DE RISCO (QUESTÕES 1 – 5)

Informações gerais: Mantenha uma atitude respeitosa. Trata-se de assuntos delicados: não faça brincadeiras ou ria.

- 1- Identifique onde o paciente mora. Se morar no mesmo pátio, mas em casas separadas, marque: Mora só. Por instituição, entenda-se: albergues, pensões, prisões.
- 2- Se a pessoa parecer não entender a palavra confidente, pergunte se ela tem com quem discutir seus problemas.
- 3- Se o paciente estiver acompanhado de policiais, marque pessoa que não conheço.
- 4- Pergunte se o paciente costuma dirigir ou não. Mesmo sendo caroneiro, deve-se obter a informação.
- 5- Informe ao paciente que não estamos avaliando quantidade de álcool ingerida, portanto ele deve escolher apenas uma das alternativas. Se a pessoa não dirige, pule esta questão.
- 6- Faça a pergunta mesmo que for paciente do sexo feminino. Neste caso, pergunte se o parceiro utiliza.
- 7- Explique que o cigarro que está sendo investigado neste momento é o industrializado ou o feito à mão utilizando fumo comum.
- 8- Identificar se o paciente faz uso de outras drogas especificadas nas alternativas. Se fez uso nos últimos 6 meses, selecione a opção (1) USO; se nunca usou, selecione a opção (2) NUNCA; se já usou, mas não fez uso nos últimos 6 meses, selecione a opção (3) JÁ USEI. Se o paciente referir uso de outras drogas, especifique.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS – AUDIT (QUESTÕES 1 – 10)

- 1 – Identificar a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas em semanas ou meses.
- 2 – Identificar quantas doses, copos ou garrafas são ingeridas, utilizando as fotos em anexo; utilize o Quadro 1 para converter para “doses”.
- 3 – Identificar com que frequência são ingeridas 6 ou mais doses por ocasião. Utilizar o quadro 1 para substituir “6 ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é (são) consumida(s). Ex:...”3 garrafas de cerveja ou mais...”.
- 4 – Identificar a frequência com que o paciente começa a beber e não consegue controlar a quantidade de bebida ingerida, ou seja, não consegue parar.
- 5 – Identificar a frequência com que o paciente não consegue, por causa da bebida, cumprir compromissos rotineiros como: ir trabalhar, arrumar a casa, levar/buscar os filhos na escola, etc.
- 6 – Identificar a frequência com que o paciente precisa ingerir bebidas alcoólicas pela manhã após ter bebido muito na noite anterior.
- 7 – Identificar com que frequência o paciente sente-se culpado por ter ingerido bebidas alcoólicas.

8 – Identificar com que frequência o paciente não lembra de fatos ocorridos enquanto estava embriagado.

9 – Identificar se o paciente já provocou algum dano físico (acidente, agressão) a si próprio ou a alguma pessoa após ter bebido.

10 – Identificar se alguma vez alguém já manifestou preocupação por causa da bebida ou aconselhou o paciente a parar de beber.

QUADRO 1:

<p>CERVEJA: 1 copo (de chope = 350ml), 1 lata = 1 “DOSE” ou 1 garrafa = 2 “DOSES”.</p> <p>VINHO: 1 copo comum grande (250ml) = 2 “DOSES” ou 1 garrafa = 8 “DOSES”</p> <p>CACHAÇA, VODCA, UÍSQE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) = 2 “DOSES”; 1 martelo (100ml) = 3 “DOSES” ou 1 garrafa = mais de 20 “DOSES”.</p> <p>UÍSQE, RUM, LICOR, etc: 1 “dose de dosador” (45.5ml) = 1 “DOSE”.</p>

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS – INVENTÁRIO PARA DEPRESSÃO DE BECK (QUESTÕES 1 – 21)

Instruções gerais: O questionário é auto-aplicável, mas neste caso, o entrevistador deve ler as questões junto com o paciente.

Procure manter uma atitude amigável e neutra.

Repita a leitura da questão se o paciente não tiver compreendido.

Ao final some os pontos do paciente e anote.

Se o paciente tiver marcado mais de uma afirmativa, some a pontuação mais alta.

Se o paciente perguntar o resultado, informe, especificando que este não é um diagnóstico, mas que se houver interesse ele poderá ser visto pelos profissionais da Equipe de Dependência Química do Hospital Nossa Senhora da Conceição para esclarecimento e orientação.

No caso de verificar Depressão Moderada ou Grave, informe o médico assistente.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS – ESCALA ABREVIADA DE LESÕES - AIS (QUESTÕES 1 – 10)

Esta escala deve ser preenchida com a ajuda do médico que atendeu o paciente. Utilize a seguinte pontuação

1-MENOR

2-MODERADA

3-SÉRIA

4-SEVERA

5-CRÍTICA

6-FATAL

ANEXO IV
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Exame do Estado Mental

- 1- () **Pontuação: 5** Qual é o ano, mês, dia da semana e estação do ano
- 2- () **Pontuação: 5** Onde estamos? Cidade, estado, país, local, andar.
- 3- () **Pontuação: 3** Nomear 3 palavras (rua, pente, caneta). Posteriormente, perguntar os três nomes. Pontuar um ponto para cada resposta correta. Então faça o paciente repetir até aprender. Conte o número de tentativas e anote. Sugestão: pente, rua, azul.
- 4- () **Pontuação: 5** Subtração seriada de 7 a partir de 100. Um ponto para cada resposta correta até 5 tentativas. Alternativa, repetir uma seqüência de números. Sugestão: 7,5,2,4,8,3,1.
- 5- () **Pontuação: 3** Pergunte pelas 3 palavras nomeadas anteriormente. Pontue um ponto para cada resposta correta.
- 6- () **Pontuação: 2** Nomear um relógio e uma caneta.
- 7- () **Pontuação: 1** Repetir o seguinte: “ Nem aqui, nem ali, nem lá.”
- 8- () **Pontuação: 3** Seguir o comando em 3 estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque no chão”. Pontuar 1 ponto para cada atividade correta.
- 9- () **Pontuação: 1** Ler e executar a ordem: “Feche os olhos”.
- 10- () **Pontuação: 1** Escrever uma frase.
- 11- () **Pontuação: 1** Copiar o desenho.

Escore do Paciente ()

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Questionário de Identificação

ENTREVISTADOR: _____ No. DO QUESTIONÁRIO: _____

1ª parte: Identificação

1-Nome:.....

2-Data de nascimento...../...../.....

3-Sexo: F () M ()

4-Procedência:.....

5-Situação Conjugal:

- (1) Solteiro
- (2) (2) Casado ou vivendo junto
- (3) Separado, desquitado, divorciado
- (4) (4) Viúvo

6- Avaliação dos bens de consumo

Pontos:.....

7- Anos de estudo do chefe da família

Pontos:.....

8- Nível Sócio-Econômico

Total de Pontos: Classe Social:.....

9-Situação laboral:

- (1) Empregado com carteira assinada
- (2) Emprego regular informal
- (3) Trabalho eventual (biscate)
- (4) Auxílio doença
- (5) Aposentado por tempo de serviço
- (6) Aposentado por doença
- (7) Desempregado

10- Profissão:.....

ANEXO VI
COMPORTAMENTOS DE RISCO

Comportamentos de risco

1-Com quem o Sr (a) mora?

- Com familiares (1)
- Com amigos (2)
- Mora numa instituição (3)
- Mora só (4)
- NS/NQR (9)

2- O Sr (a) tem um confidente?

- Sim (1)
- Não (2)
- Já tive no passado (3)
- NS/NQR (9)

3- O Sr (a) veio acompanhado?

- Sim, por familiar(es) (1)
- Sim, por amigo(s) (2)
- Sim, por colega de trabalho (3)
- Sim, por alguém que não conheço (4)
- Não (5)
- NS/NQR (9)

4.O Sr(a) costuma usar cinto de segurança?

- Sim, sempre(1)
- Só no banco da frente (2)
- Só no banco de trás (3)
- Não, nunca (4)
- Às vezes (5)
- NS/NQR (9)

5.O Sr costuma dirigir após usar bebida de álcool?

- Não (1)
- Sim, independente da quantidade (2)
- Às vezes, quando bebi pouco (3)
- NS/NQR (9)

6.O Sr (a) usa preservativo(camisinha)?

Sim, sempre (1)

Não (2)

Às vezes (3)

NS/NQR (9)

7.O Sr(a) fuma?

Sim (1)

Nunca (2)

Já, no passado (3)

NS/NQR (9)

8.O sr(a) faz uso de outras drogas?

Maconha Sim (1) Nunca (2) Já, no passado (3) NS/NQR (9)

Cocaína Sim (1) Nunca (2) Já, no passado (3) NS/NQR (9)

Crack Sim (1) Nunca (2) Já, no passado (3) NS/NQR (9)

Solventes Sim (1) Nunca (2) Já, no passado (3) NS/NQR (9)

Outras Sim (1) Nunca (2) Já, no passado (3) NS/NQR (9)

Quais.....

ANEXO VII

Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT

- 1. Com que frequência o(a) Sr(a) toma bebidas de álcool?**
(0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) Duas a quatro vezes por mês (3) Duas a três vezes por semana (4) Quatro ou mais vezes por semana
- 2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr(a) costuma tomar?**
(0) 1 ou 2 "doses" (1) 3 ou 4 "doses" (2) 5 ou 6 "doses" (3) 7 a 9 "doses" (4) 10 ou mais "doses"
- 3. Com que frequência o(a) Sr(a) toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida ingerida depois de começar?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**
(0) Nunca (1) Menos de uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias
- 9. Alguma vez na vida o(a) Sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o(a) Sr(a) ter bebido?**
(0) Não (1) Sim, mas não no último ano (2) Sim, mas não no último ano (3) Sim, durante o último ano (4) Sim, durante o último ano
- 10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr(a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?**
(0) Não (1) Sim, mas não no último ano (2) Sim, mas não no último ano (3) Sim, durante o último ano (4) Sim, durante o último ano

Escore: ()

ANEXO VIII
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Inventário de Depressão de Beck

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado às vezes.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3. Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escore ()

ANEXO IX
ABBREVIATED INJURY SCALE - AIS

Abbreviated Injury Scale - AIS

MENOR	(1)
MODERADA	(2)
SÉRIA	(3)
SEVERA	(4)
CRÍTICA	(5)
FATAL	(6)