

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Faculdade de Medicina  
Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica  
Mestrado e Doutorado**

**CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO QUADRO CLÍNICO DO ALCOOLISMO:  
O REGISTRO TRIAXIAL  
DOS PROBLEMAS FÍSICOS, PSICÓLOGICOS E SOCIAIS DE SAÚDE  
DO ALCOOLISTA**

**TESE DE DOUTORADO**

**Autor: JOSÉ MANOEL BERTOLETE**

**Orientador: Ellis D'Arrigo Busnello**

**Porto Alegre, RS, 1990.**

*Para Suzete,*

*Para Tiago,  
Para Camila,*

*meus Grandes Amores.*

*Para Ellis,*

*exemplo e amigo.*

*In memoriam*

*Jandira Masur,*

*companheira e amiga inesquecível.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao Dr. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello, por seu inestimável apoio desde muitos anos antes que surgisse a idéia deste trabalho, e ao longo dele; e por sua especial maneira de ser e de fazer certos sonhos se tornarem realidade, em benefício dos mais necessitados.*

*Ao Dr. Flavio Pechanski e ao Dr. Werner Paulo Knapp, verdadeiros sustentáculos deste trabalho, que merecem todos os créditos pelo laborioso e desgastante esforço de realizar as entrevistas, após terem passado pelos aborrecimentos dos estudo-piloto e de calibração dos instrumentos.*

*Ao Dr. Rimon Hauli e à Psicóloga Glaci Faingluz, pelo empenho e participação nas etapas iniciais de calibração dos instrumentos.*

*À Assessoria Científica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, particularmente à Dra. Maria Ines Schmidt e aos Acadêmicos Luis Henrique S. Canani e Alberto Luiz G. E. Maia, pela realização do processamento eletrônico e pela análise estatística dos dados.*

*À Bel. Luiza Lydia Paternostro, que decifrou manuscritos enviados de três continentes, dando-lhe uma forma apresentável e legível.*

*Às Direções da Clínica Pinel, do Hospital Psiquiátrico São Pedro e do Hospital Mãe de Deus, pela compreensão e disposição em permitir que seus pacientes fossem entrevistados.*

*Aos docentes e colegas do Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica, da Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por suas sugestões, comentários e incentivo.*

*Aos pacientes sujeitos deste trabalho, e inúmeros antes deles, que concordaram em ter sua intimidade invadida e perscrutada, na esperança que seu sofrimento pessoal e familiar possa se transformar em auxílio e compreensão para alguém, em algum lugar, algum dia.*

*O pesquisador em medicina é uma pessoa que tenta agarrar um gato preto num quarto escuro.*

*O pesquisador em psiquiatria é uma pessoa que tenta agarrar um gato preto num quarto escuro, de noite, e o gato não se encontra no quarto.*

*O pesquisador em Saúde Mental é uma pessoa que tenta agarrar um gato preto num quarto escuro, de noite, e o gato não se encontra no quarto e o pesquisador não pára de gritar: "Peguei, peguei, peguei".*

*Tradução livre  
de uma citação do psiquiatra dinamarquês P.Munk-Joergensen*

## RESUMO

Foram entrevistados 150 homens (idades entre 18 e 69 anos) internados em três hospitais (um estatal, um previdenciário e um privado) com diagnóstico principal de alcoolismo, com os objetivos gerais de:

1. Testar a Classificação Tri-Axial dos Problemas de Saúde (CTA), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, em uma população constituída exclusivamente por pacientes alcoolistas;

2. Identificar de maneira abrangente os problemas físicos, psicológicos e sociais de sujeitos alcoolistas; e

3. Analisar os problemas encontrados em termos de suas associações com variáveis sócio-demográficas e entre si.

A CTA mostrou-se de fácil utilização, tendo sua abrangência e sua concisão sido consideradas satisfatórias, com os eixos físico e social, evidenciando maior estabilização que o eixo psicológico.

Foi identificada uma média de 16 problemas de saúde por sujeito, sendo mais freqüentes os problemas psicológicos seguidos pelos físicos e estes, pelos sociais. Os problemas específicos mais freqüentemente encontrados foram, pela ordem decrescente: dependência de tabaco, problemas de trabalho, ansiedade, problemas de relacionamento conjugal, problemas de memória, problemas financeiros, problemas digestivos, problemas de relacionamento com outros parentes e tremores. Este conjunto de problemas permite caracterizar a amostra estudada como de pacientes psicossociais crônicos.

Não foram observadas diferenças significativas quanto à distribuição destes problemas pelas diversas categorias sócio-demográficas estudadas, exceto pela maior freqüência de problemas de relacionamento conjugal e familiar nos estratos sócio-econômicos mais elevados.

São feitas ainda considerações sobre as evoluções do conceito e da posição nosográfica do alcoolismo.

## SUMMARY

One hundred and fifty men, with ages ranging between 18 and 69 years, were admitted to three wards (one in a state mental hospital, one in a social welfare psychiatric hospital and one in a private general hospital) with alcoholism as the main diagnosis. They were interviewed with the following aims:

1. To test out the Tri-Axial Classification of Health Problems (TAC), developed by the World Health Organization, in a sample constituted exclusively by alcoholic patients;
2. To comprehensively identify physical, psychological and social problems in alcoholic patients; and
3. To analyze the relationships among the problems found and between them and socio-demographic variables.

The application of TAC proved to be easy as well as sufficiently comprehensive and concise. Both the physical and the social axes showed a greater stability in comparison with the psychological axis.

An average of 16 health problems per subject were identified; overall psychological problems were more frequent, followed by physical problems and social problems. In terms of specific problems the decreasing order of frequency was: tobacco dependence, work-related problems, anxiety, problems with spouse, memory troubles, financial problems, digestive problems, problems with other relatives, and tremors. This characterizes the sample as one of chronic psycho-social patients.

No significant differences were observed in the distribution of these problems across the socio-demographic variables analyzed, except for the positive correlation found between frequency of problems with spouse and other relatives, and socio-economic status.

The evolution of the concept and of the nosographic classification of alcoholism are also discussed.



<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1 - LITERATURA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO</b> .....	<b>4</b>
1.1 - Sistemática Nosológica .....	4
1.2 - A posição nosográfica do Alcoolismo .....	7
1.3 - A evolução do conceito do Alcoolismo .....	11
1.4 - Problemas encontrados em pessoas diagnosticadas como alcoolistas .....	13
<b>2 - METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
2.1 - Instrumento .....	15
2.2 - Definição operacional de termos .....	18
2.3 - Sujeitos .....	19
2.4 - Procedimentos .....	25
2.4.1 - Treinamento dos entrevistadores .....	25
2.4.2 - Entrevistas .....	27
2.4.3 - Registro e processamento dos dados .....	28
<b>3 - RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
3.1 - Frequência de problemas (categorias) .....	29
3.1.1 - Categorias de problemas físicos .....	29
3.1.2 - Categorias de problemas psicológicos .....	31
3.1.3 - Categorias de problemas sociais .....	32
3.2 - Frequência de problemas específicos (subcategorias) .....	34
3.2.1 - Frequência de problemas físicos específicos .....	35
3.2.2 - Frequência de problemas psicológicos específicos .....	39
3.2.3 - Frequência de problemas sociais específicos .....	41
3.2.4 - Síndromes .....	44
3.2.5 - Correlações entre frequências de problemas e demais variáveis .....	46
3.2.6 - Correlações de outras variáveis entre si .....	50
<b>4 - DISCUSSÃO</b> .....	<b>51</b>
4.1 - A Classificação Triaxial .....	51
4.1.1 - Eixo Físico .....	52
4.1.2 - Eixo Psicológico .....	53
4.1.3 - Eixo Social .....	54
4.2 - Os problemas de saúde dos alcoolistas .....	56
<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>61</b>

## BIBLIOGRAFIA

## ANEXOS

1. Manual de Instruções para Entrevistadores do Projeto, Lista e Glossários da Classificação Triaxial.
2. Protocolo de Registro de Dados
3. Vinhetas de Casos

## INTRODUÇÃO

O que hoje chamamos Alcoolismo constitui um fenômeno cuja exata natureza há séculos tem desafiado as possibilidades do próprio conhecimento humano. Várias concepções têm sido propostas, variando desde interpretações místico-religiosas até postulações genético-bioquímicas.

Assistimos, nos últimos dois séculos, a um embate entre duas posições predominantes polarizadas: de um lado, uma concepção moral do fenômeno e, de outro, uma concepção médica que o caracteriza como doença.

Os proponentes e defensores de cada uma destas posições procuram destacar e acentuar os fatos que contribuem para reforçar sua tese central, minimizando ou, até mesmo, negando os que se lhe contrapõem. Em consequência, temos descrições, no mais das vezes, senão sempre, parciais e tendenciosas, que dificilmente contribuem para a apreensão da real natureza do Alcoolismo, exatamente porque, por serem antagônicas as posições, terminam por serem irreconciliáveis suas contribuições.

Estas posições polarizadas conduzem à obrigatoriedade da pesquisa sobre este tema, e as contribuições científicas que buscam a conceituação passam naturalmente pelo estudo do quadro clínico.

Entendemos aqui por Alcoolismo o conjunto das manifestações relativas ao funcionamento físico, psicológico ou social de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, observadas em associação com a ingestão aguda ou crônica, continuada ou intermitente, de bebidas alcoólicas a qualquer título: ritual, prescritivo, associativo, recreativo, alternativo, compulsivo, etc. Com isto, assumimos *a priori* uma neutralidade causal, insistindo numa linha de pensamento não-etiológico, que destaca o caráter da relação de associação entre fenômenos.

Neste sentido, o presente trabalho busca contribuir para o conhecimento das associações observadas em indivíduos com história de ingestão crônica, prolongada e intensa, de bebidas alcoólicas, nos domínios físico, psicológico e social, a partir de uma metodologia e de instrumental suficientemente validado para identificar aquelas associações com uma mínima interferência de comprometimento, a partir de viéses conceituais.

Assim, os objetivos aqui propostos são:

1. testar a aplicabilidade e a exequibilidade de um roteiro de entrevista clínica que visa cobrir os domínios da saúde física, psicológica e social de pacientes alcoolistas;
2. testar a abrangência e a concisão de uma listagem descritiva de problemas físicos, psicológicos e sociais aplicada a pacientes alcoolistas;
3. identificar, da maneira mais abrangente e concisa, a totalidade dos problemas físicos, psicológicos e sociais de pacientes alcoolistas;
4. comparar a frequência e os tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais em grupos de alcoolistas de diferentes estratos sócio-econômicos;
5. verificar as possíveis associações entre os diferentes tipos de problemas identificados.

Seguindo-se a Introdução desta tese, seguem-se quatro capítulos e uma conclusão.

O Capítulo 1 é uma revisão das informações existentes relativas a problemas físicos, psicológicos ou sociais já descritos em associação com a ingestão de bebidas alcoólicas, bem como sobre a evolução da classificação nosográfica do alcoolismo.

O Capítulo 2 descreve os aspectos metodológicos deste trabalho, destacando-se a etapa de padronização e a calibração das técnicas de entrevista e de utilização do instrumento.

O Capítulo 3 apresenta os resultados obtidos, com as Tabelas.

O Capítulo 4 discute os conhecimentos apresentados no capítulo anterior.

As Conclusões encerram o trabalho, destacando os achados principais.

Seguem-se a lista de Referências Bibliográficas, a íntegra do Instrumento utilizado (Anexo 1), o Protocolo de Registro de Dados (Anexo 2) e as Vinhetas de Casos utilizadas nos estudo-piloto e de calibração do instrumento (Anexo 3).

# 1 - LITERATURA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO

## 1.1 - Sistemática Nosológica

A classificação sistemática das doenças tem seu início no século XVIII com a publicação da *Nosologia Methodica* de Sauvages e da *Genera Morborum* de Lineu; também de importância foi a *Synopsis Nosologiae Methodicae* de Cullen, publicada em 1785 e que permaneceu em uso na Europa até 1855 quando o II Congresso Internacional de Estatística em Paris adotou uma Classificação de Causas de Morte, a partir de duas listas, preparadas uma por William Farr e outra por Marc D'Espine (27). Esta Classificação representou um compromisso entre uma tradição inglesa de classificação por região anatômica e uma tradição francesa de classificação por etiologia, fazendo distinguir entre doenças “constitucionais”\* (gerais) e doenças localizadas em determinados órgãos ou região anatômica, compromisso que persiste até nossos dias.

Em 1893, Jacques Bertillon apresentou ao Congresso do Instituto Internacional de Estatística, em Chicago, uma nova Classificação de Causas de Morte, baseada na empregada pela cidade de Paris que, em si, já era uma síntese das classificações inglesa, alemã e suíça. Na América, esta Classificação foi inicialmente empregada no México, tendo a American Public Health Association, em 1898, recomendado sua adoção também pelo Canadá e pelos Estados Unidos. Esta mesma Associação também propôs que a Classificação fosse revisada a cada dez anos (10). O próprio Bertillon coordenou as revisões de 1900, 1910 e 1920.

---

\* *Sistemáticas*, ou *Sistêmicas* como tradução inadequada, mas de uso corrente, do inglês “*Systemic*”.

Com a criação da Liga das Nações, esta passou a se encarregar, através de sua Organização de Saúde, juntamente com o Instituto Internacional de Estatística, das revisões subsequentes, em 1929\* e 1938, da então chamada Lista Internacional de Causas de Morte (37).

A 6a. Revisão, em 1946, foi coordenada pela Comissão Provisória da Organização Mundial da Saúde, que também foi incumbida de preparar uma Lista Internacional de Causas de Morbidade, o que representou uma mudança substancial: passou-se de uma lista exclusivamente de causas de morte a uma listagem que incluía também condições mórbidas não especificamente letais. (49)

A 7a. Revisão, em 1955, já coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas retocou imperfeições existentes na 6a. Revisão. (50)

A 8a. Revisão, realizada em 1965, apresentou a inclusão de uma secção sobre "*Morbidade e Mortalidade Perinatais*". (51)

A Conferência Internacional para a 9a. Revisão da Classificação Internacional (CID-9) teve lugar em 1975, com a participação de 46 países, representando a culminância dos trabalhos iniciados por um grupo de estudos já em 1969. Importante inovação apresentada por esta revisão foi a inclusão de um glossário na secção V, *Transtornos Mentais*, através do qual se definiam os termos empregados, precisando um pouco mais a terminologia. Outra inovação foi a transformação e ampliação do anterior código Y, que, de Classificação Suplementar para utilização institucional quando não se dispusesse de diagnóstico, passa a ser uma Classificação Suplementar de Fatores que Influem sobre o Estado de Saúde e de Motivos de Busca de Serviços de Saúde. Nesta Classificação Suplementar já aparecem categorias de problemas que

---

\* Da revisão de 1929 participou, pela primeira vez, um brasileiro, o Dr. Olinto de Oliveira. O Brasil só voltou a participar oficialmente da 9a. Revisão em 1975.

levam as pessoas a buscar serviços de saúde, entre eles problemas sociais, como, por exemplo, problemas conjugais, problemas entre pais e filhos, problemas legais, desemprego, problemas de comunicação, etc. (52)

Todas estas classificações, entretanto, listavam fundamentalmente doenças, implicando uma etiopatogenia, um quadro clínico e uma evolução. Como vimos, esta é uma concepção que vem desde o século XIX. As novas e mais atualizadas concepções de estado de saúde/doença, de co-causalidade, de fatores de risco, de problemas associados, etc., dificilmente se enquadravam naquela antiga concepção, em que pesem as modificações da 9a. Revisão.

A partir deste raciocínio, a Divisão de Saúde Mental da OMS lançou, em 1980, um projeto visando a elaboração de uma Classificação Triaxial dos Problemas de Saúde vistos em locais de Cuidados Primários de Saúde (CTA). Esta nova classificação buscava operacionalizar, em termos classificatórios, a definição de saúde inscrita na Constituição da OMS de *“completo bem-estar físico, psicológico e social”* (53). Nela, as doenças propriamente ditas eram consideradas como problemas físicos, identificados paralelamente a outros eventuais problemas de natureza psicológica e social.

Este projeto, operacionalizado de forma colaborativa entre oito países, foi sucessivamente aperfeiçoando a CTA inicialmente proposta, cuja versão mais atualizada é a empregada neste estudo. (14)

Independentemente das Classificações Internacionais aceitas pelos países-membros das Nações Unidas, alguns países possuem classificações próprias para uso interno. Destas, vale a pena mencionar a da Associação Norte-americana de Psiquiatria (APA), pelo impacto internacional que teve.

O Manual de Diagnóstico e Estatística da APA até sua segunda versão (DSM-II) (1) praticamente não apresentava diferenças em relação às

CIDs. Porém, sua terceira edição (DSM-III) representou mudança essencial de forma e de conteúdo com profundas repercussões mesmo fora dos Estados Unidos. (2)

O DSM-III consiste basicamente de uma classificação penta-axial, sendo o primeiro eixo para a classificação de transtornos mentais; o segundo, para transtornos de personalidade; o terceiro, para doenças físicas; o quarto, para avaliação de estressores psicossociais; e o quinto, para avaliação do grau de adaptação. Para todos os eixos, exceto o terceiro, existem glossários com critério de inclusão e de exclusão bem especificados.

A 10a. Revisão da CID, ao mesmo tempo que reflete o impacto da DSM-III, representou também uma fundamental mudança de concepção de registro em estatística de saúde (55). Com efeito, a CID-10, na realidade, consiste em uma “família” de documentos, articulados entre si, porém distintos segundo sua finalidade: clínica, administrativa, de pesquisa. Ela foi aprovada pela Assembléia Mundial da Saúde em maio de 1990, devendo entrar em vigor em 1993.

## **1.2 - A posição nosográfica do Alcoolismo**

A partir da publicação do conceito de “alcoolismo crônico”, proposto por Magnus Huss, em sueco, em 1849 (24) e traduzido para o alemão em 1852 (25), o alcoolismo passa a ser inequivocamente considerado como uma doença. Nesta obra, o alcoolismo era entendido como uma intoxicação crônica, mais uma além de inúmeras outras já então conhecidas e descritas (por exemplo, saturnismo, hidrargirismo, argentismo, etc.). O resultado de tal intoxicação era descrito basicamente em termos de desorganização de estruturas e funções orgânicas, e Huss antecipou bastante acuradamente quase todas as complicações físicas causadas pelo álcool, hoje em dia conhecidas.



Já na Classificação de Bertillon de 1933 encontramos, na seção II,

*MALADIES GÉNÉRALES:*

*E. Empoisonnements chroniques:*

*66. Alcoolisme, aigü ou chronique.*

- y comprendre: Alcoolisme aigü. Ivresse. Ethylisme.  
Intoxication alcoolique.  
Alcoolisme chronique. Délire alcoolique.  
Démence alcoolique. Delirium tremens.  
Absinthisme. Absinthémie. Dipsomanie.*
- n'y pas comprendre: Cirrhose alcoolique (122a).  
Paralysie Générale Alcoolique (76).  
Athérome (91b) ni aucune autre maladie  
organique attribué à l'alcoolisme.  
Amblyopie par intoxication (85e). (10)*

Esta categoria e sua sinonímia permaneceram inalteradas essencialmente até a revisão de 1938, inclusive. Aí, o alcoolismo é concebido como uma doença 'constitucional', no sentido de geral, que afeta o organismo como um todo.

Em 1931, à margem das classificações internacionalmente aceitas, o *Royal College of Physicians of London*, publicou sua classificação para uso exclusivamente interno. Nela observamos uma importante inovação: o alcoolismo deixa de ser considerado uma "doença geral" e passa a ser considerado uma "doença mental".

Com efeito, em sua seção III, *MENTAL DISORDERS*, temos a seguinte subdivisão:

*Psychoses accompanying Organic Diseases*

- *Toxic*
- *Exogenous*
- *Due to alcohol: Manie à Potu, Chronic Alcoholism, Delirium Tremens, Alcoholic hallucinosis (acute and chronic), Alcoholic Dementia, Korsakow's polyneuritic psychosis. (38)*

Já a 6a. Revisão da CID, em 1948, incorpora esta idéia e encontramos (nesta e em todas as revisões subseqüentes) o alcoolismo, no Capítulo V:

*V. Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders.*

*307. Alcoholic psychoses: Delirium tremens; Hallucinosis, alcoholic; Korsakoff's (psychosis or syndrome) polyneuritic psychosis, alcoholic; Psychosis, alcoholic (any type).*

*322. Alcoholism (excludes cirrhosis of the liver)*

*.0 Acute (Ethylism, acute)*

*.1 Chronic (Alcoholic addiction; Ethylism, chronic)*

*.2 Unspecified (Alcoholism, Ethylism) (49)*

A 8a. Revisão, em 1965, manteve a seguinte categorização:

*291. Alcoholic psychosis: Delirium tremens; Korsakoff's psychosis; Alcoholic hallucinosis; Alcoholic Paranoia; Others.*

*303. Alcoholism (episodic excessive ingestion, occasional excessive ingestion, alcoholic addiction (chronic alcoholism), others. (51)*

A 9a. Revisão, em 1977, especifica outra categorização, empregando pela primeira vez o conceito de dependência:

*291. Alcoholic psychosis: Delirium tremens; Korsakoff's psychosis; Alcoholic dementia, others; Hallucinosis states, Others;*

*Pathological drunkenness; Alcoholic delusions of jealousy; Others.*

*303. Alcohol Dependence Syndrome*

*305. Drug abuse without dependence*

*.0 Alcohol. (52)*

O DMS-III mantém, em linhas gerais, esta concepção:

**ORGANIC MENTAL DISORDERS**

*. Substance Induced*

*Alcohol: 303 Intoxication*

*291.4 idiosyncratic intoxication*

*291.8 withdrawal*

*291.0 withdrawal with delirium*

*291.3 hallucinosis*

*291.1 amnestic disorder*

*291.2 dementia associated with alcoholism*

*. Substance abuse disorders:*

*305.0 alcohol abuse*

*303.9 alcohol dependence (alcoholism) (2)*

A única mudança observada na versão revisada do DSM-III foi a eliminação da palavra alcoolismo entre parênteses na categoria “303.9 dependência de álcool”, o que significa que, não existindo uma definição formal, alcoolismo passa a ser tomado no seu sentido mais amplo e genérico, englobando todas as variedades e apresentações clínicas. (3)

Para a CID-10 todas as substâncias psicoativas (incluindo-se o álcool) foram colocadas numa mesma categoria, a F1, que tem, especificamente:

*F10 Disorders resulting from use of alcohol*

*.0 Acute intoxication:*

*.00 uncomplicated*

*.01 with trauma or other bodily injury*

*.02 with other medical complication*

*.03 with delirium*

*.04 with perceptual distortions*

*.05 with coma*

*.06 with convulsions*

*.1 Harmful use*

*.2 Dependence syndrome:*

*.20 currently abstinent*

*.21 currently abstinent, but in a protected environment*

*.22 currently abstinent, but on a clinically supervised maintenance regime*

*.23 currently using the drug*

*.24 continuous use*

*.25 episodic use*

*.3 Withdrawal state:*

*.30 uncomPLICATE*

*.31 with convulsions*

- .4 Withdrawal state with delirium:*
  - .40 without convulsions*
  - .41 with convulsions*
- .5 Psychotic disorder:*
  - .50 schizophrenia-like*
  - .51 predominantly delusional*
  - .52 predominantly hallucinatory*
  - .53 predominantly polymorphic*
  - .54 predominantly depressive symptoms*
  - .55 predominantly manic symptoms*
  - .56 mixed*
- .6 Alcohol or drug induced amnesic syndrome*
- .7 Alcohol or drug induced residual and late onset psychotic disorder:*
  - .70 flashbacks*
  - .71 personality and behaviour disorder*
  - .72 affective state*
  - .73 dementia*
  - .74 other persisting cognitive impairment*
  - .75 late onset psychotic disorder*
- .8 Other mental and behavioural disorders induced by alcohol or drugs*
- .9 Mental or behavioural disorder induced by alcohol or drugs, unspecified." (55)*

Como se pode ver, a CID-10 detalha bastante mais os transtornos mentais associados ao álcool, porém apenas no contexto de transtornos mentais, podendo-se aí compreender uma variedade de problemas físicos cerebrais e de problemas psicológicos sem, no entanto, esgotar nem um nem outro, e sem mencionar eventuais problemas sociais, para os quais a Classificação Suplementar continua mais limitada que a CTA.

### **1.3 - A evolução do conceito do Alcoolismo**

Limitando-nos à literatura ocidental dos últimos dois séculos, observamos que já na época de Huss existia uma percepção de que por mais conseqüências e complicações físicas pudessem ser descritas em associação

com o álcool, o fenômeno do alcoolismo ultrapassava os limites daquela nosografia organicista. Não obstante, o alcoolismo seguiu sendo considerado como uma doença predominantemente física até a segunda metade do século XX, quando cientistas sociais abordam a questão, aprofundando-a com sua metodologia e seus instrumentos.

Parecem ter sido Straus e Bacon os primeiros a publicar uma conceptualização do Alcoolismo como um fenômeno em várias dimensões, que se expressava em distintos eixos: físico, mas também psicológico e social. (41)

Do ponto de vista epistemológico, é notável a mudança que aqui se evidencia. O alcoolismo não deixa de ser considerado como doença, mas o fato de constituir uma doença é apenas UM dos inúmeros problemas encontrados em associação com determinados padrões de ingestão de bebidas alcoólicas. Nascia o conceito de problemas relacionados com o consumo de álcool.

Esta mudança, embora vinculada ao movimento mais global de distanciamento de Medicina de posições limitadamente organicistas e positivistas observado a partir do final do século XIX, ultrapassa a simples noção holística do bio-psico-social que, basicamente, afirma que qualquer fenômeno mórbido deve ser entendido em toda a sua extensão relativa aos domínios físico, psicológico e social. Porém se limita ao conceito de doença. O conceito de problemas relacionados ao álcool transcende, em muito, o conceito de doença.

Em suas publicações iniciais, Knupfer (28) propunha a seguinte gama de problemas associados ao consumo de álcool:

- a) problemas familiares;
- b) problemas legais;
- c) problemas no trabalho;
- d) problemas de saúde (incluindo hospitalizações);
- e) problemas econômicos.

Desde então, uma infinidade de trabalhos científicos tem se preocupado em descrever e em medir tais problemas.

Estes trabalhos podem ser agrupados em dois grandes conjuntos: de um lado, os que se empenham em estudar a questão em populações gerais, não necessariamente tratadas (por exemplo, toda a longa tradição de pesquisa do Alcohol Research Group, da Universidade da Califórnia, em Berkeley) e, de outro, os que se detêm em populações clínicas tratadas ou em tratamento, conjunto ao qual se vincula o presente trabalho.

#### **1.4 - Problemas encontrados em pessoas diagnosticadas como alcoolistas**

A relação de trabalhos científicos sobre problemas encontrados em alcoolistas é quase interminável. A maioria deles se concentra em problemas (entendidos como consequências) físicos observados. Já foram descritas alterações e disfunções em praticamente todos os órgãos ou sistemas atribuídos ao álcool (24). A metodologia destes trabalhos é relativamente uniforme - entrevistas clínicas, exames físicos e exames laboratoriais - e os achados são apenas marginalmente discrepantes. (6,20,46)

Quanto aos problemas psicológicos, apesar de também existir uma extensíssima lista de publicações sobre problemas psicológicos associados - comprovada ou supostamente - ao álcool, a metodologia e o instrumental são mais diversificados, levando, como é de se supor, a resultados menos concordantes que os encontrados para os aspectos físicos (30). Há que destacar-se que, da ampla relação de problemas psicológicos associados ao consumo de álcool, vários deles não passam de postulações teóricas (15), alguns dos quais inequivocamente refutados quando submetido a verificações empíricas metodologicamente válidas. (43)

No que tange à literatura sobre problemas sociais encontrados em alcoolistas, apesar de relativamente incipiente, em comparação com os estudos de problemas físicos e psicológicos, é aí onde exatamente encontramos a maior diversidade de abordagens e de metodologias. A influenciar esta variedade, temos, de início, a própria identidade do pesquisador (sociólogo, antropólogo, jurista, psicólogo social, assistente social, médico, etc.) e, em seguida, o local de contato com os sujeitos (comunidade, hospitais, presídios, etc.) e a própria situação social e clínica dos sujeitos. Não é de surpreender, portanto, a riqueza de dados existentes, muito embora dificilmente compatíveis entre si, por vezes. (5,9,17,35,36)

## 2 - METODOLOGIA

### 2.1 - Instrumento

Uma vez definidos os objetivos, era necessário encontrar um instrumento capaz de captar, com aproximadamente a mesma fidedignidade, a existência de problemas físicos, psicológicos e sociais, segundo a percepção dos próprios pacientes. O instrumento selecionado foi a “*Classificação Triaxial dos Problemas de Saúde*”, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (39)

A Classificação Triaxial, concebida originalmente para ser utilizada em locais de prestação de cuidados primários de saúde, tem sido exaustivamente empregada em vários países de todos os continentes, sendo considerada como um instrumento com adequados níveis de confiabilidade, sensibilidade e especificidade. No Brasil foi empregada na Unidade Sanitária Murialdo, anteriormente denominada Centro Médico Social São José do Murialdo, como parte d'O Estudo Conjunto da OMS para o Registro Triaxial dos Problemas de Saúde: os Componentes Físicos, Psicológicos e Sociais dos Problemas de Saúde (11), com aplicação e resultados bastante satisfatórios (2,13). Não temos conhecimento de sua utilização em populações hospitalizadas nem com uniformidade diagnóstica. Importa ressaltar que não se trata de um instrumento para realização de nenhum diagnóstico específico em particular, mas tão somente um instrumento para identificar sinais e sintomas presentes, segundo uma milenar tradição médica.

Constitui-se a Classificação Triaxial em um roteiro sinalizador de diversos tipos de problemas, acompanhado de um glossário (Vide Anexo 1) que define cada tipo de problema listado, e que se compõe de três partes. A primeira parte, referente aos problemas físicos, é a tradução de uma versão



abreviada da Classificação Internacional das Doenças, Intoxicações e Causas de Morte (CID-9) (52), preparada pela “*World Association of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians - WONCA*”. (48)\*

A lista simplificada de Problemas Físicos inclui as seguintes categorias:

00. Nenhum problema físico
01. Doenças infecciosas e parasitárias
02. Doenças neoplásicas
03. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
04. Doenças do sangue
05. Transtornos mentais
06. Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos
07. Doenças do sistema circulatório
08. Doenças do aparelho respiratório
09. Doenças do aparelho digestivo
10. Doenças do aparelho gênito-urinário
11. Complicações da gravidez, parto ou puerpério
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
13. Doenças do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo
14. Anomalias congênicas
15. Condições que se originam no período perinatal
16. Sinais, sintomas e condições mal definidos
17. Ferimentos e intoxicações

Cada uma destas categorias está, por sua vez, subdividida em um número variável de subcategorias (aqui consideradas como problemas físicos específicos), cada uma das quais corresponde a um diagnóstico médico, aí incluídos os diagnósticos indicativos de transtornos mentais. Das 18 categorias

-----  
 \* Em 1988 foi publicada pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral uma outra versão em língua portuguesa com o título “*CIPS-2 Definida: Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários*”. (7)

originais foi retirada a de número 11, uma vez que os sujeitos seriam todos do sexo masculino.

A segunda parte, sobre Problemas Psicológicos, consta de uma lista de sinais, sintomas ou estados subjetivos fenomenologicamente percebidos. Em sua versão simplificada, apresenta as seguintes categorias:

- 00. *Nenhum problema psicológico*
- 01. *Sentindo-se ansioso*
- 02. *Sentindo-se deprimido*
- 03. *Sentindo-se irritável ou bravo*
- 04. *Idéias e ações autodestrutivas e suicidas*
- 05. *Sono perturbado*
- 06. *Sentindo-se cansado ou lento*
- 07. *Problemas sexuais*
- 08. *Preocupação excessiva com saúde ou problemas sociais*
- 09. *Problemas físicos com suspeita de ter base psicológica*
- 10. *Abuso de drogas, álcool ou tabaco*
- 11. *Distúrbios de memória, concentração ou orientação.*
- 12. *Fala, pensamentos ou comportamentos anormais.*
- 13. *Deficiência intelectual*
- 14. *Psicoses orgânicas*
- 15. *Psicoses esquizofrênicas*
- 16. *Psicoses maníaco-depressivas*
- 17. *Outros problemas psicológicos*

Aqui também cada categoria está subdividida em um número variável de subcategorias (chamados problemas psicológicos específicos), todas elas definidas no glossário. Das 18 categorias de problemas psicológicos foram retiradas as de número 13 a 16, por representarem uma superposição com alguns problemas específicos (subcategorias) da categoria 05 (*Transtornos Mentais*) da lista de Problemas Físicos, onde são mais adequadamente definidos.

A terceira parte se refere aos Problemas Sociais, que cobre desde aspectos do desempenho interpessoal até elementos mais abrangentes relativos à cultura ou à sociedade como um todo. Compreende as seguintes categorias,

todas elas comportando subcategorias (problemas sociais específicos) definidas no glossário:

00. *Nenhum problema social*
01. *Finanças*
02. *Alimentos/Água*
03. *Habitação/Vizinhança*
04. *Trabalho*
05. *Educação*
06. *Previdência/Bem-estar Social*
07. *Problemas com a polícia ou com a justiça*
08. *Problemas de acesso a cuidados de saúde*
09. *Problemas sociais ou culturais gerais*
10. *Problema com filho ou filha*
11. *Problema com cônjuge*
12. *Problema com outros parentes*
13. *Problema com amigos*
14. *Agressões ou acontecimentos desastrosos sofridos*
15. *Outros problemas sociais*

A aplicação deste instrumento exige apenas o conhecimento preciso de cada uma de suas definições e uma familiarização com um dado sistema de registro. Em sua utilização internacional, tem sido empregado em sua versão simplificada (nível de categorias), basicamente por auxiliares de saúde e, em sua versão mais extensa (nível de subcategorias), por profissionais (técnicos) de saúde.

## **2.2 - Definição operacional de termos**

As seguintes variáveis foram medidas em anos completos: *idade*, *idade de início* (em que se lembra de ter ingerido bebida alcoólica pela primeira vez), *idade de abuso* (em que começou a beber regular e excessivamente, segundo a opinião do sujeito), *idade à primeira baixa* (primeira internação por qualquer problema relacionado ao álcool), *escolaridade* (última série completada). A *profissão* e a *ocupação* foram classificadas e codificadas de

acordo com os termos da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda do Brasil (32). A *posição social* foi obtida segundo Lombardi et al (31). A *renda pessoal* se referia ao total de rendimentos obtidos apenas pelo sujeito; a *renda familiar*, à soma dos rendimentos de todos os membros da família que vivessem com o sujeito; a *renda per capita*, à renda familiar dividida pelo número de seus dependentes. Todas as rendas foram expressas em valores correspondentes às Obrigações do Tesouro Nacional vigentes na data da entrevista.

O *número de baixas* e o *número de filhos* eram valores absolutos, conforme a declaração dos sujeitos. Quanto à situação conjugal, *solteiros* eram os indivíduos que nunca tinham se casado nem coabitado com a mesma mulher por três meses consecutivos ou mais; *casados*, os que viviam com esposa legal ou companheira de fato há pelo menos três meses; *separados* foram considerados os que, tendo sido uma vez casados, de acordo com a definição anterior, estavam, no momento da entrevista, separados por abandono, separação legal ou morte do cônjuge.

*Fumo* indica a situação de abuso e/ou dependência de tabaco, e *drogas* identifica o uso de qualquer outra substância psicotrópica legal ou ilegal, prescrita ou não. Todas as demais variáveis se referem às definições do glossário.

### **2.3 - Sujeitos**

Os 150 homens aqui estudados se encontravam internados com diagnóstico primário de alcoolismo em três hospitais de Porto Alegre: a Clínica Pinel, o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Hospital Mãe de Deus. Os critérios de inclusão no estudo eram: ser maior de 18 anos, do sexo masculino, ter diagnóstico principal de síndrome de dependência de álcool, nos termos da

CID-9, e concordar em ser entrevistado. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: estado físico ou mental que impossibilitasse a realização da entrevista e recusa de ser entrevistado.

Idealmente deveriam ser entrevistados 50 pacientes subsequentemente admitidos a cada hospital. Na prática, isto nem sempre se verificou devido, fundamentalmente, a problemas administrativos e trabalhistas, tais como greves, atrasos na comunicação da baixa, esquecimentos de notificação, impedimento do entrevistador, etc. De qualquer forma não há evidência de que estes entraves tenham, de alguma maneira, introduzido vieses na seleção da amostra.

Ainda, originalmente, se buscava estudar sujeitos que tivessem apenas o diagnóstico de síndrome de dependência de álcool; na prática, e no tempo que se tinha disponível, seria virtualmente impraticável conseguir-se amostras adequadas em número de sujeitos sem nenhum envolvimento adicional com outras drogas, particularmente tabaco.

O Grupo como um todo será referido como **GT**; os pacientes da Clínica Pinel, que é uma clínica privada que admite pacientes previdenciários e de natureza particular (pagantes), serão referidos como **CP**; os do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que é o hospital psiquiátrico estatal pertencente à Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, e que admite pacientes independentemente de sua situação previdenciária ou econômica, sem pagamento algum, serão indicados por **SP**; o Hospital Mãe de Deus, que apenas admite pacientes que custeiem seu tratamento, será identificado por **MD**. Em todos os três hospitais, os pacientes com diagnóstico de alcoolismo são admitidos em unidades autônomas específicas para dependentes químicos separados dos restantes pacientes psiquiátricos, clínicos ou cirúrgicos.

As Tabelas 1 a 4 apresentam as características sócio-demográficas dos sujeitos, bem como os dados referentes a suas histórias de relação com as bebidas alcoólicas.

**Tabela 1.** Características demográficas de 150 homens alcoolistas.  
Porto Alegre, 1989.

	CP		SP		MD		GT	
Idade *	40,0 $\pm$ 9,8		41,2 $\pm$ 10,4		40,8 $\pm$ 11,7		40,7 $\pm$ 10,6	
Número de filhos *	1,9 $\pm$ 3,9		2,3 $\pm$ 5,9		1,7 $\pm$ 2,2		2,0 $\pm$ 4,9	
Estado civil ** §								
Solteiros	15	30	19	38	12	24	46	30,7
Casados	30	60	14	28	32	64	76	50,7
Separados	5	10	17	34	6	12	28	18,7

\* Média  $\pm$  desvio padrão. Diferenças não-significativas

\*\* Frequência e porcentagem relativa

§  $p < 0,05$

**Tabela 2.** Características sócio-econômicas de 150 homens alcoolistas.  
Porto Alegre, 1989.

	CP		SP		MD		GT	
Renda * (OTN)								
Pessoal	14,6 $\pm$ 13,0		10,7 $\pm$ 10,6		140,3 $\pm$ 162,3 §		54,9 $\pm$ 111,0	
Familiar	22,8 $\pm$ 16,8		14,3 $\pm$ 14,1		192,1 $\pm$ 194,9 §		74,8 $\pm$ 137,7	
Per capita	8,7 $\pm$ 8,3		5,7 $\pm$ 5,1		67,4 $\pm$ 116,6 §		27,3 $\pm$ 51,2	
Escolaridade * (anos)	6,2 $\pm$ 6,2		4,8 $\pm$ 11,5		11,6 $\pm$ 20,7 §		7,5 $\pm$ 12,8	
Posição social **								
Subproletários	3	6	5	10			8	5,3
Proletários típicos	8	16	8	16			16	10,7
Proletários não-típicos	21	42	23	46	1	2	45	30,0
Nova pequena burguesia	2	4			15	30	17	11,3
Peq. burguesia tradicional	5	10			12	24	17	11,3
Burguesia					11	22	11	7,3
Fora da população economicamente ativa	11	22	14	28	11	22	36	24,0

\* Média  $\pm$  desvio padrão.

\*\* Frequência e porcentagem relativa

§  $p < 0,05$

Os achados referentes ao **GT** são bastante característicos das populações clínicas habitualmente internadas por alcoolismo. A idade dos sujeitos variou de 18 a 69 anos, 30,7% eram solteiros, 50,7% casados legalmente ou viviam com companheira fixa, e 18,7% eram separados ou divorciados, ou viúvos, e o número de filhos variou entre 0 e 11 (Tabela 1). Não se observou nenhuma diferença estatisticamente significativa com relação ao número de filhos, mas a distribuição de situação conjugal da população do **SP** era significativamente diferente em relação aos outros dois grupos; **CP** e **MD** não diferiam entre si quanto à distribuição de situação conjugal.

Já na Tabela 2, que apresenta indicadores sócio-econômicos, pode-se constatar que a população estudada cobre um vasto espectro sócio-econômico, no qual predominam os proletários não-típicos (30%) seguidos pelos indivíduos fora da população economicamente ativa (24%) e por pequenos burgueses (novos e tradicionais, com 11,3% cada). As rendas pessoal (RP), familiar (RF) e per capita (RC) variaram entre 0 e 807 OTNs da época, com os anos de escolaridade variando entre 0 e 19 anos completos.

Os três tipos de renda estudados, bem como a escolaridade, foram significativamente mais altos para **MD** que para os demais grupos, não se observando diferença significativa destas variáveis entre **CP** e **SP**. Embora não se tenha realizado nenhuma análise estatística quanto à posição social, fica evidente a proximidade da distribuição de **CP** e **SP**, ambas bem distintas de **MD**, exceto quanto aos *“fora da população economicamente ativa”*, que é notavelmente semelhante nos três grupos.

Vê-se também que, em termos sócio-econômicos, os três hospitais comportam populações relativamente distintas. Assim, no **SP** encontramos a população de menor renda (pessoal, familiar e per capita), menor escolaridade, profissão e ocupação menos qualificadas e classificando-se, a maioria, como proletários, significativamente diferente da população do **MD** em todas estas características. Quanto ao **CP**, embora também difira significativamente do **MD**, só se diferencia significativamente do **SP** em termos de posição social (14% de burgueses no **CP** contra nenhum no **SP**). Repare-se que uma proporção relativamente homogênea em todos os grupos, de cerca de 1/4 dos sujeitos, se encontra fora da população economicamente ativa.

Os dados da Tabela 3 confirmam estes achados, especificando-os em termos de profissão e de ocupação. O dado mais chamativo, afora a já mencionada diferença desta distribuição entre os três grupos, é a tendência generalizada de deslocamento de categorias produtivas para as categorias de “aposentados, pensionistas, estudantes e desempregados”.

**Tabela 3.** Profissão e ocupação de 150 homens alcoolistas.

Porto Alegre, 1989.

Categoria	CP		SP		MD		GT	
	Prof.	Ocup.	Prof.	Ocup.	Prof.	Ocup.	Prof.	Ocup.
Científicos Técnicos, Artistas	1	1	2	1	13	5	16	7
Serviço Público	2	2	1	1	2	2	5	5
Administração	4	3	2	1	16	9	22	13
Comércio	7	6	4	3	4	6	15	15
Serviços	20	13	20	18	2	2	42	33
Agricultura, Pecuária	3	3	1	1	-	-	4	4
Indústria	10	8	20	11	-	-	30	19
Proprietários	3	3	-	-	12	15	15	18
Aposentados, Pensionistas, Estudantes	-	6	-	7	1	6	1	19
Desempregados	-	5	-	7	-	5	-	17
Total	50	50	50	50	50	50	150	150



Quanto a algumas outras características ligadas à história pessoal dos sujeitos, vemos na Tabela 4 que a idade de início de ingestão de bebidas alcoólicas se situou em torno de 15 anos, variando entre 4 e 44 anos. A idade de início de abuso se deu ao redor dos 26 anos (limites entre 12 e 58 anos), tendo a primeira baixa ocorrido aos 36 anos, em média (entre 12 e 69 anos). Apesar do empenho em entrevistar sujeitos com abuso ou dependência apenas de álcool, isto se mostrou impraticável. Oitenta e seis por cento dos sujeitos eram fumantes (a nível de dependência) e 13,6% eram usuários de outras drogas psicotrópicas, aí incluídos medicamentos prescritos. Dos 19 sujeitos que usavam outras drogas, além de álcool e/ou tabaco, 10 usavam várias drogas concomitantemente. Dada a taxa de substituição de pacientes nos três hospitais estudados, o tempo necessário para se obter uma amostra composta por usuários exclusivamente de álcool inviabilizaria o presente estudo.

**Tabela 4.** Cronologia de consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas de 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

	CP		SP		MD		GT	
<b>Idade *</b>								
Início de ingestão	15,2	±4,9	14,7	± 5,9	15,5	± 4,2	15,1	± 5,0
Início de abuso §	23,9	±7,8	26,2	± 9,3	29,9	±10,9	27,7	± 9,7
1a. baixa	36,4	±9,6	35,2	±10,4	38,9	±12,8	36,8	±11,1
Número de baixas * §§	2,5	±1,7	6,8	±12,4	1,8	± 1,2	3,7	± 7,6
Fumante **	45	90	43	86	41	82	129	86
Outras drogas **	2	4	10	20	7	14	19	13,6

\* Média ± desvio padrão. Diferenças não-significativas

\*\* Frequência e porcentagem

§ p < 0,05 (grupos CP/MD)

§§ p < 0,05 (grupos CP/SP e SP/MD)

Quando se comparam os grupos dos três hospitais, notam-se diferenças estatisticamente significativas apenas em termos da idade mais avançada de início de abuso dos pacientes do **MD**, comparados com os de **CP** e **SP**, e o maior número de baixas de pacientes do **SP** em relação aos do **CP** e do **MD**, ou seja, todos começam a beber mais ou menos com a mesma idade, os do **MD** começam o uso abusivo mais tarde, todos têm a primeira internação mais ou menos com a mesma idade, mas os do **SP** se internam mais vezes. Quanto ao uso de tabaco e outras drogas, embora sem atingir significância estatística, predomina o uso de tabaco entre os do **CP** (90%) que pouco usam outras drogas (2%), em comparação com o **SP** (86% de tabaco e 20% de outras drogas), e do **MD** (82% de tabaco e 14% de usuários de outras drogas).

## **2.4 - Procedimentos**

### **2.4.1 - Treinamento dos entrevistadores**

Foram convidados a participar deste estudo quatro profissionais de saúde (três médicos e uma psicóloga), com base em seu interesse em pesquisa, sua experiência clínica (todos com pelo menos dois anos de atividade pós-graduada) e experiência em trabalhos anteriores com o autor.

Todos receberam cópias da Classificação Triaxial e do protocolo de registro de dados, e uma carga horária de supervisão individual ou grupal que variou de 4 a 6 horas, para verificação da compreensão do instrumento e do sistema de registro. Considerada satisfatória esta etapa, cada um recebeu para avaliar um conjunto de 3 vinhetas de casos clínicos retirados do conjunto original de 50 vinhetas do estudo da OMS (8), sendo apenas um relativo a um sujeito com problemas associados ao uso de álcool, com o objetivo maior de familiarizar os entrevistadores com a metodologia. Após revisão e análise do

registro de cada vinheta, o resultado era discutido individualmente com cada entrevistador, tendo como padrão de referência a avaliação de consenso obtida pelos pesquisadores-chefe do referido estudo da OMS com as mesmas vinhetas e aprofundando-se a discussão de cada ponto discordante ou de cada dificuldade encontrada.

Em seguida, cada entrevistador recebeu para avaliar um conjunto de 15 vinhetas de casos, do mesmo conjunto original de 50, sendo que desta vez todos os casos descritos apresentavam problemas relacionados ao consumo de álcool ou de outras drogas; em alguns dos casos, o sexo originalmente feminino foi indicado como masculino para fins de uniformização e diminuição de fatores de distorção. (Estas vinhetas encontram-se no Anexo 3.)

Novamente considerando-se a avaliação de consenso dos pesquisadores da OMS como parâmetro, foi medido o grau de concordância global e o grau de concordância para cada eixo (físico, psicológico e social) em termos quantitativos e qualitativos, por categoria e subcategoria. O índice mínimo de aceitação era de 80%. O resultado desta etapa voltou a ser objeto de discussão e de reavaliação com os entrevistadores, sendo os protocolos e os casos recolhidos pelo autor.

Nos casos em que o índice de 80% não foi atingido (na realidade, nenhum índice de concordância ficou abaixo de 70% nesta etapa), o entrevistador recebeu 6 vinhetas, 3 novas e 3 repetidas, e os índices foram novamente medidos, incluindo-se desta vez medidas de consistência intra-entrevistador, para as três vinhetas repetidas. Nesta etapa, todos os índices medidos foram superiores a 90% (os de consistência intra-entrevistador, superiores a 96%) e os entrevistadores foram considerados aptos para o trabalho de campo.

Infelizmente, por circunstâncias pessoais, dois dos entrevistadores não puderam participar do trabalho de campo que, afinal, foi realizado por apenas dois médicos. A monitorização e a supervisão das entrevistas e de

eventuais dúvidas e dificuldades prosseguiram ao longo de todo o trabalho de campo. Um dos entrevistadores entrevistou a totalidade do **CP**; o outro, a totalidade do **MD**; sendo que cada um deles entrevistou 25 sujeitos do **SP**.\*

#### 2.4.2 - Entrevistas

Após aprovação do plano de pesquisa pela Comissão de Pós-graduação da UFRGS e pela Direção de cada um dos hospitais envolvidos no estudo, foi solicitado à chefia de cada unidade de tratamento de alcoolistas que comunicasse aos respectivos entrevistadores a baixa de um novo paciente que preenchesse os requisitos mínimos: ser do sexo masculino e apresentar como diagnóstico de entrada apenas síndrome de dependência de álcool, nos termos da Classificação Internacional de Doenças - CID-9. (52)

Os pacientes que preenchiam os requisitos mínimos eram contactados ao serem liberados das unidades de desintoxicação - o que usualmente ocorreu entre dois e cinco dias após a baixa. O entrevistador lhe apresentava o objetivo geral do estudo e solicitava sua anuência em ser entrevistado, garantindo-lhe o anonimato completo. Nenhum dos 150 contactados recusou-se a participar. Em seguida era marcada a entrevista propriamente dita, segundo a conveniência do paciente e a disponibilidade do entrevistador. De qualquer forma, nenhum sujeito foi entrevistado com menos de 8 dias de abstinência.

-----  
\* Posteriormente, como um controle adicional de qualidade dos dados, foram realizadas análises com os dados do **SP** divididos por entrevistador, não tendo sido observadas diferenças significativas nem quanto a características sócio-demográficas dos sujeitos, nem quanto ao tipo e à frequência dos problemas identificados pelos entrevistadores separadamente.

As entrevistas tinham basicamente o formato de uma anamnese médica comum na qual, além de se focalizarem os aspectos específicos da história da relação daquele sujeito em particular com o álcool, eram também investigados todos os demais aspectos cobertos pela Classificação Triaxial que se houvessem manifestados nos últimos trinta dias, tivessem ou não sido solucionados. A duração média das entrevistas foi de 34 7 minutos.

### **2.4.3 - Registro e processamento dos dados**

As informações obtidas com os sujeitos eram transferidas para o protocolo de registro de dados (Anexo 2). Estes eram manualmente revisados pelo autor e codificados. As folhas de codificação foram revisadas duas vezes por dois revisores independentes a fim de verificar sua consistência em relação às folhas de codificação. Os dados codificados foram transcritos eletronicamente, sendo a listagem eletrônica de codificação novamente revisada por dois revisores independentes. Uma vez corrigida a transcrição eletrônica, foram elaboradas tabelas de frequência e de contingência, bem como as análises estatísticas pertinentes, utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (34). Para as comparações de médias foram utilizados os testes de Student-Neuman Keuls e o de Tukey-HSD, e, para as comparações de variáveis categoriais, foi utilizado o teste do qui-quadrado. O nível de significância estabelecido foi o de  $p < 0,05$ .

Todo o processamento eletrônico dos dados foi realizado nas dependências da Assessoria Científica da Direção da Faculdade de Medicina da UFRGS, com o seu pessoal e equipamento.

## 3 - RESULTADOS

### 3.1 - Frequência de problemas (categorias)

#### 3.1.1 - Categorias de problemas físicos

Das 16 categorias de problemas físicos (Tabela 5), a mais freqüentemente utilizada foi a “05. *Transtornos mentais*”, para todos os sujeitos. Entretanto, se eliminarmos o diagnóstico de síndrome de dependência de álcool, aquela categoria foi utilizada para 21 sujeitos (14%). A segunda categoria mais utilizada, também em todos os grupos, foi a “14. *Sinais, sintomas e condições mal definidas*”, para 112 sujeitos (74,7%). A seguir, a categoria mais usada para **GT**, e igualmente para a **CP** e **SP**, foi a “12. *Problemas do tecido conjuntivo e músculo-esquelético*” (47,3% para o **GT**, 54% para **CP** e 64% para **SP**), figurando, porém, em 5º lugar para **MD** (24%). A partir daí, os grupos diferenciam-se mais.

No **GT** e no **SP** figuram a seguir, pela ordem decrescente de freqüência, “09. *Problemas digestivos*”, “06. *Problemas neurológicos*”, “07. *Problemas circulatórios*” e “05. *Outros problemas mentais*”, ao passo que no **CP** trocam de posição “06. *Problemas neurológicos*” e “09. *Problemas digestivos*” e, no **MD**, “09. *Problemas circulatórios*”, “12. *Problemas dos tecidos conjuntivo e músculo-esquelético*” e “05. *Outros problemas mentais*”.

As demais categorias foram utilizadas para menos de 10% dos sujeitos, cada uma delas, destacando-se que as categorias “02. *Problemas neoplásicos*”, “04. *Problemas hematológicos*” e “13. *Anomalias congênitas*” não foram utilizadas nem uma vez sequer, assim como a categoria “00. *Nenhum problema*”, o que significa que todos os sujeitos tinham pelo menos um problema físico.

**Tabela 5.** Frequência (valor absoluto e ordem) de 150 sujeitos com problemas físicos (por categoria). Porto Alegre, 1989.

Problemas	CP		SP		MD		GT	
	F	O	F	O	F	O	F	O
00. Nenhum problema	-	-	-	-	-	-	-	-
01. Parasitários e infecciosos	3	8	3	11	1	11	7	10
02. Neoplásicos	-	-	-	-	-	-	-	-
03. Endócrinos e metabólicos	1	12	1	12	5	8	7	10
04. Hematológicos	-	-	-	-	-	-	-	-
05. Mentais *	50(3)	1(8)	50(9)	1(7)	50(9)	1(6)	150(21)	1(6)
06. Neurológicos	22	4	10	5	7	6	39	5
07. Circulatórios	8	7	10	5	13	4	31	6
08. Respiratórios	3	8	5	8	3	9	11	9
09. Digestivos	17	5	21	4	27	3	65	4
10. Gêrito-urinários	1	12	1	12	3	9	5	12
11. Dermatológicos	2	11	5	8	6	7	13	8
12. Tecidos conjuntivo e músculo-esquelético	27	3	32	3	12	5	71	3
13. Anomalias congênitas	-	-	-	-	-	-	-	-
14. Sinais, sintomas e condições mal definidas	28	2	42	2	42	2	112	2
15. Ferimentos	12	6	5	8	1	11	18	7

\* Os números entre ( ) indicam os transtornos mentais exceto síndrome de dependência de álcool.

Na Tabela 8 vêem-se os coeficientes de correlação da ordem de classificação das categorias de problemas. A média do coeficiente de correlação dos problemas físicos ficou em 76%, variando entre 58% (CP-MD) e 82% (CP-SP).

### 3.1.2 - Categorias de problemas psicológicos

Todas as categorias de problemas psicológicos (exceto a "00. Nenhum problema") foram empregadas pelo menos uma vez (Tabela 6), sendo a mais freqüente a "10. Abuso de substâncias", em 100% dos sujeitos. Em segundo lugar, no **GT**, no **CP** e no **SP**, vêm "01. Ansioso", ficando "11. Problemas de memória" em segundo lugar no **MD**. A partir daí, os grupos discrepam.

**Tabela 6.** Freqüência (valor absoluto e ordem) de 150 sujeitos com problemas psicológicos (por categoria). Porto Alegre, 1989.

Problemas	CP		SP		MD		GT	
	F	O	F	O	F	O	F	O
00. Nenhum problema	-	-	-	-	-	-	-	-
01. Ansioso	33	2	28	2	28	3	89	2
02. Deprimido	11	8	21	4	21	4	53	6
03. Irritação	25	3	14	6	17	5	56	5
04. Idéias suicidas	5	10	6	9	5	12	16	9
05. Sono	24	4	16	5	17	5	57	4
06. Lentificação	12	7	5	10	9	8	26	7
07. Sexuais	15	6	11	7	14	7	40	6
08. Preocupação excessiva	-	-	-	-	6	11	6	11
09. Físicos com base psicológica	1	11	-	-	-	-	1	13
10. Abuso de substâncias	50	1	50	1	50	1	150	1
11. Memória	22	5	27	3	30	1	79	3
12. Pensamentos anormais	8	9	8	8	8	9	24	8
13. Deficiência mental	-	-	3	12	-	-	3	12
14. Outros	1	11	4	11	8	9	13	10



O **GT** apresenta, pela ordem decrescente de frequência, “11. Problema de memória”, “05. Problema de sono”, “03. Problema de irritação” e “02. Deprimido”; o **CP** tem, em terceiro lugar, “03. Irritação”, em quarto lugar, “05. Problema de sono” e, em quinto, “11. Problema de memória”; no **SP** correspondem: “11. Problema de memória”, “02. Deprimido”, “05. Problema de sono” e “03. Irritação”, ao passo que no **MD** temos, pela ordem, “01. Ansioso”, “02. Deprimido” e, juntos, em quinto lugar, “03. Irritação” e “05. Problema de sono”.

A categoria “14. Outros problemas psicológicos” foi utilizada em 13 casos (8,7%).

A média dos coeficientes de correlação da ordem de classificação dos problemas psicológicos foi a mais elevada dos três tipos de problema, 78%, variando de 68% (**CP-SP**) a 80% (**SP-MD**). (Tabela 8)

### 3.1.3 - Categorias de problemas sociais

A utilização das categorias de problemas sociais foi menos uniforme que a de problemas físicos e psicológicos, quando comparamos os distintos grupos (Tabela 7). Para o **GT**, a ordem decrescente das quatro categorias mais utilizadas foi: “04. Problemas de trabalho”, “11. Problemas de relacionamento com o cônjuge”, “01. Problemas financeiros” e “12. Problemas de relacionamento com outros parentes”, enquanto que para o **CP** foi: “01. Problemas financeiros”, “11. Problemas de relacionamento com o cônjuge”, “04. Problemas de trabalho” e “03. Problemas de habitação/vizinhança”, para o **SP** foi: “04. Problemas de trabalho”, “01. Problemas financeiros”, “11. Problemas de relacionamento com o cônjuge”, e “14. Agressões sofridas”; e para o **MD** tivemos: “11. Problemas de relacionamento com o cônjuge”, “04. Problemas de trabalho”, “12. Problemas de relacionamento com outros parentes”, e “10. Problemas de relacionamento com os filhos”.



A média dos coeficientes de correlação da ordem de classificação foi a mais baixa dos três tipos de problema, 71% variando de 59% (**CP-MD**) a 72% (**CP-SP**). (Tabela 8)

**Tabela 8.** Coeficientes de correlação da ordem de classificação de categorias de problemas em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

	CP	SP	MD
CP-SP	0,82	0,68	0,72
SP-MD	0,73	0,80	0,62
CP-MD	0,58	0,70	0,59
CP-GT	0,80	0,84	0,77
SP-GT	0,92	0,84	0,80
MD-GT	0,75	0,84	0,76

### 3.2 - Frequência de problemas específicos (subcategorias)

A Tabela 9 apresenta um resumo da frequência (valor absoluto e média) dos problemas físicos, psicológicos e sociais dos sujeitos nos três grupos estudados. Embora com uma leve predominância dos problemas psicológicos sobre os físicos e destes sobre os sociais, por um lado, e, por outro, da quantidade total de problemas no **SP** sobre o **MD** e deste sobre o **CP**, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi registrada. O número total de problemas por sujeito variou de 4 a 39, com média de 16,1, mediana de 16 e moda de 20.

**Tabela 9.** Frequência (valor absoluto e média) de problemas (físicos, psicológicos e sociais) de saúde específicos em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

	CP		SP		MD		GT	
	F	$\bar{x}$	F	$\bar{x}$	F	$\bar{x}$	F	$\bar{x}$
Problemas físicos	232	4,6	292	5,8	259	5,2	783	5,2
Problemas psicológicos	330	6,6	307	6,2	301	6,0	938	6,3
Problemas sociais	213	4,3	237	4,7	238	4,8	688	4,6
Total	775	15,5	836	16,7	798	16,0	2409	16,1

### 3.2.1 - Frequência de problemas físicos específicos

Foram identificados 124 problemas físicos de 257 problemas específicos possíveis (Tabela 10), nos 150 sujeitos. Destes, o mais freqüente foi “303. Síndrome de dependência de álcool” presente nos 150 sujeitos, seguido por “729.5 Dor e outros sintomas nos membros” (e que correspondia à tremores, presentes em 55 sujeitos), “780.7 Mal-estar, fadiga e cansaço” (em 35 sujeitos), “571. Cirrose e outros problemas hepáticos” (em 31 sujeitos) e “787.0 Náuseas e vômitos” (em 26 sujeitos).

Entretanto, exceto pelo problema 303, mais freqüente em todos os grupos, nota-se que o segundo mais freqüente para **GT** (729.5) também o é segundo para **CP** e **SP**, mas é o sétimo para **MD**; que o terceiro mais freqüente para **GT** (780.7), também o é para **SP** e **MD**, mas é o décimo para **CP**; daí em diante os grupos se diferenciam cada vez mais.

O número de problemas físicos por sujeito variou entre 1 e 12, com média de 5,2 e mediana e moda de 5.

**Tabela 10.** Frequência de problemas físicos específicos em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Parasitários e infecciosos</b>				
008		1		1
034	1			1
110			1	1
127	1			1
133	1	2		3
<b>Endócrinos e metabólicos</b>				
2609	1			1
272			5	5
278		1	2	3

(continuação Tabela 10)

Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Mentais</b>				
292	1			1
294		1	1	2
296	1	2	3	6
300	1	2		3
301		1	2	3
302			1	1
303	50	50	50	150
304		1	1	2
305		2	1	3
<b>Neurológicos</b>				
332		1		1
345		1		1
346		1		1
3559	4		6	10
366	1	1		2
367	12	3		15
3720	1	2		3
3801	2			2
3811	1			1
3820		1		1
386			1	1
387	3	1		4
<b>Circulatórios</b>				
401	4	5	5	14
402		4	3	7
416		1		1
4270		1	2	3
4276	1		2	3
428			1	1
454	4		1	5
<b>Respiratórios</b>				
461	1	1	1	3
463		1		1
464	1	1		2
466			1	1
486		1		1
491			1	1
492		1		1
493		1		1
5119	1			1

(continuação Tabela 10)

Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Digestivos</b>				
520	10	8	1	19
528		1		1
530	1	1		2
532		1	1	2
5369		1	1	2
550		1		1
558	7	1	7	15
562			1	1
564	1	1		2
571	2	6	23	31
574		1	5	6
578		1		1
5799			1	1
<b>Gênito-urinário</b>				
595	1			1
597		1		1
5997			1	1
600			1	1
606			1	1
<b>Dermatológicos</b>				
690		1	1	2
6918			1	1
692	1		1	2
6961			2	2
698		2		2
700	1	2		3
704			1	1
705		1	1	2
<b>Tecidos conjuntivo e músculo-esquelético</b>				
714	3	2		5
7161		2		2
7190		2		2
7194	3	5	1	9
723	6	1		7
7242	4	6	3	13
7244	2	3		5
7283	1			1
7289			1	1
7295	19	27	9	55
736		4		4

(continuação Tabela 10)

Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Sinais, sintomas e condições mal definidas</b>				
7802		2		2
7803	5	2	1	8
7804	2	5		7
7807	4	16	15	35
7808	1	2	1	4
7810		12	13	25
7820	9	5	1	15
7821		1	2	3
7822		2	2	4
7823	4	1	3	8
7830	3	15	5	23
7832	2	7	9	18
7840	6	7		13
7845	1			1
7851	5	1		6
7860	1	3	2	6
7862		2	2	4
7865	3	6		9
7870	7	8	11	26
7871		1	2	3
7873		1		1
7881		1	1	2
7889		1	1	2
7890	9	8	6	23
7891		1	14	15
7902			9	9
791			1	1
7962		2	1	3
797			1	1
<b>Ferimentos</b>				
802	2		1	3
807	1			1
810	1			1
812	1	1		2
816	2			2
840	1	1		2
842	1			1
889		1		1
908		1		1
918	1			1
929	4	1		5
9950		1		1
998	1	1		2
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>292</b>	<b>259</b>	<b>783</b>

### 3.2.2 - Frequência de problemas psicológicos específicos

Foram identificados 65 problemas psicológicos específicos, dos 89 teoricamente possíveis, nos 150 sujeitos (Tabela 11). Destes, o mais freqüente foi "10.5 *Abuso crônico de álcool*", nos 150 sujeitos, seguido de "10.7 *Abuso crônico de tabaco*" (em 121 sujeitos), "11.1 *Distúrbio de memória*" (em 75 sujeitos), "1.1 *Nervoso*" (em 45) e "3.1 *Irritação não-manifesta*" (em 33 sujeitos).

Houve uma certa uniformidade quanto aos três problemas mais freqüentes nos três grupos, diferenciando-se apenas de aí em diante. O número de problemas psicológicos específicos por sujeito variou entre 1 e 19, com média de 6,3, mediana de 6 e moda de 5.

**Tabela 11.** Frequência de problemas psicológicos específicos em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Ansiedade</b>				
1.0	4	4	-	8
1.1	12	15	18	45
1.2	8	6	12	26
1.3	6	4	-	10
1.4	5	-	-	5
1.5	1	3	2	6
1.7	15	3	6	24
1.8	11	7	3	21
1.9	4	1	-	5
<b>Depressão</b>				
2.0	-	1	1	2
2.1	1	10	7	18
2.2	2	5	1	8
2.3	-	5	4	9
2.4	4	2	2	8
2.5	3	2	13	18
2.6	2	9	3	14
2.7	3	1	-	4
<b>Irritabilidade</b>				
3.0	2	-	2	4
3.1	17	7	9	33
3.2	3	5	4	12
3.3	5	5	3	13
3.4	3	-	1	4



Problemas	CP	SP	MD	GT
<b>Idéias suicidas</b>				
4.1	2	3	3	8
4.2	2	2	-	4
4.3	1	2	1	4
4.5	-	-	2	2
<b>Problemas de sono</b>				
5.1	19	10	2	31
5.2	9	10	11	30
5.3	2	3	2	7
5.4	4	5	3	12
5.5	6	3	-	9
5.6	2	2	-	4
5.7	2	-	2	4
<b>Lentificação</b>				
6.0	5	2	-	7
6.1	3	2	6	11
6.2	4	3	5	12
6.3	2	-	-	2
<b>Problemas sexuais</b>				
7.3	7	6	11	24
7.4	11	8	2	21
7.5	-	-	1	1
7.6	2	1	4	7
<b>Preocupação excessiva</b>				
8.0	-	-	2	2
8.1	-	-	1	1
8.2	-	-	3	3
<b>Físicos com base psicológica</b>				
9.4	1	-	-	1
<b>Abuso de substâncias</b>				
10.1	-	1	3	4
10.3	-	1	3	4
10.4	-	-	2	2
10.5	50	50	50	150
10.7	42	39	40	121
10.9	-	6	1	7
<b>Problemas de memória</b>				
11.1	19	27	29	75
11.2	11	6	3	20
11.3	2	1	-	3
11.5	-	-	1	1
<b>Pensamentos anormais</b>				
12.1	5	4	1	10
12.2	2	5	1	8
12.3	-	1	1	2
12.4	2	1	2	5
12.5	-	-	1	1
12.6	-	1	4	5
12.7	1	-	-	1
<b>Deficiência mental</b>				
13.1	-	3	-	3
<b>Outros problemas psicológicos</b>				
17.0	1	4	7	12
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>307</b>	<b>301</b>	<b>938</b>

### 3.2.3 - Frequência de problemas sociais específicos

Foram identificados 73 problemas sociais específicos dos 105 possíveis, nos 150 sujeitos (Tabela 12). O mais frequentemente identificado foi "4.03 Desemprego", presente em 47 sujeitos, seguido de "11.08 Tensão, discussão ou violência entre paciente e cônjuge" (em 44 sujeitos), "1.02 Pobreza generalizada" (em 40), "1.01 Perda de dinheiro ou de bens materiais" (em 38) e "11.07 Falta de relacionamento adequado com o cônjuge" (em 35 sujeitos).

Há, no entanto, importantes diferenças quanto à ocorrência de problemas sociais específicos entre os três grupos, notando-se uma certa semelhança entre **CP** e **SP** e grandes diferenças entre estes dois e **MD**.

O número de problemas sociais específicos por sujeito variou de 0 a 13, com média de 4,6, e mediana e moda de 4.

**Tabela 12.** Frequência de problemas sociais específicos em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

Problemas	CP	SP	MD	GT
Nenhum problema social	3	-	1	4
Financeiros				
1.01	14	15	9	38
1.02	20	20	-	40
1.03	5	6	10	21
1.04	9	7	-	16
1.05	3	1	-	4
Alimentos/água				
2.01	2	1	-	3
Habitação/vizinhança				
3.01	1	-	1	2
3.02	-	2	-	2
3.03	7	7	2	16
3.04	8	6	-	14
3.05	2	4	-	6
3.06	4	-	1	5
3.07	1	-	-	1

(continuação Tabela 12)

Problemas	CP	SP	MD	GT
Trabalho				
4.01	1	7	3	11
4.02	4	1	2	7
4.03	13	27	7	47
4.04	8	6	10	24
4.05	3	3	6	12
4.06	2	3	11	16
Educação				
5.01	-	1	-	1
5.02	2	-	-	2
5.04	-	-	1	1
Previdência social				
6.00	-	1	-	1
6.01	7	1	-	8
6.02	4	-	-	4
6.04	2	6	6	14
Justiça/Polícia				
7.00	-	1	-	1
7.01	-	2	-	2
7.03	2	6	6	14
Acesso a cuidados de saúde				
8.01	-	-	1	1
8.03	-	-	1	1
Probl. de relacionamento c/filhos				
10.03	3	7	14	24
10.04	-	-	1	1
10.05	2	2	-	4
10.06	1	1	1	3
10.07	-	1	1	2
10.09	-	-	1	1
10.10	1	-	-	1
10.12	4	3	3	10
10.13	2	-	-	2
10.15	-	-	1	1
Probl. de relacionamento c/esposa				
11.01	-	-	1	1
11.03	4	1	-	5
11.04	8	10	10	28
11.05	-	1	1	2
11.06	-	1	3	4
11.07	7	6	22	35
11.08	12	11	21	44
11.09	2	-	6	8
11.10	1	-	2	3
11.11	2	3	6	11
11.13	-	1	1	2

(continuação Tabela 12)

Problemas	CP	SP	MD	GT
Probl. de relacionam. c/outros parentes				
12.00	-	1	-	1
12.01	-	2	3	5
12.02	2	-	1	3
12.03	2	2	10	14
12.04	-	1	1	2
12.05	2	8	13	23
12.06	1	4	4	9
12.07	1	1	-	2
12.08	6	3	10	19
12.09	-	2	-	2
12.10	-	1	4	5
12.12	3	-	1	4
Probl. de relacionamento c/amigos				
13.01	1	-	-	1
13.02	5	5	3	13
13.03	4	3	6	13
13.04	-	-	1	1
Agressões				
14.01	5	12	5	22
14.02	2	4	-	6
14.03	1	6	9	16
14.06	2	-	-	2
Total	213	237	238	688

### 3.2.4 - Síndromes

Se juntarmos os problemas mais comuns a cada grupo de sujeitos estudados, teremos o que poderíamos chamar de “síndromes típicas” para cada hospital incluído no estudo (Tabela 13).

Excetuando-se o problema *dependência de álcool* (do eixo físico) e de *abuso crônico de álcool* (do eixo psicológico), que são o próprio critério de inclusão no estudo, temos como características mais comuns dos sujeitos como um grupo (**GT**): *ansiedade, problemas conjugais, problemas de memória, problemas financeiros, problemas digestivos, problemas com outros parentes e tremores*.

Ainda, cada grupo apresentava problemas específicos que eram relativamente incomuns em outros grupos, por exemplo: *irritabilidade* (no **CP**), *depressão* (no **SP** e no **MD**) e *problemas de relacionamento com filhos e outros parentes* (no **MD**).

**Tabela 13.** Problemas mais comuns em 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

CP	SP	MD	GT
Dependência de álcool	Dependência de álcool	Dependência de álcool	Dependência de álcool
Dependência de tabaco	Dependência de tabaco	Dependência de tabaco	Dependência de tabaco
Ansiedade	Problemas de trabalho	Problemas conjugais	Problemas de trabalho
Problemas financeiros	Problemas financeiros	Problemas de trabalho	Ansiedade
Problemas conjugais	Ansiedade	Problemas de memória	Problemas conjugais
Irritabilidade	Problemas de memória	Probl. c/outros parentes	Problemas de memória
Problemas de sono	Tremor	Ansiedade	Problemas financeiros
Problemas de memória	Problemas conjugais	Problemas digestivos	Problemas digestivos
Problemas de trabalho	Depressão	Depressão	Probl. c/outros parentes
Tremor	Problemas digestivos	Problemas com filhos	Tremor

### 3.2.5 - Correlações entre freqüências de problemas e demais variáveis

A freqüência total de problemas correlacionou-se positivamente ( $p < 0,001$ ) com as freqüências dos três tipos de problemas, observando-se, ainda, correlações positivas ( $p < 0,01$ ) entre problemas físicos e psicológicos e entre problemas físicos e sociais; também houve correlação positiva ( $p < 0,001$ ) entre problemas sociais e psicológicos. (Tabela 14)

Nenhuma outra das 12 variáveis investigadas acima (*idade, idade de início de consumo, idade de início de abuso, idade à primeira baixa, número de baixas, posição social, situação conjugal, número de filhos, renda pessoal, renda familiar, renda per capita e escolaridade*) apresentou correlação significativa (positiva ou negativa) com a freqüência total de problemas, nem com a freqüência de problemas específicos, exceto a freqüência de problemas sociais específicos que se correlacionou negativamente ( $p < 0,01$ ) com a *idade de início de consumo de bebidas alcoólicas* e com a *idade de início de abuso de álcool*. (Tabela 14)

**Tabela 14.** Sentido e nível de significância de correlações entre freqüência de problemas e outras variáveis de 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

Problemas	Físicos	Problemas Psicológicos	Sociais	Idade de início de ingestão	Idade de início de abuso
Físicos	-	-	-	n.s	n.s
Psicológicos	+ 0,01	-	-	n.s	n.s
Sociais	+ 0,01	+ 0,001	-	0,01	0,01
Total	+ 0,001	+ 0,001	+ 0,001	n.s	n.s

Entretanto, dado o número limitado de sujeitos disponíveis para uma adequada análise da relação entre posição social e frequência de problema, os sujeitos foram reagrupados, quanto à classe social, em três categorias: a de *proletários* (incluindo subproletários, proletários típicos e proletários não típicos), a de *burgueses* (incluindo os pequenos burgueses tradicionais, os novos pequenos burgueses e os burgueses) e a do *fora da população economicamente ativa*. As frequências dos problemas, por sua vez, foram reagrupadas em duas categorias, separadas pelos valores das medianas respectivas. Novamente não se observou nenhuma diferença estatisticamente significativa. (Tabelas 15, 16, 17 e 18)

**Tabela 15.** Frequência de 150 homens alcoolistas com problemas de saúde, por posição social. Porto Alegre, 1989.

Nº de problemas	Posição social			Total
	Proletários	Burgueses	Fora da população econom. ativa	
0-16	41	25	14	80
17-39	28	20	22	70
Total	69	45	36	150

qui quadrado = 0,914123    2 gl n.s

**Tabela 16.** Frequência de 150 homens alcoolistas com problemas físicos, por posição social. Porto Alegre, 1989.

Nº de problemas	Posição social			Total
	Proletários	Burgueses	Fora da população econom. ativa	
0-5	41	29	18	80
6-12	28	16	18	62
Total	69	45	36	150

qui quadrado = 0,6267    2 gl n.s



**Tabela 17.** Frequência de 150 homens alcoolistas com problemas psicológicos, por posição social. Porto Alegre, 1989.

Nº de problemas	Posição social			Total
	Proletários	Burgueses	Fora da população econom. ativa	
0-6	42	29	20	91
7-19	27	16	16	59
Total	69	45	36	150

qui quadrado = 0,38101 2 gl n.s

**Tabela 18.** Frequência de 150 homens alcoolistas com problemas sociais, por posição social. Porto Alegre, 1989.

Nº de problemas	Posição social			Total
	Proletários	Burgueses	Fora da população econom. ativa	
0-4	45	24	15	84
5-13	24	21	21	66
Total	69	45	36	150

qui quadrado = 1,07797 2 gl n.s

**Tabela 19.** Sentido e nível de significância de correlações entre algumas variáveis clínico-demográficas de 150 homens alcoolistas. Porto Alegre, 1989.

	Idade atual	Idade início ingestão	Idade início abuso	Idade à 1a. baixa	Nº de baixas	Nº de filhos	Renda pessoal	Renda familiar	Renda per capita
Idade de início de ingestão	+ 0,01								
Idade de início de abuso	+ 0,001	+ 0,001							
Idade à 1a. baixa	+ 0,001	+ 0,001	+ 0,001						
Nº de baixas	+ 0,01	n.s	n.s	n.s					
Nº de filhos	+ 0,001	n.s	n.s	+ 0,001	n.s				
Renda pessoal	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s			
Renda familiar	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	+ 0,001		
Renda per capita	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	+ 0,001	+ 0,001	
Escolaridade	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	0,01	+ 0,01	+ 0,001	n.s

### 3.2.6 - Correlações de outras variáveis entre si

Sem pertencer aos objetivos originais do presente trabalho, no entanto, certas correlações entre determinadas variáveis despertaram certo interesse (Tabela 19). Assim, a *idade atual* apresentou correlação positiva ( $p < 0,001$ ) com a *idade de ingestão de bebidas alcoólicas* e com o *número de baixas*.

Por sua vez, a *idade de início de ingestão* correlacionou-se ainda positivamente ( $p < 0,001$ ) com a *idade de início de abuso* e *idade à primeira baixa*; a *idade de início de abuso* correlacionou-se positivamente ( $p < 0,001$ ) com a *idade à primeira baixa*, e esta com o *número de filhos*.

A única correlação negativa foi observada entre *número de filhos* e *escolaridade* ( $p < 0,01$ ).

As três rendas (*pessoal*, *familiar* e *per capita*) estiveram positivamente correlacionadas entre si ( $p < 0,001$  para todas), enquanto que a *escolaridade* correlacionou-se positivamente com *renda pessoal* ( $p < 0,01$ ) e *familiar* ( $p < 0,001$ ), mas não evidenciou correlação estatisticamente significativa com a *renda per capita*.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 - A Classificação Triaxial

A Classificação Triaxial dos Problemas de Saúde, apesar de concebida e proposta para utilização em locais de cuidados primários de saúde, mostrou-se de manejo bastante simples e útil, mesmo quando utilizada em ambiente hospitalar, por médicos com uma razoável experiência clínica de entrevistar pacientes.

Sua própria natureza multidimensional contribui para uma identificação bastante ampla da diversidade de problemas com que se defrontam os pacientes. A importância da Classificação Triaxial cresce particularmente em relação ao diagnóstico dos problemas associados ao consumo do álcool, a partir dos escassos dados existentes que nos informam sobre a identificação extremamente baixa de tais problemas nos locais de prestação de cuidados de saúde.

Com efeito, na maioria dos registros hospitalares e ambulatoriais estudados até hoje, no Brasil e no exterior, mesmo a mera averiguação do fato da ingestão de bebidas alcoólicas ou do hábito de fumar é tristemente ausente (45). Muito mais ausentes são as especificações de quantidade e de frequência, mesmo em determinadas clínicas, serviços ou enfermarias cujos pacientes sofrem de condições para as quais o álcool e o fumo são fatores de risco muito importantes na caracterização dos casos como complicados. (40)

Neste sentido, a Classificação Triaxial parece representar uma importante contribuição para a melhoria da identificação dos problemas de saúde em geral e dos alcoolistas em particular. Embora não se disponha de estudos comparativos, que tenham medido quantidade e frequência de problemas de saúde em alcoolistas, a média encontrada no presente trabalho,

de cerca de 16 problemas de saúde identificados por sujeito, com uma entrevista que durava aproximadamente 35 minutos, parece ser uma indicação do potencial deste instrumento.

#### 4.1.1 - Eixo Físico

Do ponto de vista qualitativo, a natureza “generalista” da Classificação Triaxial revela certas deficiências ao ser confrontada com uma população homogênea, em termos diagnósticos. No eixo físico, por exemplo, os *tremores*, sintoma bastante freqüente em alcoolistas recém-desintoxicados, tinham que ser classificados como “13. *Problemas do sistema músculo-esquelético*”, apesar da natureza etiopatogênica neurológica, nestes casos. Em consequência, esta categoria de problema se apresentava como a terceira mais freqüente, o que pode parecer estranho à primeira vista. Se fossem classificados como “06. *Problemas neurológicos*”, teríamos uma ordem de freqüência de categorias de problemas bastante semelhante à encontrada na literatura (18). O fato de a categoria “16. *Sinais, sintomas e condições mal-definidos*” aparecer em segundo lugar não surpreende, uma vez que a literatura confirma ser esta categoria uma das mais utilizadas em primeiras entrevistas (22,47). É óbvio que a categoria mais freqüente, a “05. *Problemas mentais*”, tem que ser entendida como incluindo a síndrome de dependência de álcool, o próprio critério de inclusão de sujeitos no estudo e, portanto, naturalmente esperada em 100% dos sujeitos.

Num outro extremo de freqüência, temos a ausência de identificação de problemas neoplásicos, hematológicos e de anomalias congênitas, apesar de os dados da literatura indicarem prevalência relativamente alta em alcoolistas (44). Entre os achados hematológicos, não se confirmou o do volume corpuscular médio (VCM) aumentado, proposto como um dos indicadores laboratoriais indiretos de alcoolismo (33). Estas ausências devem

ser entendidas como um resultado direto da metodologia e, portanto, como uma limitação da Classificação Triaxial. Estes dois tipos de problemas são pouco passíveis de identificação por entrevista - a não ser em casos extremos e avançados - necessitando sofisticados exames laboratoriais para sua detecção.

Quanto às demais categorias, o desempenho da Classificação Triaxial parece ser satisfatório, na medida em que permitiu a identificação de uma gama de problemas cuja frequência não se distancia do que se pode encontrar na literatura pertinente (42).

#### 4.1.2 - Eixo Psicológico

Na evolução da Classificação Triaxial, o eixo psicológico é o que mais tem sofrido mudanças profundas e radicais. Os presentes dados parecem indicar que é, dos três, o eixo que mais aperfeiçoamento ainda necessita. Uma indicação disto deriva do fato de que a categoria "*Outros problemas*" só foi empregada neste eixo e em 13 sujeitos, 8,7% do total. Além do uso desta categoria, em várias ocasiões, havia problemas que bem se classificavam em uma dada categoria, porém exigiam a criação de novas subcategorias específicas. Sem embargo, é possível que o fato de os entrevistadores possuírem uma sólida base de conhecimentos psicopatológicos tenha-os levado a serem mais precisos e sofisticados que o exigido por uma classificação desta natureza, assim expondo este eixo a uma avaliação indevidamente insatisfatória.

Outra indicação da necessidade de aperfeiçoamento deste eixo é a baixa frequência de utilização da categoria "*09. Problemas físicos com base psicológica*", aproximadamente correspondente à contestada entidade nosológica de "*Doenças psicossomáticas*". Dada a existência da possibilidade de se classificar estes problemas em diversas outras categorias do eixo físico (eventualmente com mais propriedade), esta categoria parece ficar supérflua.

Mesmo com estas reservas, porém, o eixo psicológico permite identificar bastante bem os elementos da síndrome de abstinência vivida pelos entrevistados (*ansiedade, perturbação do sono e irritabilidade*) ao lado de indicações de seu estado de pacientes crônicos (*perturbações de memória e sexuais*).

#### 4.1.3 - Eixo Social

Da mesma forma que o eixo físico, o social mostrou-se satisfatoriamente abrangente, não tendo sido necessário utilizar a categoria "*Outros problemas sociais*" nenhuma vez, o que está de acordo com os resultados da pesquisa multinacional que testou as listas de problemas (13,14). Porém, diferindo dos dois eixos precedentes, o eixo social foi o único que revelou sujeitos sem nenhum problema social (3 no **CP** e 1 no **MD**).

A categoria "*09. Problemas Culturais e Sociais Gerais*" também não foi utilizada nenhuma vez, o que pode ser interpretado, como indicativo da relativa homogeneidade cultural do Brasil, onde não se verificam choques culturais (sociais ou religiosos) de monta, em comparação com outros países da Ásia, por exemplo, além, obviamente, da ausência específica deste tipo de problemas.

A baixa frequência da categoria "*08. Problemas de Acesso aos Cuidados de Saúde*" não deixa de surpreender, particularmente por ter ocorrido apenas no **MD**, o que poderia ser uma indicação do valor relativo da percepção dos problemas específicos. Esta hipótese encontra reforço no fato de também no **MD** ter sido observada a ocorrência de problemas na categoria "*08. Preocupação Excessiva com a Saúde*" do eixo psicológico. Numa outra linha de raciocínio isto poderia ainda significar que a dificuldade decorre do custo relativamente alto do tratamento no **MD**, cujos pacientes não aceitariam com

facilidade outro nível de tratamento, ao passo que os pacientes previdenciários e indigentes do **CP** e **SP** não veriam como particularmente difícil obter tratamento, dentro de seu próprio nível de expectativas, o que significaria um valor específico de determinadas classes sociais.

Este eixo da Classificação Triaxial permitiu identificar bem os problemas mais amplos como os ligados ao trabalho (principalmente *desemprego*) e às finanças (*pobreza*, mais frequentemente), ao mesmo tempo que os problemas mais circunscritos, como os de relacionamento interpessoal (principalmente *com a esposa*, na presente amostra).

Não deixa de ser uma grata surpresa a boa adequação do eixo social, uma vez que, apesar de ter a Classificação Triaxial sido concebida para uso universal, esperava-se aqui a maior quantidade de dificuldades, seja por ser a pesquisa de problemas da área social relativamente incipiente na área médica, seja pelo baixo treinamento prévio específico dos entrevistadores, em comparação com seu treinamento prévio nas áreas física e psicológica. A adequação se manteve mesmo com uma amostra tão heterogênea em termos sócio-econômicos. A adequação do eixo físico era esperada, principalmente pela quantidade de anos que este modelo de identificação de problemas tem de prática internacional; as dificuldades menores observadas decorrem fundamentalmente da sintomatologia altamente específica desta amostra e do ambiente hospitalar, o qual, automaticamente, faz com que se elevem as expectativas de um diagnóstico sucinto e preciso. Sem embargo, as condições das entrevistas reproduziam bastante bem as condições de uma primeira consulta em um local de cuidados primários. Quanto às dificuldades encontradas com o eixo psicológico, elas podem ser decorrência de deficiências próprias da elaboração deste eixo, que não teria ainda uma maturidade estrutural, bem como conceitual. Fica também sugerida a hipótese de que o funcionamento psicológico é bem menos universal do que se supõe, pelo menos no que se refere aos construtos teóricos utilizados para descrever estados subjetivos. Os construtos psicológicos são mais efetivos e atuantes - ainda que mais sutis - mas, por outro lado, são menos esperados do que os sociais, para os quais já são dados, por definição, os conceitos de base.



## 4.2 - Os problemas de saúde dos alcoolistas

Embora o objetivo central deste estudo fosse, pela primeira vez, testar a aplicação da Classificação Triaxial, instrumento de concepção “*generalista*” para locais de cuidados primários de saúde, sua utilização com uma amostra homogênea, do ponto de vista diagnóstico, terminou por gerar várias informações interessantes sobre o complexo sindrômico do alcoolismo.

Em primeiro lugar, chama a atenção a grande concomitância do abuso de tabaco. Embora este dado não seja propriamente uma novidade, bem conhecido que é o cheiro característico de cigarro das unidades de tratamento de alcoolismo e das reuniões de Alcoólicos Anônimos, não se pode deixar de destacar o fato, particularmente quanto a suas implicações em termos de fatores de risco, em termos de conseqüências e em termos terapêuticos.

Em termos de fatores de risco, estudos mais recentes não deixam de levar em conta a contribuição proporcional do álcool e do tabaco para o aparecimento de neoplasias (54). Porém, estudos de outras conseqüências, supostamente devidas seja ao tabaco seja ao álcool, nem sempre evidenciaram tal cuidado. Por outro lado, olhando-se o conceito de risco do ângulo oposto, qual seja, o de fatores de risco para o consumo de álcool e de cigarros (o que nos leva ao atraente porém perigoso e inseguro terreno das conjeturas etiológicas), temos que tanto um como outro são tidos como “*gratificantes*” (4), porém o efeito reforçador diferencial de cada um deles não tem sido até hoje suficientemente estudado.

Algumas das conseqüências, tanto do álcool como do tabaco, são razoavelmente específicas (por exemplo: alterações da consciência na intoxicação alcoólica aguda e doença pulmonar obstrutiva crônica para o tabaco), porém, uma série de outras, embora estudadas mais particularmente em relação a uma das substâncias do que em relação à outra, apresenta uma razoável probabilidade de representar a contribuição de ambas as substâncias.

Como exemplo de problemas que têm sido estudados nesta perspectiva parcial, podem-se citar: *ferimentos e contusões* (incluindo *queimaduras*), *ansiedade e tremor* (particularmente no síndrome de abstinência) e *problemas financeiros e de relacionamento conjugal*.

Quanto às implicações terapêuticas, abre-se uma discussão entre dois modelos: de um lado, o de dependência específica de determinada substância e, de outro, o modelo de dependência química inespecífica. No primeiro, admitindo-se mecanismos específicos para cada tipo de dependência (16), temos, como decorrência, tratamentos diferentes para a dependência de cada tipo de substância. No segundo, partindo-se da suposição de um modelo central de dependência, o tratamento é um só para cada tipo de substância e, portanto, deveria abarcar todas as dependências de uma só vez. Fica óbvio que o primeiro modelo tem uma forte base conceitual neuroquímica, ao passo que o segundo depende de concepções neurocomportamentais, cada qual com suas respectivas implicações em termos de modelo terapêutico.

O segundo fato a chamar a atenção é que a maioria dos problemas específicos apresentados por esta amostra de alcoolistas não é de problemas físicos, mesmo com uma investigação efetuada por médicos (Tabela 9). O exame da Tabela 13, no entanto, evidencia mais claramente o caráter psicossocial desta amostra de pacientes alcoolistas, seja para o grupo como um todo (GT), seja para cada grupo específico.

A Tabela 14 dá uma idéia da força desta associação (psicossocial), maior que a associação entre problemas físicos e psicológicos ou sociais. A mesma Tabela revela, ainda, uma associação inversa entre as *idades de início da ingestão e de abuso e problemas sociais*, indicando uma possível desadaptação social ao hábito de ingestão de álcool, em oposição à inexistência de associação em qualquer sentido entre estas idades e os problemas físicos e os psicológicos.

No eixo físico destacam-se os sinais e sintomas específicos da síndrome de abstinência vivenciada pelos sujeitos por ocasião das entrevistas. Seria interessante obter-se avaliação equivalente, digamos, um mês após a alta, com sujeitos ainda abstinentes, para se ter uma idéia da medida em que estes sinais e sintomas eram efetivamente circunstanciais e transitórios.

Quanto ao eixo social, a freqüência de problemas relativos ao trabalho (principalmente *desemprego*) superou todos os demais problemas e, até mesmo, as taxas de desemprego anunciadas pelas autoridades na imprensa, em todos os grupos. Mas os problemas relativos ao trabalho não se limitam ao desemprego e incluem também a *desadaptação ao trabalho*, o que parece bem evidente no grande interesse que se observa em nosso meio pelo tema "*Alcoolismo na Empresa*". Os problemas financeiros também aparecem em alta freqüência em todos os grupos, diferindo apenas quanto à sua especificidade: no **CP** e no **SP** aparece como "*1.02. Pobreza Generalizada*" (que fica difícil atribuir exclusivamente ao alcoolismo, nas condições macroeconômicas do país, na época das entrevistas) e como "*1.01. Perda de bens*", e "*1.03. Dívidas*" no **MD**, que parece ser a versão do empobrecimento vivida pelos estratos sócio-econômicos até então mais privilegiados. Aliás, é notável a aproximadamente mesma porcentagem (entre 22% e 28%) de sujeitos fora da população economicamente ativa em todos os subgrupos, o que poderia ser tomado como um indicador da deterioração social do alcoolista, independentemente de sua classe social de origem. Isto reforçaria a tendência atual de se considerar a associação inversa entre estrato sócio-econômico e transtornos mentais como um acúmulo por deslizamento (*drift theory*) e não mais como um fenômeno determinado pela classe social de origem (*selection theory*) (19), exceto no que diz respeito à percepção do que constitui um sintoma ou uma doença, que representa um forte elemento ligado a estrato sócio-econômico e a classe social. (21,23,26)

Esta impressão é reforçada pelos dados da Tabela 19, na qual se observa a inespecificidade da história de ingestão de álcool em comparação com outras variáveis sócio-econômicas relevantes. Poderia dizer-se que tanto o

fenômeno da história natural da ingestão de bebidas alcoólicas como o quadro clínico abrangente e avançado do alcoolismo não respeitam os limites nem dos estratos sócio-econômicos nem das classes sociais; a história natural da ingestão estaria sob uma norma cultural geral mais ampla, vigente no país como um todo, e o quadro clínico avançado dependendo dos efeitos tóxicos prolongados do álcool. Ainda que possamos ter manifestações intermediárias distintas para cada categoria social, o início e a fase avançada desta história parecem ser bastante comuns para pacientes das mais diversas origens sociais.

Ainda no eixo social, os problemas de relacionamento interpessoal, ao contrário dos problemas financeiros e de trabalho que parecem ser mais ou menos comuns aos três grupos básicos, revelam um aspecto distinto através dos três grupos. Embora os valores absolutos de problemas interpessoais não pareçam muito discrepantes à primeira vista, quando são transformados em taxas de prevalência relativa à população em risco específico, a impressão se modifica. Assim, para analisar os problemas de relacionamento conjugal foram considerados apenas os não-solteiros (já que o glossário considera problemas e dificuldades com ex-cônjuges como devendo ser codificado como problema conjugal) e, para analisar os problemas de relacionamento com filhos, apenas os que tinham filhos foram considerados. Desta maneira, encontramos uma frequência de problemas conjugais de 71% no **CP**, 70% no **SP** e 97% no **MD**, o que atinge significância a nível de 0,05 comparando-se **MD** com os demais grupos. Da mesma forma, a frequência de problemas com filhos é de 34% para **CP**, 24% para **SP** e 50% para **MD**, o que representa uma diferença significativa ( $p < 0,05$ ) apenas entre **MD** e cada um dos outros dois grupos. Embora não se possam efetuar cálculos semelhantes para os problemas de relacionamento com outros parentes, observe-se que a frequência destes problemas é pelo menos duas vezes maior no **MD** que no **CP** e no **SP**.

Considerando-se a composição sócio-econômica distinta entre estes grupos, parece estarmos aqui diante de um fenômeno ligado a categorias sociais específicas, o que adquire relevância em termos de diagnóstico clínico.

Finalmente, um conjunto de dados de difícil interpretação é o referente a *agressões e ferimentos*. Para o **GT**, a relação “*Agressões sofridas/Ferimentos*” é de 2/1, ao passo que a mesma relação é de 0,75/1 no **CP**, de 3,4/1 no **SP** e de 10/1 no **MD**. A verificação da existência de *ferimentos* era factual, ao passo que as *agressões* eram dados referidos, o que nos permite imaginar que ou as *agressões* sofridas pelos sujeitos do **MD**, e em menor grau do **SP**, eram mais leves que as sofridas pelos sujeitos do **CP**, ou que os cuidados destes com seus ferimentos foram mais precários que nos grupos anteriores, ou ainda que os ferimentos detectados não têm muita relação com as *agressões* referidas.

É evidente que uma descrição clinicamente completa do quadro clínico do alcoolismo exige uma metodologia mais especializada, diferente da que foi empregada aqui, mas parece suficientemente claro o poder que a Classificação Triaxial tem em identificar problemas comumente encontrados em pacientes alcoolistas, tal como se apresentam em locais de prestação de cuidados de saúde.

Mas é possível que este mesmo poder represente, pelo menos em um primeiro momento, uma desvantagem, na medida em que os atuais serviços de saúde - com raras exceções - não se encontram preparados para lidar com tal diversidade de problemas, o que pode contribuir para uma certa rejeição do instrumento, se, ao mesmo tempo, não for o pessoal equipado com uma metodologia adequada para fazer frente a esta gama de problemas. É bem conhecida a reação humana de, diante de certos problemas para os quais não dispõe de solução adequada, ignorá-los. Este fenômeno se faz particularmente presente em relação ao *alcoolismo e seu tratamento*.

## CONCLUSÕES

Em relação aos objetivos específicos deste estudo, podemos concluir que:

1. A Classificação Triaxial mostrou-se de fácil aplicação nas situações usuais de entrevista com alcoolistas de sexo masculino, desintoxicados; ademais, o treinamento dos entrevistadores implica tecnologia simplificada, facilitada pela preexistência de material adequado, a saber, listas de problemas, glossário de termos e vinhetas de casos clínicos previamente avaliados e codificados.

2. Tanto a abrangência como a concisão da Classificação Triaxial podem ser consideradas satisfatórias para as condições em que foi empregada, parecendo estar os seus eixos físico e social em fase mais estabilizada do que o eixo psicológico, que se ressentiu um pouco quanto a sua abrangência.

3. Em sua versão atual, a Classificação Triaxial representa um importante instrumento para a identificação de problemas de saúde, particularmente em locais de cuidados primários, e seu uso deveria ser divulgado e estimulado.

4. Foi identificada uma média global de 16 problemas de saúde por sujeito, predominando, em termos de frequência, os problemas psicológicos sobre os físicos e estes sobre os sociais. E, em termos específicos, afora a dependência de álcool - critério de inclusão no estudo -, os problemas mais frequentemente encontrados foram, pela ordem decrescente: *dependência de tabaco, problemas de trabalho, ansiedade, problemas de relacionamento conjugal, problemas de memória, problemas financeiros, problemas digestivos, problemas de relacionamento com outros parentes, e tremores*, o que nos permite caracterizar esta amostra de sujeitos como sendo composta por pacientes psicossocialmente cronificados.

5. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas seja quanto à frequência global de problemas, frequência de problemas físicos, de problemas psicológicos e de problemas sociais, seja quanto à frequência de sujeitos com tais problemas quando estas variáveis foram analisadas em termos de categorias sócio-econômicas, exceto quanto à maior ocorrência de problemas de relacionamento conjugal e familiar nos estratos sócio-econômicos mais elevados.

6. A análise de marcos da história clínica do alcoolismo - como idades de início de ingestão, início de abuso e à primeira baixa, que foram respectivamente 15, 28 e 37 anos - também não evidenciou diferenças significativas através das distintas categorias sociais.

7. As associações mais frequentes foram observadas entre problemas psicológicos (em parte decorrentes do estado de abstinência aguda dos entrevistados) e os problemas sociais e, em menor intensidade entre problemas físicos e os problemas psicológicos e sociais, caracterizando estes sujeitos como pacientes psicossociais crônicos.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-II)*, 2nd edition. Washington, APA, 1968.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-III)*, 3rd edition. Washington, APA, 1980.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-III-R)*. Washington, APA, 1987.
4. Amit Z, Brown ZW. Action of drugs of abuse on brain rewarding systems: a reconsideration with specific attention to alcohol. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 17:233-238, 1982.
5. Armyr G, Elmer A, Herz U. *Alcohol in the World of the 80s: habits, attitudes, preventive policies and voluntary efforts*. Stockholm, Sober Forlags, 1982.
6. Ashely MJ, Olin JS, Le Riche WH, Kornaczewski A, Schmidt W, Corey PN, Rankin JG. The physical disease characteristics of inpatient alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42:1-14, 1981.
7. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. *CIPS-2 Definida: Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários*. Lisboa, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1988.
8. Barnes GE. The alcoholic personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 40:571-634, 1979.
9. Barrow S, Room R, Verhey J. *The Social History of Alcohol: drinking and culture in modern society*. Berkeley, Alcohol Research Group, 1987.
10. Bertillon J. Classification of the causes of death. *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene and Demography* (Washington), 6:52-55, 1912.



11. Busnello E, Lima B, Bertolote M, Gomes R. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32(4):207-20, 1983.
12. Busnello E, Lima B, Bertolote J, Gomes R. Psychosocial issues related to the classification of mental health problems in a community programme in Brazil. In: *Mental Disorders, Alcohol- and Drug-Related Problems, International Perspectives on Their Diagnosis and Classification*. Amsterdam-New York-Osford, Excerpta Medica, International Congress Series, 1985.
13. Busnello E, Lima B, Bertolote J, Gomes R, Wildt M. *O Registro Triaxial dos Problemas de Saúde*. Aceito para publicação pela Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, 1990.
14. Clare A, Gulbinat W, Sartorius N. A triaxial classification of health problems presenting in primary care: A World Health Organization multicentre study. *Social Psychiatry*, in press.
15. Conley JJ, Prioleau LA. Personality typology of men and women alcoholics in relation to etiology and prognosis. *Journal of Studies on Alcohol*, 44:996-1010, 1983.
16. Edwards G. The alcohol dependence syndrome: usefulness of an idea. In: Edwards & Grant (eds.) *Alcoholism: new knowledge and new responses*. London, Croom Helm, 1977.
17. Edwards G, Gross M, Keller M, Moser J, Room R. *Alcohol-related disabilities* (WHO Offset Publication No. 32), Geneva, WHO, 1978.
18. Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
19. Faris REL, Dunham WH. *Mental Disorders in Urban Areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago, University of Chicago Press, 1939.

20. German E. Medical problems in chronic alcoholic men. *Journal of Chronic Diseases*, 26:661-668, 1973.
21. Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 209:785-802, 1963.
22. Harding T, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HMA, Ladrado-Ignacio L, Srinavasa Murthy R, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10:231-241, 1980.
23. Hare EH, Price JS, Slater E. Parental social class in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 121:515-524, 1972.
24. Huss M. *Alcoholismus Chronicus. Chronisk Alcoholisjukdom: EttBidrag till Dyskrasiarnas Kanndon*. Stockholm, Bonnier/Norstedt, 1849.
25. Huss M. *Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus Chronicus*. Stockholm, Fritze, 1852.
26. Jenkins R, Sheperd M. Mental illness in general practice. In: Bean P (ed). *Mental Illness: changes and trends*. Chichester, John Wiley & Sons, 1983.
27. Knibbs GH. The international classification of diseases and causes of death and its revisions. *Medical Journal of Australia*, 1:2-12, 1929.
28. Knupfer G. The epidemiology of problems drinking. *American Journal of Public Health*, 57:973-986, 1967.
29. Lieber CS (ed). *Medical Disorders of Alcoholism: pathogenesis and treatment*. Philadelphia, Saunders, 1982.
30. Loberg T, Miller WR. Personality, cognitive and neuropsychological correlates of harmful alcohol consumption: a cross-national comparison of clinical samples. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 472:75-97, 1986.

31. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU, Teixeira AMB. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, S. Paulo, 22(4):253-65, 1988.
32. Ministério da Fazenda. *Manual de Declaração de Imposto de Renda*. Brasília, Ministério da Fazenda, 1988.
33. Monteiro MG, Masur J. Diagnosis of Alcoholism: how useful is the combinations of gamma-glutamyl transferase with different biochemical markers? *Drug Alcohol Dependence*, 16:31-37, 1985.
34. Nie NH, Hadlaihull C, Jenkins JC, Steinbrenner K, Bent DH. *Statistical package for the social sciences*. New York, McGraw-Hill, 1975.
35. Pittman DJ, Snyder CR. *Society, Culture and Drinking Patterns*. New York, John Wiley & Sons, 1962.
36. Plant MA. *Drinking and Problem Drinking*. London, Junction Books, 1982.
37. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Geneva, League of Nations Health Organization, doc. C.H.730, 1928.
38. Royal College of Physicians of London. *The Nomenclature of Diseases*. London, H.M. Stationery Office, 1931.
39. Sartorius N, Gulbinat W. *Recording Health Problems Triaxially*. National Institute of Mental Health, USA, NIMH-84-414, PB84-185090, 1983.
40. Soibelman M, Amaral LR, Veiga Jr PB, Pechansky F, Bertolote JM. Avaliação das referências ao consumo de álcool em um hospital geral de Porto Alegre. *Revista do HCPA*, 4(2):129-134, 1984.
41. Straus R, Bacon S. *Drinking in College*. New Haven, Yale University Press, 1953.

42. US. Department of Health and Human Services. *Alcohol and Health*. 57h Report to the US Congress from the Secretary of Health and Human Services. Washington, US Government Printing Office, 1983.
43. Vaillant GE. *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Harvard University Press, 1983.
44. Whitehead TP, Clarke CA, Whitfield AGW. Biochemical and hematological markers of alcohol intake. *Lancet*, 1:978-981, 1978.
45. Wilkins RH. *The Hidden Alcoholic in General Practice*. London, Elek Science, 1974.
46. Wilkinson P, Kornaczewski A, Rankin JG, Santamaria JN. Physical disease in alcoholism: initial survey of 1,000 patients. *Medical Journal of Australia*, 58:1217-1223, 1971.
47. Williams P, Clare A (eds.) *Psychosocial Disorders in General Practice*. London, Academic Press, 1980.
48. WONCA. *International Classification of Health Problems in Primary Care* (2nd edition). Oxford, Oxford University Press, 1979.
49. World Health Organization. *Official Records*, 2, 110, 1948.
50. World Health Organization. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International List of Diseases and Causes of Death*. Geneva (unpublished document WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1), 1955.
51. World Health Organization. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. (8th revision) Geneva, WHO, 1967.
52. World Health Organization. *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. (9th revision) Geneva, WHO, 1977.

53. World Health Organization. *A report from the WHO project on Recording Health Problems Tri-Axially: the physical, psychological and social components of Primary Health Care Contacts* (unpublished document - MNH) Geneva, WHO, 1981.
54. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. *Alcohol Drinking*. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans (vol 44). Lyon, IARC, 1988.
55. World Health Organization. Tenth Revision of the International Classification of Diseases: Chapter V (F): *Mental and Behavioural Disorders (Clinical descriptions and diagnostic guidelines)*. Geneva, WHO, 1989.

## **ANEXO 1**

Manual de Instruções para Entrevistadores do Projeto,  
Lista e Glossários da Classificação Triaxial.

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTADORES DO PROJETO**

**CONTRIBUIÇÕES AO ESTUDO DO QUADRO CLÍNICO DO ALCOOLISMO:  
O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS  
(FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS) DE SAÚDE DO ALCOOLISTA.**

**AUTOR: DR. JOSÉ MANOEL BERTOLOTE**

**ORIENTADOR: PROF. DR. ELLIS ALINDO D'ARRIGO BUSNELLO**

## INDICE

REGRAS GERAIS .....	3
DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS .....	5
CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS FÍSICOS .....	6
CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS .....	15
GLOSSÁRIO DE TERMOS DO EIXO PSICOLÓGICO .....	18
CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS .....	32
GLOSSÁRIO DE TERMOS DO EIXO SOCIAL .....	36



O presente Manual é uma adaptação aos objetivos da presente investigação do “Manual de Trabalho de Campos do Projeto Registro Triaxial dos Problemas de Saúde (Eixos Físico, Psicológico e Social)” desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Apresenta as listas de problemas físicos, psicológicos e sociais que podem ser detectados em pacientes, definindo-os. Descreve ainda detalhadamente cada um dos problemas psicológicos e sociais e inclui instruções para o registro dos problemas encontrados.

## REGRAS GERAIS

As categorias amplas, assinaladas no eixo físico por algarismos romanos e, nos eixos psicológico e social, pelos códigos antes do ponto, podem ser usadas se o entrevistador achar que o problema existe, porém que este está tão mal definido que ele não pode registrá-lo em nenhuma das subcategorias disponíveis.

Neste tipo de registro, os eixos constam basicamente de descrições formuladas a nível de SINAIS, SINTOMAS e PROBLEMAS, e não de diagnósticos formais.

No eixo psicológico, espera-se que o entrevistador registre a presença de todas as categorias ou subcategorias que descrevam o estado mental do paciente e outros problemas psicológicos. Também no caso do eixo social, todos os problemas devem ser registrados, e esse registro vai refletir os fatos de que um problema qualquer pode ter muitas dimensões (e ser registrado, portanto, em várias categorias), ou o paciente pode ter muitos problemas sociais diferentes, e cada um dos quais, por sua vez, será registrado em muitas categorias. O entrevistador deverá, portanto, registrar todas essas categorias problemáticas em ambos os eixos, psicológico e social, e que se acredita tenham contribuído para o contato.

Os problemas devem ser registrados sem considerar se alguma ação reparadora é possível. Por exemplo, o entrevistador pode sentir que a irritabilidade de um paciente, mesmo sendo um problema importante identificado durante o contato, seja intratável. O problema deveria, entretanto, ser registrado sob a categoria 03.0 do eixo 2. De modo semelhante, pode

ocorrer que o entrevistador seja confrontado com um paciente cuja internação é primária ou parcialmente relacionada com empobrecimento. O entrevistador deveria registrar este dado sob a categoria 01.00 do eixo de problemas sociais (problemas financeiros) apesar do fato de que a maioria de tais situações não pode ser melhorada pelas ações médicas.

## O EIXO FÍSICO

A Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários (ICHPPC II) pode ser usada para este eixo, com o entrevistador registrando o número da categoria de problema que se acredita ser apropriado, ou ainda podendo escrever diagnósticos físicos ou sintomas. Se é identificado mais de um problema físico, o entrevistador deveria registrar os números de todas as categorias de problemas adequados ou escrevê-los todos. Tais definições de problemas (diagnósticos) podem ser formuladas a nível de sintomas (e.g. dor de cabeça), ou doenças (e.g. diabetes), adequadamente, e o entrevistador deveria registrar todo e qualquer diagnóstico que esteja contribuindo para a internação e que são característicos do estado físico do paciente no momento do contato. O entrevistador pode perceber que certos problemas físicos apresentados pelo paciente podem ser devidos a fatores psicológicos (e.g. dor de cabeça por tensão, tonturas, dores vagas, etc.). Nestas circunstâncias, não deveria registrar tais sintomas no eixo físico, mas sim na categoria 09.0 do eixo psicológico (problemas físicos suspeitos de terem uma base psicológica). Porém, em situações onde se suspeita de que haja fatores psicológicos, mas que uma anormalidade física subjacente não pode ser descartada e talvez até seja exacerbada por problemas psicológicos, o entrevistador deveria registrar isto sob a categoria 09.0 do eixo psicológico e **TAMBÉM** na categoria apropriada de problemas do eixo físico. Por exemplo, dor nas costas, que parece ser claramente de origem psicológica, mas que pode ser ocasionada por uma patologia física subjacente, deve ser codificada na categoria 7244 do eixo físico e na categoria 09.0 do eixo psicológico. Se o entrevistador se deparar com um problema físico que não pode ser classificado

usando qualquer das categorias de problemas listadas neste eixo, deve registrá-lo na categoria residual e especificar o problema no espaço adequado fornecido.

#### UM PROBLEMA FÍSICO É:

- qualquer alteração morfológica ou funcional, interna ou externa, ou do equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente, prejudicial ao bem estar do indivíduo, ou que representa um risco real ou potencial à sua saúde ou à sua sobrevivência.

#### UM PROBLEMA PSICOLÓGICO É:

- sentimentos, pensamentos e comportamentos reconhecidamente mórbidos ou desproporcionais em relação a qualquer evento ou dificuldades concomitantes que causam desconforto ao indivíduo em questão, ou é uma fonte de queixas de outros, ou um risco real ou potencial à sua saúde.

#### UM PROBLEMA SOCIAL É:

- uma modificação ou uma característica do relacionamento de um indivíduo com outras pessoas, grupos ou organizações, ou com seu ambiente físico que pode ser prejudicial ao seu bem estar geral ou à sua saúde física ou mental.

#### NOTA:

A diferença entre este uso de SOCIAL e psicológico depende de se o problema se apresenta ao nível das emoções ou comportamentos do

indivíduo (isto é, psicológico), ou se o problema se apresenta como perturbações entre um indivíduo e outros indivíduos, grupos ou organizações, ou entre o indivíduo e algum aspecto do ambiente físico (isto é, social).

## **CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS FÍSICOS**

### **0000 - NENHUM PROBLEMA FÍSICO CONTRIBUINDO PARA A CONSULTA**

#### **I - DOENÇAS INFECCIOSAS & PARASITÁRIAS**

- 008 - Doença infecciosa intestinal comprovada
- 009 - Doença infecciosa intestinal presumida
- 011 - Tuberculose
- 033 - Coqueluche
- 034 - Infecção streptocócica da garganta, escarlatina, erisipelas.
- 045 - Poliomielite & doenças por enterovirus no Sistema Nervoso Central
- 052 - Catapora
- 053 - Herpes zoster
- 054 - Herpes simples
- 055 - Sarampo
- 056 - Rubéola
- 070 - Hepatite infecciosa
- 072 - Cachumba
- 075 - Mononucleose infecciosa
- 077 - Conjuntivite viral
- 0781 - Verrugas, todos os lugares
- 084 - Malária
- 090 - Sífilis, todos os lugares e estágios
- 098 - Gonorréia, todos os lugares
- 0994 - Uretrite não específica
- 110 - Dermatofitose & dermatomicose
- 112 - Monilíase, excluindo urogenital
- 1121 - Monilíase, urogenital, comprovada

- 1310 - Trixomoníase, urogenital, comprovada
- 127 - Oxiuríase, enterobiose, helmintíase
- 132 - Pediculose & outras infestações
- 133 - Escabiose & outras acaríases

## II - NEOPLASMAS

- 151 - Neoplasmas malignos dos órgãos gastrointestinais
- 162 - Neoplasmas malignos dos órgãos respiratórios
- 173 - Neoplasmas malignos da pele e tecido subcutâneo
- 174 - Neoplasmas malignos de mama
- 180 - Neoplasmas malignos dos órgãos genitourinários femininos
- 188 - Neoplasmas malignos dos órgãos genitourinários masculinos
- 201 - Doença de hodgkin, linfoma e leucemia
- 214 - Lipoma, qualquer lugar
- 216 - Neoplasma benigno da pele
- 217 - Neoplasma benigno da mama
- 218 - Neoplasma benigno do útero
- 228 - Hemangioma & linfangioma
- 239 - Neoplasmas ainda não determinados se benignos ou malignos

## III - DOENÇAS DAS CLÂNDULAS ENDÓCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO

- 240 - Bócio não tóxico nodular
- 242 - Tireotoxicose com ou sem bócio
- 244 - Hipotireoidismo, mixedema, cretinismo
- 250 - Diabetes mellitus
- 260 - Avitaminose e outros transtornos nutricionais
- 274 - Gota
- 278 - Obesidade
- 272 - Transtorno do metabolismo lipídico

## IV - DOENÇAS DO SANGUE

- 280 - Anemia ferropênica

- 281 - Anemia perniciosa e outras anemias por deficiência
- 282 - Anemias hemolíticas hereditárias
- 287 - Púrpura, defeitos hemorrágicos e da coagulação
- 2891 - Linfadenite, crônica/não específica
- 288 - Leucócitos anormais

## V - TRANSTORNOS MENTAIS

- 291 - Psicoses alcoólicas
- 292 - Psicoses por drogas
- 294 - Outros quadros psicóticos orgânicos
- 295 - Psicoses esquizofrênicas e paranóides
- 296 - Psicoses afetivas
- 298 - Outras psicoses não orgânicas
- 300 - Transtornos neuróticos
- 301 - Transtornos da personalidade
- 302 - Desvios e transtornos sexuais
- 303 - Síndrome de dependência do álcool
- 304 - Dependência de drogas
- 305 - Abuso de drogas sem dependência
- 306 - Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais
- 316 - Fatores psíquicos assoc. a doenças classif. em outra parte

## VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

- 340 - Esclerose múltipla
- 332 - Parkinsonismo
- 345 - Epilepsia, todos os tipos
- 346 - Enxaqueca
- 3720 - Conjuntivite & oftalmia
- 3730 - Infecções das pálpebras/calazar
- 367 - Erros de refração
- 366 - Catarata
- 365 - Glaucoma
- 369 - Cegueira

- 3801 - Otite externa
- 3820 - Otite média aguda
- 3811 - Otite média serosa aguda & crônica
- 3815 - Bloqueio ou catarro na trompa de Eustáquio
- 386 - Síndromes vertiginosas
- 387 - Surdez, parcial ou completa
- 3804 - Cera no ouvido

## VII - DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO

- 390 - Febre reumática/doença cardíaca
- 410 - Infarto agudo do miocárdio, isquemia subaguda
- 412 - Doença cardíaca isquêmica crônica
- 428 - Insuficiência cardíaca direita/esquerda
- 4273 - Fibrilação atrial
- 4270 - Taquicardia paroxística
- 4276 - Batimentos ectópicos, todos os tipos
- 416 - Doenças cardiopulmonar
- 401 - Hipertensão, sem complicações
- 402 - Hipertensão, envolvendo órgãos efetores
- 435 - Isquemia cerebral transitória
- 440 - Aterosclerose, excluindo-se cérebro e coração
- 415 - Embolia e infarto pulmonar
- 451 - Flebite e tromboflebite
- 454 - Veias varicosas nas pernas
- 4580 - Hipotensão postural

## VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

- 460 - Infecção aguda do trato respiratório superior
- 461 - Sinusite, aguda e crônica
- 463 - Amigdalite, aguda e Quincey
- 474 - Amígdalas e adenóides hipertróficas, cronicamente infectadas
- 464 - Laringite & traqueíte aguda
- 466 - Bronquite & bronquillite aguda

- 487 - Gripe
- 486 - Pneumonia
- 5110 - Pleurisia, todos os tipos, excluindo-se tuberculosa
- 5119 - Efusão pleural, sem outra especificação
- 491 - Bronquite crônica & bronquiectasia
- 492 - Enfisema e doença pulmonar obstrutiva crônica
- 493 - Asma
- 477 - Rinite alérgica
- 478 - Bolha no nariz

#### IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

- 520 - Doenças dos dentes e estruturas de sustentação
- 528 - Doenças da boca, língua e glândulas salivares
- 530 - Doenças esofágicas
- 532 - Úlcera duodenal, com ou sem complicações
- 540 - Apendicite, todos os tipos
- 550 - Hérnia inguinal, com ou sem obstrução
- 551 - Hérnia de hiato ou diafragmática
- 562 - Doença diverticular do intestino
- 558 - Síndrome do cólon irritável/outras doenças intestinais não infecciosas
- 555 - Enterite crônica, colite ulcerativa
- 5640 - Constipação
- 565 - Fissura anal/Fístula/Abscesso
- 5646 - Proctite, dor retal e anal, sem outra especificação
- 5693 - Sangramento retal, sem outra especificação
- 578 - Hematêmese, melena e hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação
- 571 - Cirrose & outras doenças do fígado
- 574 - Doença da vesícula e do trato biliar

#### X - DOENÇAS DO APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

- 580 - Glomerulonefrite, aguda & crônica



- 5901 - Pielonefrite, pielite, aguda
- 595 - Cistite & infecção urinária sem outra especificação
- 592 - Cálculo do aparelho urinário, todos os tipos
- 597 - Uretrite, sem outra classificação, sem outra especificação
- 5936 - Albuminúria ortostática
- 5997 - Hematúria, sem outra especificação
- 600 - Hipertrofia prostática benigna
- 601 - Prostatite e vesiculite seminal
- 603 - Hidrocele
- 604 - Orquite e epididimite
- 605 - Prepúcio redundante, fimose e balanite
- 606 - Esterilidade & Fertilidade reduzida

#### XI - DOENÇAS DA PELE E TECIDOS SUBCUTÂNEOS

- 680 - Bolhas & Celulite, incluindo dedos dos pés e mãos
- 683 - Linfadenite, aguda
- 684 - Impetigo
- 690 - Dermatite seborréica
- 6918 - Eczema & dermatite alérgica
- 692 - Dermatite de contato & outras sem outra classificação
- 6910 - Dermatite atópica
- 6963 - Pitiríase rósea
- 6961 - Psoríase com/sem artropatia
- 698 - Prurido e condições correlatas
- 700 - Calos & calosidades
- 7062 - Cisto sébaceo
- 703 - Unha encravada & doenças da unha sem outra classificação
- 704 - Alopecia & outras doenças dos pêlos
- 705 - Transtornos das glândulas sudoríparas sem outra classificação
- 7061 - Acne
- 707 - Úlcera de pele crônica
- 708 - Urticária

## XII - DOENÇAS MÚSCULO-ESQUELÉTICAS E DO TECIDO CONJUNTIVO

- 714 - Artrite reumatóide & condições correlatas
- 715 - Osteoartrite e condições correlatas
- 7161 - Artrite traumática
- 7194 - Dor ou rigidez articular
- 7190 - Efusão ou edema de articulação
- 7260 - Síndromes do ombro
- 7295 - Dor & outros sintomas nos membros
  - 723 - Síndromes da coluna cervical
  - 721 - Osteoartrite da coluna
- 7242 - Lombalgia sem sintomas de irradiação
- 7244 - Lombalgia com sintomas de irradiação
  - 737 - Deformidades adquiridas da coluna
- 7274 - Gânglios das articulações & tendões
  - 732 - Osteocondrose
- 7330 - Osteoporose
  - 717 - Transtornos crônicos do joelho interno
  - 736 - Deformidades adquiridas dos membros

## XIII - ANORMALIDADES CONGÊNITAS

- 746 - Anomalia congênita do coração e aparelho circulatório
- 754 - Anomalia congênita dos membros inferiores
- 7525 - Criptorquidia
- 7436 - Obstrução do canal testicular

## XIV - SINAIS, SINTOMAS E CONDIÇÕES MAL DEFINIDAS

- 7803 - Convulsões
- 7810 - Movimentos involuntários anormais
- 7804 - Tonturas, vertigem
- 7845 - Perturbações da fala
- 7840 - Cefaléia
- 7820 - Perturbações sensoriais
- 7865 - Dor torácica

- 7851 - Palpitações
- 7802 - Síncope, desmaio, colapso
- 7852 - Sopros cardíacos, sem outra classificação, ainda não classificados
- 7823 - Edema
- 7856 - Linfadenopatia, não infecciosa
- 7847 - Epistaxe
- 7863 - Hemoptise
- 7860 - Dispneia
- 7862 - Tosse
- 7830 - Anorexia
- 7870 - Náusea/Vômitos
- 7871 - Pirose
- 7891 - Hepatomegalia/esplenomegalia
- 7873 - Flatulência, eructação
- 7890 - Dor abdominal
- 7881 - Disúria
- 7883 - Enurese
- 7884 - Frequência de micção
- 7808 - Sudorese excessiva
- 7806 - Febre de origem desconhecida
- 7821 - Eritema & outras erupções cutâneas inespecíficas
- 7832 - Perda de peso
- 7834 - Ausência de desenvolvimento fisiológico esperado
- 7833 - Problemas de alimentação na infância e velhice
- 7807 - Mal estar, fadiga, cansaço
- 7822 - Massas & edemas localizados, sem outra especificação, ainda não diagnosticados
- 797 - Senilidade sem psicose
- 791 - Exames de urina anormais, sem outra classificação
- 7900 - Anormalidade hematológica, sem outra classificação
- 7902 - Exames bioquímicos anormais inexplicados
- 7962 - Elevação da tensão arterial

## XV - TRAUMATISMOS &amp; EFEITOS COLATERAIS

- 802 - Fratura do crânio e ossos da face
- 805 - Fratura da coluna vertebral
- 807 - Fratura de costela
- 810 - Fratura da clavícula
- 812 - Fratura do úmero
- 813 - Fratura do rádio/ulna
- 814 - Fratura do (meta)carpo & (meta)tarso
- 816 - Fratura das falanges pé/mão
- 820 - Fratura do fêmur
- 823 - Fratura da tíbia/fíbula
- 836 - Traumatismo agudo do menisco do joelho
- 840 - Distensão do ombro/braço
- 842 - Distensão do punho, mão e dedos
- 844 - Distensão do joelho e perna
- 8450 - Distensão do tornozelo
- 8451 - Distensão do pé/artelhos
- 8470 - Distensão do pescoço
- 8478 - Distensão das vértebras, excluindo pescoço
- 850 - Traumatismo intracraniano e concussão
- 889 - Laceração, ferimento aberto, amputação traumática
- 910 - Mordeduras de insetos e ferrões
- 918 - Esfoladura, arranhão, bolha
- 929 - Machucadura, contusão, esmagamento
- 949 - Queimaduras, escaldaduras, todos os graus
- 912 - Corpo estranho nos tecidos
- 930 - Corpo estranho no olho
- 939 - Corpo estranho entrando através do orifício
- 908 - Efeito tardio de trauma
- 977 - Intoxicação medicamentosa, acidental ou deliberada
- 9952 - Efeitos adversos de medicação em doses adequadas
- 989 - Efeitos tóxicos de outros químicos
- 998 - Complicações de cirurgia e cuidados médicos

- 944 - Efeitos adversos de fatores físicos
- 9950 - Outros efeitos adversos não classificados em outra parte

## XVI - OUTROS

### **CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS**

Nenhuma das categorias abaixo é um diagnóstico e tampouco existe qualquer hierarquia implícita no registro. Vários problemas podem ser registrados em um mesmo paciente, e mesmo quando esses problemas parecem relacionados intimamente. Portanto, sono perturbado ou auto-agressividade devem ser registrados quando presentes, além do registro de sentimentos depressivos e mesmo quando secundários aos últimos. Muitas subcategorias podem ser registradas dentro de uma categoria mais ampla.

#### 00.0 - NENHUM PROBLEMA PSICOLÓGICO

#### 01.0 - ANSIOSO

- 01.1 Nervoso
- 01.2 Excesso de preocupação
- 01.3 Medo flutuante
- 01.4 Medo situacional
- 01.5 Isolamento fóbico
- 01.6 Ataques de pânico
- 01.7 Tensão
- 01.8 Inquietude ansiosa
- 01.9 Outra ansiedade

#### 02.0 - DEPRIMIDO

- 02.1 Sente-se triste
- 02.2 Chorando excessivamente
- 02.3 Sentindo-se desesperançado

- 02.4 Acha que a vida não vale a pena
- 02.5 Perda de interesse
- 02.6 Outros pensamentos depressivos (e.g. culpa)
- 02.7 Outros deprimidos

### 03.0 - IRRITÁVEL E BRABO

- 03.1 Irritação não manifesta
- 03.2 Gritos e discussões
- 03.3 Comportamento violento
- 03.4 Outra raiva

### 04.0 - IDÉIAS E AÇÕES AUTODESTRUTIVAS E SUICIDAS

- 04.1 Idéias suicidas passageiras
- 04.2 Planos suicidas
- 04.3 Atos destrutivos não suicidas
- 04.4 Ato suicida para "escape"
- 04.5 Ato suicida, morte desejada
- 04.6 Apenas intenção suicida implícita
- 04.7 Outro suicida

### 05.0 - SONO PERTURBADO

- 05.1 Sono retardado
- 05.2 Noites interrompidas
- 05.3 Acordar muito cedo pela manhã
- 05.4 Cansaço excessivo ao acordar
- 05.5 Pesadelos (incluindo terrores)
- 05.6 Sono normal apenas com hipnóticos
- 05.7 Outros distúrbios do sono

### 06.0 - SENTIR-SE CANSADO OU LENTO

- 06.1 Sentir lentidão
- 06.2 Falta de energia
- 06.3 Outro cansaço ou lentidão

**07.0 - PROBLEMAS SEXUAIS**

- 07.1 Frigidez
- 07.2 Dispaurenia (não orgânica)
- 07.3 Perda de libido
- 07.4 Impotência erétil
- 07.5 Ejaculação prematura
- 07.6 Outros problemas sexuais

**08.0 - PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA COM SAÚDE E PROBLEMAS SOCIAIS**

- 08.1 Saúde (hipocondria)
- 08.2 Problemas sociais
- 08.3 Outros

**09.0 - PROBLEMAS FÍSICOS****COM SUSPEITA DE TER UMA BASE PSICOLÓGICA**

- 09.1 Dor de cabeça por tensão
- 09.2 Outras queixas únicas
- 09.3 Queixas múltiplas
- 09.4 Outras

**10.0 - ABUSO DE DROGAS, ÁLCOOL OU TABACO**

- 10.1 Abuso crônico de drogas medicinais
- 10.2 Abuso agudo de drogas medicinais
- 10.3 Abuso crônico de drogas não medicinais
- 10.4 Abuso agudo de drogas não medicinais
- 10.5 Abuso crônico de álcool
- 10.6 Abuso agudo de álcool
- 10.7 Abuso crônico de tabaco
- 10.8 Outros abusos

**11.0 - DISTÚRPIO DE MEMÓRIA, CONCENTRAÇÃO OU ORIENTAÇÃO**

- 11.1 Distúrbio de memória
- 11.2 Distúrbio de concentração

- 11.3 Distúrbio de orientação
- 11.4 Outro distúrbio sensorial

## 12.0 - FALA, PENSAMENTOS OU COMPORTAMENTOS SEVERAMENTE ANORMAIS

- 12.1 Delírios (falsas crenças)
- 12.2 Alucinações (ver ou escutar coisas que outros não podem)
- 12.3 Falar de modo incoerente
- 12.4 Comportamento inadequado
- 12.5 Comportamento excitado
- 12.6 Exaltação (humor, idéias, ações)
- 12.7 Outras anormalidades grosseiras

## 13.0 - DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

- 13.1 Deficiência leve
- 13.2 Deficiência moderada
- 13.3 Deficiência grave
- 13.4 Outras deficiências

## 17.0 - OUTROS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

### GLOSSÁRIO DE TERMOS - EIXO PSICOLÓGICO

#### 00.0 - NENHUM PROBLEMA PSICOLÓGICO QUE CONTRIBUI PARA ESTA VISITA

#### 01.0 - ANSIOSO

Ansioso significa um estado emocional desconfortável caracterizado por medo, sem uma razão evidente ou por uma intensa preocupação a respeito de coisas que possam ocorrer: sua intensidade pode variar desde uma sensação vaga, desconfortável de medo (apreensão), até sensações de pânico ou ataques; é freqüentemente acompanhada por sinais fisiológicos de palpitações cardíacas, mãos suadas, etc.



### 01.1 - NERVOSISMO

Isto diz respeito a uma sensação persistente de apreensão, de estar no limite, de ser facilmente chocado, sem necessariamente experimentar os sintomas físicos de ansiedade.

### 01.2 - PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA

Isto é uma preocupação fora de proporção com o fato que preocupa e que não pode ser parada voluntariamente.

### 01.3 - MEDO FLUTUANTE COM SINTOMAS FÍSICOS

Isto é um medo irreal, não relacionado com certas situações nem causado por coisas específicas: é acompanhado por sintomas físicos, tais como palpitações, dificuldade para respirar, tonturas, “aperto” no estômago e tremores. Quando estas sensações são intensas, o paciente pode sentir que está a ponto de morrer ou perder o controle e enlouquecer. Tais sensações podem ocorrer o tempo todo, comumente com intensidade variável e podem também ocorrer em episódios distintos.

### 01.4 - MEDO SITUACIONAL COM SINTOMAS FÍSICOS (fobias)

Os sintomas são os mesmos do medo flutuante, com exceção de que são experimentados apenas em certas situações ou devido a causas específicas, ou algumas vezes ocorrem somente quando o paciente pensa a respeito destas coisas específicas. São fora de qualquer proporção diante do perigo real apresentados pelo lugar ou pessoas. As situações podem ser espaços abertos ou fechados, concentração de população, ônibus, alturas, conhecer pessoas (especialmente estrangeiros). As causas específicas são usualmente animais e podem incluir aranhas, lagartas, lagartixas, pássaros, gatos.

### 01.5 - ISOLAMENTO FÓBICO

Os pacientes irão usualmente evitar situações que os deixe assustados. Tal escape pode estar presente mesmo que o paciente não tenha experimentado o medo por um tempo considerável e tenha conseguido evitar com sucesso a situação ou objeto temidos.

### 01.6 - ATAQUES DE PÂNICO

São episódios distintos de ansiedade que se tornam insuportáveis para o paciente que tenta terminá-los com uma ação drástica. Podem ocorrer nas formas de ansiedade flutuante ou situacional.

### 01.7 - TENSÃO

É um estado emocional desconfortável caracterizado por uma incapacidade para relaxar, usualmente acompanhado por tônus muscular aumentado.

### 01.8 - INQUIETUDE ANSIOSA

Isto pode ser apenas uma sensação interna de inquietude, mas é usualmente associada a uma intranqüillidade expansiva e uma incapacidade de manter-se quieto. Em graus graves se manifesta por caminhar sem cessar, sem objetivos, com uma incapacidade para permanecer sentado por longo tempo até chegar ao ponto de uma agitação marcada observável. Mesmo se o paciente não se queixa de sentir ansiedade, mas se mostra inquieto e se SUPÕE que isto seja devido à ansiedade, isto deveria ser registrado aqui.

### 02.0 - DEPRIMIDO

Deprimido quer dizer um estado desconfortável caracterizado por abatimento emocional, sentimentos de tristeza ou miséria. Tais sentimentos podem ser acompanhados por auto-estima diminuída, sensações de culpa ou vergonha e desesperança. O sintoma de tristeza ou humor deprimido não deverá ser registrado como presente se é experimentado apenas por um curto período de tempo, e.g., poucas horas.

### 02.1 - SENTIR-SE TRISTE

Todas as culturas terão alguma forma de descrever tristeza, por ser a reação mais comum à perda. Nas formas mais graves será associada com sintomas físicos, tais como um coração pesado.

## 02.2 - CHORAR EXCESSIVAMENTE

Isto pode ser devido a incidentes perturbadores ou pode ocorrer sem qualquer razão. Durante tais episódios de choro, os pacientes irão sentir muita pena de si mesmos.

## 02.3 - SENTIR DESESPERANÇA

A visão que o paciente tem do futuro é de desolação e pode ter desistido de tudo, já que não há nenhum sentido em tentar. Algumas vezes esta sensação é menos intensa e o paciente pode se comportar como se sua vida ainda contém alguma esperança.

## 02.4 - UMA VIDA QUE NÃO VALE A PENA

Tais pacientes não vêem qualquer valor na vida. Eles podem preferir estar mortos, mas não necessariamente desejam tirar a própria vida. Se estão suicidas, a categoria 04.0 deve também ser registrada.

## 02.5 - PERDA DE INTERESSE

Isto é registrado se o paciente não tem mais o seu interesse usual por seu trabalho, atividades domésticas, objetivos de lazer ou aparência. Os pacientes dirão freqüentemente que não podem se aborrecer mais com tais coisas. O paciente não se preocupa mais em buscar companhia e prefere permanecer isolado. Algumas vezes o paciente pode ativamente se isolar socialmente, recusando companhia mesmo quando oferecida.

## 02.6 - OUTROS PENSAMENTOS DEPRESSIVOS

A pessoa pode se sentir inferior a outros e mesmo sem valor. Pode se sentir envergonhada, sem razão, por coisas que tenha feito, pode achar que os outros a culpam, ou pode sentir uma sensação de culpa exagerada.

## 03.0 - IRRITÁVEL OU BRABO

Irritável significa uma tolerância mais baixa para os acontecimentos diários e que é inadequada para o grupo com o qual o paciente convive. Uma

prontidão anormal para se inflamar em raiva deprimida, demonstrada verbalmente ou em comportamento violento deve ser registrada aqui. Os pacientes podem se descrever como querelantes, perturbados por insignificâncias, aborrecidos mais facilmente do que o comum, ou não serem mais capazes de enfrentar qualquer coisa. A aceitação das manifestações de irritabilidade varia entre culturas e deve apenas ser registrada aqui quando se tornou inaceitável para o paciente ou para as pessoas ao seu redor.

### 03.1 - IRRITABILIDADE NÃO EXPRESSA

Irritabilidade não expressa se refere a uma sensação de intolerância com o ambiente, mas que o paciente não deixa transparecer. Mas isto pode ser observado, porém, pelo fato de que o paciente evita conversar com outros e tem uma expressão de irritação.

### 03.2 - GRITAR E DISCUTIR

Isto deverá ser registrado quando o paciente expressa sua raiva ou irritabilidade verbalmente, mas não fisicamente.

### 03.3 - COMPORTAMENTO VIOLENTO

Isto envolve danificar propriedades ou ferir animais ou outras pessoas.

## EXEMPLOS DE QUEIXAS CARACTERÍSTICAS DE RAIVA

Gritar, discutir e comportamento violento devem ser registrados aqui sempre que parecem compreensíveis como um estado emocional alterado. Quando o comportamento se torna grosseiramente anormal e o conteúdo do discurso se torna sem sentido, o registro não deve ser feito aqui, mas em uma categoria posterior que diz respeito à fala, pensamentos e comportamentos grosseiramente anormais. É reconhecido que em algumas poucas circunstâncias surgirão dificuldades sobre se o registro deve ser feito aqui ou em uma seção posterior, mas não há nada contra registrar em ambas as categorias.

#### 04.0 - IDÉIAS E AÇÕES AUTODESTRUTIVAS OU SUICIDAS

Se o paciente vai além do pensamento de que a vida não vale a pena de ser vivida, o que deveria ser registrado sob pensamentos depressivos neste eixo, e realmente pensar em maneiras de acabar com sua vida, então isto deve ser registrado aqui. É importante estar atento para o fato de que idéias suicidas podem ser expressas tanto direta como indiretamente.

#### 04.1 - IDÉIAS SUICIDAS PASSAGEIRAS

Pensamentos de acaba com a própria vida passam pela cabeça do paciente, mas não são feitos planos.

#### 04.2 - PLANOS SUICIDAS

São pensados meios e maneiras de realmente terminar com a vida.

#### 04.3 - ATOS AUTODESTRUTIVOS NÃO SUICIDAS

Nessas situações, o paciente claramente não tem intenção de morrer e usualmente pratica estes atos com a intenção de aliviar a tensão.

#### 04.4 - ATO SUICIDA, MAS PARA ESCAPAR

Em tais atos o paciente está tentando escapar de um estado psicológico intolerável ou uma situação social, mas não tem a intenção clara e definida de morrer.

#### 04.5 - ATO SUICIDA COM INTENÇÃO DE MORTE

Nesta situação o paciente tem a intenção clara de que o ato pode resultar em sua morte.

#### 04.6 - INTENÇÃO SUICIDA APENAS IMPLÍCITA

Os pacientes podem algumas vezes apenas sugerir, em vez de afirmar diretamente, suas intenções suicidas. Podem, por exemplo, sugerir que de alguma maneira irão partir logo e sem admitir de que, na realidade, estão falando de se matar. Se a suspeita é de que eles são suicidas, deverão ser registrados de acordo.

## EXEMPLOS DE ATOS OU IDÉIAS SUICIDAS OU AUTODESTRUTIVAS

Muito comumente, pacientes que expressam idéias suicidas ou que tentam se matar estarão também sofrendo de humor deprimido e deverão ser registrados na categoria 02.0. Se o entrevistador se sente com confiança para avaliar que o paciente está sofrendo de uma neurose depressiva ou de uma psicose, um registro pode ser feito utilizando a seção V do Eixo Físico. Pacientes pretendendo a morte irão freqüentemente comunicar sua intenção antecipadamente, verbalmente ou por escrito, algumas vezes deixando uma nota suicida. Atos não suicidas podem fazer parte de um fenômeno aliviador de tensão no qual o paciente usará um objeto afiado para se machucar a fim de aliviar uma tensão intolerável e, em tais casos, é comum que o aparecer sangue da ferida esteja associado com o alívio da tensão. Atos suicidas efetuados por fuga, ao invés de uma clara intenção de morrer, tem comumente a aparência de que o paciente está tentando manipular a situação em vez de se matar. São freqüentemente efetuados impulsivamente, com pouca ou sem qualquer premeditação. Nessas circunstâncias, a tensão, ansiedade ou pânico, do qual o paciente está tentando escapar pode, se relevante, também ser registrado neste eixo, sob ansiedade. Onde o ato suicida foi tentado com medicação ou álcool, isto deve ser também registrado sob mau uso de drogas e álcool neste eixo. Beber para esquecer deve ser registrado como um ato suicida de escape, se é claramente percebido que isto faz parte do processo e o paciente não se interessa se vai acordar de seu esquecimento ou não.

Qualquer trauma físico deveria ser classificado sob o tópico apropriado no eixo 1, tais como 889, 977 ou 989.

## 05.0 - SONO ALTERADO

Isto pode incluir uma ampla gama de tipos diferentes de alterações. Retardo se refere à dificuldade em começar a dormir; noites interrompidas quer dizer sono inquieto ou intermitente, que pode ser interrompido muitas vezes durante a noite sem nenhuma razão evidente. Acordar cedo pela manhã descreve a característica de acordar antes do tempo usual com uma incapacidade de retornar a dormir. Sentir que não descansou ao acordar pela manhã está

associado com uma sensação de cansaço e é algumas vezes descrito pelo paciente como ser incapaz de acordar e se pôr em marcha. Pesadelos ou sonhos assustadores, que ocasionalmente, ou apenas raramente, são lembrados somente parcialmente pelo paciente e podem ser relatados por pessoas que dormem com o paciente. Terores noturnos em crianças, que são mais freqüentemente esquecidos pela criança na manhã seguinte, deveriam também ser incluídos aqui. Alguns pacientes virão procurar o trabalhador de saúde para um suprimento adicional de pílula de dormir a fim de manter um sono normal. Isto deveria ser registrado sob sono alterado, mesmo se o trabalhador de saúde sente que o sono seria normal sem as pílulas de dormir.

#### 06.0 - SENTIR-SE CANSADO OU LENTO

Apesar de que estas queixas podem ocorrer juntas, ocasionalmente os pacientes irão se referir a apenas uma. Uma sensação de cansaço é associada com um desejo de descansar e uma falta de energia. Quando os pacientes estão lentificados, eles podem relatar que tudo ao redor deles parece estar indo muito rápido. Cansaço e lentidão à doença orgânica não deveriam ser registrados aqui; apesar de que este sintoma é freqüentemente associado com uma perda de interesse em outras coisas, deveria ser possível fazer dois registros independentes: neste e no problema 02.4; apesar de que, em muitos casos, os registros serão feitos em ambos. Quando o cansaço está ligado a apenas uma ou duas horas que se seguem o despertar, isto deveria ser registrado como um distúrbio do sono (05.4).

#### 07.0 - PROBLEMAS SEXUAIS

Apesar de que os problemas sexuais podem ser apresentados como um problema primário, em muitos casos eles irão aparecer no contexto de um problema conjugal mais amplo e deveriam, portanto, ser registrados nesta categoria e na categoria 11 do eixo social. Os tipos de problemas que caem nesta categoria podem ser variados, mas todos deveriam ser registrados aqui, se estão vinculados com a razão da consulta.

### 07.1 - FRIGIDEZ

Frigidez se refere a uma falta de desejo para sexo, de longa data, ou a uma falha em ser capaz de se tornar sexualmente excitado.

### 07.2 - DISPAURENIA

Dispaurenia é a dor que pode ser sentida durante o ato sexual e está associada com uma incapacidade para apreciar sexo. Isto não deve ser registrado aqui, quando se considera que seja puramente orgânica de origem, mas apenas quando se pensa que seja de origem psicológica, presumivelmente devido à tensão e vaginismo.

### 07.3 - PERDA DE LIBIDO

Perda de libido se refere a uma diminuição do desejo sexual de origem mais recente em alguém que se sentia normal anteriormente.

### 07.4 - IMPOTÊNCIA ERÉTIL

A impotência erétil pode ser completa ou parcial, e o homem algumas vezes perde a sua ereção antes que tenha atingido o orgasmo.

### 07.5 - EJACULAÇÃO PREMATURA

Ejaculação prematura pode ser um termo relativo e, apesar de que pode ser registrado com confiança, se o homem ejacula mesmo antes de que seu pênis penetre na vagina, a extensão do problema é dependente das suas necessidades e das de sua parceira, quando ele ejacula após a penetração.

### 08.0 - PREOCUPAÇÃO EXAGERADA COM SAÚDE E PROBLEMAS SOCIAIS

Pacientes que se apresentam com preocupações exageradas são geralmente bem conhecidos e este problema tende a ser registrado apenas depois que os pacientes já tiveram muitos contatos, repetindo queixas comuns, sem poderem ser tranquilizados.



### 08.1 - SAÚDE (Hipocondria)

Hipocondria se refere a uma preocupação excessiva com a possibilidade de doença e uma insatisfação geral sobre sua própria saúde relatada pelo paciente. Uma preocupação que deve ser desproporcional a qualquer problema real de saúde existente.

### 08.2 - PROBLEMAS SOCIAIS

Preocupação excessiva com problemas sociais deveria, da mesma forma, ser registrada quando as queixas de uma pessoa sobre problemas sociais estão desproporcionais a uma determinada situação objetiva. O “queixoso habitual”, que é conhecido dos serviços de saúde como um queixoso insistente em problemas relativamente pequenos, merece um registro aqui, se esta característica está relacionada com o presente contato.

### 09.0 - PROBLEMAS FÍSICOS SUSPEITOS DE TEREM UMA ORIGEM PSICOLÓGICA

Esta categoria está presente a fim de capacitar o entrevistador a fazer o registro do fato de que os problemas físicos apresentados pelo paciente são totalmente devidos a fatores psicológicos ou estão sendo exacerbados por eles.

### 09.1 - CEFALÉIA DE TENSÃO

Dor de cabeça de tensão é incluída como um item devido a sua freqüência, e é usualmente experimentada como uma sensação de pressão no topo da cabeça, ou uma faixa apertada ao redor da cabeça. Pode também ser sentida como uma sensação de aperto na frente ou na parte posterior da cabeça.

### 09.2 - OUTRAS QUEIXAS ISOLADAS

Outros sintomas isolados podem ser apresentados pelo paciente, muito freqüentemente mediados pelo sistema nervoso autônomo. Quando estão presentemente associados com uma sensação de medo, então, as categorias relevantes associadas à ansiedade neste eixo deveriam se registradas.

### 09.3 - QUEIXAS MÚTIPLAS

Algumas vezes o paciente irá apresentar uma multiplicidade de queixas de natureza às vezes bem vaga. Não deveria ser incomum nestas circunstâncias também registrar o paciente como sendo exageradamente preocupado com sua saúde, apesar de que, nesta última situação, deveria ser registrado somente após o paciente ter comparecido por diversas ocasiões, e se falhou na tentativas de tranquilizá-lo.

### 10.0 - ABUSO DE DROGAS, ÁLCOOL E TABACO.

Abuso crônico de drogas e álcool se refere a uma ingestão excessiva de longa data a algum grau de dependência às mesmas. No caso de álcool, isto pode ter a forma de bebedeiras ocasionais, nas quais o paciente consome grande quantidade de álcool no período de poucos dias ou semanas, bebendo muito pouco ou mesmo nada nos intervalos. A internação pode estar relacionada com os efeitos físicos, psicológicos e sociais adversos, de tal abuso de longa data. Os pacientes podem também estar sofrendo dos efeitos agudos da intoxicação com drogas ou álcool, e isto pode ser registrado adequadamente, apesar de que existe a possibilidade de registrar estes efeitos devidos a drogas no eixo físico (Código 977 - envenenamento por agente medicinal, acidental ou dose excessiva deliberada). Quando ocorre intoxicação aguda sobre abuso crônico, ambas subcategorias devem ser registradas. Sintomatologia psicótica associada com uso ou abuso de substâncias, incluindo Delirium Tremens, deveria também ser registrada sob a categoria de comportamento grosseiramente anormal neste eixo e, se o trabalhador de saúde se sente confiante, pode usar o Código 294 do eixo físico.

### 11.0 - ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA, CONCENTRAÇÃO E ORIENTAÇÃO.

#### 11.1 - DISTÚRBO DE MEMÓRIA

Distúrbios de memória incluem queixas de falhas de memória ou de habilidade decrescente de lembrar fatos importantes ou eventos. Este registro

pode ser baseado na experiência subjetiva relatada pelo paciente, bem como em um nível objetivo de desempenho em testes de memória observado pelo entrevistador ou relato de outros.

### 11.2 - CONCENTRAÇÃO ALTERADA

Alterações de concentração se referem a dificuldades em focar e manter a atenção.

### 11.3 - ORIENTAÇÃO ALTERADA

Incapacidade mais grave de orientação, de tal forma que o paciente não está inteiramente consciente de onde se encontra, não tem noção do tempo e nem sabe quem são exatamente as pessoas que o cercam pode ser registrado aqui, desde que isto ocorra em alguém com um estado mental anormal anterior. Estes registros podem ser feitos sem se considerar a etiologia desta condição.

## EXEMPLOS DE ALTERAÇÕES CARACTERÍSTICAS

O paciente pode se sentir distraído, freqüentemente coloca objetos em lugares que não encontra ou se preocupa com sua memória, que está deteriorando. Pode também ser incapaz de ler o jornal ou participar de uma conversação corriqueira, perdendo o fio da meada rapidamente. Podem existir várias razões para as dificuldades de memória, concentração e orientação do paciente, incluindo ansiedade, depressão e demência. O registro nesta categoria deve ser feito sem considerar a causa dos problemas do paciente, e registros adicionais podem ser feitos neste eixo como também usar as categorias diagnósticas do Eixo Físico quando apropriadas.

## 12.0 - ALTERAÇÕES GROSSEIRAS DE FALA, PENSAMENTOS E COMPORTAMENTOS.

Esta categoria abrange, em termos gerais, os sintomas e comportamentos comumente descritos como psicóticos. O registro nesta categoria, porém, não implica que o entrevistador tenha que fazer um diagnóstico psiquiátrico.

### 12.1 - FALSAS CRENÇAS (Delírio)

Uma falsa crença é aquela que não é aceita ordinariamente por outras pessoas do grupo cultural ou subcultural do paciente. O paciente deve insistir firmemente em contrário do que todas as outras pessoas acreditam, e a crença seja constituída de evidências inquestionáveis e provas e evidências óbvias do contrário.

### 12.2 - ALUCINAÇÕES

Escutar ou ver coisas que outras pessoas não podem é usualmente descrito como alucinações. Algumas vezes são escutados apenas barulhos, embora seja possível o paciente escutar pessoas falando claramente para ele ou a respeito dele. As coisas vistas podem ser vagas e o paciente pode se dar conta de que são, de alguma forma, imaginárias, mas em outras ocasiões podem aparecer muito reais e serem assustadoras.

### 12.3 - FALAR DISPARATES

Apesar de que é usualmente possível estar certo de que o paciente está dizendo coisas absurdas, existirão momentos em que os pacientes se tornam excitados ou brabos, de tal forma que o que eles dizem fica pouco claro. Nessas circunstâncias, o entrevistador pode preferir registrar isto na categoria “gritar com raiva” (03.2), mas não há razão para que ambas as categorias não possam ser usadas, se o que o paciente diz se torna muito confuso.

### 12.4 - COMPORTAMENTO CONFUSO/EXCITADO

Comportamento confuso se refere ao paciente se comportar de uma maneira estranha, mas quietamente, em oposição a um comportamento excitado, no qual o paciente pode correr ou saltar, abanando os braços, berrando ou gritando e, possivelmente, falando incessantemente.

### 12.5 - EXALTAÇÃO

A exaltação pode ser observada em humor, idéias e ações. Um humor exaltado, no qual o paciente se sente intensamente feliz, pode ser sentido pelo paciente como anormal e pode estar acompanhado de idéias grandiosas, de

forma que o paciente pense que é alguém especial ou que tem poderes especiais, inteligência e força. Tal estado, comumente designado como maníaco ou hipomaníaco, pode estar associado a comportamento generoso, de modo que o paciente gasta o dinheiro esbanjadamente e pode dar seus pertences profusamente. Tais pacientes, quando contrariados, podem se tornar irritáveis e agressivos.

Não seria incomum para os pacientes registrados nesta categoria serem também classificados na parte de psicoses da Seção V do Eixo Físico.

### 13.0 - DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Isto se refere a uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente e que é especialmente caracterizado por uma deficiência de inteligência em uma gama ampla de funções intelectuais. A avaliação do nível intelectual deveria estar baseada em qualquer informação disponível, incluindo comportamento observado pelo entrevistador, relatos de comportamento social e achados psicométricos. Níveis de QI apenas, porém, indicam um guia e não deveriam ser um único critério. Os índices anotados aqui se referem às escalas de Wechsler. A deficiência intelectual frequentemente envolve outros distúrbios psiquiátricos e pode ser associada a doenças físicas ou trauma. Nestes casos, as categorias adicionais ou o Eixo Físico deveriam ser usados para identificar as condições associadas.

Na deficiência leve, o paciente permanece em um estado de dependência mesmo quando adulto, mas é capaz de tomar conta de si mesmo, alimentar-se, vestir-se, e é capaz de fazer trabalho supervisionado, especialmente doméstico; o nível de QI está na faixa de 50-70. Na deficiência moderada o paciente usualmente necessita ajuda para se alimentar e se vestir e não se espera que consiga fazer nem mesmo simples tarefas domésticas, sem um grande grau de supervisão; o nível de QI pode estar entre 35-49. Na deficiência grave o paciente tem que ser vestido e banhado e necessita constantemente de supervisão e controle. Esta categoria deveria ser usada para todos aqueles com QI abaixo de 35.

## 17.0 - OUTROS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Esta categoria está reservada para qualquer problema que não parece ser classificável em qualquer das categorias anteriores. Se tal problema parece existir, isto deve ser registrado aqui e uma descrição deve ser anexada sob esta categoria.

## CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS

### 00.00 - NENHUM PROBLEMA SOCIAL RELEVANTE

### 01.00 - FINANÇAS

- 01.01 - Perda de dinheiro ou de bens materiais (eventos)
- .02 - Pobreza generalizada
- .03 - Dívidas
- .04 - Chefe da família incapaz de prover o sustento da família
- .05 - Outros

### 02.00 - ALIMENTOS/ÁGUA

- 02.01 - Alimentos ou água insuficiente
- .02 - Dificuldade para obter água
- .03 - Água poluída
- .04 - Outros

### 03.00 - HABITAÇÃO/VIZINHANÇA

- 03.01 - Mudança de residência (longe ou perto)
- .02 - Perda da casa (evento)
- .03 - Falta de casa (ou ameaça de perda ou pressão para mudar-se)
- .04 - Más condições habitacionais (excesso de habitantes, etc.)
- .05 - Más condições ambientais (ruídos, falta de equipamentos comunitários)
- .06 - Discórdia com vizinhos/locatários/locadores

**04.00 - TRABALHO**

- 04.01 - Perda do serviço (evento: inclui aposentadoria)
- .02 - Mudança do serviço (no mesmo ou em outro emprego)
- .03 - Desemprego (total ou parcial)
- .04 - Trabalho adverso/condições difíceis
- .05 - Discórdia com colegas/chefia
- .06 - Outros

**05.00 - EDUCAÇÃO**

- 05.01 - Reprovação (evento)
- .02 - Escola inexistente/inatingível
- .03 - Discórdia com professores ou colegas
- .04 - Outros

**06.00 - PREVIDÊNCIA SOCIAL/BEM ESTAR SOCIAL**

- 06.01 - Apoio insuficiente
- .02 - Problemas com formulários/obtenção de dinheiro/falar com a pessoa adequada
- .03 - Discórdia com assistente social/agente penitenciário
- .04 - Outros

**07.00 - LEGAIS/POLICIAIS**

- 07.01 - Paciente na prisão ou aguardando julgamento
- .02 - Não consegue obter assistência legal
- .03 - Outros

**08.00 - SAÚDE**

- 08.01 - Não consegue obter cuidados de saúde (impedido por outros, por fatores geográficos ou financeiros)
- .02 - Conflito entre os sistemas tradicionais locais e o sistema oficial
- .03 - Crenças que interferem negativamente com os cuidados de saúde do sistema oficial
- .04 - Outros

## 09.00 - PROBLEMAS SOCIAIS E CULTURAIS GERAIS

09.01 - Obrigações ou crenças sociais e culturais que causam problema  
(especificar \_\_\_\_\_)

.02 - Outros

## 10.00 - FILHO OU FILHA (referido como “criança” do(a) paciente, independentemente da idade)

10.01 - Nascimento de uma criança/paciente (ou sua esposa) grávida

.02 - Morte de uma criança

.03 - Perda ou redução do contato com as crianças

.04 - Sem crianças (infértil/morte de todas ou de algumas crianças)

.05 - Perturbação do comportamento em criança

.06 - Problema de saúde em criança

.07 - Problema educacional em criança

.08 - Enurese/problema de choro em criança

.09 - Problema de carreira profissional em criança

.10 - Problema conjugal em criança

.11 - Gravidez indesejada ou socialmente desaprovada da paciente ou de filha

.12 - Discórdia no relacionamento com criança (por parte do(a) paciente, do cônjuge ou de outro membro da família)

.13 - Maus tratos de criança por parte do(a) paciente, do cônjuge ou de outro membro da família.

.14 - Relacionamento sexual (incesto entre a criança e o(a) paciente, cônjuge ou outro membro da família.

.15 - Outros

## 11.00 - CÔNJUGE (inclui companheiro conjugal)

11.01 - Morte do cônjuge (evento)

.02 - Paciente viúvo(a)

.03 - Separação do cônjuge devido a trabalho/migração/prisão

.04 - Divorciado(a) ou separado(a) com intenção de divórcio

.05 - Cônjuge doente ou incapacitado



- .06 - Cônjuge bebe, joga, etc.
- .07 - Falta de relacionamento adequado com o cônjuge
- .08 - Tensão, discussões, violência entre paciente e cônjuge
- .09 - Infidelidade sexual de paciente casado(a) ou de seu cônjuge
- .10 - Problema sexual no cônjuge (por exemplo, perda de libido/potência, etc.)
- .11 - Problemas pós-separação (litígio legal, disputa sobre devolução de dote, custódia dos filhos)
- .12 - Tensão entre co-esposas
- .13 - Outros

12.00 - OUTROS PARENTES (incluindo pais e excluindo filho, filha e cônjuge do(a) paciente)

- 12.01 - Morte de um dos pais, irmão ou irmã ou outro parente (evento)
  - .02 - Ausência de um ou ambos os pais
  - .03 - Perda ou diminuição do contato com a família
  - .04 - Apoio familiar inadequado
  - .05 - Parente que bebe excessivamente
  - .06 - Parente doente ou incapacitado
  - .07 - Parente dependente necessitado de cuidados
  - .08 - Tensão e brigas entre o(a) paciente e um parente/entre dois ou mais parentes
  - .09 - Pais ou outros parentes que maltratam o(a) paciente (incluindo incesto, SIP)
  - .10 - Pais superprotetores ou supercontroladores (incluindo lares rigidamente religiosos)
  - .11 - Gravidez em parente (que não filha nem esposa)
  - .12 - Outros

13.00 - AMIGOS (incluindo parceiro(a) sexual que não viva junto)

- 13.01 - Perda de amigo(a) (morte, mudança, rompimento)

- .02 - Falta de amigos ou de apoio social (contato impedido por outros, pela geografia ou por doença e excluindo isolamento social devido a problemas psicológicos)
- .03 - Relacionamento conflituoso com amigos(as) (não registrados previamente, isto é, não parentes, companheiros de trabalho ou de escola, vizinhos)
- .04 - Outros

#### 14.00 - AGRESSÕES/ACONTECIMENTOS DESASTROSOS

##### 14.01 - Brigas com estranhos

- .02 - Agressões por estranhos (assalto, estupro, etc.)
- .03 - Acidentes fora de casa, da escola, do trabalho, etc.
- .04 - Guerras
- .05 - Acidentes naturais
- .06 - Outros

#### 15.00 - OUTROS

### GLOSSÁRIO DE TERMOS - EIXO SOCIAL

#### Observação Introdutória

1 - As primeiras nove categorias neste eixo referem-se a áreas específicas nas quais o paciente pode ter dificuldades, como problemas financeiros, educacionais ou de trabalho. As quatro categorias seguintes, 10-13, referem-se a problemas de/ou com parentes do paciente - filhos, cônjuge, pais e outros, incluindo amigos. Neste caso há uma hierarquia, na qual um problema na relação entre um cônjuge e um filho deve ser indicado na categoria “problema com um filho”, ao passo que um problema entre um cônjuge e os parentes do paciente deve ser indicado como um problema com o cônjuge. A hierarquia vai, portanto, em ordem descendente de filho até cônjuge a outros parentes e, finalmente, amigos.

2 - Apesar de nem sempre estar explicitamente indicado na lista de problemas, o princípio geral envolvido na consideração das subcategorias dos problemas é olhá-lo em termos de quatro áreas possíveis e o glossário é então planejado com base nestas áreas, que são:

- I - Incidentes referentes à categoria, geralmente perda ou incidentes ameaçadores.
- II - Ausência ou ausência parcial da categoria
- III - A categoria existe, mas há algo errado
- IV - O problema surge por dificuldades de relacionamento interpessoal referentes àquela categoria.

Na verdade, a distinção entre as subdivisões nem sempre é clara, e isso acontece principalmente entre as categorias III e IV, ao observarmos as categorias 10 a 13, que estão amplamente ligadas a relacionamentos interpessoais. Algumas vezes há distinções claras entre incidentes e dificuldades há muito existentes. A morte de um filho, por exemplo, é um incidente extremamente angustiante, mas pode não haver outra razão qualquer para registrá-la como um problema social. Um incidente pode ser seguido por uma dificuldade ou um problema social de longa duração; ou ainda pode haver uma dificuldade sem que haja nenhum incidente precedendo-a.

3 - Como podemos ver, assim como no eixo psicológico, cada uma das categorias gerais, designada pelos dois primeiros dígitos, está dividida em subcategorias designadas pelos segundos dois dígitos. Estas subdivisões podem ser registradas caso for desejado; mas, caso contrário, somente o registro da categoria geral é suficiente. As subcategorias, neste caso, agem meramente como guias ou lembretes de itens existentes no glossário, em vez de subcategorias registráveis em si. Qualquer outro problema nesta área geral pode ser indicado e o entrevistador não está limitado às subcategorias mencionadas - é por esta razão que a subcategoria OUTROS está incluída em cada categoria.

## GLOSSÁRIO PARA A LISTA DE PROBLEMAS

### 01.00 - FINANÇAS

Os incidentes que podem fazer com que esta categoria seja registrada incluem perda de dinheiro, animais ou propriedades. A perda pode ser devida a roubo, incêndio, doença, enchentes ou algum acidente. Alguns destes incidentes prejudiciais também podem ser registrados na categoria 14.00. A perda de renda também pode ser registrada aqui, mesmo se for por motivo de desemprego. As ameaças de perdas, que afetarão o paciente principalmente por causar preocupação, também podem ser registradas nesta categoria; por exemplo, um paciente que vem a saber que a sua função no emprego é provavelmente dispensável, ou que é advertido de que os pagamentos do auxílio-doença que ele recebe estão prestes a ser reduzidos ou completamente cortados.

A pobreza será registrada nesta categoria, e ela pode ser considerada absoluta, caso o paciente tenha grande dificuldade em obter certos itens necessários, como comida ou aluguel, como também uma pobreza mais relativa na qual o paciente não tem recursos para comprar as coisas que ele supostamente deveria ter; por exemplo, não pode arcar com as despesas de um conserto de seu carro. Caso a pobreza seja devida a algumas falhas pessoais por parte do paciente, como bebida em excesso, isto também deve ser indicado no eixo 1, o abuso de álcool ou, por exemplo, problemas de jogo que poderiam ser indicados na categoria residual. Caso a pobreza for devida a algum problema, como excesso de bebida em outro membro da família, isto também deve ser indicado, não no eixo 1, mas neste eixo social, sob problema do cônjuge ou pai/mãe.

As dívidas incluem compromissos de prestações como também empréstimos. O paciente ou a família pode estar sendo pressionada para o pagamento destas dívidas e, apesar de às vezes isto não estar acontecendo, ainda assim existe a preocupação do paciente pela presença de sérias dívidas.

Algumas vezes, a condição de pobreza pode existir porque a pessoa que sustenta a família (geralmente o marido) se recusa a dar dinheiro suficiente para a manutenção da casa, apesar de ele não estar bebendo nem jogando.

## 02.00 - PROVISÃO DE ÁGUA E ALIMENTO

Os problemas relacionados à provisão de alimento podem ser devidos a uma situação de fome geral, devido à pobreza na família, ou a uma dieta desequilibrada possivelmente devido à ignorância dos pais.

Os problemas referentes à provisão de água podem ser devidos a uma situação de seca geral, ao fato de que a fonte de água é de difícil acesso ou é poluída.

## 03.00 - PROBLEMAS DE HABITAÇÃO E VIZINHANÇA

Esta categoria é usada para o registro de problemas relativos ao ambiente do paciente, diferente da registrada em outras categorias, e pode incluir problemas de relacionamento com outras pessoas que não sejam parentes nem amigos.

Os incidentes que podem ser registrados aqui incluem uma mudança de residência, mudança de local ou envolvendo uma certa distância. A perda de residência, por exemplo, por incêndio, enchente ou demolição, seria incluída aqui e seria provavelmente associada a outros problemas habitacionais.

Os problemas envolvendo ausência incluem falta de habitação ou ameaça de despejo, por exemplo, por atraso de aluguel, aumento de aluguel, problemas de hipoteca ou problemas legais que também podem ser registrados nesta categoria.

Neste grupo de problemas nos quais algo pode ser considerado errado, as condições materiais da casa são insatisfatórias ou difíceis (escuro, úmido, excessivamente frio ou quente, necessitando consertos, muitos andares, ter insetos e pragas). A existência de um problema pode ter que ser julgada de acordo com as normas nacionais e, em alguns casos, a falta de água corrente, de eletricidade, ou o não funcionamento de um banheiro pode ser considerado suficiente para ser registrado aqui.

Além de haver possíveis problemas dentro de casa, o paciente pode ter problemas por morar em um bairro de condições precárias, incluindo barulho, esgotos abertos e outras condições locais insatisfatórias.

Também podem ocorrer problemas devido à falta de espaço, o que conduz a uma superpopulação e à falta de privacidade. Algumas vezes podem

ocorrer problemas porque um paciente é deixado numa casa grande demais para ele.

Os problemas interpessoais surgem nesta área quando, por exemplo, o paciente sente uma certa pressão para mudar-se de sua casa atual. Isso pode ocorrer em uma situação de um relacionamento familiar deficiente, o que também será indicado em uma outra categoria. Além disso, pode haver problemas de relacionamento entre o paciente e o proprietário, com outros inquilinos (que não sejam a família) da casa ou com vizinhos. Esta dificuldade de relacionamento pode ser devida a problemas inter-raciais ou intertribais.

#### 04.00 - TRABALHO

Esta categoria inclui o trabalho de um cônjuge, caso ele seja o principal provedor financeiro da família.

Os incidentes que podem levar a um registro nesta categoria incluem a perda de um emprego devido à demissão, contenção de despesas ou aposentadoria. Além disso, uma redução de horas, ser rebaixado de posto ou outra mudança no emprego podem ser considerados um incidente significativo que afete desfavoravelmente o paciente.

A ausência ou insuficiência de trabalho será abordada em desemprego.

A existência de algo errado no trabalho será abordada em horas ou condições inadequadas no trabalho, problemas de viagem ou pressão no emprego. Ainda incluídas aqui podem estar insatisfação com o trabalho ou com uma função do trabalho, e isso pode incluir trabalho doméstico (isto é, função da dona-de-casa).

O desentendimento com colegas de trabalho ou com o patrão será considerado como problemas interpessoais.

CATEGORIAS 05.00 a 09.00 são usadas para o registro de problemas que o paciente tem com o sistema social. Estes problemas geralmente são registrados com menos frequência e, por esta razão, o número de subcategorias incluídas não é grande.

## 05.00 - EDUCAÇÃO

Esta categoria refere-se à educação do PACIENTE. Caso um filho tenha problemas educacionais, isto deve ser registrado sob problemas de filhos, e não aqui. A educação pode tratar de um problema do paciente em relação à escola ou universidade.

Os incidentes nesta área podem incluir reprovações em exames, como também o fechamento da instituição educacional do paciente.

Ocasionalmente, por motivos de fechamento, mas mais freqüentemente por razões geográficas ou financeiras, o paciente pode não ter acesso à educação. A falta de escolaridade ou a falta de escolaridade apropriada podem ser secundárias para que o paciente tenha problemas de aprendizagem. Tais problemas devem ser registrados no eixo 1, mas, caso seja apropriado, também podem ser registrados neste eixo e nesta categoria.

Distúrbios de relacionamento interpessoal ficariam aparentes em desentendimentos com professores ou colegas.

## 06.00 - PREVIDÊNCIA OU BEM-ESTAR SOCIAL

Somente haverá problemas nesta área caso realmente exista um sistema de bem-estar social.

Caso exista tal sistema, mas o paciente não tem condições de obter a ajuda necessária dele ou tem problemas em relação a ele, isto deve ser registrado aqui. Tais problemas podem incluir uma dificuldade em receber algum dinheiro a que o paciente considera ter direito, o preenchimento de formulários ou a procura de uma pessoa certa para ajudá-lo.

Podem ocorrer problemas interpessoais nos quais o paciente pode ter um desentendimento com um trabalhador social ou com um funcionário encarregado da vigilância de seus beneficiados pelo "sursis".

## 07.00 - LEGAL OU DE POLÍCIA

Esta categoria se refere somente aos problemas do PACIENTE e, caso os parentes tenham problemas em relação a esta área, isto deve ser registrado sob a categoria apropriada "parentes".

Os problemas nesta área podem incluir itens como um paciente à espera de um julgamento, um paciente na prisão, ou um paciente incapaz de obter ajuda legal ou encontrar a ajuda legal necessária para o seu caso.

#### 08.00 - SISTEMA DE SAÚDE

Esta categoria pode ser registrada caso o paciente seja incapaz de obter cuidados de saúde devido a problemas geográficos ou financeiros, ou por ser impedido por outros de recebê-los, ou ainda por ele mesmo estar incapacitado de buscá-los.

Esta categoria também deve ser registrada caso o paciente tenha problemas devido a um conflito entre diferentes sistemas de saúde. Isto geralmente se aplicaria a um conflito entre o sistema ocidental, como o que é dado pelo trabalhador de saúde, e o sistema de cura tradicional.

As crenças culturais ou religiosas de um paciente, ou as de sua família, podem dificultar o acesso do paciente ao tratamento pela medicina ocidental e isto também deve ser registrado.

#### 09.00 - PROBLEMAS SOCIAIS E CULTURAIS GERAIS

Esta categoria é reservada para o registro de problemas que surgem por motivos de conflitos entre valores e crenças tradicionais e modernas em áreas que não sejam a da saúde, ou alguma outra área específica que pode ser registrada sob uma das categorias acima. Caso obrigações, crenças ou práticas sociais e culturais estiverem causando problemas numa larga extensão de atividades sociais, isto pode ser registrado aqui e a sua natureza deve ser especificada.

#### 10.00 - PROBLEMAS COM UM FILHO

Esta categoria se refere aos filhos do paciente que são ou eram dependentes do paciente, que estão sendo educados pelo paciente, ou foram educados pelo paciente no passado.

A fim de manter uma perspectiva social para o registro neste eixo, um feto deve ser considerado como um filho e a concepção marca, neste caso, o começo de um relacionamento pai ou mãe/criança.



Os incidentes que se referem a esta categoria incluem, portanto, o início de uma gravidez na paciente ou na esposa do paciente, como também o próprio nascimento do filho. A morte de um filho, como também o afastamento de um filho de casa, também podem ser incidentes significativos associados ao contato do paciente com o trabalhador de saúde.

A ausência do filho pode ser registrada seja por motivo de infertilidade, ou pelo fato de alguns ou todos terem morrido.

A perda de contato com os filhos pode ser considerada uma dificuldade, seja por motivo de eles terem se mudado, ou por eles terem sido postos sob a guarda de autoridades.

A existência de algo errado em um filho pode ser visto como uma perturbação de comportamento, por exemplo, roubo, mentira, drogas, bebida, jogo; e também como problemas de saúde, tais como deficiência mental, problema físico ou qualquer doença crônica. Também devem ser registrados aqui os problemas educacionais dos filhos, tais como faltas às aulas ou notas baixas, e também problemas emocionais nos filhos, alguns dos quais podem envolver um comportamento como “molhar a cama”, ou chorar a noite inteira, provavelmente fazendo com que toda a família fique acordada. Problemas profissionais de um filho, incluindo problemas em sua carreira, podem também ser registrados aqui.

De acordo com as observações feitas no início desta seção sobre a concepção, uma gravidez indesejada da paciente ou da esposa do paciente pode ser considerada como um distúrbio de um relacionamento interpessoal entre o paciente e o seu filho. Uma rejeição social de gravidez também pode ser registrada aqui, mesmo se desejada pelo paciente. Os problemas conjugais de um filho seriam incluídos aqui, como também uma gravidez indesejada de uma filha ou uma gravidez rejeitada socialmente.

Tensão, discussão ou violência direcionada ao filho do paciente devem ser registradas aqui, caso seja pelo paciente, pelo cônjuge do paciente ou por outros membros da família. Uma relação sexual de incesto com o filho ou filha pelo paciente, pelo cônjuge do paciente ou por outro membro da família está incluído aqui.

## 11.00 - CÔNJUGE OU PARCEIRO CONJUGAL

Esta categoria se refere a qualquer parceiro com quem o paciente mora e com quem o relacionamento é sexual. Pode incluir um parceiro homossexual.

Os incidentes que podem ocorrer nesta área incluem a morte de um cônjuge, descoberta de infidelidade e a notificação de uma intenção de separação.

Os problemas que seriam incluídos sob o título de “ausente” incluiriam viuvez, separação do cônjuge devido à profissão ou emigração, como também divórcio ou separação como prelúdio do divórcio. A presença do cônjuge na prisão seria um caso especial de separação. O problema de um casal que ainda está morando junto, mas está no processo de separação, também poderia ser registrado aqui.

A existência de algo errado no cônjuge incluiria a condição dele ser doente ou incapacitado, especialmente se ele for dependente do paciente, como também excesso de bebida ou jogo. Este último pode também causar problemas financeiros que devem ser registrados de acordo.

Apesar de existirem problemas interpessoais em todas as situações acima, eles se tornam aparentes quando há um relacionamento deficiente com o cônjuge, o que deve ser julgado pelo trabalhador de saúde com base no que o paciente diz. Tensão, discussão e violência entre o paciente e o cônjuge, como também entre o cônjuge e outros membros da família (excluindo os filhos de um paciente) devem ser registrados aqui. O problema de relacionamento entre o paciente e o cônjuge pode ser agravado por infidelidade sexual.

Um problema sexual em um cônjuge, tal como perda de libido ou impotência, deve ser registrado aqui e não sob problemas sexuais no eixo 2.

Mesmo após a separação ou divórcio, os problemas de relacionamento podem continuar, e estes problemas podem envolver uma contínua incomodação causada pelo cônjuge, discussões legais, discussões sobre a devolução de um dote ou propriedade da esposa e sobre a custódia das crianças.

O problema profissional do cônjuge, caso ele seja o principal provedor de renda familiar, deve ser registrado sob trabalho. Problemas de relacionamento do cônjuge com os filhos do paciente, incluindo maus tratos e incesto, devem ser registrados sob problemas de um filho.

## 12.00 - FAMÍLIA (excluindo filhos ou cônjuge do paciente)

Os incidentes nesta área incluem a morte do pai ou mãe, ou de outro parente.

Os problemas relacionados à ausência podem ser dificuldades temporárias ou permanentes do paciente em relação à morte do pai ou da mãe, ou de ambos. Também pode haver perda e contato com a família, ou mesmo um contato consideravelmente reduzido que possa estar criando problemas. Isto pode ter sido causado por uma insuficiência de apoio familiar ou por outros fatores, incluindo casos em que o paciente seja uma criança, cuja mãe trabalha fora, e que sofra de alguma forma por isso.

A existência de algo errado inclui um parente (excluindo filhos ou cônjuge) que beba excessivamente, um parente adoentado ou a dependência de um parente, seja por motivo de doença ou outros. Um parente doente, como um pai ou mãe com câncer, pode ser registrado como causa de preocupação, mesmo se não resulte na dependência do pai ou da mãe do paciente.

Problemas interpessoais tornam-se evidentes pela tensão ou discussão entre o paciente e um parente, como também discussão entre dois ou mais parentes, tais como os pais do paciente.

Maus tratos dos pais ou outros parentes em relação ao paciente podem ser registrados aqui e isto pode incluir danos propositais ao paciente ou relações incestuosas entre o paciente e o parente mencionado nesta categoria. O comportamento ou atitude de superproteção dos pais em relação ao paciente pode ser considerado um problema, como também um controle excessivo dos pais sobre o paciente; este último possivelmente devido a crenças religiosas.

A gravidez de um parente, que não seja filho ou cônjuge, mas possivelmente um irmão, deve ser registrado aqui, caso apresente problemas.

## 13.00 - AMIGOS

Esta categoria também inclui parceiros sexuais que não morem juntos.

Os incidentes nesta área incluem a perda de um amigo, possivelmente por morte, mudança ou término da relação.

A ausência deve ser considerada no caso de falta de amigos por motivo de situações em que o contato é impedido por outros, em que o contato é difícil

por isolamento geográfico ou por alguma incapacidade física do paciente. A falta de apoio dos amigos está incluída aqui, apesar de ser difícil a distinção entre este caso e a ausência de apoio familiar. Caso seja necessário decidir sobre o que realmente está ocorrendo, deve ser considerada a percepção do próprio paciente sobre a origem do problema e é isto que deve ser registrado. Caso a falta de amigos seja por motivo de isolamento social causado por algum problema psicológico, isto deve ser registrado sob o eixo 2.

#### 14.00 - AGRESSÕES OU ACONTECIMENTOS DESASTROSOS

Esta categoria inclui os incidentes que podem não ter sido incluídos em outras categorias ou por serem impessoais, ou porque se relacionam a estranhos.

As brigas, discussões ou violência, incluindo estupro, devem ser relacionados a estranhos. Caso contrário, tais incidentes deveriam ter sido registrados sob o item parente, vizinho, colega de escola ou colega de trabalho. São considerados incidentes prejudiciais os ocorridos em outros locais que não sejam o trabalho, casa, escola, os quais podem ser registrados na devida categoria.

Também podem ser registrados aqui as guerras ou acidentes provocados pela natureza, caso sejam considerados problemas sociais relevantes e se relacionem com categorias já registradas. Caso contrário, não é preciso registrá-los aqui, já que, por si próprios, não são necessariamente um problema social para o paciente.

#### 15.00 - OUTROS

## **ANEXO 2**

Protocolo de Registro de Datos

Data       Início da entrevista \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento       Início da ingestão   (idade)

Início de abuso     (idade) 1a. baixa     (ano)

Nº de baixas   PA \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_   Última série escolar \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_   Situação conjugal \_\_\_\_\_

Renda mensal pessoal \_\_\_\_\_   Renda mensal familiar \_\_\_\_\_

Nº de filhos \_\_\_\_\_   Fumante \_\_\_\_\_   Outras drogas \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS

FÍSICO

PSICOLÓGICO

SOCIAL

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Término da entrevista \_\_\_\_\_

## **ANEXO 3**

Vinhetas de Casos

# O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS

## VINHETAS INTERNACIONAIS

### Tradução para o Português

#### Nº 4

Um homem de 41 anos de idade apresenta-se pela primeira vez ao Posto de Saúde, queixando-se de diarreia, dor de estômago e vômitos. Ele tem se queixado destes sintomas por aproximadamente 7 dias. Via de regra, é um homem sadio e atribui o início destes sintomas ao fato de que seu poço de água foi contaminado por água suja de um campo de refugiados vizinho. Durante os dois últimos dias, sua mulher e dois de seus três filhos também tiveram diarreia. Tem-se preocupado com o fato de que o lixo do campo de refugiados é deixado completamente a descoberto, próximo das casas de seus vizinhos e de sua própria. O lixo cheira muito mal, atraindo ratos e insetos.

Ao exame, o paciente está ligeiramente desidratado, mas, afora isto, parece estar normal. Seus sinais vitais estão normais, assim como os exames de sangue de rotina e comum de urina. É obtida amostra de fezes para exame.

As circunstâncias sociais do paciente são ruins e tanto ele como a mulher são obrigados, por motivos econômicos, a trabalhar e a deixar suas três crianças pequenas em casa. Eles não poderiam mantê-las na escola e, de qualquer modo, precisam que as crianças cuidem da casa.



**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 9**

Um homem branco, casado, de 27 anos de idade, que trabalha como motorista de taxi, apresenta-se para uma consulta de seguimento, queixando-se por se sentir com medo, ansioso, tonto, sentindo-se como se fosse cair ao chão. Três anos antes teve um acidente automobilístico em que matou um pedestre. Desde então, tem-se sentido tonto, temeroso de sair, não tem trabalhado, e está em benefício. Tem três filhos pequenos subnutridos e pouco desenvolvidos e vive em más condições habitacionais e sócio-econômicas. Com frequência tem consultado pronto-socorros e seu prontuário médico registra “episódios psicóticos de curta duração”.

# O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS

## VINHETAS INTERNACIONAIS

### Tradução para o Português

#### Nº 12

Uma menina de 17 anos de idade consulta o Posto pela primeira vez em função de uma tentativa de suicídio. Diz que durante os últimos dois meses tem estado irritável e sensível a quaisquer comentários que lhe fazem em casa. Começou a sentir que as pessoas falavam dela e queriam machucá-la. Por nenhum motivo aparente, foi para a casa da vizinha e insistiu em morar lá. Quando finalmente foi mandada embora, reagiu violentamente. Quatro dias antes da consulta, tomou veneno e foi levada ao Posto de Saúde, onde foi tratada. Naquela ocasião, revelou que, por muitas semanas, estivera ouvindo vozes que lhe diziam para ir-se embora ou se matar. Não se mostra preocupada por sua aparência pessoal, que é ruim, e não tem ido à aula por mais de um mês. Durante o mês anterior, teve duas convulsões epiléticas.

A história da paciente revela que ela sofre de epilepsia desde os cinco anos de idade. Tem recebido tratamentos irregulares e não tem tomado medicação durante os últimos 6 meses. Admite alucinações auditivas, durante a entrevista. Exame físico é negativo.

Informação sobre a família inclui o fato de que o pai da paciente e dois tios foram hospitalizados em instituições psiquiátricas. Uma tia matou o marido durante um estado psicótico. A mãe da paciente é muito intolerante e com frequência há muitas discussões entre elas.

# **O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

## **VINHETAS INTERNACIONAIS**

### **Tradução para o Português**

#### **Nº 13**

Um criador de gado, casado, com 35 anos de idade, conhecido no Posto durante os últimos 10 anos, apresenta-se queixando-se de evacuações frequentes e sanguinolentas, náusea episódica e dores abdominais de três dias de duração. Admite ter tido episódio semelhante que durou dois meses, cerca de cinco anos antes, e que foi diagnosticado como colite ulcerativa. Desde aquela época, tem estado relativamente assintomático. Diz que suas tarefas nos negócios de família aumentaram muito durante os últimos meses e que, ainda, ele aceitou responsabilidades extras na comunidade. Relata um pouco de agressividade e frustração por conflitos com seu sócio, que é seu pai, em referência à condução do negócio. Ele ainda manifesta preocupação pelo fracasso escolar de seu filho de 9 anos de idade, que foi enviado para casa por causa de comportamento inadequado na escola. O comportamento do filho se manifestou como conduta agressiva que o levou a quebrar janelas e portas, tanto na escola como em casa.

Este filho de 9 anos fora visto previamente no Posto, e um diagnóstico de dislexia fora feito. A criança tem tido aconselhamento por seu comportamento agressivo, que se tem tornado difícil de manejar, por ser dirigido contra a sua irmã mais moça. Este comportamento tem sido, às vezes, extremo, provocando machucaduras em sua irmã.

O paciente é uma pessoa importante na sua comunidade local e aceitou recentemente as difíceis tarefas de prefeito.

# O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS

## VINHETAS INTERNACIONAIS

### Tradução para o Português

#### Nº 16

Um polonês de 36 anos de idade vem pela primeira vez queixando-se de dor de garganta. Praticamente não fala inglês, mas acompanha-o uma mulher que o traduz. A história de sua queixa é de que, uma semana antes, comeu um sorvete e, posteriormente, teve febre e dor de garganta. Para isto, ele tomou um antibiótico por cinco dias, mais Vitamina B, ambos trazidos da Polônia. Julgou que se sentira melhor por alguns dias, mas agora sente-se pior.

O paciente é um engenheiro de irrigação e imigrou da Polônia há dois meses. Está aprendendo inglês, mas ainda não encontrou um emprego. Preocupa-se muito com sua mulher e filho que ainda estão na Polônia.

Ao exame, sua temperatura é de 38,8°C, e vê-se uma tonsilite folicular com nódulos cervicais, pequenos e dolorosos. O restante de seu exame físico é normal.

# **O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

## **VINHETAS INTERNACIONAIS**

### **Tradução para o Português**

#### **Nº 19**

Um homem de 19 anos é encaminhado pela emergência de um hospital local. O paciente fora originariamente visto lá, após uma tentativa de suicídio, quando ingeriu mais de 20 comprimidos de 2 mg de Diazepam. Queixa-se de que tem estado deprimido e solitário durante as últimas três ou quatro semanas. Três meses atrás deixou sua casa, uma fazenda a 100 quilômetros de distância, e veio para a cidade para entrar na Escola de Cadetes da Polícia local. Apesar de ser um aluno bem sucedido na sua escola anterior, teve dificuldade de ingressar na Escola de Cadetes da Polícia, e à época da consulta ainda não havia conseguido entrar. Este fracasso deixa-o preocupado e confuso e, apesar de seus esforços para estudar, não tem sido capaz de fazer muita coisa devido aos seus sentimentos de depressão e solidão. Esta é a primeira vez que fica longe de sua mãe e seus irmãos por um período de tempo mais longo. Seu pai, que ele não vê por muitos anos, é um auxiliar de engenharia e trabalha na Arábia Saudita.

A saúde física do paciente é muito boa. Apresenta-se como um homem tenso, deprimido e preocupado. Sua maior preocupação é seu fracasso como aluno e com o fato de ter feito pouco amigos desde que partiu de casa.

**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 21**

Homem de 26 anos de idade, que trabalha para a Prefeitura, vem ao Posto de Saúde queixando-se de dores generalizadas, náuseas e vômitos durante os dois últimos dias. O paciente é bem conhecido no Posto, tendo comparecido várias vezes durante os últimos doze meses, apresentando queixas vagas. Nenhuma anormalidade havia sido detectada no passado e, nesta oportunidade, o exame físico novamente foi normal. O paciente queixa-se de que está insatisfeito com o modo como o seu supervisor o trata no trabalho. Trabalha como lixeiro, e lhe são atribuídas zonas nas quais o lixo é especialmente pesado. Sente que está sendo tratado injustamente e, para evitar de ir a tais lugares para recolher o lixo, diz estar doente.

# O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS

## VINHETAS INTERNACIONAIS

### Tradução para o Português

#### Nº 23

Um atendente hospitalar de 45 anos de idade vem ao Posto de Saúde queixando-se de dor na região lombar esquerda e hematúria durante as duas últimas horas. A dor é tipo cólica e associada a suor e vômito. O paciente já teve vários episódios desta dor no passado, tanto no lado direito quanto no esquerdo. Certa vez também apresentou dor e edema no seu primeiro artelho direito e, por diversas vezes, nos últimos tempos, teve dor e edema de seu tornozelo e joelhos. Ácido úrico sérico, feito há um ano, deu 11mg%. Cálcio e fosfato sérico, à mesma época, deram bem. Um Raio-X do abdômen, àquela época, mostrou cálculos renais bilaterais. Foi aconselhada cirurgia, mas o paciente recusou. Também não tem tomado com regularidade a medicação para sua dor articular.

Ao exame, está suando e gemendo de dor. Sua pressão arterial é de 180/120mmHg, e seu coração está dilatado. O exame completo mostra exudatos e hemorragias.

O paciente não gosta da idéia de tomar medicação, pois teme que vá ficar dependente dela. Quer uma cura para sua dor e ressentido o fato de que os médicos ortodoxos sejam incapazes de curá-lo. Reconhece ter consultado um curandeiro indígena que tem a reputação de ser capaz de remover cálculos renais, sugando-os através de um cachimbo. Aparentemente, os cálculos haviam sido sugados de seus rins e mostrados a ele. Ele está agora surpreso por ter tido uma recaída de sua dor e se recusa a aceitar explicação do médico de que os cálculos renais ainda estão lá.

**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 24**

Mulher de 30 anos de idade, com baixa renda, vivendo numa área urbana, vem ao Posto queixando-se de dor no tórax, constipação frequente, mal estar gástrico (no estômago), dor de cabeça e nas costas, perda de apetite e fraqueza no corpo durante os últimos meses. É solteira, o interrogatório revela que ela tem sonhos frequentes com animais selvagens, como macacos e elefantes. Também tem pesadelos em que é perseguida por cobras. Ocasionalmente, seus sonhos envolvem parentes mortos que vêm avisá-la de que há pessoas perigosas na sua vida que a querem destruir. Os espíritos que a visitam em seus sonhos, à noite, e algumas vezes durante o dia, dizem-lhe que existem drogas com as quais ela pode proteger-se do mal. A paciente diz que estes espíritos vêm sem aviso e enchem a sua cabeça com pensamentos que ela não consegue controlar.

O exame físico revela uma mulher com peso diminuído e anêmica, sem outra evidência de anormalidade orgânica. Exames de sangue e urina são negativos e sua pressão está normal.



# O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS

## VINHETAS INTERNACIONAIS

### Tradução para o Português

#### Nº 42

Uma colegial de 16 anos vem à consulta com o único propósito de obter o atestado de saúde. Diz que quer procurar um curandeiro nativo para tratar da sua doença. Diz ter uma “cobra” ao redor da falange terminal do seu dedo indicador esquerdo. Esta “cobra” ainda não deu a volta completa, mas assim que o círculo for completado ela certamente morrerá. Acredita que os praticantes da medicina tradicional não podem tratar esta condição.

O exame do seu dedo indicador esquerdo mostra uma ferida na polpa da falange terminal, circundada por uma fina margem branca. Quando é solicitado à paciente que mostre a “cobra” no seu dedo indicador, ela aponta a margem branca que circunda a ferida.

Nenhuma medicação é dada à paciente, já que ela a colocaria fora ao chegar em casa, mas lhe é dado o atestado e lhe é aconselhado voltar a se decidir procurar cuidados médicos adequados para o seu dedo.

A história da paciente revela que ela é a terceira filha de uma família de 7. A mãe é dona-de-casa e o pai, fazendeiro. Os pais são analfabetos; a paciente frequenta a escola, mas ainda não completou o curso secundário.

**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 44**

Um homem branco, casado, de 58 anos, conhecido no Posto de Saúde nos últimos 8 anos, vem à consulta queixando-se por ter recebido uma carta do Serviço Social declarando que o seu benefício está por ser cancelado. Queixa-se de que não será capaz de pagar a sua medicação. Ele tem uma história de 40 anos de psoríase, 10 anos de artropatia psoriática associada à asma e bronquite crônica. Há dois anos o paciente sofreu um infarto agudo do miocárdio e, depois do programa de reabilitação, desenvolveu dores no peito graves e recorrentes, não aliviadas com medicação. Tem recebido benefício de 100% por incapacitação e não tem trabalhado desde aquela ocasião. Ele frequenta o Posto persistentemente e toma vários remédios. Ainda se queixa de dores no peito recorrentes que não são aliviadas com os comprimidos; se associam à falta de ar e pioram com a atividade.

**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 45**

Um homem casado, de 45 anos, vem à consulta pela primeira vez queixando-se de grave dor de cabeça bilateral. Sua dor de cabeça começou há aproximadamente uma semana antes da consulta. Está preocupado e incapaz de sair e trabalhar. A dor fica mais intensa principalmente à noite e interfere com o seu sono. Inicialmente comprou algum remédio para parar a dor, mas não houve resultado. Uma vez chegou a pedir um revólver à sua mulher porque sentiu que não podia continuar vivendo. A mulher mantém a arma longe dele porque teme que o marido possa se matar. Os sintomas começaram logo depois que o paciente esteve envolvido num acidente em que o carro que ele estava dirigindo atropelou uma pessoa que veio a morrer. O paciente teve de pagar uma grande quantia de dinheiro aos parentes do morto e também teve de consertar o seu carro. Seus recursos financeiros se esgotaram e teve de hipotecar sua terra ao banco. De acordo com sua mulher, que o acompanhou ao Posto, preocupações com problemas econômicos têm sido intensas. O paciente é incapaz de pensar em qualquer outra coisa e continuamente expressa ansiedade sobre o futuro.

Quando examinado, o paciente revela-se tenso, ansioso, franzindo a testa, suspirando frequentemente e se movimentando inquietamente pelo Posto. O exame físico é normal. A característica da dor de cabeça é de que é bitemporal, com radiações ocasionais até a parte de trás da cabeça e pescoço. É profunda e pulsante.

**O REGISTRO TRIAXIAL DOS PROBLEMAS DE SAÚDE  
UM ESTUDO INTERNACIONAL PROPOSTO PELA OMS**

**VINHETAS INTERNACIONAIS**

**Tradução para o Português**

**Nº 46**

Um aluno do 2º grau, de 16 anos, visita o Posto pela primeira vez queixando-se de dor retal e corrimento. Ele admite atividades homossexuais durante o mês anterior e está preocupado com a possibilidade de doença venérea. Está também muito ansioso que seus pais possam descobrir essas atividades, já que sua tendência homossexual, durante os últimos tempos, tem sido uma fonte de atrito constante entre ele e os pais. Tentou conversar com seus pais a respeito das suas inclinações, mas isto causou considerável sofrimento doméstico. Também já quis sair de casa e morar com um homem mais velho, que tem sido seu parceiro sexual, mas este homem toma drogas regularmente e o paciente tem um certo medo disto. O paciente fuma maconha regularmente, mas não quer tomar drogas “mais pesadas”. O paciente diz que vem tendo problemas com sua identidade sexual há um ano. Sente que deveria ter nascido mulher desde tenra idade. Nunca se interessou por brincadeiras de menino e sempre se considerou “diferente”.

O exame físico revela um homem magro, sendo o único achado significativo um corrimento retal espesso e acinzentado e uma óbvia inflamação retal.