



KARINA DINIZ OLIVEIRA

**DETECÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM
PACIENTES ADMITIDOS POR TRAUMA EM UNIDADE
DE EMERGÊNCIA: ESTUDO DE CORRELAÇÕES.**

Campinas

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

KARINA DINIZ OLIVEIRA

Detecção de substâncias psicoativas em pacientes admitidos por trauma em unidade de emergência: estudo de correlações.

Tese apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutora em Ciências Médicas, na Área de Concentração de Saúde Mental.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Karina Diniz Oliveira e orientada pela Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo.

Campinas

2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

OL4d Oliveira, Karina Diniz, 1975-
Detecção de substâncias psicoativas em pacientes admitidos por trauma em unidade de emergência : estudo de correlações / Karina Diniz Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Ferimentos e lesões. 2. Etanol. 3. Cocaína. 4. Cocaína crack. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Use of psychoactive substances in trauma patients

Palavras-chave em inglês:

Wounds and injuries

Ethanol

Cocaine

Crack cocaine

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Doutora em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Gerson Alves Pereira Junior

Claudio Eduardo Muller Banzato

Clarice Sandi Madruga

Ivan Felizardo Contrera Toro

Data de defesa: 08-05-2015

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

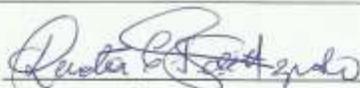
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

KARINA DINIZ OLIVEIRA

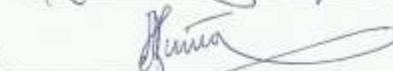
Orientador (a) PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

MEMBROS:

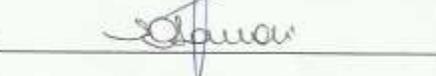
1. PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO



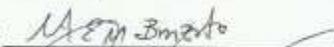
2. PROF(A). DR(A). GERSON ALVES PEREIRA JUNIOR



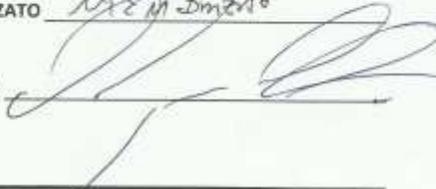
3. PROF(A). DR(A). CLARICE SANDI MADRUGA



4. PROF(A). DR(A). CLAUDIO EDUARDO MULLER BANZATO



5. PROF(A). DR(A). IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 08 de maio de 2015.

Objetivos: descrever o perfil sociodemográfico e o padrão de uso de substâncias psicoativas (SPA) em pacientes admitidos em unidade de emergência (UE) por traumas. Além disso, relacionar a detecção laboratorial de SPA com a gravidade e o mecanismo de trauma.

Métodos: Estudo quantitativo, de corte transversal e longitudinal realizado com sujeitos maiores de 18 anos, admitidos em UE em decorrência de traumas. Os instrumentos utilizados foram: questionário com dados sociodemográficos e de padrão de consumo de SPA, e as seções J e K do “*Mini International Neuropsychiatric Interview*”, para avaliação de abuso e dependência. Os pacientes que apresentaram uso nocivo ou dependência de SPA foram submetidos à intervenção breve. Foram coletadas amostras de sangue e urina para pesquisa laboratorial de álcool, cocaína, crack, cocaetileno e canabinóides. Dos prontuários médicos, foram levantados os dados de mecanismo e gravidade do trauma (avaliado pelos escores RTS – *Revised Trauma Score* – e ISS – *Injury Severity Score*). O seguimento foi realizado através de contato telefônico um ano após o evento trauma para avaliação do padrão de uso de SPA.

Resultados: Foram incluídos no estudo 453 indivíduos, em sua maioria homens, com média de idade 36,1 anos, 8 anos de escolaridade, com filhos e laboralmente ativos. 348 pacientes responderam ao questionário. Padrão de poliuso e dependência foram detectados em 147 e 37 sujeitos respectivamente, principalmente em homens jovens. Houve predomínio de acidentes de trânsito e maior proporção de homens nos mecanismos ferimentos com arma branca, acidentes de moto e ferimentos por projétil de arma de fogo. Das 435 amostras de sangue e urina coletadas, 169 foram positivas para presença de SPA: álcool (21,2%), cocaína (19,8%), canabinóides (13%), crack (11%), cocaetileno (15,9%). Houve diferença significativa na comparação da análise laboratorial de SPA com o mecanismo de trauma, com correlação negativa para cocaína/crack no acidente de trânsito e correlação positiva para todas as SPA no trauma de violência. Os pacientes com análises positivas para álcool, cocaína, crack e cocaetileno apresentaram traumas mais graves (RTS<7,84). Quando considerado o ISS, os traumas mais graves foram apresentados por sujeitos cujas amostras foram positivas para cocaetileno e crack

(ISS>16). A maior letalidade foi causada por atropelamentos, responsável por 13/41 (31,7%) dos óbitos. Intervenção breve não interferiu na mudança de padrão de uso de SPA relatado no seguimento de um ano.

Conclusões: Homens, jovens, com 4 a 8 anos de escolaridade, sem companheira fixa, com filhos e laboralmente ativos foram a maioria dos sujeitos do estudo. O padrão de consumo de SPA nas vítimas de trauma mostrou início de uso antes dos 18 anos de idade e grande proporção de abuso e dependência. A presença de álcool e drogas ilícitas na análise laboratorial em vítimas de trauma foi elevada, com destaque para cocaína e crack. O mecanismo de trauma mais comum foi acidente de trânsito, com maior letalidade no atropelamento. A presença de álcool, crack e cocaetileno esteve associada a maior gravidade do trauma. Em relação a outros mecanismos, trauma de violência esteve associado a maior detecção positiva de SPA.

ABSTRACT

Objectives: describing sociodemographic profile and pattern of psychoactives substances (PSA) use in patients treated for injuries in an Emergency Unit. Furthermore, unite the PSA laboratorial detection with the severity and injury mechanism.

Methods: quantitative study, transversal and longitudinal, with subjects older than 18, admitted in ER for trauma. The instruments applied were a sociodemographic questionnaire and the J and K sections of *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) to evaluate PSA abuse and dependence. Blood and urine samples were collected to detect alcohol, cocaine, crack, cocaethylene and THC. Data from injury mechanism and lesions severity (evaluated through RTS – *Revised Trauma Score* – and ISS – *Injury Severity Score*) were found in medical records. The following were made by phone contact to evaluate pattern of PSA use one year after trauma.

Results: 453 subjects, male, average age 36,3 years, 8 years of scholarity, with kids and working. 348 answered the questionnaire. Polyuse and poly-dependance pattern were detected in 147 and 37 patients respectively, mainly young men. The predominant trauma mechanism was traffic-related injuries. In young men the main mechanisms were motorcycle accidents, cold steal and firearm perforation. From 435 urine and blood samples collected, 169 (38,8%) detected some PSA: alcohol (21,2%), cocaine (19,8%), THC (13%), crack (11%), cocaethylene (15,9%). There was a significant correlation between the sample analysis and the trauma mechanism. Negative correlation for crack and cocaine in traffic related injuries and positive correlation for all PSA in violence-related injuries. Subjects whose samples were positive to alcohol, cocaine, crack and cocaethylene showed more severe traumas according to RTS. When ISS is considered, more severity in the patients whose samples were positive to crack and cocaethylene (ISS>16). Major lethality caused by tramplings (31,7% of the 41 deaths). Brief intervention didn't change the pattern of PSA use one year after trauma.

Conclusions: Most subjects were men, young, 4 to 8 years of scholarity, without partner, with kids and working. Trauma patients began the use of PSA during the youth and showed great percentages of abuse and dependence. Positive samples percentages were high, specially crack and cocaine. Predominant trauma mechanism was traffic accident,

and trampling was the most lethal mechanism. Positive samples for alcohol, crack and cocaethylene were associated to major severity of trauma. Violence-related traumas were associated to positive samples more than other mechanisms.

SUMÁRIO

Dedicatória	xv
Agradecimentos	xvii
Lista de Abreviaturas	xix
Lista de Ilustrações	xxiii
Lista de Tabelas	xxv
1. Introdução	1
1.1. Uso de SPA e sociedade	2
1.2. Uso de SPA, trauma e violência	4
1.3. A rede de atenção em urgência e emergência	6
1.4. Uso das diversas SPA e trauma	7
1.5. Avaliação no serviço de emergência e análise de SPA	11
1.6. Intervenção breve e entrevista motivacional em ambiente hospitalar	13
2. Objetivos	17
2.1. Objetivo geral	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. Métodos	19
3.1. Contextualização do projeto	19
3.2. Tipo de estudo	19
3.3. Período da pesquisa	20
3.4. Local da pesquisa	20
3.5. Os participantes do projeto	21
3.6. O processo de treinamento	21
3.7. Sujeitos	22
3.7.1. Critérios de inclusão	22
3.8. Instrumentos	23
3.8.1. Questionário de levantamento de dados	23
3.8.2. Encaminhamento padrão	23
3.8.3. Questionário de seguimento após um ano do trauma	23
3.8.4. Ficha de coleta de dados	24
3.9. Procedimentos	25
3.9.1. Entrevista, aplicação do TCLE, coleta dos dados, amostras e seguimento	25
3.9.2. Atendimento à vítima de trauma na UER	27
3.9.3. Análises toxicológicas	27
3.10. Análise dos escores do trauma	29
3.11. Análise estatística	31

3.12. Aspectos éticos	31
4. Resultados	33
4.1. Dados gerais da população estudada	33
4.2. Análise laboratorial	37
4.3. Traumas de trânsito	37
4.4. Traumas de violência	39
4.5. Escores de trauma	40
4.6. Inquirição em UE, intervenção breve e uso de SPA pós trauma	43
5. Discussão	45
6. Conclusões	63
7. Referências bibliográficas.....	65
8. Anexos	83
8.1. Anexo 1	83
8.2. Anexo 2	93
8.3. Anexo 3	95
8.4. Anexo 4	97
8.5. Anexo 5	113
8.6. Anexo 6	115
8.7. Anexo 7	117
9. Apêndice	119

Olho em redor do bar em que escrevo essas linhas. Aquele homem ali no balcão, caninha após caninha, nem desconfia que se acha conosco desde o início das eras. Pensa que está somente afogando os problemas dele, João Silva... Ele está é bebendo a milenar inquietação do mundo.

(Mario Quintana)

Para minhas meninas, Maria Fernanda e Ana Clara

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto de colaboração. Não seria possível se não houvesse a cooperação de serviços e pessoas que, de diversas maneiras de igual importância, foram cruciais para a construção dele.

Agradeço à professora doutora Renata Cruz Soares de Azevedo, minha orientadora de Mestrado e deste doutorado, que me confiou a possibilidade de realizar, coordenar e desenvolver esse projeto.

Ao professor doutor Gustavo Pereira Fraga, idealizador do projeto que originou o presente trabalho. Suas orientações e seu conhecimento foram essenciais na elaboração dos alicerces dessa tese.

Ao professor doutor Emilio Carlos Elias Baracat, meu companheiro, sem o qual a lapidação do conteúdo não seria viável.

Aos professores doutores Claudio Eduardo Muller Banzato e Ivan Felizardo Contrera Toro, e ao professor titular Paulo Dalgarrondo, cujas contribuições foram essenciais para aprimorar a qualidade desse estudo.

Aos alunos que trabalharam no PET: Vitoria Carneiro Gimenez, Erica Roberta Fujito Urquiza, Augusto Iglesias Ferreira Filho, Gabriela Iwakura Martelli, Camila Ayume Amano Cavallari, Adriana Peres Ferreira Neto, Karen Hirome Mori, Ana Paula Scaranello, Juliana Perpetuo de Souza, Gabriela Carvalho, Flora Bonemasou, Ana Helena Parodi, Caroline Eugeni, Mayara Schiavon Rabello, Bruno Mangini, Andrezza de Nardi, Maria Laura Santana. Todos mostraram especial cuidado e humanidade na abordagem dos sujeitos da pesquisa em um momento tão delicado e fragilizado de suas vidas. Seu trabalho sério e interessado foi fundamental para a qualidade dos resultados.

Aos preceptores do PET: Celina Matiko Hirome Higa, Rafael Lanaro, Camila Aparecida Teixeira, Ellen Ricci, Rosana Marcia Sartori e Livia de Oliveira Bevilacqua, que sempre mostraram competência e disponibilidade em todas as etapas do trabalho.

À equipe do CCI, que disponibilizou os aparelhos e técnicas para aprimorar e tornar diferenciada a análise dos resultados.

À FCM, especialmente ao Sr Carlos Tukaça, cujo interesse e esforços possibilitaram o fornecimento do material necessário para que as coletas se iniciassem e o trabalho cumprisse seus objetivos e prazos.

Ao governo federal, que através do programa Pro-Saúde financiou a equipe e o material necessário para a realização do trabalho.

A meus pais, José Claudio e Heloisa, pelo que sou.

Aos meus amigos, Sander Cavalcante de Albuquerque, Laura Olalla Saad, Alcyone Januzzi, Eloisa Elena Rubello Valler Celeri e Antonio Carvalho de Ávila Jacintho, que me ampararam em toda a caminhada.

A Dra Sonia Novaes de Rezende, pelo trabalho valioso que me sustentou.

A meus primos, Dr Ary de Andrade Junior e Georgia Kikinis, pelo apoio e incentivo.

A meus queridos tios, Dr Ary de Andrade e Glaucia Oliveira Andrade, cuja história é um exemplo para mim.

A meus professores de ginásio e colegial, Marinice Namurud, Luiz Gianini, Ricardo Pante, Manoel Lopes Ferreira, Ilda Prado Abujamra e José Roberto Lapolla Junior, por contribuírem com os alicerces da minha formação.

À senhora Cleide Aparecida Moreira da Silva, pela análise estatística e pela disponibilidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

ATLS: Suporte Avançado de Vida no Trauma

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CCI: Centro de Controle de Intoxicações

CID: Classificação Internacional de Doenças

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DENARC: Departamento de Investigação sobre Narcóticos

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECG: escala de coma de Glasgow

EM: entrevista motivacional

FAB: ferimento por arma branca

FAF: ferimento por projétil de arma de fogo

FCM: Faculdade de Ciências Médicas

FR: frequência respiratória

GABA: ácido gama aminobutírico

GC/FID: cromatografia gasosa com detecção por ionização de chamas

GC/MS: cromatografia gasosa e líquida acoplada à espectrometria de massas

HC: Hospital de Clínicas

IAM: infarto agudo do miocárdio

IB: intervenção breve

IC: intervalo de confiança

ISS: *Injury Severity Score*

M.I.N.I.: *Mini International Neuropsychiatric Interview*

ML: mililitros

MTOS: *Major Trauma Outcome Study*

Ng: nanogramas

OMS: Organização Mundial de Saúde

OR: *odds ratio*

PA: pressão arterial sistólica

PAR-UE: Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

PET: Programa de Educação Tutorial

PIB: produto interno bruto

Pro Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

RCP: razão de chance prevalente

RTS: *Revised Trauma Score*

RUE: Rede de Atenção em Urgência e Emergência

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SNC: sistema nervoso central

SPA: substância psicoativa

SSP: Secretaria da Segurança Pública

SUS: Sistema Único de Saúde

THC: tetrahydrocannabinol

TCLE-P: termo de consentimento livre e esclarecido- paciente

TCLE-R: termo de consentimento livre e esclarecido- responsável

UBS: Unidade Básica de Saúde

UER: Unidade de Emergência Referenciada

Unicamp: Universidade Estadual de Campinas

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Gráficos

Gráfico 1: Probabilidade de sobrevivência de acordo com RTS

Fluxogramas

Fluxograma 1: Procedimentos realizados conforme situação do paciente admitido na UER/HC-Unicamp em decorrência de traumas no período de novembro de 2012 a setembro de 2013.

Fluxograma 2: Pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013 e incluídos no estudo.

Fluxograma 3: Análise laboratorial de amostras de sangue e urina nos pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Fluxograma 4: Inquirição de uso de SPA em pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Quadros

Quadro 1: Variáveis do RTS e valores de constante para cálculo do score de trauma

Quadro 2: Parâmetros para cálculo da Escala de Coma de Glasgow

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Padrão de uso referido de SPA nos pacientes com diagnóstico de trauma, atendidos na UER/HC-Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Tabela 2: Padrão de uso referido na vida de SPA, segundo gênero, nos pacientes com diagnóstico de trauma, atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Tabela 3: Mecanismo de trauma entre os pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Tabela 4: Mecanismo de trauma entre os pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo gênero.

Tabela 5: Número absoluto, média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e máximo da idade dos pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

Tabela 6: Padrão de uso relatado de SPA em sujeitos admitidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, em decorrência de acidentes de trânsito.

Tabela 7: Positividade da análise laboratorial de SPA das amostras coletadas entre os sujeitos admitidos com trauma de trânsito na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, na comparação com outros mecanismos.

Tabela 8: Padrão de uso relatado de SPA em sujeitos admitidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, em decorrência de traumas de violência.

Tabela 9: Positividade da análise laboratorial de SPA das amostras coletadas entre os sujeitos admitidos com trauma de violência na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, na comparação com outros mecanismos.

Tabela 10: Número de pacientes com valores de RTS alterado e normal atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

Tabela 11: Número de pacientes com valores de ISS maior e menor que 16 atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

Tabela 12: Positividade da amostra para SPA segundo escore de RTS em pacientes vítimas de trauma atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Tabela 13: Positividade da amostra para SPA segundo escore de ISS em pacientes vítimas de trauma atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Tabela 14: Número de pacientes com relato de interrupção e redução do padrão de uso de SPA um ano após admissão na UER/HC Unicamp, em decorrência de trauma.

1. Introdução

As substâncias psicoativas (SPA) são as que, quando utilizadas, têm o potencial de mudar processos de consciência, humor e pensamento individuais¹. Atualmente, o consumo de SPA deve ser considerado como causa de dano psicossocial e à saúde não apenas entre os dependentes, mas também nos indivíduos com episódios eventuais de uso. Pode haver, portanto, um *continuum* de gravidade, que varia desde o uso esporádico até a dependência.²

Considerando a literatura médica, os transtornos relacionados ao uso de substâncias são definidos, na Classificação Internacional das Doenças (CID), em sua décima revisão,³ o uso nocivo de substâncias requer para sua caracterização que haja um dano real causado à saúde do indivíduo em decorrência do uso de SPA. A mesma classificação define a síndrome de dependência como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que tornam o uso de uma substância ou classe de substâncias uma prioridade para o usuário. Outros comportamentos dessa pessoa, que antes tinham maior valor, perdem a importância, e o desejo de consumir a SPA torna-se o aspecto central de sua vida.

Na CID,³ os requisitos para o estabelecimento diagnóstico devem ser ao menos três dos seguintes: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o comportamento de uso; estado de abstinência fisiológico quando da redução ou interrupção no uso; evidência de tolerância; abandono progressivo de prazeres ou interesses em favor do uso e persistência no uso a despeito de evidência de consequências nocivas.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte americano - DSM 5,⁴ transtornos relacionados a uso de substâncias são definidos como a repetição de problemas decorrentes do consumo dessas substâncias que levam a prejuízos e/ou sofrimento clinicamente significativo, cuja gravidade varia de acordo com o número de sintomas apresentados. Esse código trouxe inovações no diagnóstico, abandonando a dicotomia entre abuso e dependência, tornando o critério mais dimensional, excluindo problemas legais e incluindo o conceito de fissura.

A detecção de uso problemático de SPA deve ser realizada levando-se em consideração não apenas sinais e sintomas patognomônicos, mas um conjunto de fatores de diversas naturezas. Esses fatores, tanto individuais como do meio social da pessoa, podem potencializar ou bloquear a manifestação desses sintomas.² Em um paciente esquizofrênico, por exemplo, o uso de SPA assume consequências mais danosas pela

presença da comorbidade. Por outro lado, o uso abusivo de álcool no contexto de trabalho de um motorista de caminhão pode provocar maiores consequências pelo tipo de atividade laborativa que a pessoa exerce. Por isso, a abordagem clínica do usuário deve considerar não somente sua personalidade, mas também os fatores ambientais que podem influenciar e moldar as manifestações da dependência química. Este é um ponto essencial na avaliação da gravidade do uso de SPA.⁵

Além dos aspectos contextuais do consumo, é relevante destacar a ação neurobiológica das SPA. Um dos principais mecanismos orgânicos da dependência envolve o lobo frontal e o sistema límbico, que têm seus circuitos neurais alterados com a mediação dos neurotransmissores dopamina, serotonina, noradrenalina e fator liberador da corticotropina.⁶ A alteração nesses circuitos da região mesolímbica estabelece uma priorização dos estímulos relacionados ao uso de SPA frente aos demais. A partir disso pode se desenvolver um mecanismo de condicionamento, em que o indivíduo não identifica nenhuma atividade ou estímulo como tão prazerosa quanto o uso da SPA. Os substratos neuroanatômicos desse aprendizado são a amígdala (também envolvida no comportamento impulsivo e agressivo) e o hipocampo, associado à memória.⁷ Há também ativação do circuito talâmico-orbitofrontal e do núcleo acumbens, juntamente com o giro do cíngulo, que estão associados ao padrão compulsivo de comportamento. Além disso, o núcleo acumbens tem interconexões com o hipotálamo, também envolvido no comportamento agressivo e impulsivo.^{7,8}

1.1. Uso de SPA e sociedade

O consumo de SPA causa um prejuízo a sociedades em todo o mundo.¹ O uso nocivo de álcool, por exemplo, está associado a mais de 60 tipos de doenças, além de violência, problemas familiares e produtividade laborativa reduzida.⁹

Os estudos econômicos que indiquem os custos da morbimortalidade do álcool ainda são incipientes no Brasil, mas dados governamentais estimam que o Brasil tenha um gasto anual da ordem de 7% do produto interno bruto (PIB) com consequências de diversos problemas relacionados apenas ao consumo de álcool.^{10,11}

O uso de SPA e a criminalidade também estão relacionadas. No ato de procurar e obter a SPA no ambiente de distribuição de drogas ilícitas, o usuário é colocado em contato com um contexto de violência e crime, tornando-se suscetível a situações de risco.¹²

Violência e crime também podem estar presentes nos atos de irritabilidade e impulsividade decorrentes de alterações comportamentais provocadas pela abstinência e intoxicação de substâncias.¹³ Essas reações podem catalisar características de personalidade, aumentando ou fazendo com que se manifestem tendências agressivas que podem culminar em condutas ilegais.^{13, 14}

O uso problemático de SPA também pode causar perda da capacidade de trabalho. A diminuição da produtividade laborativa relacionada ao álcool já foi observada⁹, e há estudos^{15,16} que mostram grande parcela de inativos entre os usuários de cocaína e crack. Se não estão inativos, os dependentes de substância psicoativa exercem em sua maioria atividades informais, qualquer que seja a substância de escolha.¹⁶⁻¹⁸

Além de o uso contínuo e a necessidade de busca pela SPA acabarem dificultando a manutenção de um emprego estável, as alterações de comportamento decorrentes da intoxicação e da abstinência da SPA comprometem a convivência e o exercício de atividade regular.¹⁵

Estudo¹⁹ realizado com famílias de dependentes químicos detectou 21% de desempregados; dos que exerciam atividade remunerada, 49% mantinham apenas atividades informais, sem emprego fixo. Em 1998, o Denarc (Departamento de Investigação sobre Narcóticos) divulgou pesquisa realizada com 981 traficantes, usuários e dependentes de SPA. De acordo com os dados coletados, de cada 100 traficantes, 75 estavam desempregados, e de cada 100 usuários e dependentes de SPA, 76 não exerciam atividade remunerada.²⁰

Se comparado a outros problemas de saúde, o alcoolismo é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas, aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, aumentar em oito vezes a utilização de diárias hospitalares e levar as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social.^{10, 21}

Dessa maneira, o uso nocivo e a dependência de SPA, que acarretam problemas clínicos e danos psicossociais, podem ser considerados problema de saúde pública tanto pela prevalência e impacto na sociedade, quanto pelos prejuízos que causam no indivíduo.¹

Há uma série de problemas físicos entre os usuários de SPA que motivam a procura por serviços de emergência. Essas alterações podem ser decorrentes de problemas clínicos causados pelo uso agudo (intoxicação/abstinência) ou crônico da SPA, ou de causas externas, como traumas e violência.⁵

Os usuários de cocaína apresentam um risco aumentado de eventos

cardiovasculares. A dor torácica é a sua principal queixa ao procurarem o serviço de emergência. O risco de infarto agudo do miocárdio (IAM) aumenta 24 vezes 60 minutos após o uso da cocaína em pessoas que são consideradas de baixo risco, e pode não estar relacionado com a quantidade usada, a via de administração ou sua frequência de uso.^{22,23}

O uso crônico de álcool também pode causar alterações clínicas que motivam a procura por unidades de pronto atendimento. Alterações hepáticas, neurológicas, cardíacas e decorrentes de má nutrição (como alterações metabólicas e hipovitaminoses), além de pancreatite estão entre as principais consequências clínicas do uso crônico de álcool.²⁴

1.2. Uso de SPA, Trauma e Violência

A associação entre o consumo de drogas (lícitas e ilícitas) e traumatismos é muito frequente nas unidades de emergência. O abuso de substâncias está relacionado a uma porcentagem significativa dos traumas atendidos nas unidades de emergência. Em estudo realizado com 653 pacientes que procuraram a unidade de emergência por traumas leves, 2,5% tinham relato de uso de SPA ilícita pouco antes do evento traumático que motivou a procura do serviço de saúde. Nesse trabalho, 18% do total de entrevistados relataram uso recente de álcool.²⁵

O trauma é um ferimento ou lesão caracterizado por uma alteração estrutural ou desequilíbrio fisiológico, resultante da exposição aguda à energia mecânica, térmica, elétrica ou química, ou da ausência de algo essencial, como calor ou oxigênio.²⁶

Um trauma decorrente de violência pode ser definido como qualquer dano ou dor física que foram intencionalmente causados por outra pessoa.²⁷

O mecanismo do trauma é o estudo do processo que levou ao dano do corpo humano, dos fatores que afetaram a transferência da quantidade de energia no momento do incidente.²⁶

Os índices de trauma foram criados para que a probabilidade de sobrevivência dos traumatizados fosse calculada com base em variações fisiológicas e lesões anatômicas. Nos EUA, O *Major Trauma Outcome Study* (MTOS)²⁸ foi um levantamento realizado de 1982 a 1987 em 139 centros hospitalares dos EUA. Delineado com base em índices de trauma e sobrevivência de mais de 80 mil pacientes, constituindo-se a base de comparação dos resultados e estabelecendo as diretrizes para o cuidado ao doente traumatizado.

No Brasil, a doença trauma apresenta-se como um problema de saúde pública: ²⁹ representou em 2011 a primeira causa de mortalidade nas faixas de 20 a 29 anos (71,44%) e de 30 a 39 anos (45,94%), de acordo com dados do DATASUS.³⁰

As principais causas de trauma são relacionadas a acidentes automobilísticos e à violência, especificamente agressões.³¹ No ano de 2011, na faixa etária de 20 a 29 anos 26,4% das mortes por trauma se deveram a acidentes de trânsito e, na faixa etária de 30 a 39 anos, a proporção foi de 31,26% de mortes por trânsito.³² Um estudo projetivo que aborda as prováveis causas de mortalidade mundial até o ano de 2030 coloca os acidentes de trânsito em terceiro lugar, à frente de doenças coronarianas.³¹

Nos EUA, de 1999 a 2003 foram mais de 3 milhões de acidentes anuais, resultando em 40 mil mortes ao ano.³³ Os motociclistas são as maiores vítimas de acidentes de trânsito. Em um estudo publicado acerca de acidentes de trânsito nos EUA, utilizou-se um parâmetro de exposição a trânsito, calculado com base no número de viagens por pessoa. Entre os motoqueiros foi encontrada uma taxa de mortalidade mais de dez vezes maior que a de ocupantes de veículos.³⁴ Essa realidade não é diferente da brasileira. No período de 1990 a 2007, houve um incremento significativo na taxa de mortalidade em acidentes envolvendo motocicletas, que passou de níveis próximos de 0,1% para quase 4%.³⁵

Em Campinas, um grande centro urbano, estudo realizado com base em dados do Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) observou que no período de 1995 a 2008 a ocorrência de acidentes de trânsito com vítimas cresceu de 19,3 para 24,8%. Nesse período, as mortes de ocupantes de moto passaram de 6,6 para 49,3% do total de óbitos no trânsito.³⁶

Apesar de os dados relacionados a mortes no trânsito serem significativos, a causa mais comum de mortalidade por causas externas em adultos jovens, na faixa de 20 a 39 anos, é relacionada a atos de violência, tanto no exterior quanto no Brasil.^{37,38} Estudos ^{12,39} definem a violência como qualquer ato contra os outros ou contra si mesmo, que engloba ameaças de morte, roubos, violência sexual, agressões físicas, assassinatos.

Em 2012 houve 12.765 homicídios registrados nos EUA.⁴⁰ Nesse país, violência é a primeira causa de mortalidade entre jovens de 15 a 24 anos.³⁸

No Brasil, em 2011, foram 52.198 mortes por homicídio e causas violentas correspondendo a 52% das mortes por causas externas na faixa etária de 20 a 29 anos, e 43,7% das mortes por trauma na faixa de 30 a 39 anos.^{37,41}

Há inúmeros fatores de risco associados a envolvimento de jovens com a violência, dentre eles comportamentos impulsivos, envolvimento em contextos violentos, posse de armas de fogo e uso de substâncias psicoativas, inclusive o álcool.^{42,43}

Por envolverem jovens em idade produtiva, os custos da violência envolvem não apenas gastos hospitalares, mas também de perda de produtividade dada sua alta morbidade.^{36,44}

1.3. A Rede de Atenção em Urgência e Emergência (RUE)

Para o adequado controle do trauma, é importante que haja uma rede eficiente de comunicação, atendimento e transporte, essenciais para não somente salvar vidas, mas também evitar sequelas definitivas nas vítimas. Os sistemas integrados permitem o reconhecimento da gravidade das lesões, proporcionam atendimento correto às vítimas e possibilitam a programação de reabilitação para que o paciente possa ser reintegrado da melhor forma possível à sociedade, quer pelo retorno à vida produtiva, quer por condições dignas de sobrevivência.^{29,45}

Nesse sentido, em 2013 foi lançado pelo Ministério da Saúde um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, (PAR-RUE), visando à integração dos serviços de saúde da rede de Urgência e Emergência para que o atendimento à vítima de trauma possa ser integral e eficiente.³⁵

Os componentes da Rede de Urgência e Emergência são a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), cuja função é ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, e a Central de Regulação Médica de Urgência, com profissionais médicos que classificam e priorizam as demandas de atendimento de urgência, organizando fluxo de encaminhamentos e referenciamentos dos casos.⁴⁷

A Unidade de pronto Atendimento (UPA)⁴⁸ é uma estrutura de complexidade intermediária entre a Unidade Básica de Saúde e o Complexo Hospitalar, que funciona 24 horas por dia e tem a função de receber o paciente e encaminhá-lo para o serviço de referência necessário. Ao final da cadeia, a RUE conta com hospitais de nível terciário, leitos de retaguarda, unidades de terapia intensiva (UTI) e linhas de cuidado específicas para o trauma.³⁵

1.4. Uso das diversas SPA e trauma

Álcool

Estima-se que, no Brasil, 54% da população adulta ingira bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana. A prevalência de dependência em nosso país atinge 6,8%; 17% dos brasileiros maiores de 18 anos são abusadores ou dependentes de álcool.⁴⁹

O álcool é a mais utilizada entre todas as substâncias depressoras do sistema nervoso central.⁵⁰ Além disso, é a substância mais associada a atos de violência.^{51,52} Os efeitos psicoativos da ingestão de pequenas a médias quantidades de álcool estão associados à ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório.¹³ O álcool ativa neurônios inibitórios gabaérgicos do córtex pré-frontal e do sistema límbico, diminuindo no indivíduo tanto a sensação de medo e perigo quanto a capacidade de planejar seus atos.⁸

A intoxicação por álcool acarreta perda da capacidade de concentração por várias horas após a ingestão. A perda de habilidades psicomotoras e o aumento da impulsividade associados ao seu uso abusivo pode levar ao cometimento de crimes violentos.^{53,54}

Estudos⁵⁵ constataram que pessoas que ingerem bebidas alcoólicas regularmente têm um risco significativamente maior de serem admitidas em unidades de emergência em decorrência tanto de traumas quanto de outros problemas, clínicos ou cirúrgicos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o álcool é ingerido por grande parte dos adultos e está relacionado com 3,2% das mortes no mundo, ou ainda, 1.8 milhões de mortes anualmente.⁵⁶ Esse mesmo levantamento constatou que cerca de 47% das vítimas de traumas têm níveis positivos de alcoolemia e aproximadamente 40% dos pacientes traumatizados com níveis sanguíneos de álcool negativos preenchem critérios clínicos para dependência de álcool.

O uso do álcool torna os reflexos mais lentos e prejudica a coordenação motora, aumentando as chances de colisão. Além disso, os motoristas que fizeram uso de álcool usam menos cintos de segurança, dirigem em maior velocidade e têm maior risco de distração.⁵⁷ Um estudo realizado com vítimas de acidentes de trânsito constatou que mesmo os motoristas que dirigiam sob efeito de álcool reconheciam que o uso da SPA aumentava muito o risco de sofrer um acidente.⁵⁸

Estudo realizado na Bélgica com 1078 motoristas envolvidos em acidentes de trânsito constatou que 26,2% deles apresentavam amostras séricas positivas para álcool, sendo que a grande maioria (64%) das amostras positivas acusavam concentrações maiores que 1,3 g/L, mais que o dobro do limite legal permitido no país, que é de 0,5 g/L.⁵⁹

No Brasil, em levantamento nacional realizado sobre o uso do álcool, 21,6% dos adultos admitiram já terem dirigido alcoolizados pelo menos uma vez na vida.⁴⁹ O uso do álcool é responsável por 60% dos acidentes de trânsito no Brasil e aparece em 70% dos laudos necrológicos de mortes violentas. Mais da metade dos crimes é cometida quando o criminoso está intoxicado por álcool.⁵¹

As altas taxas de prevalência e a relação comprovada entre uso de álcool e traumatismos tornam essencial, em pacientes vítimas de traumas, a detecção de uso e dependência de álcool, quer por questionários padronizados, quer por dosagem sérica da substância.⁶⁰

Cocaína e crack

Quase 6 milhões de brasileiros adultos já experimentaram alguma apresentação de cocaína na vida. A prevalência de uso da cocaína em 2012 foi, no Brasil, de 2% da população de adultos.⁴⁹ O consumo de cocaína na forma fumada, ou crack, por sua vez, tem prevalência de 1,4% no Brasil⁴⁹; em 2006 essa taxa era de 0,7%.⁵⁰

A cocaína é uma SPA estimulante e age no sistema nervoso central (SNC) aumentando a quantidade de dopamina, noradrenalina e serotonina na fenda sináptica.⁸ Os efeitos no comportamento têm início rápido e duração de 30 a 60 minutos. Os metabólitos, porém, são detectáveis no sangue e urina por até dez dias após o uso.⁶¹

A forma de uso de cocaína com maior potencial dependogênico é a ingerida por via inalatória fumada, sob a forma de merla ou crack. O contato com os vasos pulmonares leva rapidamente a substância ao cérebro (início de ação em 8 a 10 segundos). Além disso, o caráter mais básico dessa forma de cocaína facilita a passagem da substância pela barreira hematoencefálica, aumentando ainda mais a velocidade de início de ação.¹ O tempo de duração dos efeitos psicoativos do crack é muito curto, 5 a 10 minutos, o que leva rapidamente a uma sensação muito desagradável na abstinência e a um comportamento de procura incessante pela droga, que faz o usuário muitas vezes consumir até a exaustão física.^{62,63}

A cocaína é a droga ilícita mais comumente registrada nas admissões em unidades de pronto atendimento. Os usuários de cocaína estão também mais sujeitos a sofrerem mortes violentas. Pesquisa brasileira, que acompanhou 107 usuários de crack e cocaína por 12 anos, constatou que, dos 27 falecidos, 16 foram vítimas de homicídio, uma taxa muito superior à da população geral de São Paulo, onde foi realizado o estudo.⁶⁴ Outro estudo realizado na cidade de Nova Iorque encontrou metabólitos de cocaína no sangue de 31% das vítimas de homicídio.⁶⁵

No que se refere a acidentes de trânsito, aproximadamente 1% dos motoristas envolvidos em acidentes têm amostras de sangue positivas para cocaína, de acordo com estudo belga que avaliou motoristas admitidos em unidade de emergência em decorrência de acidentes de trânsito.⁵⁹ Entre motociclistas, estudo realizado em Porto Alegre encontrou amostras de cocaína positivas em 9,2% dos sujeitos.⁶⁶

Canabinóides

Segundo dados de levantamento nacional realizado em 2012 no Brasil, 7% dos brasileiros adultos já experimentaram maconha pelo menos uma vez na vida, e 3% da população adulta brasileira usou essa SPA no último ano.⁴⁹

Seu composto psicoativo principal é o delta-9 tetrahydrocannabinol (THC). O THC é absorvido em 50% através da fumaça inalada pelo cigarro de maconha. Se inalado, o composto rapidamente atinge os pulmões e, pela corrente sanguínea, em poucos minutos cruza a barreira hematoencefálica. Por ser lipossolúvel, o THC acumula-se no tecido gorduroso e pode permanecer por até 7 dias no organismo.⁶⁷

Existem receptores canabinóides em todo o córtex cerebral, principalmente no sistema límbico (incluindo hipocampo e amígdala), gânglios da base, tálamo e cerebelo.⁶⁸ A *cannabis* tem efeitos euforizantes, podendo causar risos imotivados, aumento do desejo sexual e do apetite, aumento da autoconfiança e grandiosidade, da sociabilidade, sensação de relaxamento e loquacidade.^{67,68} Durante a intoxicação há prejuízo na concentração e na realização de atividades complexas.^{67,69}

Há dados mostrando que o uso de cannabis aumenta o tempo de reação e afeta a capacidade de dirigir, especialmente se consumida juntamente com o álcool.⁶⁹

Estudo realizado em salas de emergência brasileiras encontrou prevalência de 13,6% de presença de THC em urina de vítimas de traumas.⁷⁰ Há estudos que consideram a maconha a SPA ilícita mais associada a acidentes de trânsito e traumas em geral, com até 46 % de análises laboratoriais positivas de THC em urina.^{71,72}

Poliuso de SPA

O policonsumo de SPA pode ser definido como o consumo concomitante ou consecutivo de diferentes drogas lícitas e/ou ilícitas. Entre os usuários e principalmente entre os dependentes, o consumo de mais de uma substância psicoativa é a regra e não a exceção, e a detecção do poliuso é fundamental para o estabelecimento de um planejamento terapêutico adequado.⁷³

O padrão de poliuso de SPA pode ser simultâneo ou alternado. O padrão de poliuso simultâneo seria o uso de duas ou mais SPA em um intervalo de tempo curto o suficiente para que haja interação entre os seus efeitos psicoativos, atenuando-os ou potencializando-os.⁷⁴ Exemplos são o álcool, que prolonga os efeitos da cocaína, e a maconha, que intensifica os efeitos psicoativos do ecstasy.⁷⁴⁻⁷⁶ Padrão de poliuso alternado, por sua vez, pode ocorrer em um maior intervalo de tempo e em diferentes contextos, sem que haja interação entre os efeitos psicoativos.⁷⁷ Nesse caso, o sujeito, embora mantenha uma droga de escolha esporadicamente, usa outras de acordo com o contexto e disponibilidade.

O uso de múltiplas SPA, tanto em jovens quanto em adultos, é fator indicativo de maior gravidade e maior chance de desenvolvimento de dependência. Os jovens que experimentam maconha, solventes e cocaína, têm até 30% de chance de desenvolver abuso ou dependência dessas substâncias.^{17,78}

O policonsumo é bastante comum entre dependentes químicos,^{15-17,79} que escolhem as SPA não necessariamente pelo efeito que elas proporcionam, mas também por outros fatores, tais como disponibilidade e ambiente de consumo.⁷³ As primeiras substâncias psicoativas consumidas são álcool e tabaco e, entre as ilícitas, maconha e inalantes (principalmente solventes).⁴⁹ Entre usuários de crack entrevistados na cidade de São Paulo, em estudo de 2002,¹⁸ a primeira droga ilícita consumida pela maioria foi maconha. As demais substâncias ilícitas foram experimentadas posteriormente, a título de curiosidade ou oportunidade.

O álcool está presente em quase todas as combinações de substâncias consideradas na definição de policonsumo de droga. Estudos apontam a associação entre abuso do álcool e dependência mais grave de cocaína, além de aumento do poliuso de drogas. Estima-se que entre 60 a 90% dos dependentes de cocaína tenham diagnóstico de abuso ou dependência de álcool.¹⁵

O uso de múltiplas SPA é determinado, também, pela interação de efeitos psicoativos. A maconha pode atenuar os sintomas paranóides causados pela intoxicação

por crack, por isso as duas SPA frequentemente são usadas em conjunto, muitas vezes sob a forma de uma mistura em um só cigarro, denominada “mesclado”.¹⁷

A associação de bebidas alcoólicas e cocaína é frequente, alguns estudos estimam em 99% de consumo de álcool entre usuários de cocaína. O uso concomitante chega a 75%.⁸⁰ O uso do álcool é identificado como um dos mais importantes facilitadores (“gatilhos”) para o uso da cocaína.⁶²

A razão da alta frequência de consumo simultâneo pode ser tanto o aumento dos efeitos euforizantes pela ingestão de álcool, quanto a diminuição dos efeitos colaterais, como cefaleia após uso de cocaína.^{75,80} A combinação do uso de cocaína e álcool aumenta os níveis plasmáticos de cocaína e seus metabólitos e induz a síntese, via citocromo p450, de cocaetileno, que tem alta taxa de distribuição no cérebro/sangue, com meia-vida plasmática 3 a 5 vezes maior que a da cocaína.⁸⁰

O cocaetileno tem alta toxicidade cardíaca e hepática, comprovado por dados epidemiológicos que mostram que a ingestão simultânea de álcool e cocaína aumenta em 18 vezes o risco de morte súbita.^{80,81}

O policonsumo de SPA deve ser ativamente investigado na avaliação do padrão de uso de substâncias nos diferentes cenários de atendimento do paciente. Os poliusuários apresentam maior gravidade e maior vulnerabilidade, estando mais sujeitos a acidentes e a problemas físicos, uma vez que os efeitos das substâncias são mais deletérios e há maior exposição a riscos.⁷³

Estudo realizado na cidade de São Paulo pesquisou o uso de SPA entre vítimas de traumas não-fatais em unidade de emergência, mostrando que 11% dos pacientes admitidos apresentaram alcoolemia positiva, 13,6% apresentaram *screening* positivo para cannabis e 3,3% positivo para cocaína.⁷⁰

1.5. Avaliação no serviço de emergência do usuário de SPA e análise laboratorial

A inquirição de uso de SPA em serviços de emergência não é realizada com frequência, a despeito de ser um problema de alta prevalência na população.⁵⁵ É frequente que o indivíduo intoxicado não esteja em condições clínicas ou não saiba referir a(s) substância(s) que utilizou. Por isso, o uso de exames de análise toxicológica constitui um importante recurso de auxílio diagnóstico.

As análises toxicológicas apresentam vários objetivos, dentre eles: confirmação da exposição a uma determinada classe de substâncias tóxicas (drogas,

medicamentos, praguicidas, metais, solventes, etc.); avaliação da exposição; diagnóstico diferencial (traumas; quadros psiquiátricos; outras patologias); auxílio em decisões terapêuticas; avaliação da gravidade e do prognóstico; forense; e documentação de laudos e pesquisas científicas.⁸²

O padrão ouro de detecção combina os dados de anamnese e as análises laboratoriais.⁶¹ O exame toxicológico de urina tem a vantagem da facilidade de coleta não invasiva e custo relativamente baixo em relação ao preparo da amostra. Além disso, os metabólitos permanecem mais tempo na urina que em outros espécimes biológicos, e o grande volume coletado permite técnicas menos específicas para avaliação. Os resultados são mais confiáveis e as técnicas mais simples.⁸²

Uma vez ingerida, por via inalatória ou endovenosa, a cocaína é rapidamente metabolizada via hidrólise para produzir benzoilecgonina (BE) e posteriormente ecgonina, metabólitos inativos. Uma pequena proporção é oxidada via citocromo p450 e produz norcocaína, metabólito tóxico e ativo da cocaína.⁸⁰ A cocaína pode permanecer presente na urina de 24 a 72 h após o uso, e os níveis de benzoilecgonina são detectáveis em análises de urina nesse período.

Quando a cocaína é fumada, há pirólise em uma série de compostos químicos e o principal metabólito é a anidroecgonina metil-éster, ou metil-ecgonidina. Estes são biomarcadores para o uso do crack, gerados durante a pirólise da droga, não estando presentes quando o indivíduo usou apenas cocaína na forma de cloridrato.^{83,84} Esse metabólito é detectável na urina e o principal uso se dá para controle de abstinência de pacientes em tratamento. Pode ser detectado até quatro dias depois do último uso, dependendo da sensibilidade do exame e da quantidade usada.⁸⁰

Quando há uso concomitante de álcool e cocaína, a cocaína é esterificada por esterases hepáticas em um metabólito denominado cocaetilenol. Estudos *in vitro* mostraram que o etanol inibe a atividade da enzima responsável pela hidrólise da benzoilecgonina, e há aumento da demetilação da cocaína a norcocaína, o metabólito ativo e tóxico da substância. O cocaetilenol é detectável em urina, saliva, cabelo, sangue ou suor.^{61,83,84}

A quantidade exata de álcool usada, por sua vez, é detectada através de exames de sangue. Seu resultado pode ser fundamental, por exemplo, na diferenciação entre coma devido a trauma ou à intoxicação alcoólica, ou até sua concomitância. A amostra deve ser colhida em tubo seco, com uso de degermante não alcoólico.⁸⁵

A taxa de inquirição de uso de SPA em anamneses rotineiras costuma ser muito baixa. A elaboração de julgamentos de valor muitas vezes se sobrepõe à postura profissional de diagnóstico, orientação e tratamento. Isso já foi observado por estudos internacionais que avaliaram a inquirição sobre a dependência química por médicos generalistas.^{86,87}

1.6. Entrevista motivacional e intervenção breve em ambiente hospitalar

Motivação pode ser definida como a probabilidade de uma pessoa aceitar e praticar uma estratégia específica de mudança. Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade, mas como um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra, podendo ser influenciado por fatores externos.⁸⁸ Ambivalência é a existência simultânea, e com a mesma intensidade, de dois sentimentos ou duas ideias com relação a uma mesma coisa e que se opõem mutuamente.

O paciente com problemas relacionados a uso de SPA apresenta uma constante ambivalência, em que ora o prazer prevalece, ora são questionados os prejuízos decorrentes do uso.^{88,89}

As intervenções breves (IB) consistem em informações, recomendações e instruções para a redução do consumo de SPA, principalmente álcool, feitas por um profissional da saúde.⁴³ As IB têm por objetivo a redução dos riscos de prejuízos causados pelo consumo de SPA (físicos, psicológicos e/ou sociais). Visam a promover a motivação para a mudança de hábitos e ajudar o paciente a tomar decisões.^{90,91}

Para os usuários de risco, que apresentam um padrão de uso abusivo ou nocivo de SPA, as IB consistem em uma forma de tratamento direta. Para os dependentes da SPA, por sua vez, as IB atuam como forma de intervenção indireta, pois agem como facilitadoras do encaminhamento a serviços especializados.^{91,92}

A aplicação da IB tem duas fases: inicialmente é realizada uma triagem de uso de SPA, e uma vez esse se mostrando problemático é apresentado ao paciente o resultado dessa triagem (*feedback*). Em seguida, dá-se ênfase à autonomia do paciente, além de sua responsabilidade na tomada de decisões (*responsivity*). A terceira fase da IB consiste no aconselhamento em relação ao uso de SPA (*advice*), que devem ser desvinculadas de qualquer juízo moral. O terapeuta deve em seguida apresentar ao paciente as alternativas de ações que podem ser tomadas por ele (*menu*). O

encaminhamento a serviço, se necessário, e o seguimento do paciente, que pode ser realizado por meio telefônico, consistem na parte final da intervenção breve.⁹⁰

As vantagens da IB incluem o baixo custo e a facilidade na aplicação, uma vez que são rápidas (duram de 10 a 45 minutos) e podem ser incluídas nas consultas usuais, além de poderem ser realizadas por qualquer profissional da saúde devidamente treinado.⁹³ Pesquisas têm mostrado sua eficiência, de modo especial no tratamento de dependentes do álcool.⁹²⁻⁹⁴

As IB foram inicialmente desenvolvidas para abordagem de consumo de álcool, e sua aplicação na atenção básica e em unidades de emergência tem eficácia devido ao fato de ser muitas vezes o primeiro local de atendimento do paciente. Além disso, esse atendimento muitas vezes é motivado por problemas relacionados ao uso de álcool e outras SPA.⁹³

As IB no contexto hospitalar, mais especificamente nos setores de urgência e emergência, mostraram resultados positivos em pacientes internados em função de traumas, geralmente associados com o consumo de substâncias psicoativas. Cunningham, em estudo de 2012 que aplicou IB em adolescentes com uso problemático de SPA, admitidos em unidade de emergência, constatou que, apesar da pouca redução do consumo, houve posterior diminuição de hospitalizações por eventos traumáticos.⁹⁵ O seguimento dos sujeitos atendidos e orientados a procurar serviços especializados no tratamento da dependência química, por sua vez, é uma parte importante na detecção da eficácia da intervenção breve e principalmente na adesão ao tratamento.^{94,95}

Diversos estudos têm descrito que detecção efetiva e padronizada, intervenção breve no momento da internação e encaminhamento a tratamento podem efetivamente minimizar um futuro consumo problemático de SPA, prevenindo acidentes e diminuindo a frequência do indivíduo às unidades de emergência.⁹⁶⁻⁹⁸

A entrevista motivacional (EM) consiste em uma abordagem de aconselhamento visando a estimular a mudança de um comportamento potencialmente prejudicial ao indivíduo.⁹⁹ Essa abordagem é fundamentada nos conceitos de motivação, ambivalência e prontidão para a mudança. O profissional de saúde deve se nortear por três princípios ao aplicar uma entrevista motivacional: colaboração, evocação e respeito pela autonomia do indivíduo.⁸⁸ O terapeuta que realiza entrevista motivacional deve assumir uma postura empática, entendendo que, apesar de ser o profissional o especialista na técnica, o paciente é o especialista na própria vida. O terapeuta deve partir

de interesses e expectativas do paciente, respeitando a autonomia do mesmo e observando os valores dele.⁹⁹

Ao invés de propor soluções ou sugestões para a pessoa, a entrevista motivacional oferece condições de crítica tentando buscar as razões para mudança no paciente, ao invés de impor ou tentar persuadi-lo sobre a mudança. Em essência, a EM orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária. O terapeuta deve expressar empatia com o paciente, mostrando a ele que entende como o mesmo se sente em relação ao problema, e deve apoiar a pessoa a tomar suas próprias decisões, guiando-a no sentido de orientar e estimular sua motivação para a mudança, de acordo com objetivos que devem partir do usuário.⁸⁹ Isto é, nesta abordagem, a relação terapeuta-paciente é mais de troca, e o terapeuta deve evitar se colocar como “expert” para assumir uma postura mais empática. Apesar de a confrontação ser um objetivo implícito da EM, confrontação direta, imediata e persuasão devem ser evitadas, pois geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança. Porém, o propósito da mudança deve ser o foco do terapeuta, que de maneira sutil deve dirigir a entrevista no sentido de auxiliar a pessoa a lidar com sua ambivalência. É importante saber o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta meta.^{89,99}

Considerando todos os aspectos mencionados nesse capítulo sobre as dificuldades no diagnóstico, na abordagem clínica e na intervenção dos usuários de SPA em unidades de urgência e emergência, e a associação existente entre o uso de substância psicoativa e a ocorrência do trauma, faz-se necessário identificar em pacientes traumatizados a presença do uso de SPA. O conhecimento do perfil desse paciente e a compreensão melhor do uso de SPA e sua relação com gravidade do evento são ferramentas úteis para orientar uma abordagem mais adequada na unidade de emergência e a melhor estratégia de intervenção e prevenção.

2. Objetivos

2.1. Geral

Descrever o perfil sociodemográfico, gravidade e mecanismo do trauma em pacientes atendidos em unidade referenciada de emergência e correlacionar com a presença e o padrão de consumo de SPA.

2.2. Específicos

2.2.1. Descrever perfil sociodemográfico e padrão de consumo de SPA em pacientes vítimas de trauma.

2.2.2. Descrever o mecanismo de trauma, sua gravidade, e correlacionar com o uso de SPA em pacientes vítimas de trauma.

2.2.3. Detectar as taxas de uso de álcool, cocaína, crack e maconha por análise laboratorial e sua relação com escore e o mecanismo do trauma em pacientes admitidos na UE.

3. Métodos

3.1. Contextualização do projeto

O presente projeto insere-se em um Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde, que tem como base teórica as potenciais relações entre a dependência química e a ocorrência do trauma.

O tema da dependência química foi proposto para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) 2012-2014, denominado “Integração ensino-serviço nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia na rede de atenção à saúde, com implementação de modelo de linha de cuidado aos usuários de álcool, tabaco, crack e outras drogas”. O Pró-Saúde é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Rede Municipal de Campinas (RMC), obedecendo à lógica da integração ensino/serviço numa perspectiva interdisciplinar.¹⁰⁰

Além disso, essa iniciativa pretende ampliar a inserção dos discentes de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia na rede de atenção à saúde, visando sua integração nos campos de prática. Outro objetivo é a capacitação de profissionais e discentes da área da saúde no tema escolhido.

Um dos mecanismos usados pelo Pró-Saúde para atingir seus objetivos é o Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde).¹⁰¹ Trata-se de projeto de campo prático do qual participam alunos e profissionais de ensino superior da universidade e da rede municipal de saúde. Cada PET tem um total de 12 alunos bolsistas participantes, 6 preceptores com formação em nível superior e um tutor responsável pelo projeto.

A duração do projeto foi de 26 meses, de outubro de 2012 a dezembro de 2014.

3.2. Tipo de estudo

Fase 1: Estudo quantitativo de corte transversal. Foram abordados todos os pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão, admitidos na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC Unicamp) em decorrência de traumas. Os que consentiram em participar da pesquisa responderam questionário (Anexo 4) e foi proposta a coleta de urina e sangue para análise laboratorial de THC, cocaína, crack, cocaetileno e álcool.

Fase 2: Estudo de seguimento longitudinal. Para todos os participantes do estudo, ainda que tivessem análise negativa ou fosse negado o uso de SPA, foi tentado seguimento por contato telefônico realizado um ano após o evento trauma. Nesse contato foi inquirido o uso de SPA na época e, caso houvesse interrupção ou redução, foram questionadas as razões de eventual interrupção ou diminuição do uso de SPA e eventuais alterações da situação laboral em decorrência do trauma.

3.3. Período da pesquisa

O período de coletas de dados foi de novembro de 2012 a agosto de 2013. Esse tempo foi norteado pelo prazo estipulado para duração do PET-Saúde.

3.4. Local da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Campinas, cuja região metropolitana, em 2011, tinha população de 1.091.946 habitantes, ou 1372,31 habitantes/km².¹⁰² A coleta de dados ocorreu entre os pacientes atendidos em decorrência de traumas na UER do HC Unicamp.

A UER do HC Unicamp conta com uma área útil total de 1030 m², com duas salas de urgência de 27 e 23 m². Fazem parte da equipe 37 enfermeiros e 126 técnicos de enfermagem. Em cada turno (manhã, tarde e noite) trabalham 20 pessoas, totalizando 60 pessoas da equipe de enfermagem por turno. O número de médicos contratados para a área cirúrgica é de 31, incluindo docentes plantonistas, trabalhando em equipe de 3 a cada 24 h. Além disso, há 2 residentes de primeiro ano de cirurgia e um ou dois de cirurgia do trauma trabalhando diariamente na equipe.

O setor de cirurgia da UER tem uma área de referência que abrange a cidade de Campinas e outras da região, todas pertencentes a DIR VII, totalizando 20 municípios.

Em Campinas, a RUE conta com SAMU, UPA e a Central de Regulação de vagas. O HC Unicamp conta com leitos de retaguarda na UER, unidades de terapia intensiva (UTI) e linhas de cuidado específicas para o trauma. Além disso, na cidade há outros três hospitais de nível terciário.

Os pacientes podem chegar a UER do HC Unicamp por demanda espontânea, em viaturas do SAMU encaminhados pela central de vagas, em viaturas dos bombeiros, ambulâncias das prefeituras das cidades de referência, em veículos das

administradoras de estradas da região (Rota das Bandeiras, CCR Autoban, Ecovias), ou de helicóptero Águia da polícia militar.

3.5. Os participantes do projeto

A coleta dos dados na UER foi realizada por 16 alunos de graduação em Medicina e Enfermagem, dos quais 12 recebiam bolsa remunerada e 4 eram voluntários. Todas as atividades eram supervisionadas por 5 profissionais de Saúde Mental com experiência na área de Dependência Química: uma enfermeira, um médico psiquiatra, uma assistente social, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Os alunos e os supervisores passaram por processo de seleção realizado pela autora do projeto em conjunto com a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e a Prefeitura Municipal de Campinas. Houve divulgação do processo seletivo mediante edital publicado no sítio da FCM.

Todos os supervisores atuam profissionalmente na área de Dependência Química: a enfermeira trabalha no Ambulatório de Substâncias Psicoativas da Unicamp, a assistente social concluiu curso de especialização pela Unicamp e trabalha em Caps-AD da rede municipal de Campinas, assim como a psicóloga e a terapeuta ocupacional. O médico psiquiatra é coordenador da Unidade de Emergência Referenciada do HC- Unicamp e já trabalhou como assistente em Caps-AD, também da rede municipal de Campinas. Após seis meses de projeto, o médico psiquiatra foi substituído por uma terapeuta ocupacional, com especialização em Saúde Mental.

3.6. O processo de treinamento

Uma vez selecionados os participantes do projeto, deu-se início em agosto de 2012 ao treinamento, visando à capacitação de alunos e supervisores para a uniformização da coleta de dados.

Inicialmente, no primeiro mês (setembro de 2012) foram distribuídos aos alunos textos com conceitos básicos sobre Dependência Química: neurobiologia, principais depressores, estimulantes e perturbadores, tratamento.

Em seguida, durante o mês de outubro de 2012, foram ministradas aulas expositivas ao grupo, num total de 9 horas-aula, divididas em 6 encontros, buscando firmar os conceitos necessários e resolver eventuais dúvidas sobre o tema.

Uma vez realizado o curso teórico, iniciou-se a segunda fase do treinamento. Nesta etapa, os alunos passaram por processos de simulação da coleta de dados, em

que realizavam a abordagem dos pacientes, a aplicação dos questionários e a realização de entrevista motivacional/intervenção breve. Nessa fase, o grupo era dividido em subgrupos, formados por 5 alunos e dois supervisores cada. Enquanto um dos supervisores fazia o papel de paciente, o outro assistia a cada entrevista com o restante do subgrupo, realizando intervenções e orientando os alunos a resolver eventuais impasses que pudessem ocorrer. Cada aluno realizou no mínimo três entrevistas simuladas.

A maioria dos alunos participantes ainda se encontrava, nessa época, nos primeiros semestres dos cursos de Medicina e Enfermagem, por isso o contato com o paciente apenas havia se dado de forma indireta e mais superficial. Essa fase foi de grande importância porque objetivou diminuir o receio que os alunos apresentavam tanto na abordagem quanto na entrevista dos pacientes, o que poderia comprometer a coleta dos dados. Essa fase de simulação de entrevistas totalizou 6,5 h.

3.7. Sujeitos

3.7.1. Critérios de inclusão

Todos os indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, admitidos na UER Unicamp em decorrência de traumas, que não haviam sido atendidos em outra unidade de emergência, avaliados primeiramente pela equipe de cirurgia do trauma, e que permaneceram internados por mais de 6 horas.

O critério baseado no tempo de permanência na UER ocorreu devido à logística do estudo, visando a minimizar perdas de sujeitos da pesquisa. Os alunos responsáveis pelas coletas de dados não permaneciam 24h na UER. A coleta era realizada em três momentos: no início da manhã, para coleta dos dados dos pacientes admitidos durante a madrugada; na hora do almoço, para os pacientes admitidos durante a manhã; no início da noite, para os pacientes admitidos durante a tarde.

A importância da brevidade do atendimento decorreu da necessidade da coleta de sangue ser realizada logo após o evento trauma. As taxas de alcoolemia sérica decrescem com o tempo e ficam indetectáveis em 6 h pelos métodos disponíveis nesse estudo. Da inclusão de pacientes encaminhados de outros serviços que já tivessem recebido o primeiro atendimento decorreria um número aumentado de amostras negativas devido à metabolização do álcool pelo organismo, causando uma taxa de falsos negativos.

3.8. Instrumentos utilizados para coleta de dados

3.8.1. Questionário de levantamento de dados (Anexo 4):

- Seção I - Dados sociodemográficos: idade; gênero; religião; prática religiosa (sem prática, semanal ou mensal); escolaridade (analfabeto, alfabetizado, fundamental incompleto, fundamental completo, médio, superior, pós-graduação); profissão; atividade laboral (se exercendo a atividade, se afastado, aposentado, desempregado); renda familiar per capita (em salários mínimos); estado civil (casado, solteiro, união estável, divorciado, separado, viúvo); condições de moradia (com parentes, amigos, esposa e filhos, instituição, número de cômodos) e número de filhos.

- Seção II - Padrão de consumo de SPA: tipo de substância (álcool, maconha, cocaína, crack, benzodiazepínicos, opióides, solventes, sintéticos/, anfetaminas, anticolinérgicos e outras). Para cada SPA, perguntou-se idade de início (até 12 anos, de 12 a 15 anos, de 15 a 18 anos, acima de 18 anos); frequência de uso (diária, dias alternados, três vezes por semana, semanal, quinzenal, mensal, menos que mensal, abstinência há mais de 12 meses); quantidade usada (de acordo com a substância inquirida, em unidades alcoólicas, gramas, comprimidos).

- Seções J e K do “*Mini International Neuropsychiatric Interview*” (M.I.N.I.)¹⁰³ que avaliam respectivamente dependência e uso abusivo de álcool (J) e dependência de outras substâncias (K). A seção K foi aplicada separadamente para cada substância que o sujeito referia ter feito uso.

- Seção III: dados acerca do trauma (mecanismo do trauma, posição no veículo se trauma de trânsito [moto, carro]; presença de outras vítimas no evento, se feridas ou óbito; história de trauma anterior, se ocorreu sob uso de SPA e se houve necessidade de internação).

Os diagnósticos de abuso e dependência de álcool e de outras SPA foram realizados com base nas respostas do M.I.N.I.

3.8.2. Encaminhamento padrão (Anexo 5), em que constavam o nome do paciente, a identificação e endereço do serviço que o receberá e os dados de encaminhamento.

3.8.3. Questionário de seguimento após um ano do trauma (anexo 6): incluía padrão de uso de SPA na ocasião do questionário, os motivos de eventual diminuição ou interrupção (sequela do trauma, intervenção breve na internação, o fato de ter sofrido o trauma, sequelas, outros motivos), e a influência do trauma na situação laboral do sujeito (tempo

de afastamento, aposentado ou aguardando a aposentadoria, autônomo impossibilitado de realizar suas atividades)

3.8.4. Ficha de coleta de dados do prontuário (Anexo 7), com os seguintes itens:

- Idade;
- Data e hora da admissão;
- Data e hora de alta;
- CID de alta;
- Especialidade que deu a alta;
- Diagnóstico de alta;
- Dados do encaminhamento à UER;
- Contato prévio, caso tenha sido encaminhado por algum serviço (SAMU, bombeiros, etc.);
- Cidade de origem;
- Mecanismo do trauma;
- Dados de atendimento (consciente/inconsciente, óbito, sinais de intoxicação por SPA, inquirição sobre uso de SPA);
- Dados de internação (se intubação oro-traqueal, óbito, internação em UTI, cirurgias, exames solicitados);
- Dados de evolução: acompanhamento após a alta, limitações;
- Detalhes de atendimento: especialidades que atenderam o paciente, se houve inquirição sobre uso de SPA e qual especialidade a realizou.

Para análise dos dados, os acidentes com carros, motos e atropelamentos foram agrupados em mecanismo de trauma por acidente de trânsito, e os ferimentos por arma branca (FAB), ferimentos por arma de fogo (FAF), espancamento e uma das quedas de altura em mecanismo de trauma por violência.

3.9. Procedimentos

3.9.1. Entrevista, aplicação do TCLE, coleta dos dados e amostras de sangue e urina e seguimento

Os pacientes atendidos na UER do HC-Unicamp em função de trauma que permaneceram por no mínimo 6 horas em ambiente hospitalar foram avaliados por alunos de graduação em medicina ou enfermagem devidamente treinados.

Os sujeitos foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e a voluntariedade de participação. Era salientado que a não participação não implicaria em qualquer mudança no tratamento que seria ministrado. Após devidamente orientados, era proposta a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Informado ao Paciente (TCLIP) (Anexo 2). O termo discrimina a participação mediante questionário e coleta de amostras para análise, separadamente, para tornar mais claras as etapas do procedimento.

Após aceitação e assinatura do termo, era aplicada uma entrevista contendo dados sociodemográficos, antecedente de trauma e de uso de SPA, e registrado o mecanismo do trauma (Anexo 4). Aos que preencheram critérios para abuso e dependência de SPA pelo instrumento *M.I.N.I.*, foi aplicada a intervenção breve, com entrevista motivacional.

Em seguida, quando possível, foi tentada a coleta de amostras de urina para avaliação da presença de cocaína, crack, cocaetileno e canabinóides. A alcoolemia foi avaliada em amostras colhidas na rotina do serviço de atendimento da UER, que foram solicitadas ao Laboratório de Patologia do HC-Unicamp. Os sujeitos incluídos apresentavam gravidade clínica que justificava a coleta de exames gerais na ocasião da admissão a UER-Unicamp.

Os pacientes que apresentaram uso problemático de SPA, já submetidos à intervenção breve, foram encaminhados a serviço especializado. Os residentes no município de Campinas foram encaminhados a serviços especializados em dependência química da Rede Municipal e os residentes na região metropolitana foram encaminhados ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas do Hospital das Clínicas Unicamp.

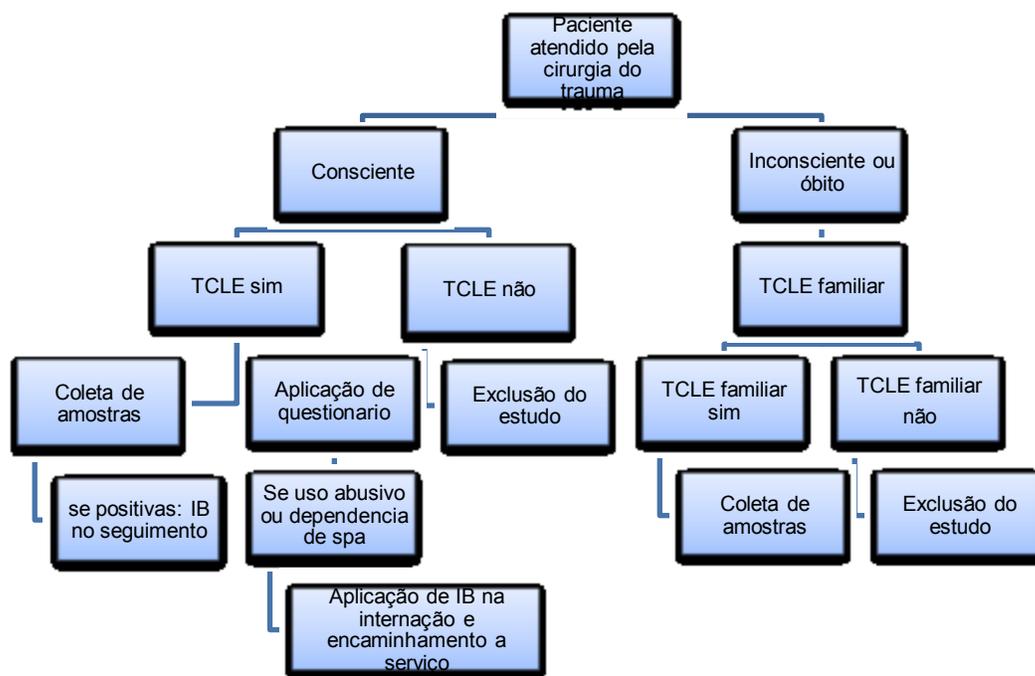
Os sujeitos que chegaram inconscientes a UER e não tiveram condições de manifestar seu consentimento ou evoluíram para óbito tiveram os exames colhidos na rotina de atendimento, uma vez que isso já é padronizado no atendimento ao paciente traumatizado (vide abaixo). As amostras só foram analisadas após algum familiar ou responsável ter consentido com a participação da pesquisa, assinando Termo de Consentimento livre e Esclarecido para Responsáveis (TCLE-R) (Anexo 3). Caso o paciente viesse a ter posteriormente condições de consentimento, era abordado e se houvesse recusa as amostras eram descartadas. Se evoluísse a óbito, eram contatados seus familiares responsáveis e, mediante consentimento desses, com assinatura do TCLE-R, era realizada a análise das amostras. Os resultados permaneceram sigilosos

respeitando-se a ética médica e as normas do sigilo *pós mortem*. Os dados sociodemográficos dos que evoluíram para óbito foram colhidos a partir do prontuário.

Na UER encontrava-se uma planilha de acesso comum em que era preenchido o número de registro de HC de todos os pacientes que chegavam a UER em decorrência de traumas. Após realização das entrevistas e coleta das amostras, os alunos inseriam os dados dos pacientes nessa planilha, em que constavam: data da coleta, número do paciente, nome e número do registro hospitalar do paciente, coletas de urina e sangue, assinatura do TCLE (se foi paciente ou responsável), preenchimento do questionário, local de encaminhamento se realizado, telefone do paciente e evolução resumida do caso (tipo de acidente e óbito se ocorreu). Os pacientes que se recusaram a responder a pesquisa também constavam nessa planilha, mas era preenchido apenas o número do registro hospitalar.

Os procedimentos do estudo na UER seguiam o seguinte fluxograma:

Fluxograma 1: Procedimentos realizados conforme situação do paciente admitido na UER/HC- Unicamp em decorrência de traumas no período de novembro de 2012 a setembro de 2013.



Após um ano do evento trauma, os sujeitos foram contatados e questionados acerca do padrão de uso de SPA e as razões para eventual interrupção ou redução do uso.

Após o período de coleta de dados na UER, os alunos participantes do Projeto PET realizaram levantamento de prontuários, para que pudessem ser conhecidas algumas particularidades do atendimento em UER, bem como detalhes sobre o mecanismo do trauma e a evolução do quadro clínico do sujeito, com base na ficha de coleta de dados (Anexo 7).

3.9.2. Atendimento a vítima de trauma na UER

O atendimento dos pacientes traumatizados prestado na UER segue o protocolo do curso de Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS®¹⁰⁴. Os índices de gravidade das lesões anatômicas são calculados.^{105,106} A coleta de sangue faz parte da rotina de atendimento a qualquer vítima de trauma grave. Portanto, as coletas de sangue ocorreram como parte do procedimento na sala de atendimento. Se o sujeito não estava em condições de consentir, as amostras eram coletadas conforme procedimento protocolar de atendimento às vítimas de traumas e somente foram analisadas após o consentimento informado do paciente ou responsável. Além disso, a triagem de ingestão de bebida alcoólica é importante para nortear a conduta na sala de urgência, devido à interação do etanol com diversas medicações, além de seu efeito depressor do SNC, que pode ser fator de confusão na análise do nível de consciência do atendido. Caso não houvesse o consentimento informado do paciente ou responsáveis, as análises não eram realizadas. A suspeita de consumo de álcool ou substância ilícita também era realizada pela anamnese e exame físico do doente.

3.9.3. Análises toxicológicas

As análises toxicológicas foram realizadas pelo mesmo profissional, técnico universitário com formação em Farmácia Bioquímica e funcionário do laboratório do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (CCI/HC Unicamp). O responsável era formalmente cadastrado como participante do projeto PET-PRO SAÚDE e recebia uma remuneração mensal, assim como os demais técnicos universitários supervisores participantes.

As análises toxicológicas foram empregadas para:^{85,86}

- Determinação da alcoolemia em sangue total por cromatografia gasosa com detecção por ionização de chamas (GC/FID) pela técnica de *headspace*.
- Triagem para cocaína e THC em urina pela técnica de imunocromatografia.
- Confirmação dos resultados positivos efetuados na triagem acima descrita, com a identificação e caracterização dos metabólitos anidroecgonina e anidroecgonina metil éster, biomarcadores do uso do crack, diferenciando assim do cloridrato de cocaína e busca por outras drogas específicas (metanfetamina, opióides, etc) por cromatografia gasosa e líquida acoplada à espectrometria de massas (GC/MS e LC/MS).

A amostra de sangue foi coletada em tubo seco (vermelho), sendo 5 mL o volume mínimo necessário para a realização da análise. A técnica de escolha para o tratamento da amostra foi a técnica de *headspace* que consiste em aquecimento e evaporação da amostra analisada (em estufa de aquecimento à 70°C por 30 minutos) contida no interior do frasco de vidro no qual está condicionada a amostra e depois injetada em um sistema de cromatografia gasosa com detecção por ionização de chamas.

A amostra de urina foi coletada sem o uso de conservantes em frasco de polipropileno, sendo 10 mL o volume mínimo necessário para a realização da análise (poderá ser coletada com ou sem sonda e sob supervisão direta).

A triagem para cocaína e THC na urina foi realizada em teste do tipo “tira” imunocromatográfica de fluxo lateral. Essa técnica é um teste rápido de investigação urinária que pode ser executada sem o uso de um equipamento. O teste utiliza um anticorpo monoclonal para detectar seletivamente níveis elevados de cocaína e metabólitos na urina.

Este teste proporciona apenas um resultado analítico preliminar. Um método físico-químico mais específico deve ser utilizado alternadamente a fim de se obter um resultado analítico confirmatório, que detectará os compostos específicos presentes quando o indivíduo usou crack. A cromatografia gasosa ou líquida acoplada à espectrometria de massas (CG/MS ou LC/MS) são os métodos classificados do tipo “padrão ouro” em análises de drogas de abuso e metabólitos.

A triagem de THC e cocaína na urina foi realizada também por imunoensaio. Foi utilizado 1ml de sangue ou soro e feita uma precipitação de proteínas com Acetonitrila, para posterior extração com Éter. Uma vez evaporado todo o solvente, a amostra resultante era ressuspensa com água: metanol (99:1). Foi realizado após esse processo, o imunoensaio. Por fim, para uma maior segurança, o resultado era confirmado por outra técnica, a cromatografia gasosa com espectrometria de massas (GC/MS- em

SP).

A sensibilidade do kit para Cocaína é de 400ng/mL; Benzoilecgonina: 150 ng/mL; 11-nor-Delta 9 THC-COOH ; 50ng/mL; canabinol: 20.000ng/mL; 11-nor-Delta 8 THC-COOH: 30ng/mL; Delta8-THC: 15.000ng/ml e Delta9-THC: 15.000ng.mL. Isso significa que a presença das substancias é detectada a partir dessas concentrações.

3.10. Cálculo do escore do trauma

Foram utilizados dois escores de avaliação: o escore ISS (*Injury Severity Score*)¹⁰⁵, para análise da gravidade do trauma, e o escore RTS (*Revised Trauma Score*).¹⁰⁶

Um segundo levantamento de prontuários foi realizado para o detalhamento das lesões sofridas pelos sujeitos, bem como os parâmetros clínicos da admissão (ECG, PA, FR), visando a calcular a gravidade do trauma com base nos escores RTS e ISS.

O RTS¹⁰⁶ foi desenvolvido em 1981, com base na teoria de que as maiores causas de morte em trauma são relacionadas a lesões no Sistema Nervoso Central e nos aparelhos circulatório e respiratório. São utilizadas as variáveis: escala de coma de Glasgow (ECG), pressão arterial sistólica (PA) e frequência respiratória (FR). Para o cálculo do RTS, o peso de cada parâmetro é diferente e calculado de acordo com uma regressão logística baseada no MTOS, que estabelece que a injúria de Sistema Nervoso Central, medida pela ECG, tem peso maior, seguido da PA.

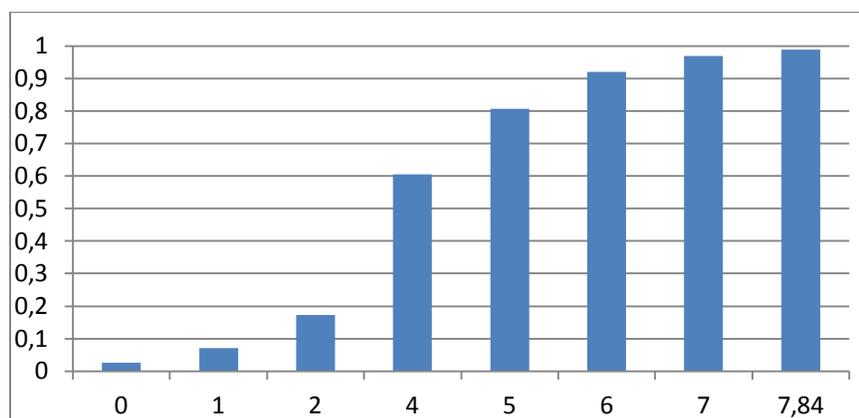
$$\text{RTS} = \text{VALOR ECG} \times 0,9368 + \text{VALOR PA} \times 0,7326 + \text{VALOR FR} \times 0,2908$$

Cada variável do RTS (PA, ECG E FR) tem um valor, que varia de 0 a 4, conforme consta no quadro 1. **Quadro 1:** Variáveis do RTS e valores de constante para cálculo do escore de trauma

ECG	PA sistólica (mmHg)	Frequência respiratória (Movimentos por minuto)	Valor
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0
0,9368	0,7326	0,2908	Constante

De acordo com o valor absoluto do RTS, é estabelecida a expectativa de sobrevivência do doente (gráfico1).

Gráfico 1: Probabilidade de sobrevivência de acordo com RTS



A escala de coma de Glasgow é estabelecida de acordo com os parâmetros do quadro 2.

Quadro 2: Parâmetros para cálculo da Escala de Coma de Glasgow

Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

O escore de gravidade utilizado foi o Índice anatômico de gravidade de lesão, ou ISS (*Injury Severity Score*),¹⁰⁵ categorizado a partir de lesões nos 6 seguimentos do corpo, com valores entre 1 e 6. O ISS é calculado elevando-se ao quadrado os valores das lesões mais graves de 3 seguimentos corporais.

Foram considerados traumas graves os que atingiram valores de RTS menores que 7,84 e de ISS maiores que 16.

3.11. Análise estatística

O banco de dados utilizou o programa SPSS, versão 13.1, para consolidação e análise.

A análise descritiva dos dados foi realizada através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de frequência para variáveis categóricas. Foi realizada análise exploratória de dados, através de medidas de frequência dos dados categóricos e estatísticas descritivas dos dados quantitativos. Para análise dos resultados, foi utilizado o teste Qui-quadrado para análise dos dados categóricos, e quando necessário, o teste exato de Fisher. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para análise das variáveis numéricas.¹⁰⁷

Para as análises multivariadas, o processo de seleção de variáveis que foi utilizado foi o *stepwise*.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% e o intervalo de confiança para o Risco Relativo de 95%.

3.12. Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp conforme parecer número 185108 (anexo 1).

Na primeira abordagem, o título da pesquisa, assim como seus objetivos, era exposto aos entrevistados. Caso o sujeito estivesse inconsciente ou impossibilitado de manifestar consentimento, o mesmo era feito ao responsável.

Antes e durante a aplicação do questionário, era salientado ao sujeito que a participação era voluntária e a recusa em responder à pesquisa, ou a solicitação de interrupção da entrevista, não afetariam a conduta e a continuidade do tratamento.

Os entrevistados também eram orientados acerca do sigilo sobre a sua identidade: além de ler o termo de consentimento em voz alta, os entrevistadores, antes de o sujeito assinar, reforçavam a informação acerca do sigilo obrigatório e perguntavam se o entrevistado tinha alguma dúvida sobre esse ou algum outro aspecto da pesquisa.

Os pacientes que chegaram inconscientes a Unidade de Emergência Referenciada e não tiveram condições de manifestar seu consentimento ou evoluíram para óbito tiveram os exames colhidos na rotina de atendimento, uma vez que isso já é

padronizado no atendimento ao paciente traumatizado. A análise laboratorial só era realizada após algum familiar ou responsável consentir com a participação da pesquisa, assinando Termo de Consentimento livre e Esclarecido para Responsáveis (anexo 3). Caso o paciente viesse a ter posteriormente condições de consentimento, era abordado e se houvesse recusa as amostras eram descartadas. Se evoluísse a óbito, eram contatados seus familiares responsáveis e se estes consentissem, mediante orientação e assinatura do TCLE específico para responsáveis, era realizada a análise das amostras. Os resultados permaneceram sigilosos respeitando-se a ética médica e as normas do sigilo *pós mortem*.

4. Resultados

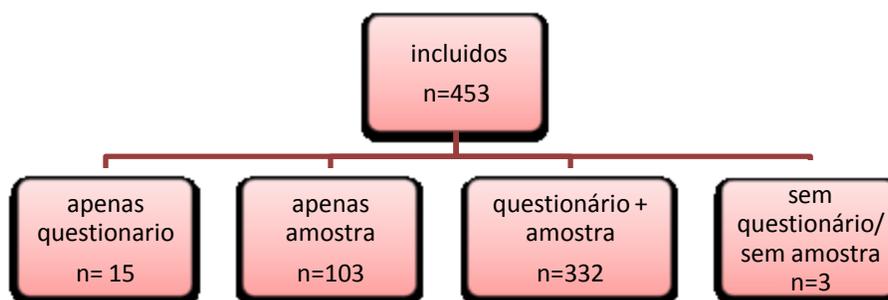
4.1. Dados gerais da população estudada

No período de novembro de 2012 a setembro de 2013 foram incluídos no estudo 453 sujeitos, dos quais 83,7% homens. A média de idade foi de 36,3 anos e a mediana 31 anos, com variação de 18 a 90 anos.

Do total de 453 pacientes, 105 não responderam ao questionário pelas seguintes razões: recusa (n=24), óbito (n=41), permaneceram inconscientes e/ou com sequelas que os incapacitava de interagir (n=40). Os sujeitos que se recusaram a responder o questionário consentiram com a coleta das amostras, por isso foram incluídos no estudo.

O fluxograma 2 detalha os sujeitos incluídos e a distribuição segundo resposta ao questionário e coleta da amostra.

Fluxograma 2 – Pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013 e incluídos no estudo.



Responderam ao questionário 348 sujeitos. O quesito estado civil foi respondido por 347 pessoas. Dessas, 105 (44,7%) mantinham relacionamento estável com companheiro (a) ou esposo (a) e 63,2 % declararam ter filhos.

A informação sobre escolaridade foi respondida por 344 pessoas. Dessas, 43 (12,5%) estudaram até 4 anos, 118 (34,3%) entre 4 e 8 anos e a maioria (183 ou 53,3%) declarou mais de 8 anos de escolaridade. Dentre os 344 pacientes que responderam ao item relacionado ao trabalho, 284 (82,3%) exerciam algum tipo de atividade laborativa.

A tabela 1 apresenta o uso referido de SPA pelos 348 sujeitos da pesquisa que responderam a esse quesito.

Tabela 1. Padrão de uso referido de SPA nos pacientes com diagnóstico de trauma, atendidos na UER/HC-Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	Álcool	Canabinóides	Cocaína	Crack	Benzodiazepínicos
PADRÃO DE USO	(300)	(126)	(90)	(29)	(26)
RELATADO	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Idade de início < 18 anos	210 (70%)	97 (76,9%)	55 (61,1%)	13 (44,8%)	3 (11,5%)
Abuso	90 (30%)	41 (32,5%)	35 (38,9%)	14 (48,3%)	3 (11,5%)
Dependência	36 (12%)	26 (20,6%)	24 (26,7%)	14 (48,3%)	0 (0%)

O poliuso de SPA foi declarado por 147 sujeitos (42,2%). Nesse grupo, considerando o início antes dos 18 anos, o uso de SPA foi declarado por 115 pessoas (78,2%) e o de cocaína, crack ou canabinóides por 88 indivíduos (59,9%).

O padrão compatível com dependência de mais de uma SPA foi preenchido por 37 sujeitos (10,6%). Considerando o início antes dos 18 anos, o uso de alguma SPA foi declarado por 35 (94,5%) e o uso de cocaína, crack ou canabinóides por 29 (78,4%) pessoas nesse grupo.

O uso declarado de SPA apresentou diferenças em relação ao gênero dos entrevistados. Houve proporção significativamente maior de homens entre os que declararam uso na vida de cocaína, canabinóide e poliuso de SPA. O uso de benzodiazepínicos, por sua vez, foi declarado em maior proporção por mulheres (tabela 2).

Tabela 2. Padrão de uso referido na vida de SPA, segundo gênero, nos pacientes com diagnóstico de trauma, atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

GÊNERO	Masculino		Feminino		P*
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	N	(%)	N	(%)	
Cocaína (n=90)	84	(93,3)	6	(6,7)	0,007
Canabinóides (n=126)	120	(95,2)	6	(4,8)	<0,001
Benzodiazepínicos (n=26)	8	(30,7)	18	(69,3)	0,0412
Poliuso (n=147)	136	(93,1)	11	(6,9)	<0,0001
Crack (n=29)	27	(93,1)	2	(6,9)	0,0181

* teste do qui-quadrado

Na análise comparativa da média de idade dos entrevistados, verificou-se que os sujeitos que referiram uso na vida de canabinóides (29,9 anos, $p < 0,0001$), de cocaína (30,1 anos, $p < 0,0003$) e de mais de uma SPA (31,1 anos, $p < 0,0001$) eram mais jovens

que os demais sujeitos do estudo (36,3 anos). Por outro lado, os usuários de benzodiazepínicos eram mais velhos (42,2 anos), porém sem significância estatística na comparação com o restante da amostra ($p=0,1175$).

A tabela 3 descreve os mecanismos de trauma sofridos pelos sujeitos, e a tabela 4 descreve a correlação com gênero. As maiores diferenças proporcionais entre homens e mulheres ocorreram nos mecanismos ferimentos por arma branca (FAB), acidentes de moto e ferimentos por projétil de arma de fogo (FAF).

Tabela 3. Mecanismo de trauma entre os pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

Mecanismo do trauma	N	%
Acidente de moto	121	26,8
Acidente de carro	76	16,8
Atropelamento	52	11,5
Queda de altura	48	10,6
Espancamento	38	8,4
Queda da própria altura	28	6,2
FAF	26	5,7
FAB	22	4,9
Outros	41	9,1
Perdas	1	0,02
TOTAL	453	100,0

Tabela 4. Mecanismo de trauma entre os pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo gênero.

GÊNERO	Masculino (n)	Feminino (n)	Total (n)
MECANISMO DO TRAUMA			
Acidente de moto*	111 (91%)	10 (9%)	121
Acidente de carro	61 (80,2%)	15 (19,8%)	76
Atropelamento	33 (63,4%)	19 (36,3%)	52
Queda de altura	43 (89,6%)	5 (10,4%)	48
Espancamento	33 (89,2%)	5 (10,8%)	37
Queda da própria altura	18 (64,3%)	10 (35,7%)	28
FAF*	25 (96,2%)	1 (3,8%)	26
FAB*	21 (95,4%)	1 (4,6%)	22
Outros	33 (80,5%)	8 (9,5%)	41
TOTAL	377	74	452

* p< 0,001

Todos os traumas decorrentes de espancamento sofridos por mulheres, assim como um decorrente de queda de altura, foram causados por companheiros, namorados ou cônjuges.

Na variável idade, verificou-se que as vítimas eram mais jovens nos acidentes de trânsito com motocicleta. Os indivíduos que sofreram queda da própria altura eram significativamente mais velhos que os demais (tabela 5).

Tabela 5. Número absoluto, média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e máximo da idade dos pacientes atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

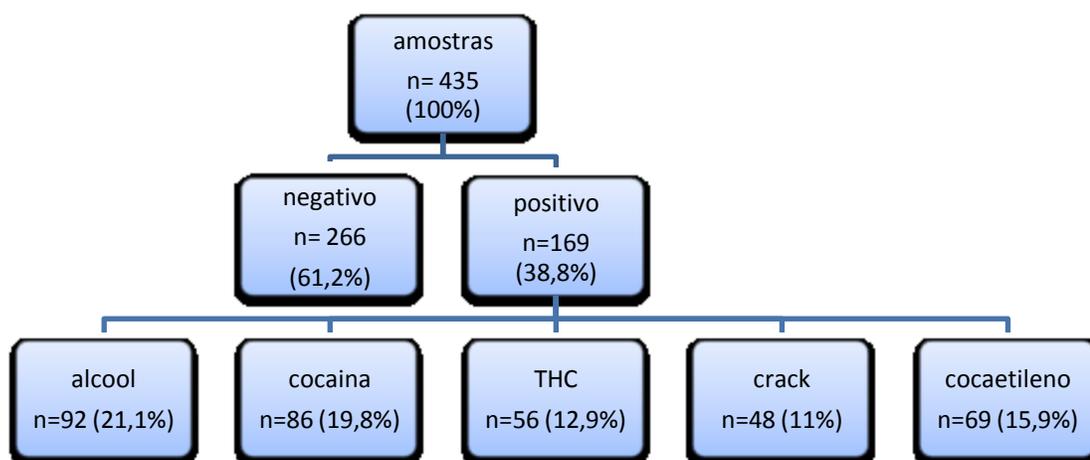
Mecanismo do trauma	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Acidente de moto*	24	28,19	26,00	9,66	18,00	62,00
Acidente de carro	76	33,59	29,00	13,08	18,00	70,00
Atropelamento	50	38,94	34,00	17,74	18,00	86,00
Queda de altura	48	46,98	45,50	16,29	18,00	77,00
Espancamento	37	34,51	35,00	10,55	18,00	56,00
Queda da própria altura*	28	55,11	51,00	23,28	18,00	90,00
FAF	26	34,81	29,00	15,68	18,00	77,00
FAB	22	33,45	32,00	10,37	18,00	58,00
Outros	41	40,20	38,00	17,19	18,00	90,00

*Teste de Mann-Whitney

4.2. Análise laboratorial

O fluxograma 3 exibe os resultados obtidos pela análise laboratorial de THC, crack e cocaína em urina e de álcool sérico. Foram positivas para SPA 169 (38,8%), com predomínio de álcool e cocaína.

Fluxograma 3 – Análise laboratorial de amostras de sangue e urina nos pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013.



4.3 Traumas de trânsito

Dentre os 249 sujeitos que sofreram traumas de trânsito, 179 responderam ao questionário. Houve predomínio do gênero masculino (82,1%), sem companheira(o) fixa(o) (57,8%), com mais de 8 anos de escolaridade (62,6%), com atividade laboral (54,6%) e com filhos (53,3%).

Na análise do RTS, 41,5% dos acidentados no trânsito apresentaram valores alterados no escore à admissão. 50/249 (20,1%) apresentaram valores de RTS menores que 5,00 (sobrevida menor de 80%). Óbito ocorreu em 26 pacientes (10,4%).

O padrão de uso referido de SPA nesses pacientes está descrito na tabela 6. Dos 179 pacientes, 71 (39,7%) referiram já ter usado mais de uma SPA na vida e 17

(9,5%) preencheram critérios para a polidependência de SPA. Nos polidependentes, o atropelamento foi o mecanismo de trauma de trânsito mais comum (6/17).

A análise laboratorial realizada em 238 pacientes mostrou a presença de alguma SPA em 35,7% dos pacientes. Houve predomínio de amostras positivas para álcool, seguido de cocaína e THC. Na comparação da análise laboratorial de SPA com trauma de trânsito (sim/não), houve correlação negativa com diferença significativa para cocaína/crack ($p=0,048$) (tabela 7).

Tabela 6. Padrão de uso relatado de SPA em sujeitos admitidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, em decorrência de acidentes de trânsito.

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA PADRÃO DE USO RELATADO	Álcool N = 179 (%)	Canabinoides N = 58 (%)	Cocaína N = 39 (%)	Crack N = 10 (%)
Idade de início < 18 anos	108 (60,3)	44 (75,9)	24 (61,5)	5 (50)
Abuso	47 (26,3)	26 (44,8)	13 (33,3)	5 (50)
Dependência	13 (7,3)	16 (27,6)	10 (25,6)	5 (50)

Tabela 7. Positividade da análise laboratorial de SPA das amostras coletadas entre os sujeitos admitidos com trauma de trânsito na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, na comparação com outros mecanismos.

Mecanismo de trauma	Trânsito	Outros	p*
Positividade da análise de SPA	(%)	(%)	
Álcool	19,2	26,1	0,095
THC	12,7	13,4	0,649
Cocaína	28,5	24,1	0,048
Crack	8,7	14,8	0,048
Cocaetileno	13,2	19,9	0,065
Qualquer SPA	40,9	42,6	0,140

* teste do qui-quadrado

4.4. Traumas de violência

Entre os 86 admitidos por traumas decorrentes de atos de violência (FAB, FAF, espancamentos e 1 queda de altura (ocorrida em contexto de agressão) 67 (77,9%) responderam ao questionário.

Houve predomínio do gênero masculino (91,2%), com companheiro(a) fixo(a) (55,3%), com menos de 8 anos de escolaridade (52,3%), com atividade laboral (83,6%) e com filhos (73,1%).

Na análise do RTS, 43% das vítimas de violência apresentaram valores alterados no escore à admissão. 18/86 apresentaram valores de RTS menores que 5,00 (sobrevida menor de 80%). Óbito ocorreu em 11,6% dos pacientes.

O padrão de uso referido de SPA nesses pacientes está descrito na tabela 8. Dos 67 pacientes, 46 (68,7%) relataram poliuso de SPA durante a vida. Preencheram critérios para a polidependência de SPA 15 pacientes (22,4%). Nos polidependentes, ferimento por projétil de arma de fogo foi o mecanismo de violência mais comum (40%).

Tabela 8. Padrão de uso relatado de SPA em sujeitos admitidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, em decorrência de traumas de violência.

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA	Álcool	Canabinoides	Cocaína	Crack
PADRÃO DE USO RELATADO	N = 67	N = 43	N = 35	N = 14
	(%)	(%)	(%)	(%)
Idade de início < 18 anos	44 (65,3)	37(86)	22 (62,9)	7 (50)
Abuso	23 (34,3)	11 (25,6)	15 (42,9)	7 (50)
Dependência	14 (20,9)	6 (13,9)	9 (25,7)	7 (50)

A análise laboratorial realizada em 82 pacientes mostrou a presença de alguma SPA em 67,1% dos pacientes. Houve predomínio de amostras positivas para cocaína, seguido de cocaetileno e álcool. Na comparação da análise laboratorial de SPA com trauma de violência (sim/não), houve correlação positiva com diferença significativa para todas as SPA (tabela 9).

Tabela 9. Positividade da análise laboratorial de SPA das amostras coletadas entre os sujeitos admitidos com trauma de violência na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, na comparação com outros mecanismos.

Mecanismo de trauma	Violência	Outros	P	RCP	IC (95%)
Positividade da análise de SPA	(%)	(%)			
Álcool	40,8	18,1	0,0002	2,404	1,521-3,798
THC	24,7	10,3	0,002	2,202	1,329-3,648
Cocaína	44,5	14,2	<0,0001	3,219	2,077-4,989
Crack	28,9	7,5	<0,0001	3,158	1,924-5,185
Cocaetileno	42,3	10,4	<0,0001	3,784	2,414-5,929
Qualquer SPA	67	32,3	<0,0001	3,206	2,023-5,081

* teste do qui-quadrado
 IC: intervalo de confiança
 RCP: Razão de chance prevalente

4.5. Escores de trauma

No que se refere aos escores do trauma, 152 sujeitos (33,6% da amostra) apresentaram na admissão RTS alterado, ou seja, menor que 7,84. A média do RTS foi de 6,9659. O ISS foi maior que 16 em 36,7% dos pacientes. A média do ISS foi de 12,86.

A tabela 10 descreve o número de pacientes com escore de RTS normal e alterado de acordo com o mecanismo de trauma. Os mecanismos que causaram proporção maior de escore alterado foram atropelamento, FAB e FAF ($p < 0,0001$). A maior letalidade foi causada por atropelamentos, responsável por 13/41 (31,7%) dos óbitos.

A tabela 11 descreve o número de pacientes com escore de ISS maior ou menor que 16 de acordo com mecanismo do trauma. Os mecanismos que causaram proporção maior de escore alterado foram acidente de carro, FAB e FAF ($p < 0,0001$).

Tabela 10: Número de pacientes com valores de RTS alterado e normal atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

RTS	RTS normal	RTS alterado
Mecanismo do trauma	(N) (%)	(N) (%)
Moto	83 (68,6)	38 (31,4)
Acidente de carro	42 (55,3)	34 (44,7)
Atropelamento*	22 (42,3)	30 (57,7)
FAB*	10 (45,4)	12 (54,6)
Espancamento	25 (65,8)	13 (34,2)
FAF*	14 (53,4)	12 (46,6)
Queda da própria altura	24 (85,7)	4 (14,3)
Queda de altura	42 (87,5)	6 (12,5)
Outro	38 (92,7)	3 (7,3)

*p<0,0001 (teste qui-quadrado)

Tabela 11: Número de pacientes com valores de ISS maior e menor que 16 atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013, segundo mecanismo de trauma.

ISS	ISS<16	ISS>16
Mecanismo do trauma	(N)(%)	(N) (%)
Moto	71 (59,2)	49 (40,8)
Acidente de carro*	38 (50,7)	37 (49,3)
Atropelamento	28 (53,8)	24 (46,2)
FAB*	11 (50)	11 (50)
Espancamento	25 (65,8)	13 (34,2)
FAF*	12 (48)	13 (52)
Queda da própria altura	26 (92,9)	2 (7,1)
Queda de altura	34 (76,9)	12 (23,1)
Outro	38 (92,7)	3 (7,3)

p<0,0001 (teste qui-quadrado)

A tabela 12 relaciona a categoria do RTS (normal ou alterado) com a positividade para SPA das amostras coletadas. Os pacientes com análises positivas para álcool, cocaína, crack e cocaetileno apresentaram traumas com escore de RTS menor que 7,84.

A tabela 13 relaciona o valor do ISS (maior ou menor que 16) com a positividade para SPA das amostras coletadas. Os sujeitos cujas amostras foram positivas para crack e cocaetilenos mostraram traumas mais graves que os demais sujeitos.

Tabela 12: Positividade da amostra para SPA segundo escore de RTS em pacientes vítimas de trauma atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

RTS	Normal (%)	Alterado (%)	p*	RCP	IC (95%)
Amostra positiva					
Álcool	17,3	31,5	0,0079	1,605	1,1132-2,276
THC	12,3	14,2	0,6571	1,110	0,7-1,762
Cocaína	16,9	25,7	0,0800	1,390	0,961-2,010
Crack	8,3	17,6	0,0221	1,656	1,075-2,550
Cocaetileno	13,2	22,1	0,0583	1,461	0,987-2,163

* teste do qui-quadrado
 IC: intervalo de confiança
 RCP: Razão de chance prevalente
 RTS: *Revised Trauma Score*

Tabela 13: Positividade da amostra para SPA segundo escore de ISS em pacientes vítimas de trauma atendidos na UER/HC Unicamp, no período de novembro 2012 a setembro 2013.

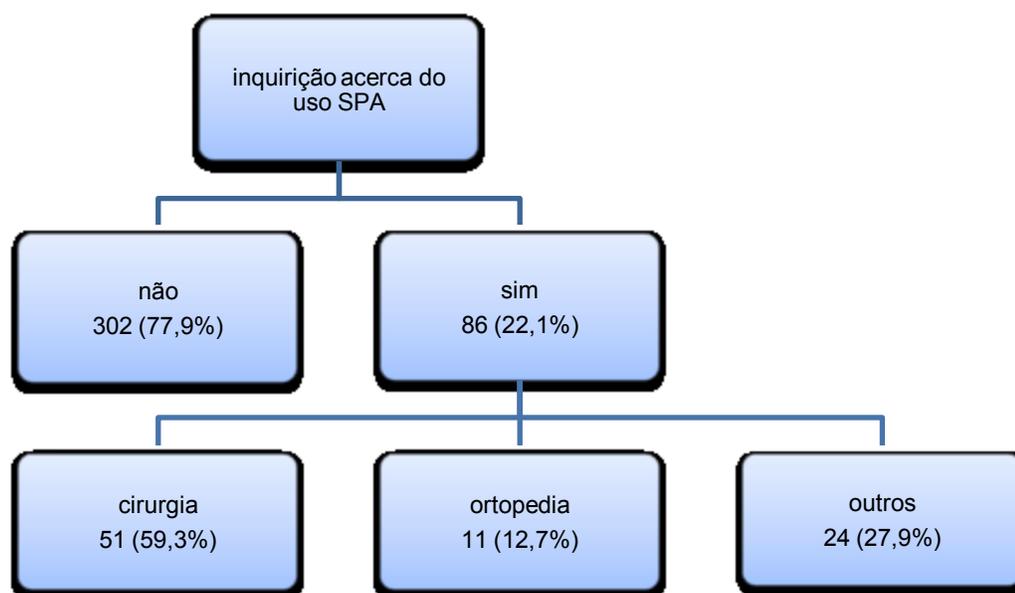
ISS	<16 (%)	>16 (%)	p*	RCP	IC (95%)
Amostra positiva					
Álcool (s/n)	21	24,8	0,4816	1,139	0,793;1,636
THC (s/n)	13,4	12,6	0,8413	0,953	0,597;1,523
Cocaína (s/n)	17,5	23,9	0,2083	1,264	0,878;1,819
Crack (s/n)	8,1	16,8	0,0338	1,578	1,035;2,405
Cocaetileno (s/n)	12,5	22,4	0,0354	1,497	1,028;2,181

* teste do qui-quadrado
 IC: intervalo de confiança
 RCP: Razão de chance prevalente
 ISS: *Injury Severity Score*

4.6. Inquirição sobre uso de SPA, intervenção breve e uso de SPA pós-trauma

Durante o atendimento na UER e na internação, uma porcentagem baixa de pacientes (22,1%) foi inquirida sobre o uso de SPA pelas especialidades médicas responsáveis pelo tratamento. Em paralelo, os alunos de Medicina e Enfermagem aplicaram os questionários e obtiveram as informações em todos os sujeitos submetidos à entrevista. O fluxograma 4 mostra os detalhes acerca da inquirição.

Fluxograma 4: Inquirição de uso de SPA em pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HC Unicamp em decorrência de trauma no período de novembro 2012 a setembro 2013.



A intervenção breve com encaminhamento a serviço especializado em dependência química foi realizada em 139 sujeitos, 123 na ocasião da internação e os

demais na ocasião do contato telefônico. Destes, 17 (12,2%) referiram ter aderido ao tratamento para onde foram encaminhados.

No seguimento de um ano após a admissão hospitalar, foi possível o contato telefônico com 341 pacientes do total de 412 com sobrevivência.

Nesse contato, o uso de SPA pós-trauma foi relatado por 181 sujeitos, com redução do uso em 51 desses. A interrupção foi declarada por 25 sujeitos. As causas de interrupção e redução estão expostas na tabela 14.

Tabela 14: Número de pacientes com relato de interrupção e redução do padrão de uso de SPA um ano após admissão na UER/HC Unicamp, em decorrência de trauma.

Mudança do padrão de uso	Interrupção	Redução
Razões relatadas	(N=51)	(N=25)
Sequela do trauma	18	6
Evento trauma	11	4
Intervenção breve	4	4
Outros	18	11

Quando são analisados os dados dos acidentados de trânsito (n=249), 46 (18,5%) referiram ter interrompido ou diminuído o padrão de uso de SPA um ano após a admissão. A razão principal relatada foi o dano decorrente do trauma, presentes em 20/46 (43,5%) dos pacientes, seguido do trauma em si (17,4%). Apenas quatro pacientes atribuíram à intervenção breve a mudança do padrão de uso de SPA.

Entre os sujeitos que apresentaram RTS alterado, 50,8% interromperam o uso de SPA um ano após o trauma. (p=0,026)

5. Discussão

O presente estudo aborda dois importantes problemas de saúde pública: traumas e uso nocivo de SPA. Ambos atingem uma faixa da população em idade produtiva, adultos jovens, e podem limitar o funcionamento dessa população em diversas áreas, abalando relações tanto sociais quanto afetivas e laborais. Isso se dá devido ao alto índice de consequências graves e muitas vezes incapacitantes, presentes quando os dois eventos estão associados.

Apesar da relação entre traumatismos e uso de SPA ser muito próxima, com alta prevalência na população, há uma carência de estudos nacionais que abordem ambos os temas e a sua inter-relação de maneira aprofundada.

A importância da pesquisa resulta da possibilidade, a partir dos resultados apresentados, de avaliar com maior precisão os detalhes do binômio trauma/SPA. Isso será essencial para que se possam estabelecer estratégias de prevenção para ambas as questões, minimizando custos sociais e preservando o bem estar e a qualidade de vida da população.

Dados sociodemográficos do estudo

A maior parte dos sujeitos entrevistados foi de homens, sem relacionamentos estáveis e com filhos, com escolaridade em média superior à população brasileira e ativos laboralmente.

Um estudo transversal de 2009 realizado em 23 capitais brasileiras avaliou quase 40 mil vítimas de traumas em salas de urgência e emergência e encontrou dados semelhantes. De acordo com os resultados desse estudo, tanto vítimas de traumas relacionados a acidentes, quanto de traumas relacionados à violência, eram em sua maioria homens jovens. A escolaridade das vítimas de acidentes (maioria 9 a 11 anos) no estudo de 2009 foi maior que das vítimas de traumas relacionados a atos de violência, que declararam entre 5 e 8 anos de escolaridade.¹⁰⁸

Entre as vítimas de acidentes de trânsito, identificou-se um dado significativo do ponto de vista social: a maioria homens, com mais de 8 anos de escolaridade, com companheiro (a) fixo (a), ativos laboralmente e com filhos.

Outro estudo brasileiro de 2008 que investigou perfil sociodemográfico de 430 vítimas de acidentes de moto encontrou dados semelhantes: homens jovens na sua maioria com 8 ou mais anos de escolaridade.³⁶

Em concordância com outros estudos ^{31,108} nacional e internacional, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino nas vítimas de traumas (83,7%). ¹⁰⁹

Essa diferença entre gêneros pode ser atribuída a fatores sociais e culturais que afetam a morbidade masculina. O homem apresenta culturalmente comportamento que o expõe mais a riscos e hábitos que tornam a expectativa de vida masculina menor que a feminina. Em estudo sobre as razões da morbidade masculina, o termo gênero é empregado para aspectos sociais e culturais próprios dos homens e das mulheres, e o termo “sexo” se refere mais a diferenças biológicas e fenotípicas entre as pessoas. ¹¹⁰ A maior prevalência de uso de SPA entre homens e a maior impulsividade são fatores elencados entre as razões de haver mais vítimas de trauma do gênero masculino.

Mas isso não é unânime na literatura. Quando são analisados apenas vítimas de acidentes de trânsito, há um estudo realizado nos EUA que apontou uma maior proporção de homens envolvidos em acidentes fatais. Entretanto, considerando os acidentes não fatais, esse levantamento não encontrou diferença em relação ao gênero. ³³

Diversos levantamentos ^{31,36,108} mostram uma maior proporção de homens entre as vítimas de trauma, quer em decorrência de acidentes de trânsito, quer por causas violentas. A taxa de homicídios no sexo masculino nos EUA em 2010 foi quase quatro vezes maior do que entre mulheres. ¹¹¹

A faixa etária dos sujeitos da pesquisa é de adultos jovens (36,3 anos), o que corrobora os dados de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais. ^{31,33,36,108} Importante salientar a condição social dos sujeitos da pesquisa, a maioria homens adultos jovens com filhos (63,5%) e ativos laboralmente (62,5%).

Entre os sujeitos admitidos por acidentes de trânsito, a taxa de atividade laborativa foi próxima de 90%. Uma das razões para essa alta taxa talvez seja o fato de a maioria dos acidentes de trânsito envolver motociclistas. O uso da motocicleta é bastante difundido no país. O baixo custo e a rapidez no transporte ao trabalho e estudo podem ser fatores que contribuem para o aumento significativo da frota de motos nos últimos anos no Brasil. ¹¹² Entre os motociclistas, a maioria é ativa laboralmente. ⁴⁴

A perda ou prejuízo da capacidade laborativa é uma das consequências do trauma, principalmente entre motociclistas, que em sua maioria são projetados na colisão com veículos maiores, muitas vezes sem proteção. ^{36,44}

Estudo brasileiro realizado com motociclistas em relação a perda laborativa detectou que 45,9% dos acidentados usavam a moto como instrumento de trabalho. Nesse ramo, a rapidez de entregas e tarefas é muito valorizada por clientes e

empregadores, mas pode induzir comportamentos como velocidade fora dos limites e manobras proibidas, o que aumenta o risco de acidentes. Em campanhas e ações preventivas, essa organização do trabalho deve ser valorizada.^{36, 112}

A morbidade por causas externas é causadora de custos que oneram a sociedade como um todo. Dados de um estudo brasileiro sobre acidentes de trabalho, publicado em 2015, apontam para quase meio milhão de dias de trabalho perdidos por ano, resultantes de acidentes de trabalho. O estudo acrescenta que em 2011 31,3% dos traumas de trânsito foram notificados como acidentes de trabalho, mas estima que a parcela seja na realidade maior que isso. Apenas uma pequena parcela dos traumas sofridos durante a atividade laborativa é notificada, uma vez que para isso é necessário que a vítima tenha vínculo formal de emprego. Além de despesas previdenciárias, deve ser considerada a perda de produtividade gerada pelo afastamento do trabalho.¹¹³

Padrão de uso de SPA

O relato de uso de SPA entre os sujeitos desse estudo mostrou-se bastante superior às taxas descritas na população geral. Dados nacionais publicados em 2012 apontam uso na vida de cocaína em 2% da população, de canabinóides 7% e de crack 0,9%.⁴⁹ No presente estudo, a porcentagem de sujeitos que referiu uso na vida de dessas SPA foi quase quatro vezes maior.

Na análise laboratorial, houve uma taxa alta de positividade de amostras para as SPA ilícitas, principalmente cocaína (19,8%). Essa taxa foi próxima da de álcool sérico (21,1%), dado surpreendente quando se considera o uso referido dessas substâncias na população geral. Quando comparado com a cocaína, o uso de álcool é muito mais prevalente na população. Mas se a análise é feita em situações específicas como a realizada nesse estudo (admissões por trauma em unidade de emergência), a positividade para droga ilícita pode ser maior. Estudo brasileiro que abordou pacientes com traumas em unidade de emergência, publicado em 2006, mostrou resultados próximos na positividade entre álcool e canabinóides, por volta de 13%.⁷⁰ No presente estudo, a positividade para canabinóides foi em 12,9% das amostras, próxima desse estudo de 2006. Mas se considerarmos a positividade para cocaína, há uma grande diferença. Enquanto no estudo de 2006 a positividade para essa SPA foi de 3,3%, no presente estudo essa taxa foi de 19,8%. Essa diferença pode ser justificada tanto pelo método empregado em cada estudo, quanto pela maior prevalência atual do uso de cocaína.

Deve-se considerar que as circunstâncias que envolvem o evento trauma incluem fatores de risco que não estão presentes na população geral. Nesse contexto, pode-se incluir o uso de SPA por exemplo. Esse fato poderia ser uma das razões para o achado de maior proporção de usuários de SPA nesse grupo de indivíduos.

No que se refere ao gênero dos sujeitos, os achados do estudo reforçam os dados da literatura, que mostram maior prevalência de homens tanto nos traumas quanto no uso de SPA.^{49, 108}

Considerando o padrão de uso de SPA, o perfil dos sujeitos desse estudo apresentou algumas diferenças em relação ao gênero. Houve maior proporção de homens entre os usuários de cocaína, crack e canabinóides, mas o uso de benzodiazepínicos foi significativamente maior entre as mulheres. Esse achado é congruente com os dados da literatura. Homens estão envolvidos em uso mais intenso de drogas ilícitas, enquanto entre mulheres há maior prevalência de uso de benzodiazepínicos e anorexígenos.^{114,115} A maior proporção de mulheres usuárias de benzodiazepínicos é confirmada por uma série de estudos brasileiros.^{114,116} Outro dado interessante e que as pesquisas apontam é o fato das mulheres tenderem a usar substâncias por período mais curto e muitas vezes sob influência do parceiro. Terminada a relação, algumas vezes o uso de SPA pela mulher cessa, sem necessidade de tratamento.¹¹⁷ Além disso, reporta-se uma maior oferta de substâncias psicoativas a adolescentes e adultos do sexo masculino, embora em levantamento brasileiro tenha sido detectada uma maior oferta precoce de SPA a mulheres.^{49, 117}

No presente estudo, não houve diferenças significativas de gênero entre os que declararam uso na vida de álcool. Entre os usuários habituais, porém, houve uma maior proporção entre homens, assim como entre os sujeitos que preencheram critérios para abuso e dependência de álcool. As pesquisas mais recentes têm constatado um aumento da proporção de mulheres consumidoras de álcool, principalmente entre as mais jovens. Pesquisa realizada entre universitários brasileiros constatou que a taxa de uso de álcool era semelhante entre homens e mulheres, quer em uso na vida, quer em uso recente (últimos 30 dias).¹¹⁵ Nesse estudo, os homens tendiam a fazer uso mais intenso e com maior padrão de gravidade (maior frequência, maior quantidade ingerida e maior dificuldade de parar de beber) em relação às mulheres. Além disso, os homens priorizavam a bebida em detrimento de outras atividades obrigatórias.

Em relação aos usuários de medicamentos benzodiazepínicos, o estudo mostrou que esses foram os únicos que, em sua maioria, declararam início de uso na

idade acima de 18 anos. Trabalhos anteriores também constataram que a média de idade é maior nesse grupo de usuários que na população geral.^{50,116} Os consumidores de benzodiazepínicos tiveram média de idade maior (42,2 anos) que o restante da amostra do estudo. A mesma característica foi encontrada nas vítimas de queda da própria altura, que apresentaram média de idade de 46,9 anos. Pode-se inferir que esse padrão de uso de benzodiazepínicos e o mecanismo do trauma queda da própria altura são características de um grupo de pacientes mais velhos, bem distinto dos envolvidos em trauma de trânsito, violência e uso de drogas ilícitas. Pesquisas reafirmam essa elevada prevalência de benzodiazepínicos prescritos na população, principalmente para pessoas de maior idade. Estudo realizado nos EUA mostrou que a prescrição inapropriada de medicamentos pode aumentar os riscos de queda entre idosos.¹¹⁸ Um estudo caso-controle francês confirmou esse resultado ao abordar idosos vítimas de quedas que necessitaram de internação: constatou-se que o uso de benzodiazepínicos nas duas semanas anteriores ao trauma aumentaram em 2,2 vezes o risco de maiores de 80 anos sofrerem quedas.¹¹⁹

Ao contrário dos benzodiazepínicos, a idade de início de uso de álcool e das SPA ilícitas (cocaína, crack, canabinóides) foi menor que 18 anos para a maioria dos entrevistados. Isso corrobora o que estudos nacionais descrevem sobre início de uso das SPA, cuja experimentação ocorre na maioria das vezes durante a adolescência.^{17,18}

Foi observada também uma maior gravidade entre os sujeitos que declararam início de uso de SPA na adolescência, principalmente para drogas ilícitas. Dos 147 poliusuários e 37 polidependentes, 88 e 29 respectivamente referiram uso de cocaína, crack ou canabinóides antes dos 18 anos. Assim o início de uso de SPA em idade precoce esteve relacionado à evolução para poliuso e polidependência.

Há estudos que apresentam o histórico de uso de SPA do sujeito, enfatizando as drogas de escolha dos adolescentes.^{17,79,120} A maconha está entre as primeiras drogas ilícitas usadas. Um levantamento realizado nos Estados Unidos em 2011 constatou que é a SPA ilícita mais utilizada por menores de 18 anos.⁶⁷

Além de ser o período em que ocorre na maioria das vezes a experimentação de SPA, o início de uso na adolescência pode aumentar as chances de o indivíduo desenvolver um padrão de maior gravidade de uso na vida adulta.^{67,77,78,121}

Isso pode ser explicado tanto por razões orgânicas quanto sociais. Os efeitos psicoativos das substâncias são mais intensos em cérebros cujo desenvolvimento ainda não se completou.^{67,77,120} Isso torna os adolescentes mais susceptíveis ao uso de SPA,

principalmente em função de deterem menos recursos para exercer controle sobre atividades que gerem prazer.¹²⁰ Além disso, a capacidade de controlar a impulsividade, que é uma consequência da maturidade cerebral, é alterada quando os circuitos neuronais se desequilibram pelo contato com as SPA.¹²²

Além de alterações orgânicas causadas pelo uso precoce da SPA, esse padrão de início de uso também é mais comum entre jovens que sofrem de comorbidades, como transtornos de conduta, ou que vivem em situações de vulnerabilidade, como lares desestruturados e moradia de rua.^{77,78} Desse modo, problemas sociais e comorbidades psíquicas presentes em jovens adolescentes constituem um conjunto de fatores de risco para o desenvolvimento de padrões problemáticos de uso de SPA. Alguns desses fatores são também determinantes para o maior risco de envolvimento em traumas, principalmente relacionados a atos de violência.⁵⁶ Há, portanto, uma somatória de circunstâncias entre esses adolescentes que podem levar a abuso, dependência e atos de violência na idade adulta. Posto isso, é importante que haja ações preventivas direcionadas ao público adolescente, que tem acesso a SPA cada vez mais cedo.^{49,78}

Entre os sujeitos que responderam o questionário, notou-se que, dos que relataram uso de crack na vida, todos preencheram critérios para abuso ou dependência. O potencial dependogênico de uma SPA se dá principalmente em função da rapidez do início, da curta duração e da potência de seu efeito psicoativo. O crack agrupa essas três características: a via de inalação, fumada, faz com que a substância atinja rapidamente o sistema nervoso central, levando em média 8 segundos para iniciar seu efeito. A duração da sensação de bem estar é bastante rápida, em média 3 minutos, e muito intensa, o que leva o usuário a desenvolver um padrão de uso compulsivo da SPA. O crack torna-se, dessa maneira, a droga de escolha do usuário, que passa a usar as outras SPA de maneira secundária.^{17,18}

Em relação às outras SPA, houve uma menor porcentagem de usuários de crack que relatou início na adolescência. Isso pode ser explicado pelo fato de o uso do crack ter começado a se difundir nos anos 90, quando parte da amostra já contava mais de 15 anos. Atualmente, o que se verifica é a experimentação de crack em idades cada vez mais precoces.^{17,49}

A análise laboratorial detectou metabólitos do crack em 48 pacientes, porcentagem superior à encontrada em levantamentos realizados na população geral, baseados em dados referidos. Em 2012, estimou-se uso relatado na vida em

aproximadamente 1,4% dos brasileiros.⁴⁹ Essa discrepância pode ser devida às características da amostra, formada por vítimas de trauma, e ao risco maior que os usuários de SPA apresentam de se envolverem em traumas, principalmente de violência, já detectado em outros estudos.^{17,18,64}

Uso de SPA e violência

As análises laboratoriais de SPA apresentaram maior positividade nos indivíduos com traumas por violência do que por outros mecanismos, com significância estatística para álcool, canabinóides, cocaína e crack.

Apesar de esse não ser o objetivo do presente trabalho, há considerações a serem feitas acerca desse resultado. Há dados na literatura que mostram que o ato de violência não é unicamente determinado pelo uso de drogas lícitas ou ilícitas. Pesquisas consideram que atos agressivos são cometidos por pessoas não apenas em função de intoxicação alcoólica.¹²³ Os resultados apresentados nesses estudos sugerem que, para se envolver em atos violentos, a intoxicação alcoólica em si não é suficiente. É necessário que indivíduo apresente traços de personalidade agressivos mesmo sem estar sob efeito de qualquer SPA. Indivíduos com condutas antissociais, membros de gangues e pessoas impulsivas e hostis ao se intoxicarem por SPA têm maior chance de envolvimento em atos violentos.¹²⁴

Um estudo realizado entre adolescentes de 15 e 16 anos procurou relacionar uso de bebidas alcoólicas e comportamento violento. Os resultados mostraram que a concordância entre vandalismo e ingestão alcoólica tem influência de fatores como desestrutura familiar, pais agressivos e/ou usuários de SPA e situação socioeconômica desfavorável.¹²⁵

Estudos internacionais já descreveram a relação entre o uso de SPA e o envolvimento em atos de violência, quer como vítima, quer como agressor. Cherpitel et al (2014) em estudo multicêntrico constatou que, entre vítimas de trauma, o uso de algumas doses de álcool até 6 h antes do evento aumentou de maneira significativa os riscos de os homens se envolverem em atos violentos.¹²⁶ Entre usuários de SPA ilícitas, o risco foi ainda maior. Um estudo publicado em 2009 que avaliou e seguiu usuários de cocaína admitidos em UE por dores no peito constatou que 40% deles se envolveram em atos violentos no ano seguinte à admissão na UE. Esse envolvimento com violência ocorreu mesmo em pessoas que pararam de usar cocaína após o primeiro atendimento por dor precordial.¹²⁷

Entre os usuários de crack incluídos no presente estudo, o envolvimento com atos violentos chama a atenção: em 45,8% das pessoas cujas análises laboratoriais foram positivas, o mecanismo de trauma foi violência. Essa relação também se confirmou quando é considerado o relato de uso da substância.

Esses achados confirmam o que está descrito sobre a vulnerabilidade do usuário de crack, como o envolvimento criminal, problemas de saúde e comportamentos de risco.^{63, 128}

Estudo brasileiro que seguiu usuários de crack por 12 anos mostrou alta taxa de mortalidade (20,6%) nesse grupo. Dos 131 sujeitos seguidos, 16 morreram vítimas de homicídio, taxa muito superior à média da população geral da cidade de São Paulo, onde o estudo foi realizado.^{63,64}

O poliuso de SPA é comum entre usuários de crack, não necessariamente simultâneo, mas relacionado ao histórico do sujeito, que antes de iniciar o uso de crack já experimentou outras SPA, como álcool, maconha e cocaína.⁴¹ O poliuso de SPA entre essas pessoas atualmente é a regra e não a exceção, e denota maior gravidade do padrão de uso.^{36, 73}

Ainda nos traumas de violência, é fundamental analisar o grupo de sujeitos com padrão de poliuso e polidependência. Nos indivíduos polidependentes o mecanismo de violência mais comum foi o ferimento por arma de fogo, presente em 6 dos 15 pacientes desse grupo. Muitas vezes os polidependentes, assim como os usuários de crack, apresentam um estilo de vida que os expõe mais a riscos, tanto pelos efeitos psicoativos das SPA quanto por condições sociais derivadas da busca constante pelas SPA.³⁶ Condições de marginalidade e envolvimento com o tráfico de drogas, além de condutas impulsivas e muitas vezes ilegais podem tornar o indivíduo polidependente mais vulnerável a eventos traumáticos, principalmente relacionados a violência.

Apesar de a situação social do sujeito extrapolar os objetivos do estudo, sabe-se que, entre as pessoas que vivem em situação de rua, o poliuso e a polidependência de SPA são morbidades comuns.^{16,17} A alta relação entre uso de crack, poliuso e traumas por violência pode ser uma decorrência da vulnerabilidade social dessas pessoas, que convivem com privações de ordem física e psíquica, numa realidade permeada por comportamentos de risco e más condições de nutrição e moradia.¹²⁹ Há um contexto social que torna o comportamento de risco aceitável e padronizado, com a desconsideração das eventuais consequências danosas que possam decorrer desses

comportamentos.¹³⁰ A exposição à violência é decorrente de conflitos com outros usuários, com a polícia ou com traficantes.^{64, 131}

Além disso, o acesso dessa população aos serviços de saúde é limitado. Se por um lado, as equipes de saúde são resistentes no acolhimento a essas pessoas, por outro lado, os próprios usuários têm pouca noção de cidadania e de direitos garantidos a eles pela constituição federal de 1988. Atualmente, em algumas grandes cidades, há equipes de saúde exclusivas para a abordagem dessa população, que pelas diretrizes da política de redução de danos em dependência química, abordam essas pessoas e procuram minimizar os efeitos de sua marginalidade.¹³²

Dessa maneira, grande parte da população de rua que sofre traumas de violência rotineiramente não procura os serviços de saúde. Isso leva a pensar que, se o acesso fosse garantido, a relação de risco encontrada no presente estudo seria ainda mais significativa. Em nosso estudo a maioria dos sujeitos tinha atividade laborativa, o que torna pouco provável que estejam em situação de rua. Mesmo assim, houve relação significativa entre uso de crack e traumas de violência.

Importante salientar que foram minoria as mulheres vítimas de espancamento nesse estudo (1% do total da amostra). O dado que chama atenção, no entanto, é que todas sofreram lesões corporais em decorrência de agressão de parceiros (namorados, esposos ou companheiros). Além das vítimas de espancamento, uma das pacientes que sofreu queda de altura e duas que sofreram ferimento por arma branca também foram agredidas por cônjuges ou companheiro. Estudos que abordam os traumas de violência sofridos por mulheres confirmam que grande parte dos agressores é do sexo masculino e próximo da vítima, como companheiro ou esposo.^{133,134}

A negligência social em relação à violência contra a mulher é histórica. Os sociólogos do século XX, ao discutir a violência, discutiam a questão abordando as razões do agressor e nos problemas sociais que poderiam levar a um comportamento violento, mas a perspectiva da proteção à vítima era continuamente deixada de lado.^{134,135} Essa visão tem evoluído e a segurança da mulher atualmente está sendo mais tutelada pelo ordenamento jurídico, com legislação própria como a lei Maria da Penha,¹³⁶ que criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa lei define o termo violência doméstica e especifica suas formas, estipulando medidas de proteção à mulher e à família. Entretanto, vale ressaltar que essa lei teve sua eficácia dirigida aos casos de agressões cotidianas e de menor potencial ofensivo. Os índices de feminicídios (homicídios da mulher devido a conflito de gênero) após a publicação da lei

praticamente não se alteraram. Segundo pesquisa divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre 2007 e 2013 a taxa de homicídios foi de 5,22 para cada 100 mil mulheres e entre 2001 e 2006 (antes da promulgação da lei) essa taxa era de 5,28 para 100 mil mulheres.¹³⁷

Uso de SPA e trânsito

A relação entre traumas de trânsito e uso de SPA já foi estabelecida e pode se dever tanto aos efeitos psicoativos quanto a padrões de comportamento dos usuários de SPA. As intoxicações por álcool e canabinóides causam prejuízo da atenção e diminuição da velocidade de reação. Se as SPA são consumidas simultaneamente, esses prejuízos se potencializam. Além disso, a abstinência de canabinóides pode ocasionar aumento da ansiedade e da irritabilidade, com maior risco de envolvimento em colisões.⁶¹

Em nosso estudo a cocaína e o crack não foram associados a aumento do risco de acidentes de trânsito. Entre usuários de cocaína, a intoxicação pode não ocasionar prejuízos da atenção, mas em algumas pessoas o aumento da impulsividade pode fazer com que desconsiderem os riscos ao volante. Isso pode aumentar a frequência de colisões. Um estudo canadense de 2004 selecionou de maneira randomizada usuários de álcool, cocaína e *canabis* que haviam procurado tratamento em um centro especializado em álcool e drogas. Em seguida, verificou não somente o envolvimento em acidentes, mas também a frequência com que os sujeitos infringiam leis de trânsito. A maioria dos infratores eram usuários de cocaína, e verificou-se que, após a procura por tratamento, esse comportamento se manteve, mas a frequência de colisões diminuiu. O estudo pondera que a maior idade e o fato de alguns terem perdido a licença para dirigir são fatores que interferiram nesse resultado.¹³⁸

Cordovilla et al, em estudo espanhol publicado em 2014, avaliou vítimas de trauma de trânsito e realizou detecção laboratorial de SPA séricas. Em seguida, inquiriu os sujeitos acerca da percepção de risco e de limitações cognitivas causadas pela intoxicação por SPA. Entre os usuários de cocaína e canabinóides, a percepção das limitações foi menor, causando aumento do comportamento de risco ao volante. Além disso, os usuários apresentavam maior taxa de recidiva de traumas que os não usuários:

57

O mecanismo de trauma mais comum entre os sujeitos desse estudo foi o acidente de trânsito envolvendo motocicletas. No Brasil, o crescente aumento do número de veículos nas últimas décadas, em especial da frota de motocicletas, tem sido um fator

que contribui para a manutenção das elevadas taxas de acidentes de trânsito. Esse aumento do número de motocicletas pode ser atribuído ao baixo custo do veículo e à sua rapidez, que o tornam popular e largamente utilizado tanto como instrumento de trabalho como meio de transporte.^{112,139}

A vulnerabilidade do motociclista, determinada pela pouca segurança que a moto oferece, pode ser a causa da alta mortalidade de condutores e ocupantes. Essa taxa chega a ser 3,6 vezes maior que a de ocupantes de carros. Entre 1996 e 2006, na região metropolitana de Campinas, a porcentagem de acidentes de trânsito fatais envolvendo motocicletas subiu de 3% para 27%. Em 2005 a letalidade de acidentes envolvendo motos foi maior que a de atropelamentos.¹¹² Em outros países, essa realidade não é diferente. Trabalho retrospectivo, realizado entre 730 vítimas de acidentes de trânsito na Grécia, observou que 60,8% eram motociclistas, a maioria homens jovens.¹⁴⁰

Outros traumas

Os sujeitos que sofreram queda da própria altura, por sua vez, eram mais velhos que a média do estudo. Essa parte da amostra apresenta características próprias em relação a uso de SPA e situação social, que diferem das apresentadas por vítimas de traumas de trânsito ou decorrentes de atos de violência. A morbidade, porém, não deve ser desconsiderada. Quedas em idosos são preditivas de perda da expectativa e da qualidade de vida, principalmente pelas sequelas que resultam. Isso é confirmado por estudo brasileiro¹⁰⁸ que avaliou os principais mecanismos de trauma atendidos em unidades de urgência e emergência brasileiras, e que constatou serem os idosos as principais vítimas de acidentes. Campanhas direcionadas para a população, que visem a orientar sobre a prevenção de acidentes domésticos, seriam importantes mecanismos para evitar esse tipo de acidente.¹⁴¹

Escore de trauma

A gravidade do trauma nesse estudo foi medida pelos valores de ISS calculados a partir de dados do prontuário. Esses valores indicam possibilidade de sobrevida, mas não são preditivos de incapacidade funcional. Os valores de RTS são referentes a condições clínicas de entrada do paciente na Unidade de Emergência.

Quando consideramos o mecanismo do trauma, verificou-se que os valores alterados de RTS foram significativamente mais comuns entre as pessoas que sofreram atropelamentos, ferimento por arma branca e ferimento por projétil de arma de fogo. O

ISS mostrou-se alterado em vítimas de acidentes de carro, FAB e FAF. O mecanismo mais letal foi atropelamento, responsável por pouco mais de 30% dos óbitos do estudo. Considerando a energia cinética envolvida nessas circunstâncias e o potencial envolvimento de órgãos vitais (FAB, FAF), era esperado que esses eventos acarretassem traumas de maior gravidade.

Tanto entre os que apresentaram RTS alterado, quanto entre os que tiveram valor de ISS maior que 16, uma porcentagem estatisticamente significativa teve análises laboratoriais positivas para algumas SPA. Essa correlação entre gravidade do trauma e presença de SPA em sangue e urina foi observada em outros estudos, que associam a maior gravidade do paciente aos efeitos físicos da SPA sobre o organismo.

Uma das alterações causadas pelas SPA é relacionada ao equilíbrio ácido-básico.¹⁴² O uso de SPA, principalmente álcool e cocaína, pode ser causador de acidose metabólica, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e aumento de lactato. Essa condição também pode estar presente em traumas com hemorragias, que aumentam a chance de evolução para a falência múltipla de órgãos. Um estudo multicêntrico de 2005 avaliou 3500 pacientes com análises laboratoriais positivas para álcool e 992 para cocaína.¹⁴³ Comparados aos demais pacientes desse estudo, cujas análises foram negativas, os usuários de SPA apresentaram escala de coma de Glasgow menor na admissão e traumas com índice de gravidade de lesão maior. Além disso, comparados aos demais sujeitos, os usuários de cocaína e álcool tiveram mais admissões em UTI e maior tempo de internação. Outro estudo de Wiener et al (2010), analisando o impacto da presença de cocaetilenos na gravidade de evolução clínica em pacientes vítimas de trauma, mostrou que a positividade da amostra aumentou em seis vezes a chance de admissão em unidade de terapia intensiva.¹⁴⁴

O RTS¹⁰⁶ é um escore baseado em dados da admissão do doente na sala de emergência, mas a categoria de maior peso no cálculo é a escala de coma de Glasgow, que poderia estar alterada em decorrência de intoxicação por álcool, atribuindo ao doente um escore alterado. Esse viés de avaliação provavelmente não ocorreu no presente estudo. Os valores de ISS não são condicionados ao nível de consciência e as porcentagens dos sujeitos com RTS alterado e os com ISS menor que 16 foram semelhantes.

Para cocaína, há um estudo que não encontrou diferença nos valores de ECG entre os pacientes com análise positiva e negativa para a presença da substância.¹⁴⁵

Deste modo, faz-se necessária a utilização de mais de um escore de avaliação, como foi feito nesse estudo, para confirmar resultados e correlações positivas na análise de variáveis.

Inquirição em sala de emergência

Apesar da já estabelecida relação entre a doença trauma e o uso de SPA, a inquirição de seu uso em traumatizados na sala de emergência ainda é pouco realizada.

^{96, 146} Esse dado foi confirmado por esse estudo, em que apenas 19% dos sujeitos foram inquiridos acerca do uso de SPA durante a internação.

A dificuldade de lidar com o dependente químico é questão presente entre equipes de saúde não especializadas em saúde mental. Turner (2009) em revisão da literatura acerca do tema detectou quatro motivos principais para a deficiência na detecção de problemas relacionados a uso de álcool e outras SPA. De acordo com esse estudo, falta de capacitação para abordar e lidar com o problema, preocupações acerca do estigma que envolve o uso de SPA, falta de estrutura para lidar com o dependente químico e desconhecimento acerca de serviços especializados no tratamento desses pacientes são razões para essas dificuldades.¹⁴⁷ Obstáculos semelhantes foram observados por outro estudo de revisão, publicado em 2014, que constatou que os médicos de família constantemente manifestam receio de “ofender” o paciente ao questioná-lo acerca do uso de SPA.¹⁴⁸ Outro estudo realizado no Canadá com 2883 médicos constatou que há noção da importância de se questionar o paciente sobre o uso de SPA. Apesar disso a postura assumida diante do problema é na maioria das vezes negativa e distante, além de acreditarem que as intervenções seriam infrutíferas. Apenas um terço dos entrevistados incluía na anamnese rotineira perguntas sobre dependência química.¹⁴⁹

A prática supervisionada de alunos de graduação, como foi realizada nesse trabalho, seria uma ferramenta importante na abordagem da dependência química, no sentido de diminuir estigmas e valores morais acerca do tema. A elaboração de julgamentos de valor dá lugar à postura profissional de diagnóstico, orientação e tratamento. Isso já foi observado por estudos internacionais que avaliaram a inquirição sobre a dependência química por médicos generalistas.^{86,87}

A capacitação e o conhecimento técnico de abordagem do usuário são essenciais para que a inquirição seja realizada sem fantasias ou tom moralizador,

tornando a abordagem mais natural e eficaz e possibilitando ao profissional assumir condutas pertinentes no sentido de minimizar o uso e prevenir futuros traumas.¹⁵⁰

Seguimento pós admissão

A procura por serviços de saúde especializados em dependência química entre os sujeitos encaminhados após a alta foi pouco frequente (12,2% dos encaminhados). Isso pode ser decorrente do pouco conhecimento da população geral acerca dos CAPS-AD, já detectada em outro estudo,¹⁵ mas também do perfil dos sujeitos encaminhados, que apresentavam em sua maioria um uso problemático, mas provavelmente sem grandes consequências para o funcionamento global, considerando que não demonstram grandes prejuízos sociais em decorrência do uso de SPA..

Uma parcela dos sujeitos interrompeu ou diminuiu o uso após o trauma. Dentre as razões de interrupção/diminuição, foram relatadas as sequelas decorrentes do evento, o trauma em si, que fez o sujeito rever diversos aspectos de sua vida, a intervenção breve realizada durante o período que permaneceu na UE e outras razões diversas, que incluíram casamento, gestação, motivos religiosos.

Dentre os abusadores declarados de álcool, 36,4% interromperam ou diminuíram o uso um ano após o trauma. As consequências do trauma foram citadas como o principal motivo de alteração no padrão de uso de SPA. Entre abusadores, o fato de sofrer um dano concreto relacionado ao padrão de uso de SPA foi tido como suficiente para rever os padrões de uso. Apesar de todos terem sido submetidos a IB, essa foi a razão menos citada entre os abusadores que interromperam ou reduziram o uso de álcool: 6,1% do total. Isso pode ser explicado por diversos fatores: a falta de percepção do paciente do cumprimento do papel da intervenção breve; pelo fato de ter sido realizada por estudantes de graduação com menor experiência na abordagem de dependentes químicos ou mesmo pelo impacto maior que o evento trauma trouxe para a vida da pessoa. Seria importante que estudos posteriores aprofundassem a discussão desse aspecto.

Para os indivíduos abusadores, há estudos que consideram que a IB tem uma função terapêutica em si,^{148, 149} o que se confirma pelo fato de uma parcela maior ter interrompido ou diminuído o uso sem procurar nenhum serviço especializado para tratamento, ainda que não seja diretamente atribuída à abordagem essa alteração de padrão.

Por outro lado, a eficácia reduzida da IB em UE foi detectada por um estudo realizado entre 494 usuários problemáticos de álcool. Segundo os resultados, não houve diferença significativa entre a orientação simples e a intervenção breve na redução de padrão de uso de álcool.¹⁵⁰

Porém, a importância da IB na diminuição de padrão de uso já foi analisada por diversos estudos,^{148,151} o que reforça a importância de inquirição de uso de SPA e a realização de intervenção no sentido de esclarecer o paciente acerca dos prejuízos causados pelo uso da SPA, motivando-o a rever o padrão de uso e se necessário procurar tratamento especializado.

Ao realizar as entrevistas de seguimento, foi possível identificar, em alguns sujeitos, o impacto psíquico que o trauma causou. Perda da autonomia e prejuízos na qualidade de vida são alguns dos problemas referidos por pessoas que sofreram danos irreversíveis em decorrência de acidentes ou violência. Muitas manifestaram pesar e evidente sofrimento psíquico, além de dificuldade de adaptação às novas (e muitas vezes piores) condições de vida, que surgiram de maneira súbita e inesperada. Esses sentimentos mostram que a reabilitação deve ser um processo que vai além das questões físicas. Seria importante que a necessidade de apoio psicológico às vítimas de trauma se tornasse uma prioridade no sentido de ampará-las na reestruturação de vida causada pelas perdas e mudanças decorrentes da doença.

Esse estudo apresentou algumas limitações: apesar do treinamento aos alunos de medicina e enfermagem, e das atividades terem sido realizadas sob supervisão, é inevitável a diferença na aplicação da intervenção breve entre os participantes do estudo. Isso pode ter sido um dos fatores que causou a baixa taxa de procura por serviços de saúde e continuidade do tratamento para dependência química. Além disso, nos resultados observou-se que a redução ou diminuição do uso de SPA se deu na maioria das vezes por outras razões, relacionadas tanto com a ocorrência quanto com as consequências do trauma.

A segunda limitação a ser elencada foi o critério de inclusão de maiores de 18 anos apenas, o que excluiu uma parte importante da população, os adolescentes de 14 a 17 anos, que apresentam muitas vezes uso problemático de SPA e teriam no atendimento da UER uma oportunidade de serem motivados ao tratamento. A razão da exclusão foram questões éticas no que tange ao consentimento de menores de 18 anos.

Outra limitação a ser considerada é referente ao serviço em que foi realizado o estudo. Trata-se de hospital terciário, universitário, o que demanda cautela na extrapolação dos dados para outros contextos.

No que se refere ao trabalho acadêmico e de formação na área da saúde, é importante salientar que houve uma mudança evidente de postura dos alunos em relação ao usuário de SPA. Isso reforça a importância de se entender a formação em saúde como um processo complexo, que deve ser norteado por diversos paradigmas.¹⁵² A atualização técnico-científica é um deles, mas não deve ser o único alicerce que sustenta a formação do profissional em saúde. Além da capacitação dos alunos, o grande diferencial na postura dos estudantes decorreu do contato direto e supervisionado com o usuário. O cuidado foi abordado sob outras ópticas, mostrando ao aluno que a relação com o paciente vai além do binômio queixa-conduta.¹⁵³

A formação em saúde é um processo complexo que deve ser alicerçado não apenas em informações técnicas e científicas. O cuidado envolve empatia com o usuário, responsabilidade social e ética e atendimento às necessidades do indivíduo.^{153,154} Os saberes e práticas devem ser construídos a partir desse conceito. As estratégias didáticas modernas transpõem a formação da sala de aula para os cenários de prática e envolvem metodologias ativas, graduando profissionais com espírito crítico-reflexivo.¹⁵⁵ Esse trabalho pode ser considerado como exemplo prático desse substrato teórico que norteia a formação de recursos humanos para a saúde.

Esse estudo mostra que o processo de formação do aluno dos cursos da área de saúde em temas considerados complexos, como a dependência química, pode ser conduzido utilizando estratégias simples. O envolvimento de equipes multiprofissionais com experiência nos cenários de prática do SUS, o uso de simulação na capacitação de alunos e a prática supervisionada podem ser adotados em outras situações e com temas diversos. Em especial, as entrevistas simuladas diminuem os receios que porventura os alunos manifestariam quando da abordagem real do paciente; a proximidade do supervisor no contato com o paciente e o trabalho multiprofissional qualificam a formação do aluno e a atenção aos usuários do SUS.

Os resultados desse trabalho aprofundam o conhecimento da relação entre o uso de SPA e a doença trauma. Além de estarem associadas quando são analisados traumas decorrentes de violência, detecção de uso de SPA pouco antes do evento trauma está mais associado a gravidade do quadro na admissão.

A doença trauma é um problema de saúde pública, uma vez que afeta grande parcela da população, muitas vezes em idade produtiva. Além da mobilização de grandes quantias para o tratamento médico das vítimas, as consequências do trauma e suas sequelas causam prejuízos sociais e laborativos que oneram o Estado devido a diversos encargos sociais demandados pelas vítimas e suas famílias. As consequências de um trauma grave são muitas vezes devastadoras tanto para a vítima quanto para sua família, que arca com prejuízos emocionais e financeiros algumas vezes insuperáveis.

É essencial, portanto, que haja investimento em ações preventivas, específicas para cada público, uma vez que as vulnerabilidades variam de acordo com sexo, idade, profissão. A natureza dessas ações deve ser tanto de orientação, sob forma de campanhas, quanto sancionatória, agindo sobre as causas mais comuns de mecanismos de trauma.

Nesse sentido, a temática do Pro Saúde, que conta com verba do governo federal para integrar a temática da dependência química no cotidiano da formação de profissionais de saúde, mostra-se bastante pertinente. A partir desse programa, esse estudo foi viabilizado e pretende-se, com os resultados, orientar campanhas e ações preventivas de diversas naturezas de modo a minimizar as consequências da doença trauma e do uso problemático de SPA, problemas de saúde pública que ceifam a vida e a produtividade de uma parcela significativa da população.

6. Conclusões

6.1. Os sujeitos desse estudo foram na maioria homens, jovens, com 4 a 8 anos de escolaridade, sem companheiro(a) fixo, com filhos e laboralmente ativos. O padrão de consumo de SPA nas vítimas de trauma mostrou início de uso antes dos 18 anos de idade e grande proporção de abuso e dependência.

6.2. O mecanismo de trauma mais comum no estudo foi acidente de trânsito, que teve maior associação com óbito e maior letalidade no atropelamento. O uso referido de SPA apresentou padrão de início na adolescência e elevada taxa de abuso nos acidentes de trânsito e nos traumas de violência.

6.3. A análise laboratorial das amostras foi elevada para álcool e drogas ilícitas, com destaque para cocaína e crack. A presença de álcool, crack e cocaetilenos esteve associada a maior gravidade do trauma. Em relação a outros mecanismos, trauma de violência esteve associado a maior detecção positiva de SPA.

7. Referências bibliográficas

1. OMS - Organização Mundial da Saúde. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Trad. Fabio Corregiari. São Paulo, Roca 2006.
2. Edwards G, Marshal EJ, Cook CH. O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
3. OMS - Organização Mundial de Saúde. Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em português- USP, 1995.
4. APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2014.
5. Cordeiro DC, Baldassara LR. Pronto Socorro. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, Editora Artmed, 2010.
6. Goldstein RZ, Volkow, ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. Am. J. Psychiatry. 2002;(159):1642-52.
7. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry. 2001;158(11):1783-1793.
8. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry. 2005; 162:(8)1403-1413.
9. Laranjeira R, Dualib S. Políticas Públicas Relacionadas às bebidas alcoólicas. Rev saúde publica 2007;41(5):839-48.
10. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira R, Ferraz MB. Cost-effectiveness of home visits in the outpatient treatment of patients with alcohol dependence. Eur Addict Res. 2010;16(2):69-77.

11. Galassi, AD, Alvarenga, PG, Andrade, AG, Couttolenc, BF Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Rev. Psiq. Cli.* 2008; 1: 25-30.
12. Goldstein PJ. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues.* 1985; 15:493-506.
13. Hoaken PNS, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003 28(9):1533–1554.
14. Kuhns JB, Clodfelter TA. Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior.* 2009; (14):69-78.
15. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(6):751-59.
16. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(4):545-557.
17. Van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4):420-30.
18. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):664-71.
19. Figlie, N, Fontes, A, Moraes, E, Paya, R. Children of addicted parents with bio-psychosocial risk factors: do they need a special care? *Rev. psiquiatr. clín.* 2004;31(2):53-62.
20. UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas. São Paulo: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas [25 fev 2015]. Disponível em: www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=96
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem

- inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
22. Gazoni, FM, Truffa, AAM, Kawamura, C, Guimarães, HP, Lopes, RD, Sandre, LV, Lopes, AC. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2006;18(4):427-432.
 23. Stankowski RV, Kloner RA, Rezkalla SH Cardiovascular consequences of cocaine use. *Trends Cardiovasc Med*. 2014 Dec 26. pii: S1050-1738(14):00250-3.
 24. Portugal, FB, Correa, APM, Siqueira, MM. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* 2010;6(1):1-13.
 25. Borges G, Mondragón L, Medina-Moura ME, Orozco R, Zambrano J, Cherpitel C. A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury. *Alcohol Alcoholism*. 2005;40(4):257-62.
 26. Mattox K, Feliciano DV, Moore, EE. *Trauma*. 4th. Edition, 2005. Mac Graw Hill Companies.
 27. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, Lowe RA, Anderson E, Shaw LM, Bethel CA, Teeple L. Violent Injuries among Women in an Urban Area. *N Engl J Med* 1999; 341(25):1899-1905.
 28. Champion H, Copes W, Sacco W, Lawnick M, Keast S, Frey C. The Major Trauma Outcome Study: Establishing National Norms for Trauma Care. *Journal of Trauma-Injury Infection&Critical Care. J Trauma*. 1990 Nov; 30(11):1356-65.
 29. Rasslam S, Birolini D. O trauma como modelo de doença. *Rev. Col. Bras. Cir*. 1998;25(5).
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. [17 fev 2015] <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>.

31. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3(11):2011-2030.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. [18 fev 2015] <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>
33. Beck LF, Dellinger AM, O’Neil ME. Motor Vehicle Crash Injury Rates by Mode of Travel, United States: Using Exposure-Based Methods to Quantify Differences. *Am J Epidemiol* 2007;166(2):212–218
<http://aje.oxfordjournals.org/content/166/2/212.full.pdf+html>
34. National Highway Traffic Safety Administration. National Center for Statistics and Analysis. Traffic Safety Facts 2012: A Compilation of Motor Vehicle Crash Data from the Fatality Analysis Reporting System and the General Estimates System. U.S. Department of Transportation Washington, DC, 2013.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
36. Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1927-38.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. [18 fev 2015]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>
38. Centers for Disease control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQRS) [online]. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [2010 Jun 14]. Available from URL: www.cdc.gov/injury
39. Velho, G. Mudança, crise e violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

40. Crime in the United. Expanded Homicide Data. U.S. Department of Justice—Federal Bureau of Investigation. [01 mar 2015] <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/crime-in-the-u.s/2012/crime-in-the-u.s.-2012/offenses-known-to-law-enforcement/expanded-homicide>.
41. Waiselfisz JJ. Juventude Viva - Homicídios e juventude no Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: Brasília, 2013. [01 mar 2015]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf
42. Redeker NS, Smeltzer SC, Kirkpatrick J, Parchment S. Risk factors of adolescent and young adult trauma victims. *Am J Crit Care*. 1995;4(5):370–378.
43. Hankin A, Stanley Wei S, Foreman J, Houry D. Screening for Violence Risk Factors Identifies young Adults at Risk for Return Emergency Department Visit for Injury. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2014;15(5):609-614.
44. Oliveira NLB, Sousa RMC. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paul Enferm* 2006;19(3):284-9.
45. Pereira Jr. GA, Scarpelini S, Basile-Filho A, Andrade JI. Índices de trauma. *Medicina, Ribeirão Preto*,1999;(32):237-250.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1010, 21.05.2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1171 de 05.06.2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação

no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2012

49. Laranjeira R, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Madruga CS. II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. UNIAD: Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo. 2012.
50. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo, AS, Moura YG, Sanchez ZVDM. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 principais cidades brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
51. Challub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(2):69-73.
52. Mathias CW, Marsh-Richard DM, Dougherty DM. Behavioral Measures of Impulsivity and the Law. *Behav. Sci. Law*. 2008; 26: 691–707.
53. Pratt G, Adan A, Perez MP, Turet MS. Neurocognitive effects of alcohol hangover. *Addictive Behaviors*. 2008;33(1):15–23.
54. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Macdonald S, Giesbrecht NA. A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: Data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction*. 2003 Sep;98(9):1277-86.
55. Zerhouni O, Bègue L, Brousse G, Carpentier F, Dematteis M, Pennel L, Swendsen J, Cherpitel C. Alcohol and violence in the emergency room: a review and perspectives from psychological and social sciences. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(10):4584-606.
56. WHO - World Health Organization. Alcohol and injury in Emergency Departments: Summary of the report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. World Health Organization (WHO), 2007.

57. Cordovilla-Guardia S, Guerrero-López F, Maldonado A, Vilar-López R, Salmerón JM, Romero I, Pose S, Fernández-Modéjar E. Trauma risk perception related to alcohol, cannabis, and cocaine intake. *Eur J Trauma Emerg Surg* (2014) 40:693–699.
58. Shyhalla K. Alcohol involvement and other risky driver behaviors: effects on crash initiation and crash severity. *Traffic Inj Prev*. 2014;15(4):325-34.
59. Legrand SA, Silverans P, de Paepe P, Buylaert W, Verstraete AG. Presence of psychoactive substances in injured Belgian drivers. *Traffic Inj Prev*. 2013;14(5):461-8.
60. Parran TV Jr, Weber E, Tasse J, et al. Mandatory toxicology testing and chemical dependence consultation follow-up in a level-one trauma Center. *J Trauma*. 1995; 38:278-80.
61. Mac Donald S, Anglin-Bodrug K, Mann RE, Erickson P, Hathaway, A, Chipman, M, Rylett, M. Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 72:99-115.
62. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse*. 1996; 31(5):565-579.
63. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2006; 28(3):196-202.
64. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira RA. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41(3):273-8.
65. Tardiff K, Marzuk P, Leon A, Hirsch C, Stajic M, Portera L, Hartwell N. Homicide in New York City Cocaine Use and Firearms *JAMA*. 1994;272(1):43-46.
66. Breitenbach TC, Pechansky F, Benzano D, De Boni R. High rates of injured motorcycle drivers in emergency rooms and the association with substance use in Porto Alegre, Brazil. *Emerg Med J*. 2012 Mar;29(3):205-7.

67. Jacobus J, Tapert SF. Effects of Cannabis on the Adolescent Brain. *Curr Pharm Des.* 2014; 20(13): 2186–2193
68. Elkashef A, Vocci F, Huestis M, Haney M, Budney A, Gruber A, el-Guebaly N. Marijuana neurobiology and treatment. *Subst Abus.* 2008; 29(3): 17–29.
69. Ramaekers JG, Berghaus G, van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Feb 7;73(2):109-19.
70. Diehl A, Figliel N, Laranjeira, R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28 (3):191-5.
71. O'Kane CJ, Tutt DC, Bauer LA. Cannabis and driving: a new perspective. *Emerg Med (Fremantle).* 2002;14 (3):296-303.
72. McDonald A, Duncan ND, Mitchell DI. Alcohol, cannabis and cocaine usage in patients with trauma injuries. *West Indian Med J.* 1999 Dec;48(4):200-2.
73. Azevedo RCS, Oliveira KD. Poliusuários de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, Editora Artmed, 2010. p.119- 28.
74. Schensul JJ, Convey M, Burkholder G. Challenges in measuring occurrence, agency and intentionality in polydrug research. *Addict Behav.* 2005;30(3):571-4.
75. Parker RB, Laizure SC. The effect of ethanol on oral cocaine pharmacokinetics reveals an unrecognized class of ethanol-mediated drug interactions. *Drug Metab Dispos.* 2010;38(2):317-22.
76. Gouzoulis-Mayfrank E, Daumann J. The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/MDMA users: a brief overview. *J Psychopharmacol.* 2006 Mar;20(2):188-93.
77. Kandel DB, Yamaguchi K. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *Am J Public Health* 1993;83:851-5.

78. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Carlini EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2003.
79. Oliveira LG, Nappo AS. Crack-cocaine in São Paulo: accessibility, market strategies and ways of use. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(6):212-218.
80. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. Adicciones, 2002;14(1):57-64.
81. Rodríguez-Jiménez R, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, Bagney A, Cubillo AI, Aragües M, Rubio G, Palomo T. Bases psicobiológicas de la adicción a Cocaína. Revista Española de Drogodependencias. 2006; 31(3,4): 311-323.
82. Carvalho VM. Pesquisa dos indicadores de uso do "crack" em amostras de urina de indivíduos submetidos a exame médico-legal. [Dissertação]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2006.
83. Giroud C, Michaud K, Sporkert F, Eap C, Augsburger M, Cardinal P, Mangin P. A Fatal Overdose of Cocaine Associated with Coingestion of Marijuana, Buprenorphine, and Fluoxetine. Body Fluid and Tissue Distribution of Cocaine and Its Metabolites Determined by Hydrophilic Interaction Chromatography - Mass Spectrometry (HILIC - MS). J. Anal. Toxicol. 2004;28(6):464-74.
84. Ros JJ, Pelders MG, Egberts AC. Performance of Abusign drugs-of-abuse slide tests with particular emphasis on concentrations near the cutoff: comparison with FPIA-ADx and confirmation of results with GC-MS. J. Anal. Toxicol. 1998;22(1):40-4.
85. Kristoffersen L, Stormyhr LE, Smith-Kielland A. Headspace gas chromatographic determination of ethanol: the use of factorial design to study effects of blood storage and headspace conditions on ethanol stability and acetaldehyde formation in whole blood and plasma. Forensic Sci Int. 2006;161(2-3):151-7.

86. Rohman ME, Clearly PD, Warburg M, Delbanco TL, Aronson MD. The response of primary care physicians to problem drinkers. *American J Drug Alcohol Abuse*.1987;13(1-2):199-209.
87. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public Health*. 2005 Sep; 119(9):781-8.
88. Jungerman, FS; Laranjeira, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *J. bras. Psiquiatr*. 1999;48(5):197-207.
89. Smedslund G1, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD008063.
90. Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004;26(supl. 1):28-32.
91. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde [online]*. 2007;16(3):207-220.
92. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.; OPS, 2008.
93. Silva CJ, Miguel AQC. Intervenção Breve. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, Editora Artmed, 2010. p. 243-251.
94. Désy PM, Perhats C. Johnson JA, Woychek A, Vaughan D, Seale JP. Alcohol screening, brief intervention, and referral in the emergency department: an implementation study. *J Emerg Nurs*. 2008 Feb;34(1):11-9.
95. Cunningham, RM, Chermack, ST, Zimmerman, MA, Shope, JT, Bingham CR, Blow, FC, Walton, MA. Brief Motivational Interviewing Intervention for Peer Violence and Alcohol Use in Teens: One-Year Follow-up. *Pediatrics*. 2012;129(6):1083–90.

96. Johnson JA, Woychek A, Vaughan D, Seale JP. Screening for at-risk alcohol use and drug use in an emergency department: integration of screening questions into electronic triage forms achieves high screening rates. *Ann Emerg Med.* 2013 Sep;62(3):262-6.
97. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, Bernstein E, Blow F, D'Onofrio G. Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 Nov;16(11):1078-88.
98. Madras B, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake 6 months later. *Drug and alcohol dependence* 2009; 99(1-3):280-295.
99. Sales C, Figlie NB. Entrevista motivacional. In: Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Porto Alegre, Artmed, 2011. p. 267-77.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: MS, MEC; 2005. p.77.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.
102. Campinas. Prefeitura de Campinas. [23 fev 2015] <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/cidade/>
103. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(Suppl 20):22-33.
104. Mello, WF, Restall, J. Advanced trauma life support care. *BMJ.* 1992; 304(6839):1444–1445

105. Baker SP, O'Neill B, Haddon JRW, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care J Trauma. 1974 Mar;14(3):187-96.
106. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the trauma score. J Trauma. 1989 May;29(5):623-9.
107. Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque. 1971.
108. Andrade S, Sá N, Carvalho M, Lima C, Silva M, Moraes Neto O, Malta D. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2012;21(1):21-30.
109. Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva AO, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. Revista de Saúde Pública. 2002;36(1):47-54.
110. Laurenti R, Mello Jorge, MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(1):35-46.
111. Crime in the United States. U.S. Department of Justice—Federal Bureau of Investigation; 2013. [03 mar 2015] http://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/crime-in-the-u.s/2013/crime-in-the-u.s.-2013/violent-crime/murder-topic-page/murdermain_final.
112. Marin-Leon L, Belon AP, Barros MBA, Almeida SDM, Restittuti MC. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, Brasil: importância crescente dos motociclistas. Cad. Saúde Pública. 2012;28(1):39-51.
113. Mascarenhas MDM, Freitas MG, Monteiro RA, Silva MMA, Malta DCM, Gómez CM. Emergency room visits for work-related injuries: characteristics and associated factors - Capitals and the Federal District, Brazil, 2011. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(3):667-678.

114. Nordon D, Akamine K, Ferreira Novo N, Hübner C. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(3):152-158.
115. Andrade AG, Duarte PCAV, Barroso LP, Nishimura R, Alberghini DG, Oliveira LG. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(3):294-305
116. Ribeiro CS, Azevedo RC, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(5):270-4.
117. Etten MLV, Neumark YD, Anthony JC. Male and female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*. 1999;94(9):1413-1419.
118. Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, Alépovitch A. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatrics* 2009; 9:30.
119. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Moore N, Fourrier-Reglat A. Benzodiazepines and Injurious Falls in Community Dwelling Elders. *Drugs & Aging*. 2008;25(1):61-70
120. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological Processes in Adolescent Addictive Disorders. *Am J Addict*. 2008;17(1):6-23.
121. Galduróz JF, Noto AR, Fonseca A, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2004.
122. Pedersen C. Biological Aspects of Social Bonding and the Roots of Human Violence. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*. 2004;1036:106-127.
123. Giancola, P.R. Alcohol-related aggression in men and women: The influence of dispositional aggressivity. *J. Stud. Alcohol*. 2002;63(6):696–708

124. Anderson CA, Bushman BJ. Human Agression. Annual Review of Psychology, 2002;53:27-51.
125. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence. Addiction. 1996;91(4):483-494.
126. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose–response relationship in emergency department data from 18 countries. Addiction, 2014;110(2):279-288.
127. Walton MA, Cunningham R, Chermack ST, Tripathi S, Weber J, Maio RF, Booth BM. Predictors of violence following Emergency Department visit for cocaine-related chest pain. . Drug Alcohol Depend. 2009;99(1-3):79-88.
128. Brasil. Governo Federal. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Fiocruz, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça. 2013.
129. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
130. Rhodes, T. Theorizing and Researching “Risk”: Notes on the Social Relations of Risk in Heroin Users’ Lifestyles. In: Agglenton P, Davies P, Hart G. Aids: Safety, Sexuality and Risk. London Taylor & Francis publisher, 1995. p.125-143.
131. Albuquerque, SC. Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua. [Dissertação] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.
132. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
133. Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J, Lowe RA, Anderson E, Shaw LM, Bethel CA, Teeple L. Violent Injuries among Women in an Urban Area N Engl J Med 1999;341(25):1899-1905

134. Schraiber LB, Oliveira AFPLD, França-Junior, I, Diniz, S, Portella, AP, Ludermir, AB, Valença, O, Couto, MT. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. Rev Saúde Pública 2007;41(5):797-807.
135. Walby, S, Towers,J, Francis,B. Mainstreaming domestic and gender-based violence into sociology and the criminology of violence. The Sociological Review, 2014;62(2):187-214.
136. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340.
137. Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [04 mar 2015]. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_o_leilagarcia.pdf
138. Macdonald S, Mann RE, Chipman M, Anglin-Bodrug K. Collisions and traffic violations of alcohol, cannabis and cocaine abuse clients before and after treatment. Accid Anal Prev. 2004;36(5):795-800.
139. Vasconcellos EA. O custo social da motocicleta no Brasil. Revista dos Transportes Públicos – ANTP. 2008;30/31:127-42.
140. Markogiannakis, H, Sanidas, E, Messaris, E, Koutentakis D, Alpantaki, K, Kafetzakis, A, Tsiftsis, D Motor vehicle trauma: analysis of injury profiles by road-user category. Emerg Med J 2006;23:27-31
141. Waldman EA, Mello Jorge MH. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. Ciência & Saúde Coletiva. 1999;4(1):71-79.
142. Andrade A. Equação Guia: uma nova abordagem da semiologia e fisiopatologia do equilíbrio do Hidrogênio, da água e dos seus íons. Cap7, pag 81. Ed Matrix, SP.
143. Dunne JR, Tracy JK, Scalea TM, Napolitano LM. Lactate and base deficit in trauma: does alcohol or drug use impair their predictive accuracy? J Trauma. 2005; 58(5):959-66

144. Wiener SE, Sutijono D, Moon CH, Subramanian RA, Calaycay J, Rushbrook JI, Zehtabchi S. Patients with detectable cocaethylene are more likely to require intensive care unit admission after trauma. *Am J Emerg Med.* 2010 Nov;28(9):1051-5.
145. Hadjizacharia P, Green DJ, Plurad D, Chan LS, Law J, Inaba K, Demetriades D. Cocaine use in trauma: effect on injuries and outcomes. *J Trauma.* 2009;66(2):491-4.
146. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, Bernstein E, Blow F, D'Onofrio G. Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 Nov;16(11):1078-88.
147. Turner, BJ. Gaps in addressing problem drinking: overcoming primary care and alcohol treatment deficiencies. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(5):345-52.
148. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(1):6-78.
149. Rush B, Bass M, Stewart M, McCracken E, Labreque M, Bondy S. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. *Can Fam Physician.* 1994;40: 1557-66.
150. Onofrio G, Pantalon MV, Degutis LC, Fiellin DA, Busch SH, Chawarski MC, *et.al.* Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinkers in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2008;51;6:742-50.
151. Segatto ML, Pinsk I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Screening and brief intervention for alcoholic patients treated at emergency rooms: prospects and challenges. *Cad. Saúde Pública,* 2007;23(8):1753-62.
152. Marin MJS, Oliveira MAC, Cardoso CP, Otani MAP, Moravciki MYAD, Conterno LO, Junior ACS, Braccialli LAD, Nunes CRR. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013;37(4):501-8.

153. Brandão, ERM; Rocha, SV, Silva, SS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. Rev. bras. educ. med. [online]. 2013;37(4):573-7.
154. Ceccim, RB; Feuerwerker, LAM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev. Saúde Coletiva, 2004; 14 (1) 41-65.
155. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LAA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva 2008;13(Sup.2):2133-44.

8. Anexos

8.1. Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Unicamp

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SPA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM DECORRÊNCIA DE TRAUMAS

Pesquisador: Karina Diniz Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07741412.6.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 140.228

Data da Relatoria: 23/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório com a finalidade de identificar uso de SPA e/ou álcool entre os pacientes atendidos no setor de Cirurgia do Trauma da Unidade de Emergência referenciada do HC/Unicamp, aplicar intervenção breve (IB) e realizar seguimento dos pacientes em 3 e 6 meses. Para os sujeitos que aceitarem participar do estudo, esses responderão ao um screening, será colhido sangue e /ou urina e um swab salivar, receberá uma IB e seguimento em 3 e 6 meses.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer o perfil sócio demográfico e o padrão de uso do paciente usuário de SPA que sofre traumas e é atendido em sala de emergência;
- detectar as SPA mais usadas na população atendida, relacionando-os ao trauma que levou ao atendimento;
- aumentar a adesão ao tratamento através da intervenção breve (IB) na internação;
- capacitar discentes sobre o tema da dependência química e sua abordagem em ambiente hospitalar e na rede básica de saúde.

OBS:

Os objetivos acima são apresentados como objetivo primário no formulário do Plataforma Brasil, entretanto, a autora apresenta em anexo o projeto completo, onde os objetivos apresentados no plataforma e no projeto em anexo não são os mesmos. Há divergências que poderão comprometer metodologicamente o estudo. Sugere-se adequar os objetivos no plataforma conforme o projeto

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



completo, caso mantenha esse como definitivo.

- Não consta nos objetivos a aplicação a IB (intervenção breve) como consta no título do projeto
- Incluir no formulário do Plataforma o objetivo 3 (como consta no projeto original completo).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Não há riscos. Os benefícios serão a IB recebida pelos traumatizados usuários de SPA e encaminhamento a serviços especializados e posterior acompanhamento de 3 e 6 meses.
- Treinamento de discentes sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- É um estudo exploratório e propõe uma IB e seguimento pós IB em 3 e 6 meses. Entretanto não apresenta como será o IB (anexo 4 que não é do IB e sim de encaminhamento).
- Não apresenta como realizou o cálculo amostral (1000 sujeitos) e nem como será feita a análise dos dados. Apresenta somente a análise técnica das amostras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Na folha de rosto apresentada, consta SGETS/MS como patrocinador principal, entretanto quem assina é um docente da Faculdade de Enfermagem/Unicamp. Este docente representa SGETS/MS? Se não, deve conter assinatura do representante legal desse órgão.

Recomendações:

- adequar título/objetivo
- verificar folha de rosto: quem assina pelo SGETS/MS?
- incluir instrumento da IB (intervenção breve) como anexo
- orçamento: financiamento da SGETS/MS- discriminar quantos bolsistas, pois só aparece o total de valor a ser pago em bolsas. Na justificativa encontram-se demais gastos a serem realizados.
- cronograma: adequar para pós aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- apresentar para que fim será desenvolvido o projeto (IC, TCC, mestrado, doutorado)
- deverá adequar o título do projeto conforme os objetivos ou incluir nos objetivos a intervenção proposta, pois nos objetivos não foi contemplado a intervenção (IB);
- método: incluir como realizou cálculo amostral para chegar a 1000 sujeitos. Incluir como será feita a IB (o anexo 3 não se refere a IB e sim de encaminhamento a serviços especializados)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Mantido o parecer do relator.

CAMPINAS, 07 de Novembro de 2012

Assinador por:
Carlos Eduardo Steiner
(Coordenador)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SPA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM DECORRÊNCIA DE TRAUMAS

Pesquisador: Karina Diniz Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 07741412.6.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 185.108

Data da Relatoria: 22/01/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório com a finalidade de identificar uso de SPA e/ou álcool entre os pacientes atendidos no setor de Cirurgia do Trauma da Unidade de Emergência referenciada do HC/Unicamp, aplicar intervenção Breve (IB) e realizar seguimento dos pacientes em 3 e 6 meses. Os sujeitos que aceitarem participar do estudo responderão a um screening e será colhido sangue e/ou urina e um swab salivar, receberá uma IB e seguimento em 3 e 6 meses.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer o perfil sócio demográfico e o padrão de uso do paciente usuário de SPA que sofre traumas e é atendido em sala de emergência;
- detectar as SPA mais usadas na população atendida, relacionando-os ao trauma que levou ao atendimento;
- aumentar a adesão ao tratamento por meio da intervenção breve (IB) na internação;
- capacitar discentes sobre o tema da dependência química e sua abordagem em ambiente hospitalar e na rede básica de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, não há risco previsível. Quanto aos benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa, poderá haver maior adesão ao tratamento e possibilidade de encaminhamento para serviço adequado.

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nessa reapresentação do projeto, as respostas às pendências foram apresentados e o projeto de pesquisa gerado pelo sistema da Plataforma Brasil foi reemitido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora e identificando como responsável da proponente o superintendente do HC/Unicamp, além de conter a assinatura do Prof. José Luiz Tatagiba Lamas como responsável pelo patrocinador. Projeto de pesquisa gerado pela Plataforma Brasil com todos os itens preenchidos. O cronograma do estudo foi adequado. O orçamento descreve custos de R\$ 305.240,00 e indica apoio financeiro da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS/MS). A pesquisadora anexou carta com resposta às pendências do parecer anterior. Foram apresentados dois modelos de TCLE voltados para maiores e menores de idade.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior foram listadas as seguintes pendências:

- adequar título/objetivo.

Comentário: pendência atendida.

- verificar folha de rosto: quem assina pelo SGETS/MS?

Comentário: a pesquisadora esclarece que o projeto é parte do PRÓ-Saúde, que está sendo realizado sob a coordenação do Professor José Luiz Tatagiba Lamas, do Departamento de Enfermagem- FCM. Uma vez que ele é o coordenador e responsável pela aprovação do projeto e do orçamento, foi ele que assinou a folha de rosto em nome do Ministério da Saúde. Pendência atendida.

- incluir instrumento da IB (intervenção breve) como anexo.

Comentário: a pesquisadora esclarece que não há nenhum instrumento pré determinado porque tal intervenção depende do grau de motivação de cada paciente, tendo sido realizado treinamento dos alunos durante aproximadamente 400 horas para que essa intervenção fosse o mais uniforme possível. Pendência atendida.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

- orçamento: financiamento da SGETS/MS- discriminar quantos bolsistas, pois só aparece o total de valor a ser pago em bolsas. Na justificativa encontram-se demais gastos a serem realizados.

Comentário: a pesquisadora inseriu essa informação no projeto de pesquisa da PB no item justificativa; serão 12 bolsistas discentes, cada bolsa no valor de R\$ 400,00 e sete bolsistas preceptores, cada bolsa de R\$ 1.030,00. Pendência atendida.

- cronograma: adequar para pós aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Comentário: adequado. Pendência atendida.

- apresentar para que fim será desenvolvido o projeto (IC, TCC, mestrado, doutorado).

Comentário: a pesquisadora informa que se destina para doutorado da pesquisadora principal.

- deverá adequar o título do projeto conforme os objetivos ou incluir nos objetivos a intervenção proposta, pois nos objetivos não foi contemplado a intervenção (IB).

Comentário: pendência atendida.

- método: incluir como realizou cálculo amostral para chegar a 1000 sujeitos. Incluir como será feita a IB (o anexo 3 não se refere a IB e sim de encaminhamento a serviços especializados).

Comentário: a pesquisadora informa que não houve cálculo de sujeitos baseado no cálculo amostral, mas nos atendimentos a pacientes traumatizados na UER-Unicamp no período, o que diminuirá o número de pacientes sera o período mais curto de tempo de coleta. Pendência atendida.

Aprovado após resposta a pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



CAMPINAS, 14 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Carlos Eduardo Steiner
(Coordenador)

8.2. Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Paciente

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa denominada DETECÇÃO DE USO DE SUBSTANCIAS PSICOATIVAS, REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SPA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM DECORRÊNCIA DE TRAUMAS, que visa a avaliar a relação existente entre o consumo de substâncias psicoativas e eventos relacionados a traumatismos entre os pacientes atendidos pela cirurgia do Trauma na Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A participação é voluntária e você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento enquanto o questionário é realizado. Para participar da pesquisa precisamos que você autorize a coleta de amostras de saliva, sangue e urina para que seja realizada uma análise visando a procurar vestígios de álcool, cocaína/crack e THC, além de outras substâncias psicoativas. Sua identidade permanecerá em sigilo e não haverá possibilidade de identificação de suas respostas ao questionário aplicado, bem como das amostras coletadas. Sua contribuição será de grande importância já que as informações ajudarão aos profissionais conhecerem melhor a relação acima exposta. A participação é voluntária e a recusa não interferirá no tratamento. Os questionários e as amostras serão avaliados e em nenhum momento será considerado quem os respondeu ou forneceu, porque não serão identificados. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados e publicados em congressos e revistas científicas da área, mantendo-se o sigilo sobre os participantes. Em caso de dúvida, contatar os responsáveis pela pesquisa, Dra Karina Diniz Oliveira, Dra Renata Cruz Soares de Azevedo, e Dr Gustavo Fraga na Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo telefone (019) 3521-8770.

Ao assinar esse termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias de igual teor, você declara que leu, compreendeu, tirou suas dúvidas e concordou em responder o questionário e ter as amostras de sangue e urina coletadas.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/Unicamp, conforme decisão número . Em caso de dúvidas, reclamações ou eventuais informações complementares: Telefone do CEP: (019) 3521-8936 Fax: (019) 3521-7187. () autorizo coleta de saliva () autorizo coleta de sangue () autorizo coleta de urina

Entrevistado

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Responsável pela aplicação

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

8.3. Anexo 3

Termo de Consentimento livre e Esclarecido ao Responsável

Por meio desta solicitamos sua autorização para o paciente _____, o qual nesse momento não tem condições de consentir, participar de uma pesquisa denominada DETECÇÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO BREVE E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SPA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM DECORRÊNCIA DE TRAUMAS que visa a avaliar a relação existente entre o consumo de substâncias psicoativas e eventos relacionados a traumatismos entre os pacientes atendidos pela cirurgia do Trauma na Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. A participação é voluntária e o paciente poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Para participar da pesquisa precisamos que você autorize a coleta de amostras de sangue e urina de _____ para que seja realizada uma análise visando a procurar vestígios de álcool, cocaína, crack, THC e outras substâncias psicoativas. A identidade permanecerá em sigilo e não haverá possibilidade de identificação das respostas ao questionário aplicado, bem como das amostras coletadas.

A contribuição será de grande importância já que as informações ajudarão aos profissionais conhecerem melhor a relação acima exposta. Os questionários e as amostras serão avaliados e em nenhum momento será considerado quem os respondeu porque não serão identificados. A participação é voluntária e a recusa não interferirá no tratamento.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados e publicados em congressos e revistas científicas da área, mantendo-se o sigilo sobre os participantes. Em caso de dúvida, contatar os responsáveis pela pesquisa, Dra Karina Diniz Oliveira, Dra Renata Cruz Soares de Azevedo, e Dr Gustavo Fraga na Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo telefone (019) 3521-8770.

Ao assinar esse termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias de igual teor, você declara que leu, compreendeu, tirou suas dúvidas e concordou em responder o questionário e na coleta das amostras de sangue e urina do paciente.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/Unicamp, conforme decisão número _____. Em caso de dúvidas, reclamações ou eventuais informações complementares: Telefone do CEP: (019) 3521-8936 Fax: (019) 3521-7187.

Entrevistado

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Responsável pela aplicação

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

8.4. Anexo 4

Questionário

1. Identificação

1.1 Idade: _____

1.2 Gênero 1.2.1 masc () 1.2.2 fem () 1.2.3 nsa()

1.3 Religião: _____

Prática religiosa: 1.3.1 não () 1.3.2 semanal () 1.3.3 mensal () 1.3.4 nsa ()

1.4 Escolaridade:

1.4.1 não () 1.4.2 alfabetizado () 1.4.3 até 4 anos ()

1.4.4 4 a 8 anos () 1.4.5- 8 a 11 anos () 1.4.6 mais de 11 anos ()

1.4.7 pós graduação () 1.4.8 nsa ()

1.5 Atividade laborativa

Exerce 1.5.1() não 1.5.2 () sim 1.5.3 nsa ()

Se não, qual a situação : 1.5.4 afastado () 1.5.5 desempregado ()

1.5.6 Aposentado () 1.5.7 Outra ocupação ()

1.5.8 Vínculo Informal () 1.5.9. Vínculo Formal () 1.5.10. nsa ()

1.6 Renda *per capita* familiar : 1.6.1 _____

1.7 Estado Civil 1.7.1 () casado 1.7.2 () solteiro 1.7.3 () união estável

1.7.4 () separado/divorciado 1.7.5 () viúvo 1.7.6 () nsa

1.8 Filhos: 1.8.1 não () 1.8.2 sim () 1.8.3 Quantos? _____

1.9 Moradia

1.9.1 Só () 1.9.2 Com parentes () Quais?

1.9.2.1 pais ()

1.9.2.2 companheiro ()

1.9.2.3 irmãos ()

1.9.2.4 filhos ()

1.9.2.5 pais e irmãos ()

1.9.2.6 companheiro e filhos ()

1.9.2.7 amigos ()

1.9.2.8 outros () 1.9.2.9. nsa ()

Moradia

1.9.3 Própria () 1.9.4 Alugada () 1.9.4.1 nsa ()

2. Uso de SPA

2.1 Álcool: 2.1.1. não () 2.1.2 sim () 2.1.3 nsa ()

2.1.3 Idade de início: 2.1.3.1 até 12 anos ()

2.1.3.2 de 12 a 15 ()

2.1.3.3 de 15 a 18 ()

2.1.3.4 acima de 18 anos () 2.1.3.5 nsa ()

2.1.4 Frequência de uso: 2.1.4.1 diária ()

2.1.4.2 dias alternados ()

2.1.4.3 três vezes por semana ()

2.1.4.4 semanal ()

2.1.4.5 quinzenal ()

2.1.4.6 mensal ()

2.1.4.7 menos que mensal ()

2.1.4.8 abstinente há mais de 12 meses () 2.1.4.9 nsa ()

2.1.5 Quantidade quando usa: 2.1.5.1 até 2 u.a. ()

2.1.5.2 de 2 a 10 u.a. ()

2.1.5.3 mais de 10 u.a. () 2.1.5.4 nsa ()

2.1.6. Tratamento 2.1.6.1 Sim () 2.1.6.2 Não () 2.1.6.3 nsa()

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	NÃO	SIM
J2	Durante os últimos 12 meses:		
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM" , SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida ?	NÃO	SIM
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM
	O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?	NÃO	SIM
J3	Durante os últimos 12 meses:		
A	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM
B	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM
C	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM

D Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

O entrevistado apresenta abuso de álcool? NÃO SIM

2.2 **Canabíóides:** 2.2.1 não () 2.2.2 sim () 2.2.3 nsa ()

2.2.3 Idade de início 2.2.3.1 até 12 anos ()

2.2.3.2 de 12 a 15 ()

2.2.3.3 de 15 a 18 ()

2.2.3.4 acima de 18 anos () 2.2.3.5 nsa ()

2.2.4 Frequência de uso 2.2.4.1 diária () 2.2.4.2 dias alternados ()

2.2.4.3 três vezes por semana ()

2.2.4.4 semanal ()

2.2.4.5 quinzenal ()

2.2.4.6 mensal ()

2.2.4.7 menos que mensal ()

2.2.4.8 abstinente há mais de 12 meses () 2.2.4.9 nsa ()

2.2.5 Quantidade 2.2.5.1 até 2 gramas ()

2.2.5.2 de 2 a 5 gramas ()

2.2.5.3 mais de 5 gramas ()

2.2.5.4 nsa ()

2.2.6 Via 2.2.6.1 ingerida () 2.2.6.2 inalada () 2.2.6.3 nsa ()

2.2.7 Tratamento 2.2.7.1 Sim () 2.2.7.2 Nao () 2.2.7.3 nsa ()

2.2.8 Contexto de uso 2.2.8.1 Sozinho 2.2.8.2 Em grupo () 2.2.8.3 nsa ()

K **Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:**

2

A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM

B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?

Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?

NÃO SIM

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM

D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM

E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM

F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM

G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM

COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS

b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM

c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM

d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.3 Cocaína: 2.3.1 não () 2.3.2 sim ()

2.3.3 Idade de início: 2.3.3.1 até 12 anos ()
2.3.3.2 de 12 a 15 ()
2.3.3.3 de 15 a 18 ()
2.3.3.4 acima de 18 anos ()

2.3.4 Frequência de uso: 2.3.4.1 diária ()
2.3.4.2 dias alternados ()
2.3.4.3 três vezes por semana ()
2.3.4.4 semanal ()
2.3.4.5 quinzenal ()
2.3.4.6 mensal ()
2.3.4.7 menos que mensal ()
2.3.4.8 abstinente há mais de 12 meses ()
2.3.4.9 nsa ()

2.3.5 Via: 2.3.5.1 Inalada ()
2.3.5.2 Endovenosa ()
2.3.5.3 oral ()
2.3.5.4 retal () 2.3.5.5. nsa ()

2.3.6 Quantidade 2.3.6.1 até 2 gramas ()
2.3.6.2 de 2 a 5 gramas ()
2.3.6.3 mais de 5 gramas () 2.3.6.4 nsa ()

2.3.7.Tratamento 2.3.7.1 Sim () 2.3.7.2 Não () 2.3.7.3 nsa()
2.3.8 Contexto de uso 2.3.8.1 Sozinho 2.3.8.2 Em grupo () 2.3.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.4 **Crack:** 2.4.1 não () 2.4.2 sim ()

2.4.3 Idade de início: 2.4.3.1 até 12 anos ()
2.4.3.2 de 12 a 15 ()
2.4.3.3 de 15 a 18 ()
2.4.3.4 acima de 18 anos ()

- 2.4.4 Frequência de uso 2.4.4.1 diária ()
 2.4.4.2 dias alternados ()
 2.4.4.3 três vezes por semana ()
 2.4.4.4 semanal ()
 2.4.4.5 quinzenal ()
 2.4.4.6 mensal ()
 2.4.4.7 menos que mensal ()
 2.4.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
 2.4.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()
- 2.4.5 Quantidade: 2.4.5.1 até 2 gramas ()
 2.4.5.2 de 2 a 5 gramas ()
 2.4.5.3 mais de 5 gramas ()
- 2.4.6.Tratamento 2.6.6.1 Sim () 2.6.6.2 Não () 2.6.6.3 nsa
 2.4.7 Contexto de uso 2.4.7.1 Sozinho () 2.4.7.2 Em grupo () 2.4.7.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
 Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
 COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS

- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.5 Opióides: 2.5.1 não () 2.5.2 sim ()

- 2.5.3 Idade de início: 2.5.3.1 até 12 anos ()
 2.5.3.2 de 12 a 15 ()
 2.5.3.3 de 15 a 18 ()
 2.5.3.4 acima de 18 anos ()

- 2.5.4 Frequência de uso: 2.5.4.1 diária ()
 2.5.4.2 dias alternados ()
 2.5.4.3 três vezes por semana ()
 2.5.4.4 semanal ()
 2.5.4.5 quinzenal ()
 2.5.4.6 mensal ()
 2.5.4.7 menos que mensal ()
 2.5.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
 2.5.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()

- 2.5.5 Via: 2.5.5.1 Inalada ()
 2.5.5.2 Endovenosa ()
 2.5.5.3 cutânea ()
 2.5.5.4 oral ()
 2.5.5.5 retal ()

- 2.5.6 Quantidade 2.5.6.1 até 2 gramas ()
 2.5.6.2 de 2 a 5 gramas ()
 2.5.6.2 de 2 a 5 gramas ()
 2.5.6.3 mais de 5 gramas ()

- 2.5.7.Tratamento
 2.5.7.1 Sim () 2.5.7.2 Não () 2.5.7.3 nsa()

- 2.5.8 Contexto de uso
 2.5.8.1 Sozinho 2.5.8.2 Em grupo () 2.5.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.6 Club drugs e anfetaminas

2.6.1 não () 2.6.2 sim ()

2.6.3 Idade de início: 2.6.3.1 até 12 anos ()

- 2.6.3.2 de 12 a 15 ()
 2.6.3.3 de 15 a 18 ()
 2.6.3.4 acima de 18 anos ()
- 2.6.4 Frequência de uso: 2.6.4.1 diária ()
 2.6.4.2 dias alternados ()
 2.6.4.3 três vezes por semana ()
 2.6.4.4 semanal ()
 2.6.4.5 quinzenal ()
 2.6.4.6 mensal ()
 2.6.4.7 menos que mensal ()
 2.6.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
 2.6.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()
- 2.6.5 Via: 2.6.5.1 Inalada ()
 2.6.5.2 Endovenosa ()
 2.6.5.3 cutânea ()
 2.6.5.4 oral ()
 2.6.5.5 retal ()
- 2.6.6 Quantidade 2.6.6.1 até 2 gramas ()
 2.6.6.2 de 2 a 5 gramas ()
 2.6.6.3 mais de 5 gramas ()
- 2.6.7.Tratamento 2.6.7.1 Sim () 2.6.7.2 Não () 2.6.7.3 nsa()
- 2.6.8 Contexto de uso 2.6.8.1 Sozinho 2.6.8.2 Em grupo () 2.6.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
 Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
 COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.7 Benzodiazepínicos:

2.7.1 não () 2.7.2 sim ()

2.7.3 Idade de início: 2.7.3.1 até 12 anos ()
2.7.3.2 de 12 a 15 ()
2.7.3.3 de 15 a 18 ()
2.7.3.4 acima de 18 anos ()

2.7.4 Frequência de uso: 2.7.4.1 diária ()
2.7.4.2 dias alternados ()
2.7.4.3 três vezes por semana ()
2.7.4.4 semanal ()
2.7.4.5 quinzenal ()
2.7.4.6 mensal ()
2.7.4.7 menos que mensal ()
2.7.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
2.7.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()

2.7.5 Via: 2.7.5.1 Inalada ()
2.7.5.2 Endovenosa ()
2.7.5.3 oral ()
2.7.5.4 retal ()

2.7.6 Quantidade 2.7.6.1 até 2 comprimidos ()
2.7.6.2 de 2 a 5 comprimidos ()
2.7.6.3 mais de 5 comprimidos ()

2.7.7. Tratamento

2.7.7.1 Sim () 2.7.7.2 Não () 2.7.7.3 nsa ()

2.7.8 Contexto de uso

2.7.8.1 Sozinho 2.7.8.2 Em grupo () 2.7.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM

B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM
C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM
D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar?	NÃO	SIM
E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO	SIM
F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ?	NÃO	SIM
G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM
O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA?	NÃO	SIM
K3 Durante os últimos 12 meses:		
a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM
b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	NÃO	SIM
c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ?	NÃO	SIM
d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM
O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA?	NÃO	SIM

2.8 Solventes:

2.8.1 não () 2.8.2 sim ()

2.8.3 Idade de início: 2.8.3.1 até 12 anos ()
 2.8.3.2 de 12 a 15 ()
 2.8.3.3 de 15 a 18 ()
 2.8.3.4 acima de 18 anos ()

2.8.4 Frequência de uso: 2.8.4.1 diária ()
 2.8.4.2 dias alternados ()
 2.8.4.3 três vezes por semana ()

- 2.8.4.4 semanal ()
- 2.8.4.5 quinzenal ()
- 2.8.4.6 mensal ()
- 2.8.4.7 menos que mensal ()
- 2.8.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
- 2.8.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()
- 2.8.5 Via:
 - 2.8.5.1 Inalada ()
 - 2.8.5.2 Endovenosa ()
 - 2.8.5.3 cutânea ()
 - 2.8.5.4 oral ()
 - 2.8.5.5 Retal ()
- 2.8.6 Quantidade
 - 2.8.6.1 até 2 gramas ()
 - 2.8.6.2 de 2 a 5 gramas ()
 - 2.8.6.3 mais de 5 gramas ()
- 2.8.7.Tratamento
 - 2.8.7.1 Sim ()
 - 2.8.7.2 Não ()
 - 2.8.7.3 nsa()
- 2.8.8 Contexto de uso
 - 2.8.8.1 Sozinho
 - 2.8.8.2 Em grupo ()
 - 2.8.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
 Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
 COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM

O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

2.9 Anticolinérgicos

2.9.1 não () 2.9.2 sim ()

2.9.3 Idade de início: 2.9.3.1 até 12 anos ()
2.9.3.2 de 12 a 15 ()
2.9.3.3 de 15 a 18 ()
2.9.3.4 acima de 18 anos ()

2.9.4 Frequência de uso: 2.9.4.1 diária ()
2.9.4.2 dias alternados ()
2.9.4.3 três vezes por semana ()
2.9.4.4 semanal ()
2.9.4.5 quinzenal ()
2.9.4.6 mensal ()
2.9.4.7 menos que mensal ()
2.9.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
2.9.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()

2.9.5 Via: 2.9.5.1 Inalada ()
2.9.5.2 Endovenosa ()
2.9.5.3 cutânea ()
2.9.5.4 oral ()
2.9.5.5 retal ()

2.9.6 Quantidade 2.9.6.1 até 2 gramas ()
2.9.6.2 de 2 a 5 gramas ()
2.9.6.3 mais de 5 gramas ()

2.9.7.Tratamento 2.9.7.1 Sim () 2.9.7.2 Não () 2.9.7.3 nsa()

2.9.8 Contexto de uso 2.9.8.1 Sozinho 2.9.8.2 Em grupo () 2.9.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM

B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM
C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM
D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar?	NÃO	SIM
E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ?	NÃO	SIM
F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ?	NÃO	SIM
G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM
O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA?	NÃO	SIM
K3 Durante os últimos 12 meses:		
a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM
b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	NÃO	SIM
c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ?	NÃO	SIM
d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM
O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA?	NÃO	SIM

2.10 Outros

2.10.1 não () 2.10.2 sim ()

2.10.3 Idade de início: 2.10.3.1 até 12 anos ()
2.10.3.2 de 12 a 15 ()
2.10.3.3 de 15 a 18 ()
2.10.3.4 acima de 18 anos ()

2.10.4 Freqüência de uso: 2.10.4.1 diária ()
2.10.4.2 dias alternados ()
2.10.4.3 três vezes por semana ()
2.10.4.4 semanal ()

- 2.10.4.5 quinzenal ()
- 2.10.4.6 mensal ()
- 2.10.4.7 menos que mensal ()
- 2.10.4.8 abstinente há mais de 2 meses ()
- 2.10.4.9 abstinente há mais de 2 anos ()
- 2.10.5 Via:
 - 2.10.5.1 Inalada ()
 - 2.10.5.2 Endovenosa ()
 - 2.10.5.3 cutânea ()
 - 2.10.5.4 oral ()
 - 2.10.5.5 retal ()
- 2.10.6 Quantidade
 - 2.10.6.1 até 2 gramas ()
 - 2.10.6.2 de 2 a 5 gramas ()
 - 2.10.6.3 mais de 5 gramas ()
- 2.10.7.Tratamento
 - 2.10.7.1 Sim () 2.10.7.2 Não () 2.10.7.3 nsa()
- 2.10.8 Contexto de uso
 - 2.10.8.1 Sozinho 2.10.8.2 Em grupo () 2.10.8.3 nsa ()

K Considerando o seu consumo durante os últimos 12 meses:

2

- A Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- B Quando usava menos ou parava de consumir, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
 Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM
 COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- C Quando começava a usar, freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- D Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar? NÃO SIM
- E Nos dias em que usava, passava mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos, ou ainda pensando nessas coisas ? NÃO SIM
- F Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga ? NÃO SIM
- G Continuou a usar mesmo sabendo que esta lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA DEPENDENCIA DA SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS

- b Alguma vez esteve sob o efeito em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado ? NÃO SIM
- d Continuou a usar mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM
- O ENTREVISTADO APRESENTA ABUSO DE SUBSTÂNCIA? NÃO SIM

3.Trauma:

3.1. Mecanismo do trauma

- 3.1.1 ferimento arma branca ()
- 3.1.2 ferimento arma de fogo ()
- 3.1.3 transito ()
- 3.1.4 outro qual? _____

3.1.3. Se trânsito:

- 3.1.3.1 Posição no veículo 3.1.3.1.1conductor ()
- 3.1.3.1.2passageiro frente ()
- 3.1.3.1.3passageiro trás ()
- 3.1.3.1.4 nsa ()

- 3.1.3.2 Outras vítimas no evento: 3.1.3.2.1 sim () 3.1.3.2.2 não () 3.1.3.2.3 nsa ()

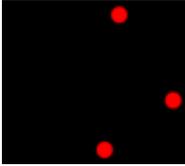
- Se sim, estado delas: feridas 3.1.3.2.1.1sim () 3.1.3.2.1.2não () 3.1.3.2.3 nsa ()
- Óbito 3.1.3.2.1.4 sim () 3.1.3.2.1.5 não () 3.1.3.2.1.6 nsa ()

3.2 História de trauma anterior:

- 3.2.1 tipo de trauma: _____
- 3.2.2 Internação 3.2.2.1 sim () 3.2.2.2 não () 3.2.2.3 nsa ()
- 3.2.3 Sob efeito SPA 3.2.3.1 sim () 3.2.3.2 não () 3.2.3.3 nsa ()
- 3.2.1 tipo de trauma: _____
- 3.2.2 Internação 3.2.2.1 sim () 3.2.2.2 não () 3.2.2.3 nsa ()
- 3.2.3 Sob efeito SPA 3.2.3.1 sim () 3.2.3.2 não () 3.2.3.3 nsa ()

8.5. Anexo 5

Encaminhamento ao serviço



Ao _____, situado a rua
_____, telefone
_____.

Encaminho o paciente _____, que foi
atendido no HC Unicamp em decorrência de trauma, sendo detectados problemas
relativos ao uso de SPA.

Solicito avaliação e atendimento multidisciplinar.

Atenciosamente

8.6. Anexo 6

Entrevistas de seguimento

Serviço de seguimento _____

Adesão

Sim () não ()

Freqüência: _____

Atendimento profissional: medico () Individual () Grupo ()

psicólogo () Individual () Grupo ()

TO () Individual () Grupo ()

outro () Individual () Grupo ()

Padrão de uso atual

SPA: _____

Freqüência de uso: diária ()
dias alternados ()
três vezes por semana ()
semanal ()
quinzenal ()
mensal ()
menos que mensal ()
abstinente há mais de 2 meses ()
abstinente há mais de 2 anos ()

Via: _____

Quantidade _____

SPA: _____

Freqüência de uso: diária ()
dias alternados ()
três vezes por semana ()
semanal ()
quinzenal ()
mensal ()
menos que mensal ()
abstinente há mais de 2 meses ()
abstinente há mais de 2 anos ()

Via: _____

Quantidade _____

Trauma:

sim () não ()

uso de SPA relacionado sim () não ()

Trauma:

sim () não ()

uso de SPA relacionado sim () não ()

Trauma:

sim () não ()

uso de SPA relacionado sim () não ()

Situação laboral:

Atividade laborativa

Exerce () não () sim nsa ()

Se não, qual a situação : afastado ()
desempregado ()
Aposentado ()

Outra ocupação ()
nsa ()

Vinculo Formal () Vinculo Informal ()

Renda *per capita* familiar : _____

Vinculo familiar

Vulnerabilidade social em relação ao vinculo familiar

Vinculo mantido Vinculo fragilizado Vinculo rompido

Sequela do trauma: (descrever)

8.7. Anexo 7

Ficha de levantamento de dados

Número na pesquisa:

iniciais: _____ idade: _____
PRÉ: _____ HC: _____
DATA/HORA ENTRADA: _____ DATA/HORA ALTA: _____
DIAGNÓSTICO DE ALTA (cid): _____
ESPECIALIDADE q deu a alta:
TRAZIDO POR: () SAMU () CENTRAL DE VAGA () AGUIA
() BOMBEIROS () POLICIA MILITAR () DEMANDA ESPONTANEA
() AMBULANCIA ESTRADAS - QUAL?
() OUTRO – QUAL?
Contato previo () sim () não
CIDADE DE ORIGEM (QUE ENCAMINHOU O TRAUMA, NÃO DO PACIENTE!!):
MECANISMO DO TRAUMA (DETALHADO SE POSSÍVEL):

NA CHEGADA AO PS: CONSCIENTE() INCONSCIENTE ()
SE inconsciente : MORTE ENCEFÁLICA ()
ÓBITO na chegada, antes do atendimento atendimento()
SINAIS DE INTOXICAÇÃO: () NÃO SIM () QUAIS spa?

INTERNAÇÃO: () APENAS UER TEMPO:
() ENFERMARIA (QUAL/TEMPO DE PERMANENCIA:
() UTI TEMPO DE PERMANENCIA:
EVOLUÇÃO DE QUAIS ESPECIALIDADES?

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR: () não ()sim QUAL?
INTUBAÇÃO () NÃO () SIM TEMPO:
OBITO () NÃO ()SIM
SEQUELA : QUAL?
LIMITANTE: ()SIM () NÃO

OBS:

INQUIRIÇÃO SOBRE USO DE SPA PELO MÉDICO ASSISTENTE () NÃO SIM ()
SE SIM, QUAL A ESPECIALIDADE DE QUEM INQUIRIU?

Centro Cirurgico/especialidades

Procedimentos/especialidades

9. Apêndice .

Artigo aceito: Revista Interface: Comunicação, Saude, Educação.

Indexação Scopus.

PET-saúde como instrumento da formação de alunos de medicina e enfermagem

Supervised Project as an instrument of training medical and nursing students

Proyecto supervisado como un instrumento de la formación de los estudiantes de medicina y enfermería

Resumo

O objetivo desse artigo é discutir o papel das atividades do PET-SAÚDE na formação de alunos de Medicina e Enfermagem, no que se refere à abordagem de usuários de SPA. Trata-se de recorte de um PET-saúde, que aborda pacientes vítimas de trauma atendidos em Unidade de Emergência Referenciada (UER), inquirindo-os acerca do uso problemático de substâncias psicoativas (SPA). Inicialmente, foi realizada capacitação para os alunos com aulas expositivas com bibliografia e entrevistas simuladas. Atividades práticas e contato com pacientes ocorreram sob supervisão de tutores especializados em dependência química. Os alunos responderam questionários em três momentos: antes do início, durante e ao final da coleta dos dados. As respostas indicam atenuação de julgamentos morais e mostram a integração ensino-serviço como ferramenta importante na formação do profissional de saúde, capacitando-o para assumir condutas adequadas no atendimento do paciente usuário de SPA.

Abstract

The main goal of this study is to discuss the Supervised Project as an instrument in training students. Developed from a Supervised Project, which join physical trauma in a Emergency Unit (ER) to abuse of psychoactive substances (PSA). Nursing and medical students had been previously prepared and approached trauma patients. Practical activities were developed under the supervision of expert tutors. To evaluate their point of view about chemical dependence and substance users, students answered questionnaires at three time points: in the beginning of the project, after the first day in ER and in the end of the data collection. The responses indicate that the teaching-practice integration is an important way of learning for health students. The moral judgements were attenuated, the students perceived the importance of always asking about PSA use and taking appropriate conducts about abuse of PSA.

Resumen

Estudio desarrollado a partir de proyecto supervisado, centrado en la relación entre el trauma físico y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en un Servicio de Urgencias (SU). Tiene como meta evaluar la función del Proyecto Supervisado en la formación de estudiantes de medicina y enfermería. Los Estudiantes fueron entrenados con textos sobre SPA, conferencias y entrevistas de simulación. Las actividades prácticas se desarrollaron bajo la supervisión de tutores expertos.

Los estudiantes completaron cuestionarios a los tres puntos de tiempo: en el comienzo del proyecto, después del primer día en el SU y en el final de la recogida de datos. Las respuestas indican que la integración docencia-práctica es importante en la formación de los estudiantes de salud. Los juicios morales se atenuaron, los estudiantes percibieron importancia de siempre hacer preguntas y tomar conductas apropiadas sobre el abuso de PSA.

Palavras-chave: ensino, medicina de emergência, drogas ilícitas

Keywords: teaching, emergency medicine, street drugs

Palabras clave: enseñanza, medicina de emergencia, drogas ilícitas

Introdução

O uso problemático de substâncias psicoativas (SPA) pode ser considerado um problema de saúde pública, pela prevalência e prejuízos que causa no indivíduo.¹ A elevada demanda desses usuários às unidades de saúde e o reconhecimento da necessidade da implementação de uma política pública voltada à prevenção e tratamento do usuário, coloca o tema como prioritário no projeto pedagógico dos cursos de formação profissional na área de saúde.

Esse tema foi proposto para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) 2012-2014, denominado “Integração ensino-serviço nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia na rede de atenção à saúde, com implementação de modelo de linha de cuidado aos usuários de álcool, tabaco, crack e outras drogas”. O Pró-Saúde é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde, a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Rede Municipal de Campinas (RMC), obedecendo à lógica da integração ensino/serviço numa perspectiva interdisciplinar.²

Um dos mecanismos usados pelo Pró-Saúde para atingir seus objetivos é o Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde),³ projeto de campo prático do qual participam alunos e profissionais de ensino superior da universidade e da rede municipal de saúde.

Esse estudo é baseado em um projeto PET-Saúde, que tem como base teórica as potenciais relações entre a dependência química e a ocorrência do trauma.^{4,5} O objetivo é introduzir os alunos dos cursos de graduação de Medicina e Enfermagem no tema, atuando dentro de um campo de estágio hospitalar referenciado. Adicionalmente, visa a discutir como o processo de aprendizado decorrente da participação no PET aprimora a capacidade de os estudantes lidarem com os transtornos relacionados ao uso de SPA.

Método

Esse estudo é parte de um projeto PET que foi realizado com os pacientes atendidos em decorrência de traumas na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Os alunos aplicaram questionário sociodemográfico e foram coletadas amostras de sangue e urina dos pacientes, após aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta estendeu-se de 09.11.2012 a 31.08.2013.

As amostras foram analisadas para detecção de álcool no sangue e cocaína, crack e THC na urina. Os pacientes que referissem uso de SPA ou cujas análises resultassem positivas eram submetidos à intervenção breve (IB) pelos alunos. Posteriormente, eram encaminhados a serviço de tratamento especializado em dependência química da RMC.

A coleta dos dados na UER foi realizada por 17 alunos de graduação em Medicina e Enfermagem, dos quais 12 recebiam bolsa remunerada e cinco eram voluntários. Todas as atividades eram supervisionadas por cinco profissionais de Saúde Mental com experiência e

atividade na área de dependência química: uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais. O sexto preceptor é farmacêutico responsável pelo Centro de Controle de Intoxicações (CCI) Unicamp, onde foram analisadas as amostras.

Dentre os alunos participantes, oito cursavam Medicina (três no segundo semestre, quatro no sexto semestre e uma no oitavo semestre) e quatro cursavam Enfermagem (uma no segundo semestre e três no quarto semestre). Os voluntários cursavam Medicina, três no segundo semestre e duas no sexto semestre.

Após seleção dos alunos, ocorreu capacitação para a uniformização da coleta de dados. A capacitação incluiu, inicialmente, distribuição de textos aos alunos, com conceitos básicos sobre Dependência Química (neurobiologia, tipos de SPA, critérios de dependência e abuso, tratamento). Posteriormente, foram ministradas palestras (9 horas-aula), buscando firmar os conceitos necessários e resolver eventuais dúvidas sobre o tema, além de uma aula específica sobre a estrutura da RMC.

Em seguida, iniciou-se a segunda fase da capacitação. Nesta etapa, os alunos passaram por processos de simulação de entrevistas, em que realizavam abordagem dos pacientes, aplicação dos questionários e IB. Nessa fase, o grupo era dividido em subgrupos, formados por 5 alunos e dois supervisores cada. Os encontros ocorriam duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, totalizando 7 horas.

As primeiras simulações foram realizadas por dois preceptores, e nas seguintes um dos alunos entrevistava o preceptor, que fazia o papel de paciente, enquanto o outro assistia a cada entrevista com o restante do subgrupo, realizando intervenções e orientando os alunos a resolver eventuais impasses que pudessem ocorrer. Cada aluno realizou no mínimo três entrevistas simuladas. Durante as entrevistas o questionário era aplicado e a IB era realizada. Foram simuladas diversas situações, criadas em função de dois parâmetros: experiência clínica dos supervisores, que simulavam situações mais comuns na prática da dependência química e do atendimento em UER, e demanda dos alunos, que mostravam preocupação com situações relacionadas ao paciente: postura hostil, negativa de uso com amostras positivas, problemas criminais.

Os pacientes que referiram uso problemático de SPA eram submetidos à IB. As intervenções breves (IB) consistem em informações, recomendações e instruções para a redução do consumo, feitas por um profissional da saúde. Seu objetivo é promover a motivação para a mudança de hábitos e ajudar o paciente a tomar decisões.⁶

Os alunos coletaram os dados seguindo uma escala de plantão na UER, sempre supervisionados pelos preceptores.

Foram realizadas reuniões quinzenais com os alunos para atualizações sobre o andamento do projeto, assim como discussão de dificuldades de qualquer natureza: logística, técnica, pessoal. Além disso, foi criado um grupo de emails que se estabeleceu como um canal de

comunicação entre a equipe, através do qual eram marcados encontros, apresentados problemas e soluções, definidas escalas de plantão.

Para que pudesse ser avaliada a evolução do processo de aprendizado dos graduandos, foram aplicadas entrevistas direcionadas em três momentos:

1. Antes da coleta, os alunos foram inquiridos sobre as principais angústias na abordagem do usuário de SPA.
2. Durante o período de coleta, foi solicitado que os alunos descrevessem a dinâmica do primeiro plantão, as dificuldades no contato com os pacientes e com o serviço.
3. Ao final da fase de entrevistas, foi aplicado seguinte questionário:
 - Antes de participar do PET, você perguntava sobre o uso de SPA? Para quais pacientes? Se sim, em quais situações? Qual conduta assumida após resposta positiva?
 - Após participar do PET, você pergunta sobre uso de SPA aos pacientes que atende? Se sim, como e em quais situações? Qual conduta assumida após resposta positiva?
 - Em que a sua participação no PET interferiu nisso?

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unicamp (parecer n.185108).

Resultados e Discussão

Foi possível consolidar as respostas dos alunos participantes em dois padrões distintos de idéias:

- **Primeiro padrão:** preocupações acerca da abordagem do usuário de SPA (respostas obtidas na fase de capacitação e no início da coleta de dados).

Ao participarem dos primeiros encontros de capacitação, percebia-se insegurança em relação à postura a ser assumida ao inquirir sobre o uso de SPA.

“Algumas vezes tento questionar o uso, mas me sinto um pouco insegura, não bem capacitada, era como se eu fosse desajeitada para isso.” (aluno do segundo semestre de Enfermagem)

“(…) Apenas perguntava se usava algum tipo de “droga” e esperava simplesmente por uma resposta afirmativa ou negativa e me sentia constrangido em perguntar e tentava já mudar de tópico durante a anamnese.” (aluno do sexto semestre de Medicina)

Ter contato com o paciente é a grande expectativa do aluno desde que inicia o curso. Isso ocorre, entretanto, com algum grau de angústia e insegurança.⁷ É uma situação geradora de estresse e vulnerabilidade para o aluno, principalmente nos anos iniciais do curso. O contato direto com supervisores pode diminuir essa tensão, oferecendo segurança para que essa abordagem seja realizada de modo tranquilo, com a perspectiva de um aprendizado satisfatório.⁸

Esse aspecto pode ser confirmado por relato dos alunos logo após o primeiro plantão:

“Então eu falo por mim que embora todos estejam ansiosos e cheios de dúvidas sobre o que fazer lá, eu digo que muitas das minhas dúvidas foram se esclarecendo ao longo do que eu fiz na prática (...) por mais complicado que pareça, vai dar tudo certo no final.” (aluno do sexto semestre de Medicina)

Essa dificuldade de inquirição sobre uso de SPA pode ser observada não apenas em estudantes, mas profissionais da saúde de uma maneira geral.⁹

- **Segundo padrão:** a prática supervisionada como ferramenta para maior segurança na abordagem da dependência química (respostas obtidas após a coleta de dados).

“No início ficava meio sem jeito em perguntar sobre SPA e não sabia muito como reagir perante uma resposta positiva ao uso. Mas hoje, consigo agir naturalmente (...) como nós somos acostumados a perguntar sobre dor, por exemplo.” (aluno do segundo semestre de Medicina)

“Também sinto-me mais a vontade em abordar o uso de SPA, sem pré-julgamentos, e também compreendendo melhor a ação de cada droga no organismo”. (aluno do oitavo semestre de Medicina)

“(...) me mostrou que tal investigação pode ser feita de maneira natural sem fazer julgamentos ou pensamentos preconceituosos. E noto que essa investigação de uso de SPA não é feita rotineiramente com os diversos pacientes que procuram o nosso serviço único de saúde”. (aluno do sexto semestre de Enfermagem)

“(...) achei a experiência de abordar os pacientes incrível. No começo a gente fica meio inibida, mas depois começamos a conversar e ficar mais enturmados. (...) foram vários pacientes interessantes que de imediato eu achava que não fossem falar que faziam uso, mas depois fui surpreendida e muitos deles falaram numa boa e mostraram-se bastante receptivos.” (aluno do sexto semestre de Medicina)

“Minha participação no PET (...) me fez enxergar a importância de perguntar sobre o uso e o abuso de substâncias psicoativas, e pretendo incorporar isso ao meu atendimento como futura médica.” (aluno do segundo semestre de Medicina)

Os relatos dos alunos mostram a prática supervisionada como uma ferramenta importante na abordagem da dependência química, no sentido de diminuir estigmas e valores morais acerca do tema. A elaboração de julgamentos de valor dá lugar à postura profissional de diagnóstico, orientação e tratamento. Isso já foi observado por estudos internacionais que avaliaram a inquirição sobre a dependência química por médicos generalistas.^{10,11}

A capacitação sobre o tema e atividades supervisionadas já se mostraram fatores importantes para a abordagem adequada dessa questão.¹² Estudo realizado no Canadá com 2883 médicos constatou que há noção da importância de se questionar o paciente sobre o uso de SPA, apesar disso a postura assumida diante do problema é na maioria das vezes negativa e distante. Apenas um terço dos entrevistados incluíam na anamnese rotineira perguntas sobre

dependência química. O estudo conclui considerando a importância de capacitação para minimizar o problema.¹³

Com a experiência adquirida na prática supervisionada, os alunos apontaram maior segurança na orientação de conduta e encaminhamento do paciente, uma vez detectado o uso de SPA.

“Sempre me incomodou ver como nas consultas, desde quando aprendemos a fazer anamnese, nós perguntamos se o paciente faz uso de outras SPA, apenas vendo isso como fator de risco, sem dar muita atenção ao uso em si como problema. Mas eu aprendi nessa rotina e as perguntas acabaram se tornando banais. Depois da experiência do PET, me sinto segura em intervir de alguma maneira, por ter aprendido a fazer intervenção breve, sem precisar “gastar” um grande tempo com isso.” (aluno do sexto semestre de Medicina)

“(…) pergunto com mais naturalidade, interesse-me mais pela resposta e entro em mais detalhes sobre o padrão de uso. Finalmente, melhorei na proposta de soluções, sugerindo para alguns pacientes a busca de ajuda em um CAPS ou grupo de ajuda no Centro de Saúde, recursos que eu mal sabia que existiam antes da minha participação no PET.” (aluno do sexto semestre Medicina)

“(…) Saber perguntar e como reagir também foi algo que aprendi a fazer, e que pretendo aplicar no dia-a-dia, além de entender que o paciente pode não querer conversar sobre a SPA naquele momento, mas que o primeiro contato – a intervenção breve – (...) pode mudar a forma como ele pensa sobre a droga, especialmente se souber que existe uma infraestrutura que pode ajudar (CAPS-AD, ASPA...)” (aluno do segundo semestre de Medicina)

“(…) Deu para fazer de forma bem bacana a entrevista motivacional e ele aceitou ir depois procurar a ajuda para o CAPS (que não é tão complicado indicar quanto parece)... Essa era uma grande dúvida minha antes das atividades práticas.” (aluno do quarto semestre de Enfermagem)

“Fiquei muito mais a vontade para abordar o assunto, mesmo porque percebi que o problema era muito mais meu ao ter medo de falar a respeito achando que os pacientes não aceitariam bem a “intromissão”, vi, na realidade, que é um assunto relativamente natural de ser abordado e que pode mudar positivamente o hábito de uso do paciente.” (aluno do sexto semestre de Medicina)

“Com o PET, eu pude entender e desmitificar o uso das SPA. A partir do embasamento teórico e da prática, hoje me sinto mais confortável de conversar com o paciente a cerca desse problema de saúde, além de saber até onde eu posso interferir e orientar o paciente, visando o seu melhor bem estar.” (aluno do quarto semestre de Enfermagem)

A dificuldade de lidar com o dependente químico não é questão presente apenas entre alunos, mas também em médicos formados. Entre as barreiras identificadas, encontra-se

falta de financiamento, falta de apoio social, a falta de conhecimento e orientações, técnicas de aconselhamento inadequados, características pessoais de médicos de clínica geral.^{12,13}

Em estudo realizado na Inglaterra com médicos generalistas, observou-se que, apesar de terem consciência da importância da abordagem do tema, 56% dos profissionais entrevistados se consideravam incapazes de lidar com o problema.¹⁴ Um dos motivos para essa reação era a crença de que as intervenções seriam infrutíferas.^{12,14}

Apesar de a implementação do projeto PET ter ocorrido em contexto hospitalar, a abordagem do usuário de SPA poderia ter ocorrido em qualquer cenário de prática do SUS. Nota-se, pela fala dos estudantes, que os conceitos e técnicas aprendidos através da capacitação e da prática supervisionada poderiam ser aplicados em qualquer nível de complexidade de atendimento e em qualquer momento da formação do aluno.

“A participação no PET proporcionou uma integração de conhecimentos do que era adquirido na graduação com a experiência no projeto. (...) um assunto ainda com tabus que muitas vezes impede a aproximação entre profissional e paciente.” (aluno segundo semestre de Enfermagem)

Confirma-se, ainda, a importância da integração entre ensino e serviço, para que o aluno possa não somente assimilar as demandas da população, mas também conhecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde, e o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional^{15,16}. Este ponto foi relevante no presente trabalho, uma vez que a supervisão foi realizada por profissionais de diversas áreas e os alunos pertenciam a dois cursos diversos da área de saúde. A atividade diferenciada realizada pelos supervisores (terapeuta ocupacional, enfermagem, psicólogo) foi essencial para que os alunos percebessem as diversas formas de abordagem do sujeito, fortalecendo a ideia de integralidade da atenção. A formação de uma equipe multiprofissional permite a diversidade de visões do cuidado e possibilita a troca de informações e a elaboração de um plano terapêutico mais completo.¹⁷

A diferente postura dos alunos em relação ao usuário de SPA, verificada pela mudança dos padrões de respostas conforme a evolução do projeto PET é evidente. Isso reforça a importância de se entender a formação em saúde como um processo complexo, que deve ser norteado por diversos paradigmas.^{18,19} A atualização técnico-científica é um deles, mas não deve ser o único alicerce que sustenta a formação do profissional em saúde. Além da capacitação dos alunos, o grande diferencial na postura dos estudantes decorreu do contato direto e supervisionado com o usuário. O cuidado foi abordado sob outras ópticas, mostrando ao aluno que a relação com o paciente vai além do binômio queixa-conduta.¹⁸

A formação em saúde é um processo complexo que deve ser alicerçado não apenas em informações técnicas e científicas. O cuidado envolve empatia com o usuário, responsabilidade social e ética e atendimento às necessidades do indivíduo.^{18,20} Os saberes e práticas devem ser construídos a partir desse conceito. As estratégias didáticas modernas transpõem a formação da sala de aula para os cenários de prática e envolvem metodologias ativas, graduando profissionais

com espírito crítico-reflexivo.²¹ Esse trabalho pode ser considerado como exemplo prático desse substrato teórico que norteia a formação de recursos humanos para a saúde.

Conclusões

Esse estudo mostra que o processo de formação do aluno dos cursos da área de saúde em temas considerados complexos, como a dependência química, pode ser conduzido utilizando estratégias simples. O envolvimento de equipes multiprofissionais com experiência nos cenários de prática do SUS, o uso de simulação na capacitação de alunos e a prática supervisionada podem ser adotados em outras situações e com temas diversos. Em especial, as entrevistas simuladas diminuem os receios que porventura os alunos manifestariam quando da abordagem real do paciente; a proximidade do supervisor no contato com o paciente e o trabalho multiprofissional qualificam a formação do aluno e a atenção aos usuários do SUS.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Alcohol and injury in Emergency Departments: Summary of the report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. World Health Organization (WHO), 2007.
2. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: MS, MEC;2005. p.77.
3. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=107>
4. Fraga GP, Scarpelini S, Santos JS. Sistema de urgência e emergência no Brasil. In: Ferrada R, Rodriguez A. Trauma - Sociedade Panamericana de Trauma .São Paulo: Atheneu ; 2010. p. 7-14.
5. Coimbra R, Fraga GP, Bansal V, Constantini T, Hoyt DB. Controle de qualidade em trauma. In: Ferrada R, Rodriguez A. TRAUMA - Sociedade Panamericana de Trauma. São Paulo, Editora Atheneu, 2010. p. 63-9.
6. Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(supl. 1):28-32.
7. Quintana, AM, Rodrigues, AT, Arpini, DM, Bassi, LA, Cesim, OS, Santos, MS. **A angústia na formação do estudante de medicina.** *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2008, 32 (1): 7-14. Acessado em 21.08.2014
8. Trindade, LMDF, Vieira, MJ. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013, 37(2): 167-77.
9. Rush B1, Ellis K, Crowe T, Powell L. How general practitioners view alcohol use. Clearing up the confusion. *Can Fam Physician.* 1994 Sep;40:1570-9

10. Rohman, ME, Clearly, PD, Warburg, M, Delbanco, TL, Aronson, MD. The response of primary care physicians to problem drinkers. *American J Drug Alcohol Abuse*. 1987 13 (1 and 2): 199-209.
11. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public Health*. 2005 Sep; 119(9):781-8.
12. Rush B1, Bass M, Stewart M, McCracken E, Labreque M, Bondy S. Detecting, preventing, and managing patients' alcohol problems. *Can Fam Physician*. 1994 Sep; 40: 1557-66.
13. Turner, BJ. Gaps in addressing problem drinking: overcoming primary care and alcohol treatment deficiencies. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11(5): 345-52.
14. Anderson P. Managing alcohol problems in general practice. *BMJ* 1985; 290: 1873-5.
15. Amoretti, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev. Bras. Ed. Med.* 2005; 29 (2): 136-46.
16. Marin, MJS, Oliveira, MAC, Cardoso CP, Otani, MAP, Nunes, CRR et al. **Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013; 37 (4): 501-8.
17. Ferreira, RC; Varga, CRR; Silva, RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 2009; 14 (supl 1) 1421-8.
18. Ceccim, RB; Feuerwerker, LAM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 2004; 14 (1) 41-65.
19. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. *Divulg Saúde Deb*. 2000; (22): 36-48.
20. Brandão, ERM; Rocha, SV, Silva, SS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2013; 37, (4): 573-7.
21. Mitre, SM; Girardi-de-Mendonça, JM; Morais-Pinto, NM; Meirelles, CAB; Pinto-Porto, C; Moreira, T; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13 (Sup 2) 2133-44.