

Consumo de álcool e intervenção breve em vítimas de trauma

Alcohol and brief intervention for trauma victims

KARINA DINIZ OLIVEIRA¹; EMILIO CARLOS ELIAS BARACAT¹; RAFAEL LANARO¹; CAROLINE EUGENI¹; ELLEN RICCI¹; MAYARA SCHIAVON RABELLO¹; JULIANA PERPETUO DE SOUZA¹; VITORIA CARNEIRO GIMENES¹; RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO¹; GUSTAVO PEREIRA FRAGA¹

R E S U M O

Objetivo: avaliar os mecanismos e a gravidade do trauma em pacientes que preenchessem critérios para abuso ou dependência de álcool de acordo com o *Mini International Neuropsychiatric Interview* e apresentar o padrão de consumo de álcool e as mudanças um ano após o trauma. **Métodos:** estudo quantitativo transversal e longitudinal realizado de novembro de 2012 a setembro de 2013 em Unidade de Emergência. O paciente era submetido a uma entrevista semiestruturada que avalia abuso e dependência de álcool. Os pacientes abusadores e dependentes de álcool foram submetidos à intervenção breve. Um ano após a admissão os pacientes foram contatados e questionados acerca do padrão de uso e as razões de eventuais mudanças. **Resultados:** de uma amostra de 507 pacientes admitidos na UE por trauma, 348 responderam ao MINI, sendo 25,9% abusadores e 10,3% dependentes de álcool. Entre os abusadores o mecanismo de trauma mais frequente foi o acidente de motocicleta (35,6%) e nos dependentes houve predomínio de espancamento (22,2%). Amostras de sangue positivas para álcool foram identificadas em 31,7% dos abusadores e 53,1% dos dependentes. Um ano após o trauma, 66 abusadores e 31 dependentes foram contatados, constatando-se que 36,4% dos abusadores e 19,4% dos dependentes diminuíram o padrão de consumo de álcool. A principal razão relatada de redução foi o trauma. **Conclusão:** o acidente de motocicleta foi o mecanismo de trauma mais frequente e entre os abusadores e dependentes de álcool houve redução do consumo de álcool após o trauma, porém a IB não foi a razão mais relatada para a mudança do hábito.

Descritores: Alcoolismo. Ferimentos e Lesões. Emergências. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool.

INTRODUÇÃO

Dentre os depressores do sistema nervoso central, o álcool é a substância psicoativa (SPA) mais consumida no mundo. Há em torno de dois bilhões de pessoas que consomem álcool regularmente¹. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 3,2% das mortes mundiais estão relacionadas ao álcool². Apesar disso, a extensão e a magnitude do papel do álcool e traumas fatais e não fatais ainda não é completamente entendido².

Os efeitos precoces do álcool causam prejuízos de atenção, da percepção e do juízo crítico de realidade, o que pode aumentar os riscos de traumas de trânsito³. Além disso, o álcool também pode ser um fator de catalisação de comportamento agressivo⁴.

No Brasil o trauma é um problema de saúde pública. Representa a primeira causa de morte na faixa etária de um a 39 anos⁵. Atualmente, os mecanismos de trauma mais comuns no Brasil e no mundo são atos de violência (homicídios) e relacionados ao trânsito^{5,6}.

Um estudo de revisão constatou que 10% a 18% dos atendimentos em Unidade de Emergência (UE) têm alguma relação com o álcool⁷. Apesar disso, o uso de SPA é ainda pouco detectado, o que limita o desenvolvimento

de estratégias de prevenção e a abordagem adequada a usuários problemáticos de álcool⁸.

A UE é, muitas vezes, o primeiro serviço de saúde procurado pelo abusador ou dependente de álcool, e deve ser vista como um local estratégico para sensibilização do paciente acerca dos prejuízos relacionados ao uso problemático de álcool uma vez que a relação entre o uso da SPA e o prejuízo que causa é recente⁹⁻¹¹. A intervenção breve (IB) é uma modalidade de atendimento com entrevista com tempo limitado motivando a mudança de comportamento, que tem como objetivos amenizar os problemas relacionados ao uso de álcool e ajudar o paciente a tomar decisões, procurando tratamento ou reduzindo o padrão de uso^{8,10}. As vantagens da IB incluem o baixo custo e a facilidade na aplicação, uma vez que são rápidas (duram de dez a 45 minutos) e podem ser incluídas nas consultas usuais, além de poderem ser realizadas por qualquer profissional da saúde devidamente treinado. Pesquisas têm mostrado sua eficiência no tratamento de abusadores de álcool, porém há limitações em sua eficácia, especialmente em pessoas que apresentam dependência de álcool⁸⁻¹¹.

O *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)¹² é uma entrevista padronizada elaborada com base em critérios diagnósticos da quarta edição do Manual Di-

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

agnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM 4)¹³ e do Código Internacional de Doenças (CID)¹⁴. A seção J identifica critérios de abuso e dependência de álcool.

Os objetivos do estudo foram avaliar os mecanismos e a gravidade do trauma em pacientes que preenchessem critérios para abuso ou dependência de álcool de acordo com o *Mini International Neuropsychiatric Interview* e apresentar o padrão de consumo de álcool e as mudanças um ano após o trauma.

MÉTODOS

Estudo quantitativo de corte transversal e longitudinal, realizado na UE do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. Os dados foram coletados de novembro de 2012 a setembro de 2013. Os pacientes que chegaram à UE em decorrência de traumas foram convidados para participarem do estudo, assinando o consentimento informado. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, documento número 185.108.

Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos de idade, admitidos em UE em decorrência de traumas, com primeiro atendimento realizado por médicos da Disciplina de Cirurgia do Trauma da Unicamp e tempo de permanência na UE ou no hospital por mais de seis horas. *Para os efeitos desse estudo, trauma foi definido como qualquer dano causado por uma exposição súbita a agentes físicos, como energia mecânica, fogo, eletricidade, agentes químicos ou radiação que interagissem com o corpo em um grau que excedesse os limites da tolerância humana^{15,16}. O uso abusivo e a dependência de álcool foram diagnosticados de acordo com os critérios do MINI¹². O diagnóstico de abuso de álcool é realizado quando o indivíduo responde positivamente a três das questões elencadas pela seção MINI. 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.

Tabela 1 - Critérios de abuso de álcool de acordo com o MINI.

Durante os últimos 12 meses:

- 1 - Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
 - 2 - 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... ?
 - 3 - Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?
 - 4 - Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?
-

Fonte: Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. *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.*

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 seis horas 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.

Após aceitação e assinatura do termo, era aplicada uma entrevista semiestruturada e a seção J do MINI, que avalia abuso e dependência de álcool (Tabela 1)¹². Os pacientes que preencheram critérios para abuso (três ou mais respostas positivas às questões elencadas na tabela 1) e dependência de substância psicoativa (três ou mais respostas positivas às questões elencadas na tabela 2) pelo instrumento MINI foram submetidos à intervenção breve.

Para determinação da gravidade do trauma foi calculado o índice *Injury Severity Score* ou Escala de Gravidade da Lesão (ISS)^{17,18}. Os sujeitos cujos valores de ISS foram maiores que 16 sofreram traumas considerados de maior gravidade.

A amostra de sangue foi coletada em tubo seco. 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, a seguir, injetada em um sistema de cromatografia gasosa com detecção por ionização de chamas.

Os pacientes que tivessem critérios diagnósticos para uso abusivo ou dependência de álcool eram submetidos à IB no hospital logo após a entrevista e aplicação do questionário. O seguimento foi realizado um ano após o trauma, por três especialistas em Saúde Mental, que perguntavam via contato telefônico o padrão de uso de álcool bem como as razões de eventual mudança no mesmo.

A associação entre as variáveis categóricas foi realizada com base no teste de qui-quadrado. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% e o intervalo de confiança para o risco relativo de 95%.

Tabela 2 - Critérios de dependência de álcool de acordo com o MINI.

1 - Durante os últimos 12 meses você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco garrafas de cerveja, ou uma garrafa de vinho, ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?

Durante os últimos 12 meses:

- 2 - Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?
- 3 - Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ?
- 4 - Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?
- 5 - Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?
- 6 - Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?
- 7 - Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?
- 8 - Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida ?
- 9 - Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

Fonte: Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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.

RESULTADOS

O total de pacientes incluídos e excluídos e os que responderam ao questionário estão descritos na figura 1.

Dentre os 453 incluídos no estudo, 42 evoluíram a óbito e 63 permaneceram inconscientes ou sofreram danos em decorrência do trauma que os impediram de responder ao questionário. As variáveis sexo, escolaridade, ocupação e estado civil dos dependentes e abusadores de álcool estão descritas na tabela 3. Quanto ao histórico de uso de álcool, 65,6% dos dependentes e 63,7% dos abusadores relataram início de uso de bebidas alcoólicas antes de 18 anos de idade. Os mecanismos de trauma nos sujeitos com abuso e dependência de álcool estão descritos na tabela 4. Os valores de ISS foram maiores que 16 em 16,9% dos abusadores e em 36,1% dos dependentes. As amostras foram positivas para álcool em 31,7 % dos abusadores e em 53,1% dos sujeitos que referiram dependência.

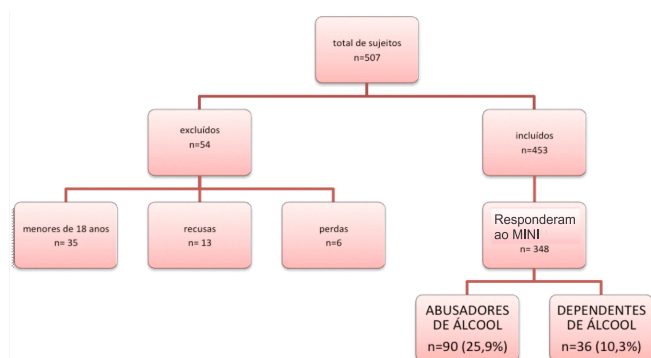


Figura 1 - Total de sujeitos incluídos e usuários problemáticos de álcool admitidos por trauma.

Fonte: Unidade de Emergência Referenciada do Hospital de Clínicas da Unicamp.

No seguimento após um ano da admissão hospitalar, 66 abusadores de álcool e 31 dependentes foram contatados. Entre os abusadores, 40 (60,6%) mantiveram o padrão de uso, 20 (30,3%) reduziram e seis (9,1%) interromperam o uso. Entre os dependentes, 25 pacientes (80,6%) mantiveram o padrão de uso, dois reduziram (6,5%) e quatro (12,9%) interromperam o uso. As razões relatadas para a interrupção ou redução foram: sequela do trauma (oito abusadores e dois dependentes), pelo evento trauma (três abusadores e dois dependentes) e pela intervenção breve (quatro abusadores e um dependente). Outros 11 pacientes (dez abusadores e um dependente) relataram outros motivos para redução/interrupção. Nenhum dos abusadores ou dependentes que responderam à IB evoluiu a óbito.

DISCUSSÃO

O estudo focou em uma amostra de pacientes abusadores e dependentes de álcool admitidos em unidade de emergência em decorrência de traumas. Os dados sociodemográficos indicaram que a maioria era de homens jovens com razoável escolaridade se comparados com a média brasileira e ativos laboralmente. Importante salientar que as características da população que procura as unidades de emergência são diferentes da população geral, pois há particularidades como morbidades, situação social e uso de SPA que são específicos dos pacientes de UE e, portanto, não devem ser generalizados¹⁹.

As características sociodemográficas da amostra são semelhantes às encontradas em outros estudos que abordam vítimas de traumas: homens, jovens, laboralmente ativos¹⁹⁻²¹. Se considerarmos o padrão de uso de SPA, porém, a situação laboral difere dos dados da população geral de dependentes e abusadores de álcool, que, na maio-

Tabela 3 - Correlação das variáveis sociodemográficas nos pacientes que preencheram critérios para abuso e dependência de álcool.

Variável	Abusadores N (%)	Valor de p*	Dependentes N (%)	Valor de p*
Sexo				
Masculino	80 (88,9)	0,283	35 (97,2)	0,035
Feminino	10 (11,1)		1 (2,8)	
Escolaridade				
< 8 anos	46 (47,7)	0,203	21 (60,1)	0,203
> 8 anos	44 (52,3)		15 (39,9)	
Situação ocupacional				
Desempregado	9 (10,2)	0,092	4 (11,1)	<0,001
Empregado	78 (86,7)		30 (83,4)	
Não se aplica	3 (3,1)		2 (5,5)	
Estado civil				
Companheiro fixo	28 (31,4)	0,038	15 (41,6)	0,007
Sem companheiro fixo	62 (68,6)		21 (58,4)	

Fonte: Unidade de Emergência Referenciada do Hospital de Clínicas da Unicamp.

*Teste qui-quadrado

Tabela 4 - Mecanismos de trauma nos sujeitos com abuso e dependência de álcool.

Mecanismo do trauma	Abusadores N (%)	Dependentes N (%)
Acidente de motocicleta	32 (35,6)	5 (13,9)
Acidente de carro	13 (14,4)	5 (13,9)
Atropelamento	5 (5,6)	3 (8,3)
Queda de altura	7 (7,8)	3 (8,3)
Espancamento	6 (6,7)	8 (22,2)
Queda da própria altura	3 (3,3)	2 (5,6)
Ferimento por projétil de arma de fogo	8 (8,9)	3 (8,3)
Ferimento por arma branca	9 (10,0)	3 (8,3)
Outros	6 (6,7)	4 (11,1)
Perdas	1 (1,1)	-
TOTAL	90 (100)	36 (100)

Fonte: Unidade de Emergência Referenciada do Hospital de Clínicas da Unicamp.

ria, se encontra inativa. Se comparado a outros problemas de saúde, no Brasil 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 social²².

A dosagem da alcoolemia sérica positiva é indicativa de uso recente de álcool. No presente estudo, aproximadamente 30% dos que referiram abuso e 53% dos que preencheram critérios para dependência, tiveram amostras positivas, indicando uso de álcool nas seis horas anteriores à admissão. A intoxicação alcoólica é associada à admissão por traumas em UE por diversos

estudos internacionais, que descrevem proporções de até 50% de pacientes intoxicados na ocasião do evento trauma^{23,24}.

Estudo publicado pela OMS mostrou que aproximadamente 47% das vítimas de trauma tinham níveis positivos de alcoolemia sérica, e 40% dos pacientes traumatizados com níveis negativos de alcoolemia apresentavam critérios para uso problemático de SPA². Dessa maneira, a amostra negativa não é suficiente para excluir problemas relacionados ao uso de álcool. O padrão ouro de detecção de uso de SPA consiste na combinação de anamnese e dosagem laboratorial da SPA³.

A maioria dos dependentes e dos abusadores relatou início do uso de álcool na adolescência. 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 adulta²⁵.

Dentre os dependentes que sofreram traumas, uma parcela significativa foi vítima de atos de violência (principalmente espancamentos), com 36,1% de ISS com valores maiores que 16, ou seja, sofreram traumas considerados de maior gravidade. O uso do álcool está relacionado a atos violentos tanto em agressores quanto em vítimas. Estudo que analisou laudos de necropsia de vítimas de mortes violentas detectou níveis séricos de álcool em 70% dos casos²⁶.

A intoxicação por álcool acarreta perda da capacidade de concentração por várias horas após a ingestão, além de perda de habilidades psicomotoras e aumento da impulsividade^{27,28}. Essas reações podem catalisar características de personalidade, aumentando ou fazendo com que se manifestem tendências agressivas que podem culminar em condutas ilegais, que pode levar ao envolvimento em atos violentos²⁹. Mais da metade dos crimes é cometida quando o criminoso está intoxicado por álcool³⁰. Entre os abusadores de álcool, por sua vez, o mecanismo de trauma mais comum foi o acidente de trânsito (56,2%).

A prevalência de uso de álcool é maior entre motoristas acidentados³¹. Motoristas alcoolizados apresentam maior frequência de envolvimento em acidentes que os não alcoolizados. 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 o cinto de segurança, dirigem em maior velocidade e têm maior risco de distração³². No Brasil, em levantamento nacional realizado sobre o uso do álcool, 21,6% dos adultos admitiram já terem dirigido alcoolizados ao menos uma vez na vida²¹.

Na ocasião da entrevista de seguimento, realizada um ano após a admissão na unidade de emergência, foi possível constatar que uma parcela significativa de abusadores (36,4%) interrompeu o uso ou diminuiu o padrão. Poucos, porém, referiram a IB como o fator determinante de interrupção ou redução do consumo de álcool. 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 à IB, essa foi a razão menos citada entre os que interromperam ou reduziram o consumo de álcool.

Isso pode ser explicado por diversos fatores: a falta de percepção do paciente do cumprimento do papel da IB pelo fato de ter sido realizada por estudantes de graduação com menor experiência na abordagem de dependentes químicos; ou pelo impacto maior que o evento trauma trouxe para a vida da pessoa.

Portanto, a capacitação dos profissionais que atuam em unidades de emergência é muito importante para que a abordagem do usuário problemático de SPA seja adequada e efetiva.

Entre os dependentes, a parcela que reduziu ou interrompeu padrão de uso por qualquer motivo, foi bem menor. Quando a gravidade do uso é maior, há necessidade de outros mecanismos de tratamento visando a redução do padrão ou abstinência. Esse dado vai ao encontro de outros estudos, realizados em UE, que detectaram pouca efetividade da intervenção breve um ano após a sua realização⁸. Uma das razões desse achado pode ser a necessidade de continuidade de acompanhamento do usuário, em serviços especializados ou com profissionais capacitados, que possam amparar o paciente, preservando motivação e prevenindo ou abordando recaídas. Sem acompanhamento regular, é mais difícil a manutenção da abstinência ou da redução do padrão de uso.

O presente estudo aponta elevadas taxas de alcoolemia positiva e transtornos relacionados ao uso de álcool (abuso e dependência) entre vítimas de trauma. No seguimento após um ano, houve redução do padrão de consumo de bebidas alcoólicas em um terço dos abusadores e um em cada cinco dependentes. Diante dos dados, reforça-se a importância de estratégias preventivas que abordem a associação do uso de bebidas alcoólicas e trauma. Além disso, o atendimento em decorrência de trauma relacionado ao uso de álcool pode configurar uma janela de oportunidade para a redução do uso de risco de bebidas alcoólicas e consequente diminuição da morbidade e mortalidade nessa população.

Considerando a associação existente entre o uso de bebidas alcoólicas 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 dos determinantes do uso de SPA antes e após o evento são ferramentas úteis para orientar uma abordagem mais adequada na UE e a melhor estratégia de intervenção e prevenção.

Concluímos que o acidente de motocicleta foi o mecanismo de trauma mais frequente e entre os abusadores e dependentes de álcool houve redução do consumo de álcool após o trauma, porém a IB não foi a razão mais relatada para a mudança do hábito.

A B S T R A C T

Objective: to describe the causes and severities of trauma in patients who met the criteria for alcohol abuse or dependence according to Mini International Neuropsychiatric Interview, and to display the pattern of alcohol consumption and subsequent changes one year after trauma. **Methods:** a transversal and longitudinal quantitative study carried out between November 2012 and September 2013 in the ED. Medical and nursing students collected blood samples, applied the J section of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and submitted alcohol abusers and dependents to BI. One year after admission, patients were contacted and asked about their patterns of alcohol use and their reasons for any changes. **Results:** from a sample of 507 patients admitted to the ED for trauma, 348 responded to MINI, 90 (25.9%) being abusers and 36 (10.3%) dependent on alcohol. Among the abusers, the most frequent cause of injury was motorcycle accident (35.6%) and among the dependents it was predominantly interpersonal violence (22.2%). Positive blood samples for alcohol were identified in 31.7% of the abusers and 53.1% of the dependents. One year after trauma, 66 abusers and 31 dependents were contacted, and it was ascertained that 36.4% of the abusers and 19.4% of the dependents had decreased alcohol consumption. The main reported reason for the reduction was the experienced trauma. **Conclusion:** the motorcycle accident was the most common cause of injury. The detection of problematic alcohol use and implementation of BI are important strategies in the ED, however for alcohol abusers and dependents, BI was not the most reported reason for any changes in patterns of alcohol use.

Key words: Alcoholism, Wounds and Injuries. Emergencies. Alcohol-Related Disorders.

REFERÊNCIAS

- United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. World Drug Report: 2008. New York: United Nations; 2008.
- World Health Organization. Alcohol and injury in Emergency Departments: Summary of the report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. Geneva: World Health Organization; 2007.
- Cremonte M, Cherpitel CJ. Alcohol intake and risk of injury. *Medicina*. 2014;74(4):287-92.
- Hankin A, Wei S, Foreman J, Houry D. Screening for violence risk factors identifies young adults at risk for return emergency department visit for injury. *West J Emerg Med*. 2014;15(5):609-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
- Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, Macdonald S, Giesbrecht N. A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction*. 2003;98(9):1277-86.
- D'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.e2.
- Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, et al. Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1078-88.
- Segatto ML, Pinsky I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1753-62.
- Diestelkamp S, Arnaud N, Sack PM, Wartberg L, Daubmann A, Thomasius R. Brief motivational intervention for adolescents treated in emergency departments for acute alcohol intoxication – a randomized-controlled trial. *BMC Emerg Med*. 2014;14:13.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- 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.
- Mattox K, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: MacGraw Hill; 2005.
- Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*. 1974;14(3):187-96.
- Zerhouni O, Bègue L, Brousse G, Carpentier F, Dematteis M, Pennel L, et al. 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.
- 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.
- Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva OA, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):47-54.
- Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira RR, Ferraz MB. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):321-5.
- Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Ann Surg*. 2005;241(4):541-50.
- 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 and 6 months later. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1-3):280-95.
- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Mitsushiro S, Caetano R. II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. UNIAD: Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2012.
- Duarte PAV, Carlini-Cotrim B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. *J Bras Dep Quim*. 2000;1(1):17-25.
- Dolan SL, Bechara A, Nathan PE. Executive dysfunction as a risk marker for substance abuse: the role of impulsive personality traits. *Behav Sci Law*. 2008;26(6):799-822.

26. Poldrugo F. Alcohol and criminal behavior. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(1):12-5.
27. Prat G, Adan A, Pérez-Pàlmies M, Sànchez-Turet M. Neurocognitive effects of alcohol hangover. *Addict Behav*. 2008;33(1):15-23.
28. Challub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(Suppl 2):s69-s73.
29. Field CA, Claassen CA, O'Keefe G. Association of alcohol use and other high-risk behaviors among trauma patients. *J Trauma*. 2001;50(1):13-9.
30. Shyhalla K. Alcohol involvement and other risky driver behaviors: effects on crash initiation and crash severity. *Traffic Inj Prev*. 2014;15(4):325-34.
31. 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.
32. Finney JW, Moos RH. Matching patients with treatment: conceptual and methodological issues. *J Stud Alcohol*. 1986;47(2):122-34.

Recebido em 03/02/2015

Aceito para publicação em 10/04/2015

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Programa Nacional de Reorientação da Formação (Pró-Saúde), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência:

Karina Diniz Oliveira

E-mail: Karina.dinizoliveira@gmail.com