



Abordagem e avaliação dos doentes com alcoolismo crónico, no ambiente de MGF: estudo exploratório em coorte retrospectiva

Rita Figueiredo,¹ Luiz Miguel Santiago,^{2,3} Ana Aveiro,⁴ Beatriz Graça,⁵ Bruno Valentim⁶

RESUMO

Introdução: A medicina geral e familiar (MGF) tem um papel preponderante na deteção precoce de problemas ligados ao álcool (PLA) e consequente intervenção. No entanto, muitos casos não são diagnosticados e não recebem o devido aconselhamento ou tratamento.

Objetivos: Perceber como é feita a avaliação e abordagem de PLA pelos médicos de família (MF) de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e compreender o impacto que as intervenções têm no resultado clínico.

Métodos: Estudo exploratório, observacional, em coorte retrospectiva com sete anos de seguimento, em pessoas com mais de 18 anos e com problema ICPC-2 «P15 – Abuso Crónico de Álcool» ativado crónico, seguidas numa USF na região Centro de Portugal. Recolha de dados do processo clínico das variáveis em estudo: problema do alcoolismo abordado; questionários *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)/*Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption* (AUDIT-C); referenciação a consulta de adições e a psicologia; controlo analítico no ano seguinte à abordagem do problema (ASAP) e onde foi pedido; prescrição de medicação dirigida no ASAP e onde foi feita a primeira prescrição e sucesso terapêutico, por médicos com capacidade para tal e após as necessárias autorizações. Foi realizada estatística descritiva e inferencial não-paramétrica.

Resultados: Amostra de $n=135$, 96,3% sexo masculino, idades entre 51 e 70 anos para 56,3%. Verificou-se diferença significativa entre sexos para a referenciação a consulta de adições e para psicologia ($p=0,019$ e $p<0,001$, respetivamente). Variáveis em estudo e sucesso terapêutico sem associação significativa.

Conclusão: Neste estudo, os métodos de abordagem investigados não tiveram impacto no prognóstico do doente, não influenciando o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Alcoolismo; Perturbações do uso do álcool; Medicina geral e familiar; Cuidados de saúde primários; ICPC-2.

INTRODUÇÃO

O consumo excessivo de álcool é uma das principais causas de problemas de saúde e morte prematura a nível global e uma das doenças do foro psiquiátrico mais prevalente.¹⁻² A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o consumo excessivo de álcool é responsável por mais de duzentas patologias, que causam aproximadamente três milhões de mortes por ano no mundo, o que corresponde a cerca de 5,3% de todas as mortes.³

O continente europeu é a região do mundo com maior consumo de bebidas alcoólicas, onde se estima que esta substância seja responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras.⁴⁻⁵

O consumo de álcool é também um relevante e importante problema de saúde pública na população portuguesa. Portugal continua a ter um dos níveis mais altos de consumo desta substância, sendo o consumo médio de litros puros de álcool por pessoa anualmente, com idade igual ou superior a 15 anos, de cerca de



12 litros, valores que continuam acima da média europeia.⁶ Torna-se, assim, primordial a prevenção, o diagnóstico e o tratamento desta patologia na população.

A medicina geral e familiar (MGF) é normalmente o primeiro recurso da população no que se refere aos cuidados de saúde. Uma vez que estes indivíduos, por norma, não procuram ajuda para os seus problemas ligados ao álcool (PLA) é extremamente importante o papel desempenhado pela MGF na deteção precoce de problemas associados ao consumo excessivo de álcool e na avaliação dos hábitos de consumo, aproveitando as oportunidades em que estas pessoas procuram os cuidados de saúde primários (CSP) por outros motivos. O que se pretende é intervir o mais cedo possível e diminuir as consequências sociais e na saúde das populações.⁶ A evidência sugere que cerca de 20% das pessoas que utilizam os CSP são consumidores excessivos de álcool e, destes, a maioria não é diagnosticada.⁷

A OMS desenvolveu e validou ferramentas de rastreio a utilizar nos CSP para detetar sinais precoces de consumo abusivo e dependência alcoólica, como o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), ou a sua versão reduzida, o *Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption* (AUDIT-C).⁸ Para além disso, a maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico implementou normas para o diagnóstico precoce e intervenções breves a realizar nos CSP no momento da abordagem de doentes com este problema.⁶ No entanto, e apesar da alta prevalência deste problema de saúde, na prática verifica-se a existência de algumas limitações e dificuldades aquando da abordagem destes doentes, o que protela o diagnóstico. Consequentemente, estes doentes são muitas vezes indevidamente acompanhados, quer seja pelo estigma social ainda existente à volta das doenças do foro psiquiátrico e/ou aditivo, quer ainda pelos métodos de abordagem

dos doentes e seu seguimento, muitas vezes insuficientes nos CSP.² A OMS estimou que quatro em cada cinco doentes com problemas ligados ao álcool não recebem o devido aconselhamento nem tratamento.¹

São, assim, reveladas algumas limitações e dificuldades destes profissionais aquando da abordagem a esta problemática, o que acaba por ter implicações no trabalho preventivo e nas intervenções efetuadas nestes doentes.⁹

Em Portugal, a norma da DGS n.º 030/2012, de 28/12/2012, atualizada em 18/12/2014, define as principais recomendações da abordagem deste problema, pelo que é importante a realização de estudos observacionais sobre a forma como é feita a avaliação e abordagem destes doentes para a constituição de bases de investigação futura.

O objetivo do presente estudo é caracterizar a abordagem dos doentes com PLA pelos médicos de família (MF) numa USF e observar os diferentes resultados clínicos para tentar estabelecer associações.

Torna-se relevante perceber como é feita a avaliação destes doentes e a abordagem dos MF numa USF e compreender o impacto que as intervenções têm no prognóstico e no resultado clínico. Assim, a intenção do estudo passa por concluir sobre o impacto dessas principais intervenções e respetivos resultados clínicos, permitindo que estas conclusões constituam bases para futuras investigações.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, em coorte retrospectiva, durante um período de sete anos, de janeiro/2015 até dezembro/2021, inclusive, do universo das pessoas com a classificação «P15 – Abuso Crónico do Álcool» (P15), de acordo com a 2.ª edição da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2), e com seguimento na Unidade de Saúde Familiar em estudo (USFC).

A recolha de dados decorreu entre julho e agosto/2022, através da consulta do processo clínico eletrónico em SClínico® no ambiente de CSP e da plataforma Registo de Saúde Eletrónico (RSE) no ambiente hospitalar das variáveis em estudo, pela investigadora e por médicos habilitados ao contacto com os mesmos.

A amostra em estudo correspondeu a todas as pessoas classificadas com P15, segundo a ICPC-2, e com seguimento na USFC, tendo sido definido pela

1. Médica Interna de Formação Geral. ULS Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.

2. MD, PhD, Associated Professor. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

3. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

4. Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar. USF As Gândras, ULS Coimbra, Cantanhede, Portugal.

5. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Condeixa, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal.

6. Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar. USF Santo Amaro, ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Vila do Conde, Portugal.



investigadora que implicava ter pelo menos um total de cinco consultas/contactos médicos na unidade. A população em estudo foi identificada através da pesquisa eletrónica na plataforma MI@MUF das pessoas classificadas com o problema P15 no processo clínico. Foram excluídas todas as pessoas com idade inferior a 18 anos.

A recolha de dados teve lugar após o parecer ético positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro, homologado pelo respetivo Conselho Diretivo da ARS em 28 de julho de 2022 e foi realizada por médicos com capacidade administrativa para acesso a dados clínicos, que os forneceram anonimamente aos autores.

Na Tabela 1 são apresentados os dados epidemiológicos e de abordagem ao doente com a classificação ICPC-2 P15 em estudo.

O conceito de sucesso terapêutico é complexo de definir uma vez que os PLA afetam múltiplas dimensões (físicas, psicológicas, sociais, culturais e económicas). Contudo, para o efeito do presente estudo observacional decidiu-se reduzir a alguns dados mais facilmente mensuráveis, pelo que se considerou que houve sucesso terapêutico: se o problema P15 passou para passivo; se o consumo de álcool no último registo clínico do utente até dezembro/2021 estava dentro das recomendações para sexo e idade (homens <65 anos com consumos de ≤ 20 g/dia; mulheres em qualquer idade ou homens com ≥ 65 anos com consumos de ≤ 10 g/dia); ou se havia informação escrita no processo clínico quanto ao cumprimento dos consumos recomendados ou abstinência. O sucesso terapêutico foi graduado em 0, se não houve sucesso terapêutico, 1 se houve sucesso e 2 se os registos no processo clínico foram insuficientes para determinar o sucesso das intervenções. Neste grupo (2) estão incluídos os doentes que ainda têm a classificação P15 ativa e que tiveram o problema do alcoolismo abordado nalguma consulta durante o intervalo de tempo em estudo, mas que acabaram por perder seguimento deste problema, não havendo registos dos seus consumos posteriores a essa abordagem ou qualquer informação no processo clínico que referisse consumos. Nos casos em que se verificou que os consumos continuaram acima dos valores recomendados estudou-se a existência de redução, manutenção ou aumento desses consumos, após a abordagem do problema.

Na análise estatística dos dados recolhidos utilizou-se o *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the So-*

cial Sciences), v. 27. Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra, tendo as variáveis qualitativas sido descritas pelas frequências absolutas e relativas. Todas as variáveis em estudo são categóricas ou dicotómicas, tendo-se utilizado testes não paramétricos. O Teste Exato de Fisher foi utilizado para comparar dois grupos de amostras independentes, neste caso a existência de diferença entre sexos. Finalmente, para perceber se as variáveis em estudo influenciaram o sucesso terapêutico utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. Definiu-se como valor de p para diferença significativa o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram estudadas as 135 pessoas com o problema P15 ativo e que eram seguidos na USFC. A Tabela 2 permite verificar que 96,3% eram do sexo masculino e 56,3% estavam na faixa etária entre os 51 e os 70 anos. A média das idades foi de 62,2 anos, com a idade mínima registada de 32 anos e a máxima de 88 anos.

A Tabela 3 permite verificar apenas haver diferenças significativas entre sexos para a referenciação à consulta de adições ($p=0,019$) e à consulta de psicologia ($p < 0,001$). Para 11,8% do sexo masculino houve referenciação à consulta de adições e um doente (0,9%) foi referenciado a consulta de psicologia, enquanto 60% ($n=3$) de doentes do sexo feminino foram referenciados para ambas, verificando-se ser o sexo feminino o mais referenciado a ambas as consultas.

Quanto à abordagem do problema do alcoolismo, à existência de um controlo analítico no ASAP e à prescrição de medicação no ASAP não houve diferenças significativas. Verificou-se que 85,2% ($n=115$) das pessoas tiveram o problema do alcoolismo abordado nalguma consulta e, destas, 13,9% ($n=16$) foram referenciadas à consulta de adições e 3,5% ($n=4$) tiveram referenciação à psicologia. Quanto ao seguimento do doente no ASAP, para 60,9% ($n=70$) foi pedido um controlo analítico e para 27,8% ($n=32$) foi prescrita medicação dirigida.

O AUDIT ou a sua versão reduzida (AUDIT-C) tinha resultado exarado em duas pessoas do sexo masculino (1,7%). Quanto à pontuação obtida nesses questionários, um doente pontuou 20 no AUDIT e outro pontuou 11 no AUDIT-C.

O estudo analítico dirigido no ASAP foi verificado em 60,9% dos doentes, sendo tal estudo prescrito na USFC em todos os casos.



TABELA 1. Variáveis independentes em estudo

Categoria	Variável	Conteúdo
Dados demográficos	Sexo	Variável dicotómica baseada no sexo registado no RNU: 1, se masculino; 2, se feminino.
	Faixa etária	Variável ordinal categórica: 1, se idade entre 30 e 50; 2, se entre 51 e 70; 3, se entre 71 e 90.
Abordagem ao doente	Problema do alcoolismo abordado	Variável dicotómica baseada na existência de uma consulta na USFC em que o problema do abuso de álcool foi abordado/codificado no processo eletrónico: 0, se não; 1, se sim.
	Questionário AUDIT/AUDIT-C e respetiva pontuação	Variável dicotómica baseada na aplicação do questionário: 0, se não; 1, se sim. Se o questionário foi aplicado, registo da pontuação obtida.
	Referenciação à consulta de adições	Variável dicotómica baseada na referenciação para consulta de adições, verificando através do histórico de referenciações do SClínico® e do RSE: 0, se não; 1, se sim.
	Referenciação à psicologia	Variável dicotómica baseada na referenciação para consultas de psicologia para cumprir psicoterapia, verificando o histórico de referenciações internas do SClínico® ao psicólogo do ACeS e/ou histórico de consultas de psicologia no hospital de referência através do RSE e/ou informação escrita no processo eletrónico: 0, se não; 1, se sim.
	Controlo analítico no ano seguinte à abordagem do problema (ASAP)	Variável dicotómica baseada no pedido de estudo analítico dirigido (VGM, GGT, TGO e TGP) no intervalo de 1 ano subsequente à consulta em que o problema foi abordado: 0, se não; 1, se sim.
	Onde foi pedido controlo analítico	Variável dicotómica baseada no local onde foi pedido o estudo analítico dirigido: 1, se na USFC; 2, se outro local.
	Prescrição de medicação dirigida no ASAP	Variável dicotómica baseada na prescrição de pelo menos um fármaco dirigido ao controlo da síndrome de abstinência ou controlo da ingestão de álcool (nomeadamente benzodiazepinas, tiamina, acamprosato, dissulfiram, naltrexona, tiaprida ou nalmefeno) no intervalo de 1 ano subsequente à consulta em que o problema foi abordado: 0, se não; 1, se sim.
	Onde foi feita a primeira prescrição	Variável categórica que descreve o local onde foi realizada a primeira prescrição de medicação dirigida: 1, se na USFC; 2, se em consulta hospitalar; 3, se noutro médico assistente.
Medicação prescrita	Variável categórica que descreve a medicação prescrita no ASAP: 1, se benzodiazepina; 2b se tiamina; 3, se acamprosato; 4, se dissulfiram; 5, se naltrexona; 6, se tiaprida; 7, se nalmefeno.	

Notas: ASAP = Ano seguinte à abordagem do problema; GGT = Gama glutamil transferase; RNU = Registo Nacional de Utentes; TGO = Transaminase glutâmico-oxalacética; TGP = Transaminase glutâmico-pirúvica; USFC = Unidade de Saúde Familiar em estudo; VGM = Volume globular médio.

Quanto à influência das variáveis em estudo no sucesso terapêutico verificou-se que 17,4% ($n=20$) tiveram sucesso terapêutico, tendo o problema P15 passado a passivo ou os consumos atuais encontrando-se dentro

das recomendações para o sexo e idade. Em 51 doentes (44,3%) foi verificada uma não resolução do seu problema, estando a classificação P15 ainda ativa, por manutenção ou aumento dos seus consumos. Nos



TABELA 2. Caracterização da amostra quanto a sexo e faixa etária

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	5	3,7
	Masculino	130	96,3
Faixa etária	30 a 50 anos (inclusive)	25	18,5
	51 a 70 anos (inclusive)	76	56,3
	71 a 90 anos (inclusive)	34	25,2

TABELA 3. Abordagem aos doentes em função do sexo

		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	p
Problema do alcoolismo abordado	Sim	110 (84,6)	5 (100)	115 (85,2)	0,443 (*)
	Não	20 (15,4)	0	20 (14,8)	
Referenciação a consulta de adições	Sim	13 (11,8)	3 (60)	16 (13,9)	0,019 (*)
	Não	97 (88,2)	2 (40)	99 (86,1)	
Referenciação a psicologia	Sim	1 (0,9)	3 (60)	4 (3,5)	<0,001 (*)
	Não	109 (99,1)	2 (40)	111 (96,5)	
Controlo analítico no ASAP	Sim	68 (61,8)	2 (40)	70 (60,9)	0,299 (*)
	Não	42 (38,2)	3 (60)	45 (39,1)	
Prescrição de medicação dirigida no ASAP	Sim	30 (27,3)	2 (40)	32 (27,8)	0,428 (*)
	Não	80 (72,7)	3 (60)	83 (72,2)	

* Teste Exato de Fisher.

restantes 38,3% ($n=44$), dois do sexo feminino e 42 do sexo masculino, não se conseguiu avaliar se os métodos de abordagem influenciaram a alteração de comportamentos e o consequente sucesso terapêutico por defeito de registos nos processos clínicos, quer por a classificação P15 ainda se encontrar ativa, quer por não haver registos atualizados dos consumos.

A análise inferencial, excluindo as pessoas sobre as quais não há registos, realizada com o teste U de Mann-Whitney, mostrou não se verificarem diferenças significativas no sucesso terapêutico relativamente às variáveis em estudo (Tabela 4). Verificou-se que para 28,2% ($n=20$) houve sucesso terapêutico e que 71,8% ($n=51$) não conseguiram atingir os consumos recomendados para o sexo e idade ou manter-se abstinentes. Dos 68 doentes do sexo masculino em estudo, 73,5%

($n=50$) não atingiram sucesso terapêutico e 26,5% ($n=18$) foram bem-sucedidos. Das três doentes do sexo feminino estudadas, 67% ($n=2$) tiveram sucesso.

Foi possível ainda averiguar que dos 51 doentes que não tiveram sucesso terapêutico, 13 (25,5%) tiveram uma redução dos consumos e 13 (25,5%) aumentaram os mesmos. Contudo, a maior tendência foi a manutenção dos consumos abusivos de álcool, para 49% ($n=25$).

Relativamente à prescrição de medicação dirigida no ASAP, 32 doentes (27,8%) tiveram tratamento farmacológico. Desses, 78,1% ($n=25$) iniciaram uma benzodiazepina e 37,5% ($n=12$) a tiaprida. Na Tabela 5 encontram-se descritos outros medicamentos iniciados pelos doentes. Relativamente ao local onde foi realizada a primeira prescrição de medicação dirigida, em



TABELA 4. Abordagem dos doentes em função do sucesso terapêutico

		Sucesso Terapêutico			p
		Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Sexo	Masculino	18 (90,0)	50 (98,0)	68 (95,8)	0,133 (*)
	Feminino	2 (10,0)	1 (2,0)	3 (4,2)	
Faixa etária	30 a 50	3 (15,0)	9 (17,6)	12 (16,9)	0,811 (*)
	51 a 70	12 (60,0)	30 (58,9)	42 (59,2)	
	71 a 90	5 (25,0)	12 (23,5)	17 (23,9)	
Referenciação a consulta de adições	Sim	3 (15,0)	8 (15,7)	11 (15,5)	0,943 (*)
	Não	17 (85,0)	43 (84,3)	60 (84,5)	
Referenciação a Psicologia	Sim	1 (5,0)	1 (2,0)	2 (2,8)	0,489 (*)
	Não	19 (95,0)	50 (98,0)	69 (97,2)	
Controlo analítico no ASAP	Sim	14 (70,0)	32 (62,7)	46(64,8)	0,568 (*)
	Não	6 (30,0)	19 (37,3)	25 (35,2)	
Prescrição de medicação dirigida no ASAP	Sim	9 (45,0)	11 (21,6)	20 (28,2)	0,050 (*)
	Não	11 (55,0)	40 (78,4)	51(71,8)	

* Teste U de Mann-Whitney.

TABELA 5. Medicação prescrita no ASAP

Medicação	n	Percentagem (%)
Benzodiazepinas	25	78,1
Tiamina	9	28,1
Acamprosato	5	15,6
Dissulfiram	1	3,1
Naltrexona	4	12,5
Tiaprida	12	37,5
Nalmefeno	1	3,1

65,6% (n=21) tal foi realizado na USFC e nos restantes casos em consulta hospitalar.

DISCUSSÃO

O presente trabalho tinha como objetivo principal caracterizar a abordagem dos doentes com PLA por parte dos MF e tentar estabelecer associações quanto à maior ou menor probabilidade de se conseguir abstinência ou redução dos consumos para valores consi-

derados normais, de acordo com a orientação tomada (acompanhar, medicar, referenciar a psicologia e/ou psiquiatria) por parte do MF. Contudo, reconhece-se como limitação do presente estudo que a caracterização de sucesso terapêutico é complexa e multifatorial, podendo não estar exclusivamente relacionada com a abordagem do MF.

Os resultados obtidos advêm do estudo observacional de apenas uma USF no Centro de Portugal, enquadrada num conselho urbano-rural com trabalhadores sobretudo do setor terciário. No caso dos doentes com indicação e/ou que aceitavam a sua referenciação podiam ser encaminhados para a consulta de adições do hospital de referência ou para a unidade de alcoologia pelo MF. Em ambas as unidades os doentes têm acesso a consulta de psicologia. Foram estudados os registos clínicos, uma das principais ferramentas dos MF, sendo esta uma limitação inultrapassável pelo que foi realizado trabalho exploratório.

É possível realçar a necessidade de aperfeiçoamento dos registos clínicos justificada com a falta de dados ao nível dos processos clínicos, que impossibilitou que em 38,3% (n=44) da população estudada não se tenha



conseguido avaliar o sucesso terapêutico e ainda a perda de seguimento de alguns doentes relativamente aos PLA.

Das 135 pessoas com a classificação P15, 20 (14,8%) do sexo masculino não tinham qualquer registo da abordagem do problema do alcoolismo em consulta ocorrida entre janeiro/2015 e dezembro/2021. Dos 115 restantes, em 44 não se conseguiu avaliar se os métodos de abordagem influenciaram a alteração de comportamentos e o consequente sucesso terapêutico, por defeito de registo nos processos clínicos, pelo que foi considerado a perda de seguimento de 64 doentes (47%). Este viés de informação deve, assim, ser considerado.

Apesar das recomendações para a deteção precoce de consumos abusivos de álcool e da implementação de normas para se realizarem intervenções breves nestes doentes, o que se verifica é que, nos CSP, os MF frequentemente não anotam que abordaram este problema ou não têm registo da aplicação da escala AUDIT ou AUDIT-C, com 98,3% das pessoas com a classificação P15 a não terem qualquer registo da pontuação ou referência a ter sido aplicado o questionário. Sendo este um instrumento validado pela OMS, o qual permite identificar os consumidores excessivos e agir com intervenções breves ou planos de tratamento, é pertinente estudar as razões para a sua baixa aplicação.

De acordo com a literatura, o diagnóstico precoce e a implementação de intervenções breves são prejudicados porque os MF consideram que dispõem de tempo insuficiente em cada consulta. Além disso, o sentir-se desconfortável ao questionar pessoas que os consultam sobre os seus consumos alcoólicos, quando o motivo de consulta não é esse consumo, e a sensação de falta de formação para lidar com este tipo de problemas são outras razões. Muitos médicos podem não considerar os PLA um problema de saúde importante, dando mais importância a outras patologias.¹⁰

É conhecido que o período de isolamento decorrente da pandemia COVID-19 aumentou os consumos alcoólicos, sabendo-se também ter havido um aumento da prevalência do consumo de álcool nos anos prévios à pandemia, entre 2012 e 2017, especialmente no sexo feminino.¹¹⁻¹²

Relativamente à diferença entre a representação de ambos os sexos na presente investigação, o Ministério da Saúde publicou em 2018 o *Retrato da Saúde*, que mostrou que 38,3% dos homens portugueses consu-

miam bebidas alcoólicas diariamente, enquanto as mulheres se fixavam nos 11,8%, um dos valores mais altos da União Europeia.¹³ A maioria dos doentes estudados eram do sexo masculino (96,3%), havendo muito pouca representação feminina (3,7%). Os doentes do sexo feminino procuram pouco as unidades de saúde para tratamento dos PLA, podendo associar-se essa pouca procura à estigmatização e a sentimentos de culpa, vergonha e autodesvalorização.¹⁴ Estes factos realçam ainda mais o papel importantíssimo que os profissionais de MGF desempenham na deteção precoce dos PLA, sobretudo nos doentes do sexo feminino, que acabam por passar muitas vezes despercebidos. Verificou-se existir diferença significativa entre os sexos relativamente à referenciação para a consulta de adições e para psicologia ($p=0,019$; $p<0,001$, respetivamente). Em ambas, os doentes do sexo feminino foram mais referenciados do que os do sexo masculino (60% vs 11,8% para a consulta de adições e 60% vs 0,9% para psicologia). Posto isto, a razão pela qual no sexo feminino o problema estará subdiagnosticado carece de melhor compreensão e investigação.

Independentemente do tipo de tratamento escolhido para o doente, vários estudos referem taxas de recaída entre os 60 e os 90%.¹⁵ Significa que, no máximo, apenas 40% dos doentes conseguem ter sucesso terapêutico e manter-se abstinentes ou com consumos reduzidos. De facto, neste estudo conclui-se que houve sucesso terapêutico em apenas 28,2% ($n=20$) dos doentes, mas considerando a população total de 115 doentes que tiveram o problema do alcoolismo abordado, esta frequência de sucesso cai para 17,4%. Estas baixas frequências podem ser associadas à complexidade do problema que está a ser abordado e ao facto de não existir um tratamento único e eficaz. Um dos grandes entraves ao tratamento de PLA é o não reconhecimento por parte do doente da existência de uma doença, desvalorizando a sua condição, o que pode também interferir com a abordagem da escolha da terapêutica que deve então ser pensada na perspetiva da pessoa. Durante a recolha de dados verificou-se que a três doentes do sexo masculino foi proposta a referenciação para consulta de adições, com recusa por estes. O sexo feminino está associado a uma probabilidade mais alta de manter a abstinência, estando, portanto, associado a melhores resultados terapêuticos.¹⁶ Efetivamente, no



presente estudo, estes dados são também reforçados com 67% do sexo feminino a ter sucesso terapêutico contra 28,2% do sexo masculino. As razões devem agora ser alvo de estudo.

Nenhuma variável em estudo influenciou o sucesso terapêutico, inclusivamente a referenciação à consulta de adições (cuidados de saúde secundários) e a psicologia, o que coloca em questão que tipo de abordagem os MF podem adotar perante estes doentes. Ademais, estudos prévios indicam que aproximadamente 70% das pessoas com PLA recuperam sem qualquer tratamento ou intervenção médica, tendo aquilo que se chama uma recuperação natural,¹⁶ o que poderá também ajudar a explicar a falta de resultados estatisticamente significativos.

Por fim, relativamente à prescrição de medicação no ano seguinte à abordagem do problema, 27,8% ($n=32$) das pessoas foram medicadas e, dessas, 78,1% ($n=25$) iniciaram terapêutica farmacológica com uma benzodiazepina. Efetivamente, as quatro orientações principais (*National Institute for Health and Care Excellence*, *American Society of Addiction Medicine*, *World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, e *American Psychiatric Association*) relativas ao tratamento farmacológico para a prevenção e tratamento da síndrome de abstinência alcoólica destacam as benzodiazepinas como primeira linha de tratamento, o que revela um bom acompanhamento farmacológico destes doentes.¹⁷

Sendo um problema de saúde tão complexo e afetando múltiplas dimensões (físicas, psicológicas, sociais, culturais e económicas), o presente estudo levanta questões importantes sobre a forma como os PLA foram, e porventura serão ainda, abordados na USF estudada, uma vez que é notória a falta de recursos/opções terapêuticas verdadeiramente integrativas destas dimensões, estando limitados a intervenção breve e acompanhamento, intervenções farmacológicas, assim como a referenciação à consulta de psicologia/psiquiatria.

CONCLUSÃO

O conceito de sucesso terapêutico é complexo de definir, pelo que os 28,2% de sucesso terapêutico alcançado neste estudo observacional devem ser observados com cautela, uma vez que a definição de sucesso terapêutico estabelecido pela investigadora foi reduzida aos consumos alcoólicos ou inativação do problema

pelo MF, não tendo em conta todas as restantes dimensões do problema.

Neste estudo observacional percebeu-se que os registos clínicos são uma grande limitação para uma maior e melhor capacidade de caracterização deste problema, pelo que se destaca a necessidade da sua melhoria no seguimento feito pelos MF dos doentes com PLA, nomeadamente o registo da aplicação da escala AUDIT e AUDIT-C, uma vez que tem implicação direta na tomada de decisão. O baixo registo da escala AUDIT e AUDIT-C pode ter várias explicações, das quais se destaca a variável tempo de consulta reduzido para gestão de um problema complexo como o do alcoolismo. Verificou-se perda de seguimento do problema em 47,4% das pessoas inicialmente consideradas.

O sexo feminino foi, não significativamente, mais referenciado para a consulta de adições e para psicologia. As variáveis consideradas neste estudo não influenciaram o sucesso terapêutico e, portanto, os métodos de abordagem e as intervenções adotadas em MGF não tiveram impacto nos resultados clínicos nem no prognóstico dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson P, O'Donnell A, Kaner E. Managing alcohol use disorder in primary health care. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(11):79.
2. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2019;394(10200):781-92.
3. Poznyak V, Rekke D, editors. Global status report on alcohol and health 2018 [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
4. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(2):89-97.
5. Popova S, Rehm J, Patra J, Zatonski W. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol Alcohol*. 2007;42(5):465-73.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Preventing harmful alcohol use [homepage]. Paris: OECD Publishing; 2021. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en.html
7. Ribeiro C. Como actuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para cuidados de saúde primários [homepage]. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2001. Available from: https://apmgf.pt/cento_d_documentos/guia-como-actuar-perante-o-consumo-nocivo-de-alcool/
8. Williams N. The AUDIT questionnaire. *Occup Med*. 2014;64(4):308.
9. Ribeiro C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde



- de primários [Family medicine approach to alcohol consumption: detection and brief interventions in primary health care]. *Acta Med Port.* 2011;24 Suppl 2:355-68. Portuguese
10. Rosário F, Santos MI, Angus K, Pas L, Ribeiro C, Fitzgerald N. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implement Sci.* 2021;16(1):6.
 11. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Comportamentos aditivos em tempos de COVID-19: álcool. Lisboa: SICAD; 2020.
 12. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. A situação do país em matéria de álcool: relatório anual 2019. Lisboa: SICAD; 2020.
 13. Serviço Nacional de Saúde. Retrato da saúde 2018 [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018. Available from: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
 14. Rodrigues N, Gouveia A, Alves M, Teixeira J. Abuso de álcool na mulher: um problema subdiagnosticado? [Excessive alcohol use in women: an underdiagnosed problem?]. *Acta Med Port.* 2022;35(3):227. Portuguese
 15. Rettie HC, Hogan LM, Cox WM. Negative attentional bias for positive recovery-related words as a predictor of treatment success among individuals with an alcohol use disorder. *Addict Behav.* 2018;84:86-91.
 16. Tucker JA, Chandler SD, Witkiewitz K. Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol Res.* 2020;40(3):02.
 17. Teixeira J. Tratamento farmacológico da síndrome de abstinência alcoólica [Pharmacological treatment of alcohol withdrawal]. *Acta Med Port.* 2022;35(4):286-93. Portuguese

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, RF, LMS, AA, BG e BV; metodologia, RF, LMS, AA, BG e BV; validação, RF, LMS, AA, BG e BV; análise formal, RF, LMS, AA, BG e BV; investigação, RF, LMS, AA, BG e BV; curadoria de dados, RF, LMS, AA, BG e BV; redação do *draft* original, RF, LMS, AA, BG e BV; revisão, validação e edição do texto final, RF, LMS, AA, BG e BV; visualização, RF, LMS, AA, BG e BV; supervisão, BV; administração do projeto, RF, LMS, AA, BG e BV; aquisição de financiamento: trabalho integralmente realizado com fundos dos autores.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rita Figueiredo

E-mail: ana.rita_01@sapo.pt

<https://orcid.org/0000-0002-6624-7749>

Recebido em 29-06-2023

Aceite para publicação em 17-06-2024

ABSTRACT

MANAGEMENT AND EVALUATION OF CHRONIC ALCOHOLIC PATIENTS IN GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE: A RETROSPECTIVE COHORT EXPLORATORY STUDY

Introduction: General practice and family medicine play a leading role in the early detection of alcohol-induced disorders and the consequent intervention. However, most of these patients are not correctly diagnosed and do not receive proper counselling or treatment.

Objectives: Comprehend how family physicians of a Family Health Unit assess and screen patients with alcohol use disorders and understand the impact that those interventions have on prognosis and clinical outcome.

Methods: Exploratory and observational study, in a retrospective cohort with seven years of follow-up, in people over 18 years old with chronic activated ICPC-2 problem «P15 - Chronic Alcohol Abuse», and that belong in a Family Health Unit in the central region of Portugal. Data collection from the clinical process of the variables under study: problem of alcoholism addressed; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)/Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption (AUDIT-C) questionnaires; reference to addiction services and psychology; analytical control in the year following the approach of the problem and where it was requested; prescription of medication in the year following the approach of the problem and where the first prescription was made and therapeutic success, by doctors with the capacity to do so and after the necessary authorizations. Data was analysed using descriptive and inferential non-parametric statistics.

Results: Sample of $n=135$, 96.3% male, ages between 51 and 70 years for 56.3%. There was a significant difference between genders in terms of reference to addiction services and psychology ($p=0.019$ and $p<0.001$, respectively). Variables under study and therapeutic success with no significant association.

Conclusion: In this study, the approach methods had no impact on the patient's prognosis, and did not influence therapeutic success.

Keywords: Alcoholism; Alcohol use disorders; General practice; Primary health care; ICPC-2.