

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR E A ABORDAGEM DO CONSUMO DE ÁLCOOL DETECÇÃO E INTERVENÇÕES BREVES No Âmbito dos Cuidados de Saúde Primários

Cristina RIBEIRO

RESUMO

Contextualização: O consumo nocivo de bebidas alcoólicas em Portugal é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no nosso país. Desta forma, torna-se imperativo implementar uma estratégia preventiva eficaz que permita detectar precocemente os indivíduos com um consumo de álcool de risco. Vários estudos sugerem que intervenções breves, consistindo em aconselhamento de médicos de família sobre o consumo de álcool e o fornecimento de informação no âmbito da prática clínica correspondem, em termos de evidência, ao tipo de abordagem mais eficaz para consumo de risco e nocivo a nível dos Cuidados de Saúde Primários. **Objectivos:** Avaliar a efectividade das intervenções breves na intervenção junto dos doentes detectados como consumidores de risco e nocivo de álcool; confirmar se a formação de médicos em Intervenções Breves para abordar os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) contribui para mudar atitudes dos mesmos em relação aos consumidores de risco e nocivo de álcool. **Metodologia:** O trabalho teve duas fases distintas. Uma fase de caracterização e aferição do questionário de percepção de atitudes SAAPPQ numa amostra aleatória de médicos do Distrito de Lisboa (1ª Fase), e outra fase, com duas componentes: 1) análise da percepção de atitudes dos Médicos de Família em relação ao consumo de álcool dos seus doentes (através do SAAPPQ) antes da formação e nove meses após a formação, já com aplicação na prática clínica do apreendido; 2) verificar se, com a formação, haveria um aumento de competências desses Médicos de Família ao detectar e intervir junto dos seus doentes com consumo de risco ou nocivo de álcool. A avaliação do nível de consumo de álcool foi medido através da aplicação do AUDIT na fase de detecção com Intervenção Breve e nova aplicação do AUDIT nove meses depois (2ª Fase). **Resultados e conclusões:** Os médicos do grupo experimental no T2 sentiam-se mais motivados, com mais auto-estima e mais satisfeitos do que os do grupo de controlo. Houve uma evolução positiva da atitude dos médicos do T1 para o T2, principalmente dos médicos do grupo experimental. **Doentes (T1)** – Dos doentes aos quais foi aplicado o questionário AUDIT, 60% era do sexo feminino e a média de idade foi de 54 anos. Observou-se que 21% dos doentes tinham consumo de risco (AUDIT C). **Doentes T1 e T2** – Dos doentes com consumo de risco, 62% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 55 anos. Ser seguido por um médico do grupo experimental (relativamente a ser seguido por um médico do grupo de controlo) aumenta em 54% a taxa de sucesso na redução de pelo menos um ponto no AUDIT, do T1 para o T2. No T1, o consumo de álcool mostrou-se homogéneo entre os grupos e com valor médio de 193 gramas de álcool/semana, para o total de doentes. No T2, o consumo médio de álcool foi de 145 gramas de álcool/semana. A esta descida de consumo devem-se principalmente os doentes seguidos por médicos do grupo experimental. **Relação entre médicos e doentes** – Os resultados relativos à relação entre médicos e doentes apontam no sentido de uma melhor atitude dos médicos em relação aos doentes com PLA poder influenciar a diminuição do consumo de álcool por estes doentes (do T1 para o T2).

C.R.: Departamento de Medicina Geral e Familiar. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, Portugal

SUMMARY

The Family Medicine Approach to Alcohol Consumption Detection and brief interventions in Primary Health Care

Aims: Evaluate if Brief Interventions are effective to reduce alcohol consumption of patients detected as risky consumers; Evaluate if the Physicians' training on Brief Interventions to approach alcohol consumption related problems (ARP) contributes to change their attitudes towards hazardous and harmful alcohol consumers. **Methods:** The study had two distinct phases. One phase of characterization and assessment of SAAPPQ in a random sample of physicians in the District of Lisbon (Phase 1), and another phase with two components: 1) examine the perceived attitudes of FPs/GPs towards alcohol consumption of their patients before training and again nine months after training, when they were already using early identification and brief intervention (EIBI) in their clinical practice; 2) determine whether the clinical competences of the FPs/GPs had improved in detecting and intervening next to their patients with hazardous or harmful alcohol consumption, after the training in Brief Interventions. This detection was measured by the AUDIT questionnaire, applied again to the patients nine months after the first time (Phase 2). **Results and Conclusions:** Physicians in the experimental group at T2 felt more motivated, had higher self-esteem and were more satisfied than the control group. There was a positive development of the attitude of physicians from the first stage to the second stage, especially in the physicians of the experimental group. **Patients (T1)** – In the sample of patients to whom AUDIT was applied, 60% were female and the mean age was 54 years. It was observed that 21% of the patients had some risky alcohol consumption (AUDIT C). **Patients (T1 and T2)** – In the sample of patients with risk consumption, 62% were male and the mean age was 55 years old. Patients followed by a physician of the experimental group (compared to patients followed by a physician of the control group) had an increase of 54% in the success rate in reduction of, at least, one point on the AUDIT, from the first to the second stage of the study. In the first stage of the study, the consumption of alcohol (in grams) was homogeneous between groups and an average of 193 grams of alcohol consumption per week was observed. In the second instance of the study, the average alcohol consumption was 145 grams of alcohol per week. This decrease in consumption was observed mainly on patients followed by physicians of the experimental group. **Relationship between physicians and patients** – Results concerning the relationship between physicians and patients demonstrates that a better attitude of physicians in relation to ARP can influence the decrease in alcohol consumption of those patients (from the first to the second stage of the study).

INTRODUÇÃO

O consumo nocivo de bebidas alcoólicas em Portugal tem vindo a aumentar e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no nosso país. De acordo com os dados do *World Drink Trends – 2005*¹, Portugal ocupava o oitavo lugar no Mundo no consumo de álcool puro por habitante.

Torna-se pois imperativo implementar uma estratégia preventiva eficaz que permita detectar precocemente os indivíduos com um consumo de álcool de risco antes que as consequências sociais e na saúde se tornem evidentes, uma vez que a maioria dos problemas ligados ao consumo de álcool (PLA) e o respectivo impacto na sociedade são maioritariamente causados por consumidores excessivos². Após a detecção dos consumos, as Intervenções Breves³

correspondem, em termos de evidência, ao tipo de abordagem mais eficaz para evitar consumo de risco e nocivo a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Os Cuidados de Saúde Primários oferecem oportunidades para avaliar os hábitos de consumo de álcool dos doentes, tendo em conta que todos os anos cerca de 70% da população visita o seu médico de família e 90% consulta pelo menos uma vez em cinco anos⁴. A evidência sugere que cerca de 20% dos doentes que utilizam os cuidados primários serão consumidores excessivos⁵. Na rotina diária, a maioria destes consumidores excessivos não são diagnosticados. Habitualmente apresentam-se com sintomas ou problemas que aparentemente não estão associados directamente ao consumo de álcool e os Médicos de Família tem por vezes dificuldade em identificar esses consumidores excessivos.

O potencial de detecção e intervenção para reduzir

os Problemas Ligados ao consumo de Álcool foi também demonstrado em vários países, nomeadamente através da utilização de questionários de detecção e com Intervenções Breves⁶.

O Projecto PHEPA – *Primary Health European Project on Alcohol - Integrating Health Promotion interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professional's Daily Work* elaborou recomendações europeias e *guidelines* clínicas, um programa de formação em Intervenções Breves para profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e um *site* abrangente na *Internet* com divulgação de boas práticas e estratégias de disseminação em cada país⁷.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu também um questionário de detecção designado AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*⁸, e um manual sobre Intervenções Breves, de maneira a facilitar não só a detecção como a intervenção junto da população consumidora nos Cuidados de Saúde Primários^{8,9}.

Os Médicos de Família têm, assim, uma função importante a desempenhar neste contexto, visto haver um contacto mais estreito com a sua população de doentes e prestarem cuidados de saúde em continuidade. Em resumo, a evidência acumulada assinala claramente a efectividade das intervenções breves na redução, nos bebedores excessivos, dos níveis de consumo de álcool. Há necessidade de verificar se estas conclusões se podem extrapolar à realidade dos nossos cuidados de saúde primários. Para isso realizou-se um estudo quase experimental, controlado, comparando a redução do consumo de álcool em utentes submetidos a intervenção breve pós detecção com o questionário AUDIT pelo seu médico de família com um grupo de doentes não sujeito a esta intervenção de forma estruturada. Adicionalmente, pretendeu-se caracterizar os doentes com consumos de álcool considerados de risco e nocivo em termos de sexo, idade, estado marital, profissão, padrão e história de consumos de bebidas alcoólicas.

Apesar dos estudos, que demonstram a eficácia das intervenções dos Médicos de Família nos seus utentes com problemas associados ao consumo de álcool, há de facto a percepção de que, na prática e no contexto habitual de consulta, existem vários obstáculos e limitações relativamente às aptidões destes técnicos em abordar esta problemática e promover um bom trabalho preventivo e de educação para a saúde⁶.

Um outro objectivo desta investigação foi ainda conhecer as atitudes que o médico de família tem sobre a abordagem dos problemas ligados ao álcool junto dos seus utentes, utilizando-se para o efeito um questionário de atitudes, validado por Anderson, SAAPPQ - *Short Attitudes Alcohol Problems Perception Questionnaire*¹⁰ e fazendo-se a aferição desse mesmo questionário numa fase pré-estudo. Os objectivos gerais deste trabalho foram aferir o

questionário SAAPPQ em Médicos de Família de Centros de Saúde do distrito de Lisboa, confirmar se a formação de médicos em Intervenções Breves para abordar os PLA contribui para mudar atitudes dos mesmos em relação aos consumidores de risco e nocivo de álcool e avaliar a efectividade das Intervenções Breves para intervir junto dos doentes detectados como consumidores de risco e nocivos de álcool.

MATERIAIS E MÉTODOS

Instrumentos de avaliação

Amostra de médicos: SAAPPQ - *Short Attitudes and Alcohol Problems Perception Questionnaire*, constituído por 5 dimensões (adequação, legitimidade, motivação, auto-estima e satisfação), cada uma delas com 2 afirmações, o que perfaz 10 afirmações na forma de uma escala de Likert, com 5 níveis de resposta, desde discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Posteriormente, cada dimensão do SAAPPQ foi codificada em discordante (2 a 5 pontos), nem concordante nem discordante (6 pontos) e concordante (7 a 10 pontos).

Amostra de doentes: AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*, constituído por 10 questões às quais estão associadas pontuações. A pontuação final pode variar de 0 a 40 pontos, sendo tanto maior quanto mais nocivo for o consumo de álcool. Foi ainda considerada uma versão reduzida deste questionário (AUDIT C) que consiste nas 3 primeiras questões do AUDIT, variando de 0 a 12 pontos. Considerou-se existência de consumo de risco se: a pontuação no AUDIT C fosse igual ou superior a 4 no caso dos doentes do sexo feminino e igual ou superior a 5 no caso dos doentes do sexo masculino.

Delineamento

O presente estudo foi constituído por duas componentes. A primeira componente envolveu uma amostra aleatória de médicos do Distrito de Lisboa, da qual foram seleccionados médicos para formação sobre detecção de doentes com consumo de álcool (grupo experimental), os quais, após detecção do nível de consumo em doentes com idade superior a 18 anos que recorreram à sua consulta, aplicaram uma Intervenção Breve. Os restantes médicos da amostra aleatória seguiram o mesmo procedimento dos médicos do grupo experimental, embora sem formação sobre detecção de doentes com consumo de álcool (grupo de controlo). A ambos os grupos de médicos (experimental e de controlo) se mediu, através do SAAPPQ, a percepção das atitudes antes (T1) e 9 meses após a data da formação (T2), tendo esta sido realizada no sentido de aumentar as competências dos médicos na detecção e intervenção junto dos doentes que fazem consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas.

A segunda componente envolveu os doentes que recorreram à consulta dos Médicos de Família de ambos os grupos (experimental e de controlo), aos quais foi aplicado o questionário AUDIT (T1) para detecção do consumo de álcool. Para doentes que revelaram consumo de risco, o questionário AUDIT foi novamente aplicado 9 meses depois da primeira consulta (T2) depois de uma intervenção, de modo a avaliar a evolução de consumo de bebidas alcoólicas.

Assim, foram recolhidos dados relativos a médicos e doentes em 2 tempos (T1 e T2) distintos sendo o T2 cerca de 9 meses após a primeira consulta. Na análise dos médicos foram considerados dois grupos: os médicos que receberam formação (grupo experimental) e os médicos que não receberam formação (grupo de controlo). Na análise dos doentes foram igualmente considerados dois grupos: grupo experimental (referente aos doentes seguidos pelos médicos que receberam formação) e grupo de controlo (doentes seguidos pelos médicos que não receberam a formação).

Previamente à aplicação dos questionários no T1, o questionário SAAPPQ foi aferido, e para esse objectivo foi preenchido por uma amostra aleatória de 188 médicos do distrito de Lisboa, de modo a poder verificar-se a aplicabilidade deste questionário e obter também uma caracterização da percepção de atitudes desta amostra aleatória de médicos sobre o consumo de álcool dos doentes e os PLA medido pelo SAAPPQ. Os resultados desta caracterização de atitudes obtidos no pré-estudo com esta amostra aleatória de 188 médicos foram confrontados internamente (principais variáveis do questionário face às dimensões do SAAPPQ) com os resultados da aplicação do questionário SAAPPQ no T1 (amostra de 73 médicos) do estudo propriamente dito com o objectivo de confirmar a homogeneidade relativamente às características/respostas entre os dois grupos de médicos.

O delineamento do estudo encontra-se esquematizado na Figura 1.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Os doentes participantes no estudo assinaram um consentimento informado e toda a informação pessoal obtida foi mantida confidencial através da utilização de códigos numéricos.

Metodologia Estatística

As variáveis quantitativas foram descritas através do cálculo da média, desvio padrão (DP), mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram sumariadas mediante o cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). Nos casos em que as respostas apresentaram valores

omissos, classificou-se a resposta como não sabe/não responde (Ns/Nr).

A consistência interna do SAAPPQ foi medida através do alpha de Cronbach.

A associação de variáveis categóricas independentes foi testada através do teste do Qui-quadrado ou do teste exacto de Fisher ou teste exacto da razão de verosimilhanças.

As comparações entre dois grupos relativamente a variáveis quantitativas foram efectuadas através do teste T para amostras independentes ou do correspondente teste não paramétrico (Mann-Whitney), quando o pressuposto da normalidade não foi verificado.

Utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis na comparação de três grupos independentes, face a uma variável numérica, uma vez que as hipóteses de normalidade e/ou homogeneidade de variâncias da análise de variância (ANOVA) não se verificaram.

A análise de correlação entre duas variáveis quantitativas ou qualitativas ordinais foi efectuada através do coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que o pressuposto de normalidade não se verificou.

Os testes estatísticos foram efectuados para duas caudas (bilaterais) considerando-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Médicos pré-estudo

Dos 200 médicos escolhidos aleatoriamente para participarem no pré-estudo, responderam ao questionário 188 (taxa de resposta de 94%). Destes, 72,3% eram do sexo feminino, sendo este número estatisticamente concordante ($p > 0,05$) com a população de médicos alvo da região de Lisboa. A idade média dos médicos presentes na amostra foi de cerca de 46 anos (DP= 6,4).

O SAAPPQ foi aplicado a esta amostra de médicos, de forma a ser feita a aferição do mesmo. Este instrumento apresentou uma consistência interna baseada na correlação média entre-item de 0,79 (alpha de Cronbach). Os médicos participantes no pré-estudo preencheram de novo o questionário para verificar a estabilidade temporal do instrumento. Com base nesta, foi calculada a correlação do teste-reteste, através do coeficiente de Spearman (r_s), obtendo-se um valor mínimo de 0,83 e um valor máximo de 0,94 nos vários itens.

Desta forma, o SAAPPQ mostrou ser um instrumento adequado para ser utilizado no contexto da percepção de atitudes dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários. Em relação às dificuldades sentidas pelos médicos em lidar com doentes com PLA, verificou-se que o facto das consultas serem frustrantes foi a dificuldade mais referida pelos médicos (67,9%), seguida pela falta de tempo

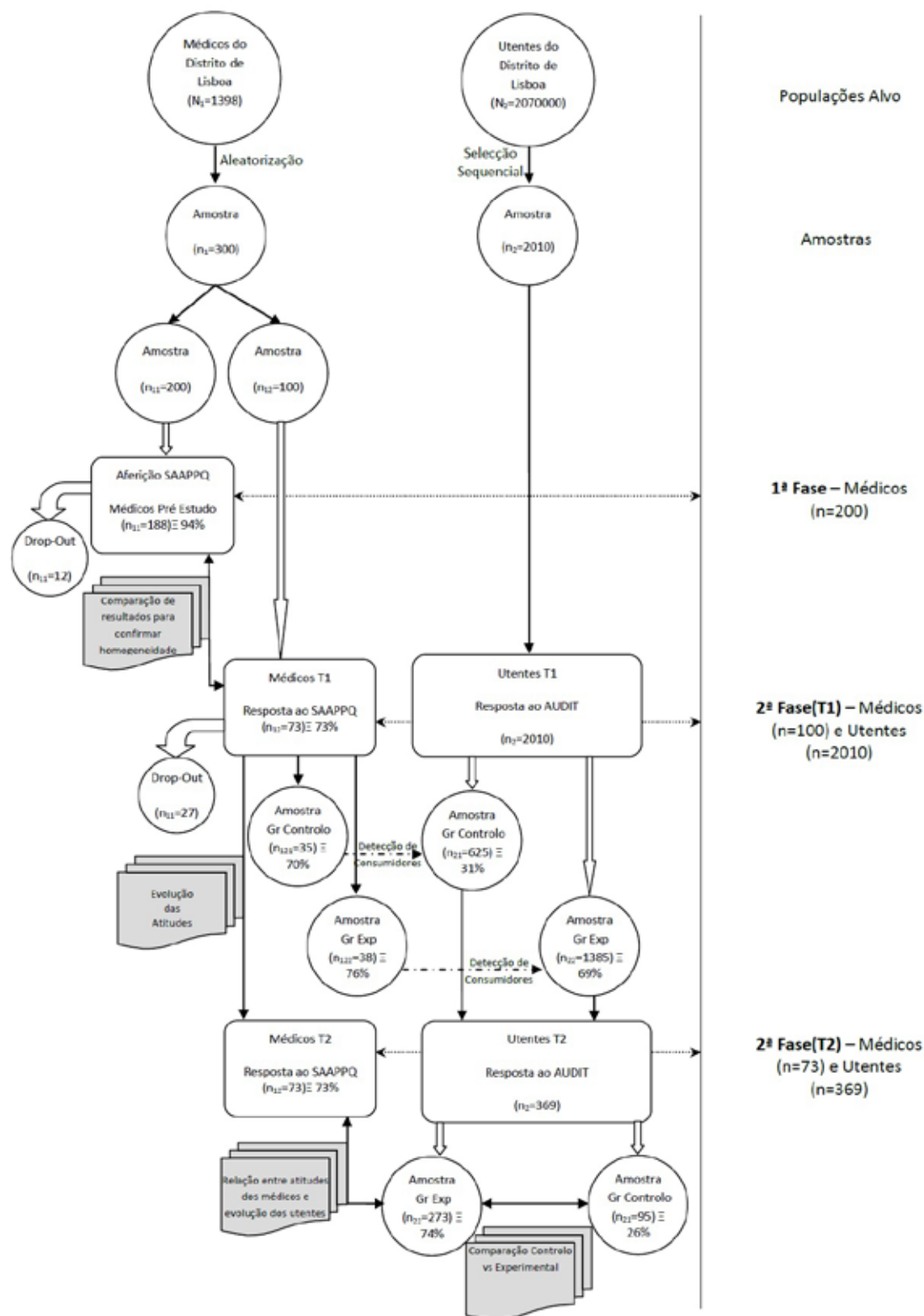


Fig. 1 – Esquema do delineamento do estudo

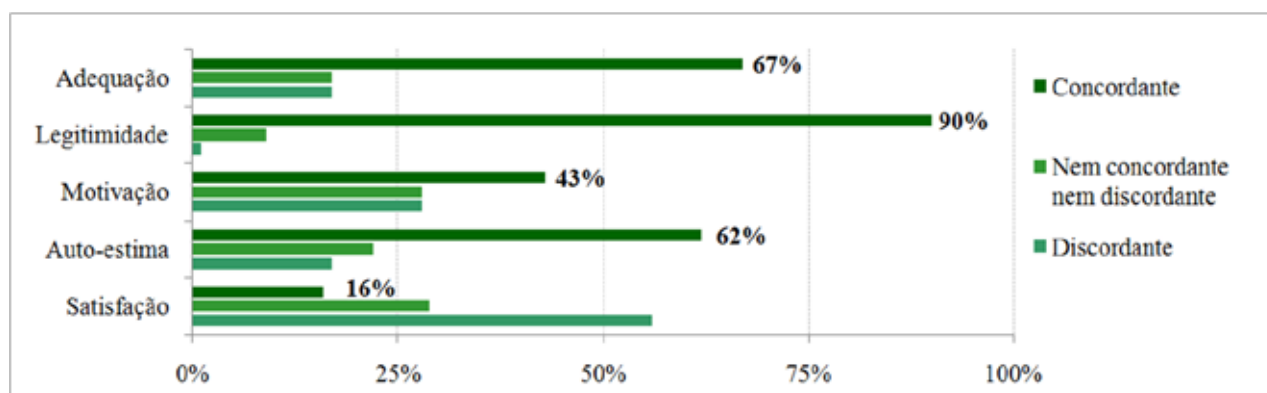


Fig. 2 - Médicos Pré-estudo por concordância nas dimensões do SAAPPQ

(66,8%) e pela falta de treino (65,8%).

Através das respostas ao SAAPPQ, verificou-se que os médicos sentiram legitimidade em intervir junto dos doentes com PLA, mostrando adequação e auto-estima positivas. No entanto sentiram-se pouco motivados e satisfeitos (Figura 2).

Foi verificada homogeneidade para o sexo e idade dos médicos face à pontuação obtida em todas as dimensões do SAAPPQ. Observou-se que os médicos com maior adequação, auto-estima e satisfação davam maior importância aos PLA. O Quadro I apresenta estes resultados assim como a comparação das dificuldades sentidas pelos médicos em lidar com doentes com PLA face às dimensões do SAAPPQ.

Médicos pré-estudo *versus* médicos do estudo

Com o objectivo de comparar os médicos do pré-estudo com os médicos do estudo (n=73) foi calculada a diferença percentual entre respostas nos dois grupos

(nas variáveis qualitativas) e a diferença entre médias e medianas nos grupos (variáveis quantitativas).

Verificou-se que em termos medianos os médicos do estudo eram 1 anos mais novos do que os médicos do pré-estudo (46 anos *versus* 47 anos) e que existia uma diferença de proporção de 3% no sexo dos médicos.

Os médicos do estudo revelaram dificuldades em lidar com doentes com PLA semelhantes às dos médicos do pré-estudo (Figura 3).

As pontuações médias obtidas no SAAPPQ pelos médicos do pré-estudo e pelos médicos do estudo estão apresentadas na Figura 4 e mostram que as respostas dadas por estes dois grupos de médicos foram, de forma geral, idênticas.

Desta forma, verificou-se homogeneidade nas características principais dos médicos do estudo e dos médicos do pré-estudo (idade, sexo, dificuldades sentidas e resposta ao SAAPPQ).

Médicos do estudo

Caracterização dos médicos: T1

Observou-se homogeneidade entre os médicos do grupo experimental (n=38) e os médicos do grupo de controlo (n=35) face ao sexo e idade ($p > 0,05$), notando-se ainda assim uma tendência ($p=0,064$) para a média de idades dos médicos do grupo de controlo (44,6 anos) ser superior à média de idades dos médicos do grupo experimental (40,7 anos).

Os médicos do grupo de controlo afirmaram ter maior falta de treino e maior dificuldade em fazer diagnóstico relativamente aos médicos do grupo experimental, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos de médicos face às restantes dificuldades (Figura 5).

SAAPPQ: T1

Verificou-se que no T1 os médicos do grupo experimental estavam mais motivados e mais satisfeitos

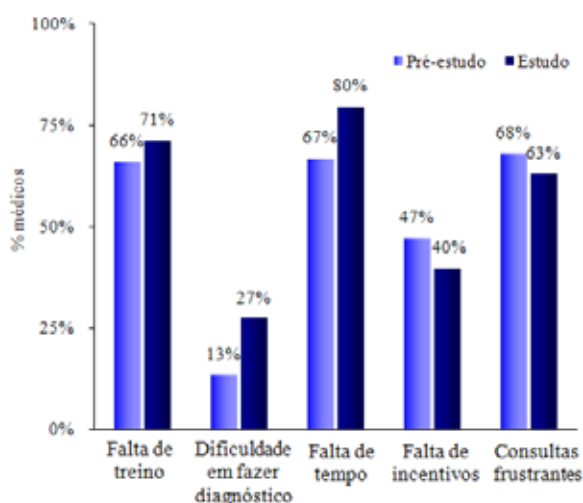


Fig. 3 - Dificuldades sentidas.

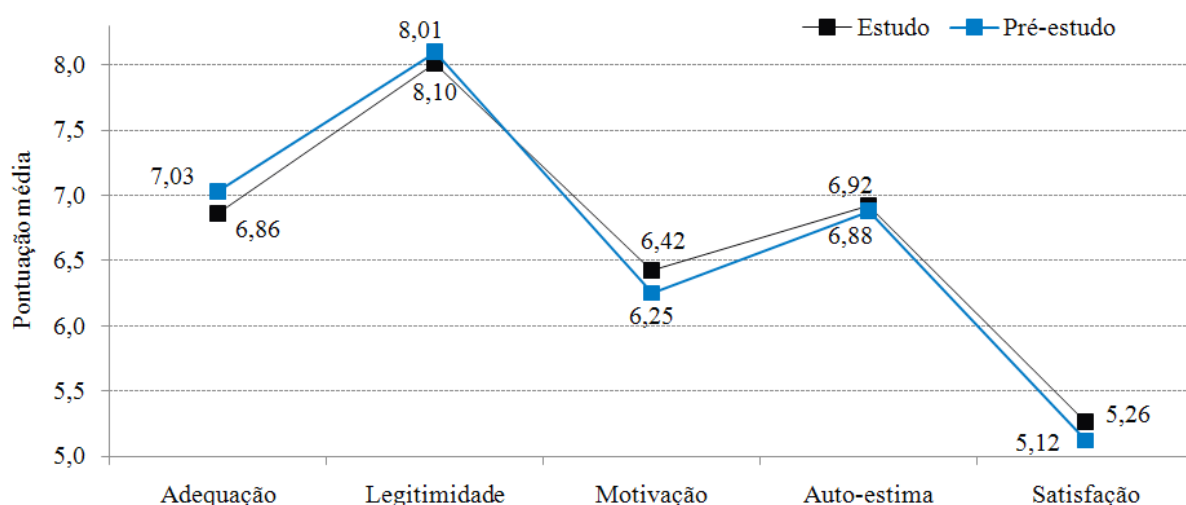


Fig. 4 – Pontuação média obtida em cada dimensão do SAAPPQ (médicos pré-estudo e estudo).

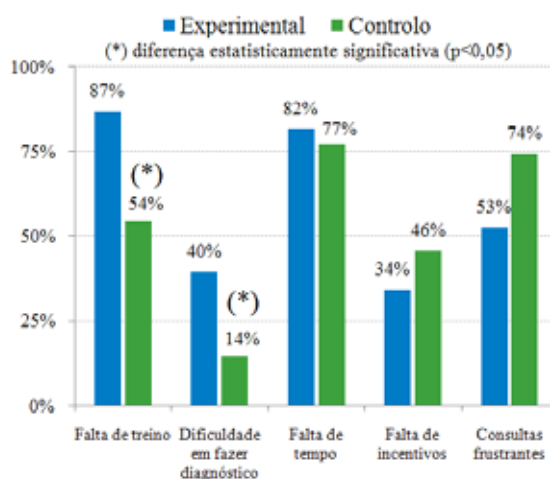


Fig. 5 – Dificuldades sentidas (T1)

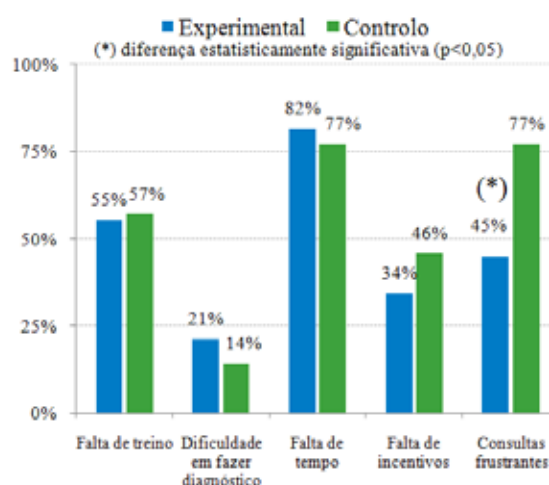


Fig. 7 – Dificuldades sentidas (T2)

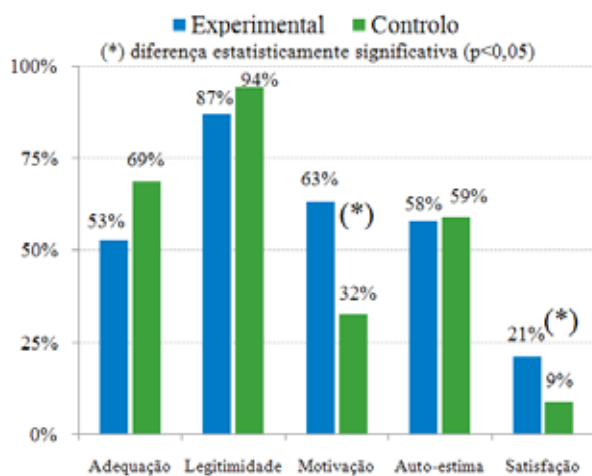


Fig. 6 – SAAPPQ – Concordância (T1)

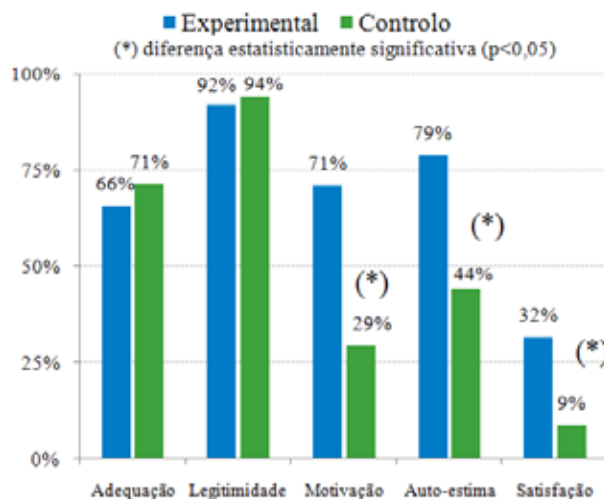


Fig. 8 – SAAPPQ – Concordância (T2)

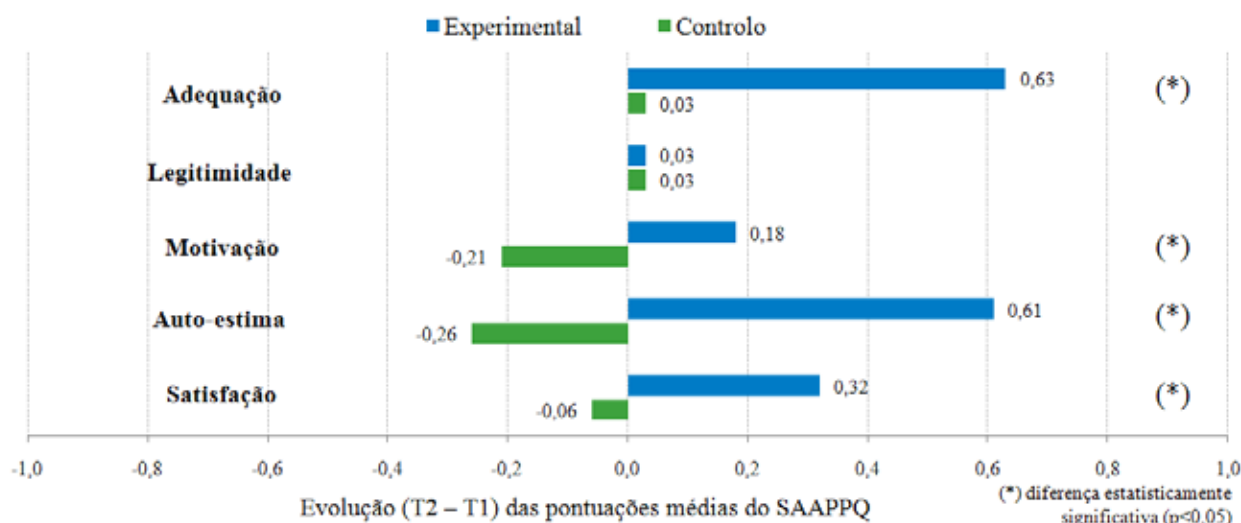


Fig. 9 – Evolução (T2 – T1) das pontuações médias do SAAPPQ

do que os médicos do grupo de controlo (Figura 6).

Caracterização dos médicos: T2

No segundo momento (T2: 9 meses depois do T1), verificou-se que uma maior percentagem de médicos do grupo de controlo afirmaram como dificuldade o facto de as consultas serem frustrantes relativamente aos médicos do grupo experimental, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos de médicos face às restantes dificuldades (Figura 7).

SAAPPQ: T2

Verificou-se que no T2 os médicos do grupo experimental estavam mais motivados, com maior auto-estima e mais satisfeitos do que os médicos do grupo de controlo (Figura 8).

Evolução das atitudes (SAAPPQ)

Como se pode observar nas Figuras 6 e 8, houve, no geral, uma evolução positiva do T1 para o T2 das atitudes dos médicos do grupo experimental, sendo que por outro lado, houve uma evolução negativa ou não houve evolução de atitudes dos médicos do grupo de controlo. A

evolução da pontuação média obtida no SAAPPQ (para cada dimensão), mostra melhor esse resultado (Figura 9).

Doentes do estudo

Caracterização dos doentes

Dos 2010 doentes do T1 (grupo de controlo, $n=625$; grupo experimental, $n=1385$), 60,3% eram do sexo feminino (61,3% do grupo de controlo e 59,9% do grupo experimental), tinham uma idade média de 53,5 anos (52,6 anos no grupo controlo e 54 anos no grupo experimental) e cerca de 18% eram fumadores (19,8% do grupo de controlo e 17% do grupo experimental).

No T1, a pontuação média do AUDIT foi de 2,7 pontos (2,6 no grupo de controlo e 2,8 no grupo experimental). No que diz respeito aos resultados do AUDIT C, a pontuação média foi de 2,2 pontos (2,1 pontos no grupo de controlo e 2,3 pontos no grupo experimental), correspondendo a 20,5% de doentes com consumo de risco (18,1% no grupo de controlo e 21,7% no grupo experimental). Verificou-se que cerca de 30% dos doentes eram abstinentes, 36% eram consumidores de baixo risco, 27% eram consumidores de risco médio e cerca de 7% eram consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos (Figura 10). Cerca de 15% dos doentes praticavam *binge drinking* (consumo de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião).

Foram registados os problemas de saúde mais frequentes, apenas para os doentes do grupo experimental. Verificou-se que doentes com consumo de risco tinham maior alteração metabolismo dos lípidos, consumiam mais tabaco e tinham mais diabetes tipo II, relativamente a doentes abstinentes ou com consumo de baixo risco (Figura 11).

Doentes do grupo experimental com consumo de

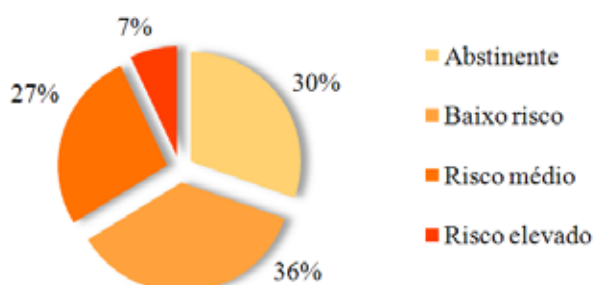


Fig. 10 – Tipo de consumidor

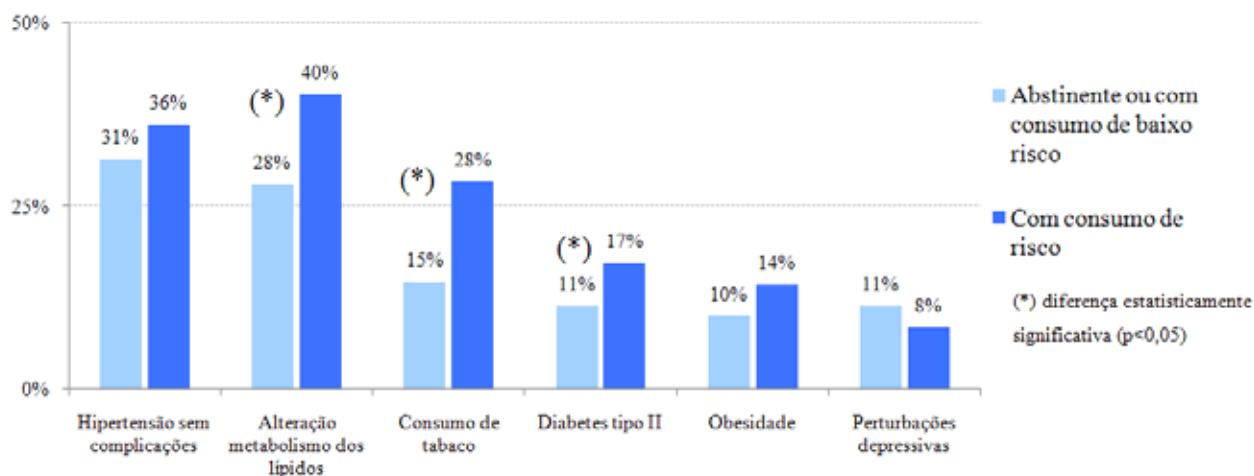


Fig. 11 – Principais problemas de saúde por tipo de consumidor.

risco tinham uma proporção maior de antecedentes familiares de alcoolismo (41,6%) comparativamente a doentes do grupo experimental abstinentes ou com consumo de baixo risco (30,9%). Em média, doentes do grupo experimental com consumo de risco começavam a consumir bebidas alcoólicas 1 anos mais cedo (17,6 anos) do que os doentes do grupo experimental abstinentes ou com consumo de baixo risco (18,6 anos).

Doentes com consumo de risco

Cerca de 62% dos doentes que respondeu em ambos os T1 e T2 (n=369, 95 doentes do grupo de controlo e 274 doentes do grupo experimental) era do sexo masculino, apresentava uma média de idades de 55,5 anos e 28,2% eram fumadores.

No T1, a pontuação média do AUDIT para os doentes que responderam em ambos T1 e T2 foi de 7,2 pontos (7,4 no grupo de controlo e 7,2 no grupo experimental – homogeneidade entre os grupos). No que diz respeito aos resultados do AUDIT C, a pontuação média foi de 5,7

pontos (5,8 pontos no grupo de controlo e 5,7 pontos no grupo experimental – homogeneidade entre os grupos). Verificou-se que os homens eram consumidores de maior risco do que as mulheres (Figura 12).

No T2, a pontuação média do AUDIT foi de 5,8 pontos e do AUDIT C de 4,8 pontos. Verificou-se que os doentes do grupo experimental tiveram, em média, uma pontuação inferior aos doentes do grupo de controlo (Figura 13). Ainda no T2, verificou-se que os homens continuavam (tal como no T1) a ser consumidores de maior risco do que as mulheres (pontuação média no AUDIT: 6,7 pontos *versus* 4,3 pontos; pontuação média no AUDIT C: 5,4 pontos *versus* 3,8 pontos). Note-se que apesar destes resultados relativamente ao sexo, a redução média de pontuação no AUDIT e AUDIT C foi maior nos homens, comparativamente à redução média de pontuação nas mulheres ($p<0,05$).

Foi considerado *sucesso* a redução de pelo menos 1 ponto da pontuação da escala AUDIT do T1 para o T2 e

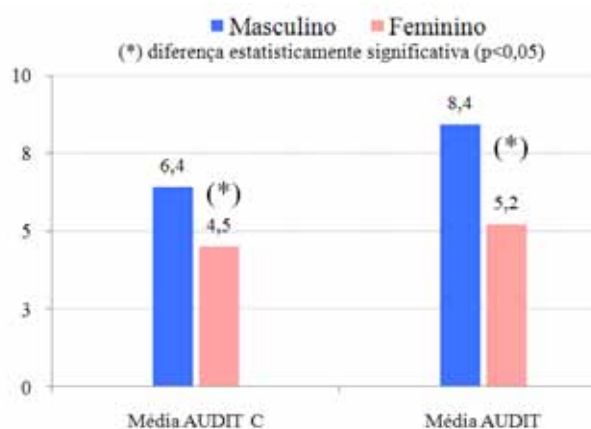


Fig. 12 – Pontuação média do AUDIT C e AUDIT, por sexo (T1)

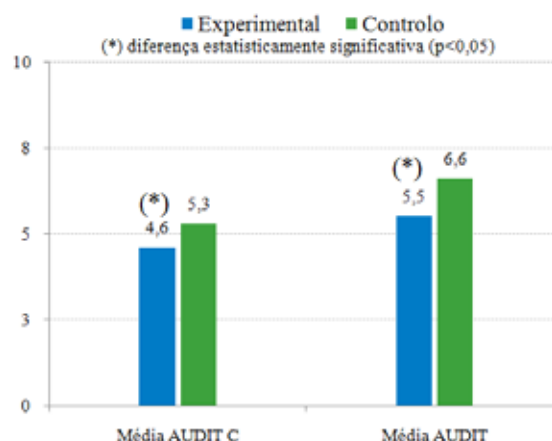


Fig. 13 – Pontuação média do AUDIT C e AUDIT, por grupo de doentes (T2)

insucesso no caso contrário (Quadro II). Com base nesta definição, verificou-se que o benefício relativo (BR) do grupo experimental em relação ao grupo de controlo foi de 1,54, ou seja, ser seguido por um médico do grupo experimental aumenta em 54% a taxa de sucesso.

De acordo com a definição por categorias do tipo de consumidor (abstinente, consumidor de baixo risco, consumidor de risco médio, consumidor de risco elevado e dependente alcoólico), observou-se que houve uma maior proporção de doentes do grupo experimental a *descer* uma destas categorias do T1 para o T2, comparativamente aos doentes do grupo de controlo (Figura 14).

No que diz respeito ao consumo de álcool semanal no T1, observou-se, para o total de doentes, um consumo médio de 192,6 gramas de álcool por semana (185,8 gramas de álcool por semana no grupo de controlo *versus* 194,9 gramas de álcool por semana no grupo experimental – homogeneidade entre os grupos).

No entanto, ao avaliarmos o consumo de álcool (gramas/semana) no T2 verificamos que os doentes do grupo experimental tiveram um consumo semanal inferior ao consumo semanal registado pelos doentes do grupo de controlo (Figura 15).

A evolução do consumo de álcool (consumo registado no T2 – consumo registado no T1) encontra-se detalhada, por grupo de doentes, no Quadro III.

Relação entre atitudes dos médicos e evolução do consumo de álcool pelos doentes

Os resultados relativos à relação entre médicos e doentes (Figura 16) apontam no sentido de uma melhor atitude dos médicos face à detecção e intervenção poder influenciar a diminuição do consumo de álcool por estes doentes (do T1 para o T2).

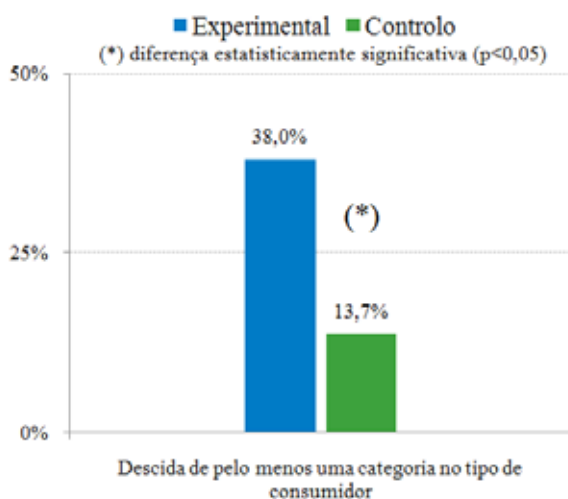


Fig. 14 – Descida de pelo menos uma categoria no tipo de consumidor (do T1 para o T2)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Médicos do pré-estudo e estudo (T1)

O SAAPPQ mostrou ser um instrumento adequado para ser utilizado no contexto da percepção de atitudes dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários, sendo um instrumento fácil de aplicar (preenchimento rápido) bem como de interpretar.

A avaliação dos resultados relativos aos médicos do pré-estudo e estudo (T1) permite concluir que, no geral, existe uma tendência para homogeneidade entre os grupos de médicos (pré-estudo *versus* estudo) face a características demográficas, dificuldades em lidar com os PLA e resposta ao SAAPPQ. Desta forma, conclui-se que o grupo de médicos de estudo é semelhante ao grupo de pré-estudo, que por sua vez é representativo dos médicos do Distrito de Lisboa e, assim, permite-nos extrapolar os resultados que obtivemos com este grupo de médicos de estudo para a população de médicos do Distrito de Lisboa.

Análise dos médicos (T1 e T2)

No T1, os médicos do grupo experimental afirmaram ter maior falta de treino e maior dificuldade em fazer o diagnóstico do que os médicos do grupo de controlo. No entanto, no T2, os grupos de médicos eram homogéneos face a estas dificuldades, sendo que uma maior proporção de médicos do grupo de controlo (comparativamente a médicos do grupo experimental) afirmou sentir que as consultas com doentes com PLA eram frustrantes.

Em quase todas as dimensões (a única exceção verificou-se na dimensão legitimidade, para a qual os médicos de ambos os grupos no T2 mantiveram, em média, a atitude registada no T1) verificou-se, em média, uma evolução positiva da atitude dos médicos do grupo

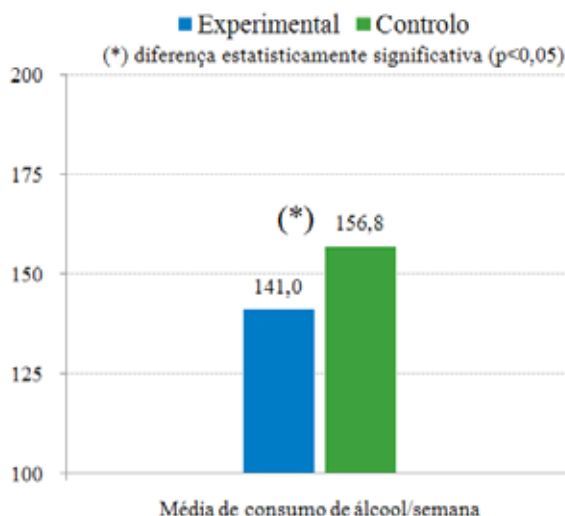


Fig. 15 – Consumo médio de álcool (em gramas) por semana (T2)

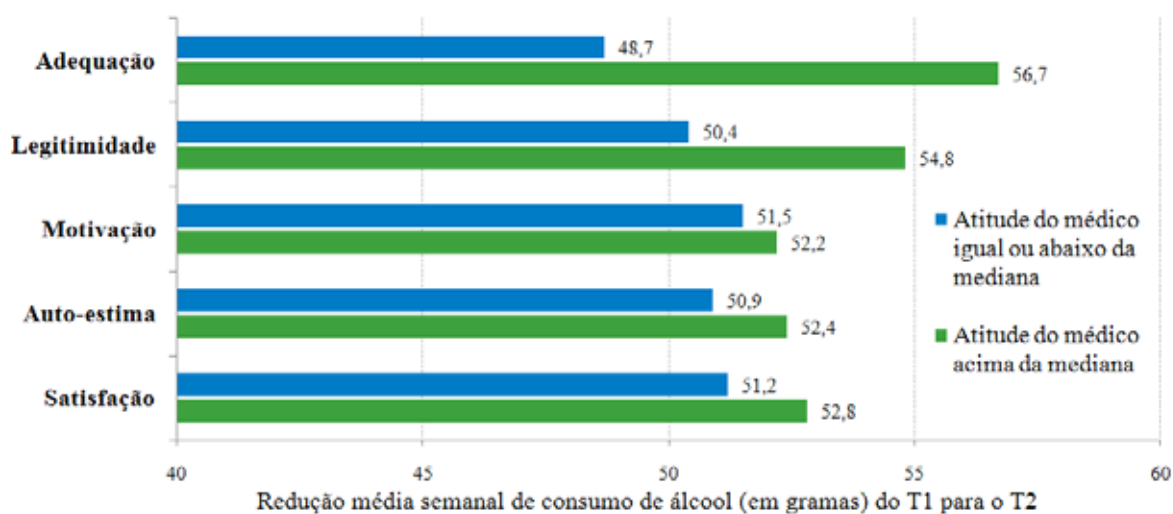


Fig. 16 – Relação entre atitudes dos médicos e evolução do consumo de álcool pelos doentes

experimental do T1 para o T2, ao contrário dos médicos do grupo de controlo em que se registou, em média, uma atitude semelhante (adequação e satisfação) ou uma atitude mais negativa à do T1. Portanto, se pensarmos em termos evolutivos, no T2, os médicos do grupo experimental tiveram uma evolução mais positiva em termos de atitude quando comparada com a atitude dos médicos do grupo de controlo.

Os médicos de CSP encontram-se na porta de entrada dos cuidados de saúde e por isso são os primeiros a detectar um consumo inadequado e/ou excessivo de álcool. Uma percepção de atitudes favorável ou desfavorável por parte destes profissionais poderá ser determinante para a realização de actividades preventivas, avaliando com os seus doentes os níveis de consumo de álcool e detectando consumos excessivos e posterior abordagem dos mesmos.

A elaboração deste estudo de percepção de atitudes constitui um elemento básico como primeira fase de um programa de formação dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários na abordagem dos PLA. Por outro lado, a percentagem de respostas obtidas do questionário em relação ao total de médicos da amostra é semelhante à de vários estudos prévios^{5,11-13}.

No T1, antes da formação, encontramos um profissional legitimizado, com uma auto-percepção de capacidades favorável, mas desmotivado e sem ter tido formação e treino na abordagem desta problemática. Também se encontraram estas características dos médicos, na abordagem destes doentes, em outros estudos^{12,13}.

Verificou-se interesse dos médicos pela formação, o que é um dado permanente em vários estudos^{5,12,14}. Note-se que 68% admitem frustração na sua intervenção, o que está em relação com o indicado por outros autores¹² e necessitando de formação e maior competência para a abordagem dos PLA na consulta.

A desmotivação com estes doentes pode estar relacionada com o baixo grau de conhecimentos sobre este tema, nomeadamente no que se refere à detecção e intervenção pós detecção. Assim, alguns estudos¹¹⁻¹³ confirmam que se os profissionais receberem formação complementar pós-graduada existe um aumento da tolerância e empatia em relação a estes doentes, o que se repercute numa maior taxa de detecção e intervenção face a estes doentes, como acabámos também por verificar no T2 pós Intervenção Breve apreendida com a formação e com o suporte.

Análise dos doentes (T1 e T2)

Verificou-se que cerca de 30% dos doentes que responderam ao questionário AUDIT no T1 eram abstinentes, 36% eram consumidores de baixo risco, 26,8% eram consumidores de risco médio e cerca de 7% eram consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos. Estes resultados baseiam-se na pontuação obtida pelos doentes no questionário AUDIT C. Esta distribuição também é concordante com prevalências encontradas em vários estudos em que o AUDIT C é utilizado¹⁵⁻¹⁷.

Relativamente aos doentes com consumo de risco (doentes que responderam ao AUDIT no T1 e no T2), a evolução dos resultados revelou-se semelhante para ambas as escalas (AUDIT C e AUDIT), demonstrando que os doentes seguidos pelos médicos do grupo experimental apresentaram em média um maior decréscimo de pontuação, comparativamente a doentes seguidos pelos médicos do grupo de controlo. Desta forma, observaram-se melhores resultados no grupo experimental, o que permite comprovar que as Intervenções Breves que foram apreendidas através da formação dos médicos contribuíram para a redução nos consumos dos doentes e no nível de risco associado ao consumo, nomeadamente no grupo

Quadro I - Comparação do sexo, idade, importância dada aos PLA e dificuldades face às dimensões do SAAPPQ

	Adequação	Legitimidade	Motivação	Auto-estima	Satisfação
Sexo	=	=	=	=	=
Idade	=	=	=	=	=
Importância dada aos PLA	p<0,001 MI > I > A	=	=	p<0,001 MI > I > A	p=0,029 MI > I > A
Dificuldade: Falta de treino	p<0,001 N > S	=	=	=	=
Dificuldade: Fazer o diagnóstico	p<0,001 N > S	=	=	p=0,012 N > S	=
Dificuldade: Falta de tempo	p=0,018 N > S	=	=	=	=
Dificuldade: Falta de incentivos	p=0,014 N > S	p=0,027 N > S	=	p=0,004 N > S	=
Dificuldade: Consultas frustrantes	=	p=0,039 N > S	p<0,001 N > S	p=0,008 N > S	p<0,001 N > S

Legenda: = - homogeneidade ($p>0,05$) face à dimensão considerada; MI – Muito Importante; I – Importante; A – Alguma; N – dificuldade: Não; S – dificuldade: Sim.

Quadro II - AUDIT – Sucesso

		Grupo de doentes				Total	Valor p
		Controlo (n=95)		Experimental (n=274)		(n=369)	
Sucesso, n (%)							
Não	59	62,1%	114	41,6%	173	46,9%	QQ: 0,001
Sim	36	37,9%	160	58,4%	196	53,1%	
Total	95	100,0%	274	100,0%	369	100,0%	

Quadro III - Evolução do consumo de álcool

Evolução do consumo de álcool (gr/semana)	Grupo de doentes	
	Controlo (n=95)	Experimental (n=274)
N	95	274
Média	29,05	53,87
Mediana	0,00	18,00
DP	70,83	93,31
Mínimo	-240,00	-178,50
Máximo	270,00	600,00

Teste de Mann-Whitney: $p<0,001$

experimental de doentes acompanhados pelo grupo experimental de médicos.

Assim, o principal resultado da 2ª Fase do presente estudo foi demonstrar que a Intervenção Breve, realizada após a detecção pelo AUDIT dos doentes com consumo de risco e nocivo de álcool, num contexto de Cuidados de Saúde Primários, permitiu reduzir a pontuação total obtida pela re-aplicação do AUDIT numa entrevista num T2 9 meses após a entrevista inicial no T1. A redução da pontuação total nos doentes que receberam a Intervenção Breve na entrevista inicial, além de significativa quando comparada com o grupo de controlo, atingiu níveis abaixo da zona de risco determinada pelo instrumento AUDIT. Este resultado demonstra a mais valia da aplicação da Intervenção Breve em doentes de risco e nocivos de álcool que frequentam as consultas no Centro de Saúde.

Existem vários estudos relatados na literatura, bem como de meta-análises, que confirmam a eficácia das Intervenções Breves para doentes com consumo de risco e nocivo de álcool em diferentes contextos clínicos¹⁸⁻²¹. Uma das revisões mais recentes²² concluiu que a Intervenção Breve permitiu a redução do consumo entre homens e mulheres durante seis a doze meses que se seguem à intervenção, o que também aconteceu no nosso estudo. Esta revisão foi confinada a estudos levados a cabo em condições mais naturais dos cuidados primários de saúde sendo, portanto, mais relevante para as condições do mundo real da prática clínica.

Existem benefícios decorrentes da redução ou paragem do consumo de álcool. Parte do prejuízo provocado pelo álcool é imediatamente reversível; todos os riscos associados podem ser completamente revertidos se o álcool for removido. As pessoas jovens que cessam o consumo, como estão no início da idade adulta reduzem significativamente o risco de danos relacionados com o álcool²³.

A maioria dos PLA é provocada por consumos que ultrapassam os níveis considerados de risco e não necessariamente por dependentes. Uma das formas de reduzir os níveis de consumo na comunidade e nas populações é, portanto, providenciar a detecção e Intervenções Breves nos CSP, sendo esta actividade garantida por profissionais de saúde como médicos. Em CSP, os doentes deveriam ser rotineiramente questionados em relação aos seus consumos aquando de uma nova inscrição. Estes doentes podem não ter procurado necessariamente o serviço de saúde no sentido de abordar esta problemática mas, de uma forma tipo *case-finding*, iria permitir detectar precocemente problemas associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas e, de um modo pró-activo, prevenir possíveis complicações associadas a níveis de consumo de álcool elevados. Assim, as fases desta intervenção incluem identificação, *feed-back* sobre o nível dos consumos junto do doente, com estratégias relacionais

de *coping*, aumento da motivação e desenvolvimento de um plano pessoal de redução dos consumos, será possível contribuir para um possível controlo dos danos associados a esta matéria.

Os resultados parecem ser fiéis descritores da realidade natural no Distrito de Lisboa quanto ao consumo de álcool nos CSP e a abordagem neste contexto. A ausência de estudos prévios nacionais com os objectivos expressos e metodologicamente sólidos impossibilita a comparabilidade com este estudo, no momento presente.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. World advertising Research Center: World drink trends, 2005, Institute of Alcohol Studies
2. ANDERSON P: Management of alcohol problems in general practice BMJ, 1985; 296:1873-5
3. ROOM R, BABOR T, REHM J: Alcohol and public health, Lancet 2005; 365:519-30
4. ANDERSON P: Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption, Br J Gen Pract 1993;43:386-9
5. KANER EF, HEATHER N, MCAVOY BR: Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol Alcohol. 1999; 34:559-66
6. BIEN TH, MILLER WR, TONIGAN JS: Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction. 1988; 88:315-36
7. PHEPA: Primary health care European project on alcohol [Internet]. PHEPA; 2005. Available from: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html> [Acedido em ?? de ??? de ???]
8. ANDERSON P, KANER E, WUTZKE S, FUNK M, HEATHER N, WENSING M et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. Alcohol Alcohol. 2004; 39:351-6
9. ANDERSON P, LAURANT M, KANER E, GROL R, WENSING M: Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: results of a meta-analysis. J Stud Alcohol. 2004; 65:191-9
10. ANDERSON P, CLEMENT S: The AAPPQ revisited: measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. Br J Addict. 1987; 82:753-9
11. FRIEDMAN PD, MCCULLOUGH D, CHIN MM, SALTZ R: Screening and intervention for alcohol problems: a national survey of primary care physicians and psychiatrists. J Gen Intern Med. 2000; 15:84-91
12. SPANDORFER JM, ISRAEL Y, TURNER BJ: Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. J Fam Pract. 1999; 48:899-902
13. DUSZYNSKI KR, NIETO FJ, VALENTE CM: Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. Md Med J. 1995; 44:439-46
14. BENDTSEN P, ÅKERLIND I: Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. Alcohol Alcohol. 1999; 34:795-800
15. BUSH K, KIVLAHAN DR, MCDONELL MB, FIHN SD,

- BRADLEY KA: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med. 1998; 15:1789-95
16. AERTGEERTS B, BUNTINX F, ANSOMS S, FEVERY J: Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse and dependence in a general practice population. Br J Gen Pract. 2001; 51:206-17
17. GORDON AJ, MAISTO SA, MCNEIL M, KRAEMER KL, CONIGLIARO RL, KELLEY ME, et al: Three questions can detect hazardous drinkers. J Fam Pract. 2001; 50:313-20
18. RICHMOND R, KEHOE L, WEBSTER I, WODAK A, HEATHER N: General practitioners' promotion of healthy lifestyles: what patients think. Aust N Z J Public Health. 1996; 20:195-200
19. WALLACE PG, HAINES AP: General practitioners and health promotion: what patients think. BMJ. 1984; 289:534-6
20. ANDERSON P, BAUMBERG B: Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2006
21. CHISHOLM D, REHM J, VAN OMMEREN M, MONTEIRO M: Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. J Stud Alcohol. 2004; 65:782-93
22. BERTHOLET N, DAEPPEN J-B, WIETLISBACH V, FLEMING M, BURNAND B: Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; 165:986-95
23. TOUMBOUROW JW, WILLIAMAS IR, WHITE VM, SNOW PC, MUNRO GD, SCHOFIELD PE: Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. Addiction. 2004; 99:498-508