

Preditores de Abstinência Alcoólica numa Amostra de Doentes Portugueses – Um Estudo Retrospectivo

Predictors of Continuous Alcohol Abstinence in a Portuguese Treatment Sample – A Retrospective Study

Diana Matos* †, Jorge Gonçalves** , Pedro Morgado* † ** 

RESUMO:

Introdução: A dependência alcoólica é uma doença aditiva com elevados níveis de mortalidade e morbilidade. As opções terapêuticas disponíveis incluem intervenções médicas e psicossociais.

Objectivos: Comparar a população de alcoólicos que atinge 1 ano de abstinência total com aqueles que recaem no mesmo período, identificando factores individuais e relacionados com o tratamento preditores de sucesso terapêutico.

Métodos: Após análise comparativa, realizou-se uma regressão logística multivariada para identificar os factores relacionados com o tratamento que predizem abstinência total em doentes adultos que reuniam critérios ICD-10 para alcoolismo durante o primeiro ano de tratamento no Departamento de Psiquiatria do Hospital de Braga.

Resultados: Foram incluídos no estudo 590 doentes. A taxa de sucesso (abstinência total) foi de 32.3%. Características individuais

como sexo, idade, estado civil ou nível de instrução não se relacionaram com o sucesso do 1º ano de tratamento. Identificaram-se como preditores independentes de abstinência alcoólica total a inexistência de internamentos prévios (OR=0.549; 95%CI=0.322-0.936), o internamento (OR=3.765; 95%CI=2.061-6.879) e a abstinência no início do tratamento (OR=4.947; 95%CI=2.223-11.008).

Conclusões: Os resultados demonstram que a escolha da abordagem inicial no tratamento da dependência alcoólica crónica pode resultar em períodos mais longos de abstinência alcoólica. Estes achados podem ser úteis para aumentar o sucesso das intervenções médicas na prática clínica.

Palavras-Chave: Álcool; Síndrome de Dependência Alcoólica; Abstinência Alcoólica Total; Preditores da Abstinência.

ABSTRACT:

Background: *Alcoholic dependence is an addictive disorder with high levels of mortal-*

* Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal.

† ICVS-3Bs PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal.

** Hospital de Braga, Braga, Portugal. ✉ pedromorgado@ecsau.de.uminho.pt.

Recebido / Received: 21/04/2014 - Aceite / Accepted: 13/05/2014.

ity and morbidity. Therapeutic approaches include medical, psychological and social support.

Objectives: Compare a population of alcoholics who have achieved one year of total abstinence from alcohol with individuals that relapse within the same period and identify individual and treatment-related factors that can predict success.

Methods: Multivariate logistic regression analysis was used to identify treatment related predictors of continuous abstinence in adults who meet ICD-10 criteria for alcoholic dependence during the first year of treatment in Alcoholic Center of Hospital de Braga.

Results: 590 patients met the selection criteria. Treatment success rate (total abstinence) was 32,3%. Individual characteristics such as gender, age, civil state or level of instruction were not directly related to 1st year outcomes. Independent predictors of continuous abstinence were no prior inpatient treatment (OR 0.549, 95%CI=0.322-0.936), inpatient treatment (OR 3.765, 95%CI=2.061-6.879) and abstinence at beginning of treatment (OR 4.947, 95%CI=2.223-11.008).

Conclusions: The results show that using different approaches for the initial treatment of alcoholic dependence can result in higher periods of total abstinence. These findings may be useful to help physicians to improve alcoholic dependence treatment outcomes.

Key-Words: Alcohol; Alcohol Dependence Syndrome; Total Alcohol Abstinence; Predictors of Abstinence.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo crónico, nomeadamente a dependência alcoólica crónica, é um problema de saúde com graves implicações médicas, sociais, económicas, laborais e legais. De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças, 10^a. Revisão (CID-10), classificação de referência em Portugal e no Brasil, a síndrome de dependência é definida como o conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos desenvolvidos após consumo repetido de uma substância e associado ao desejo de ingerir a droga independentemente das consequências nefastas da sua utilização.

O padrão de ingestão etílica difere entre sexos, com maior risco de desenvolvimento de dependência alcoólica ao longo da vida nos indivíduos do sexo masculino (10% vs 3-5% no sexo feminino), e consoante a idade, de modo decrescente após a meia-idade¹. Indivíduos com patologias psiquiátricas subjacentes como perturbação afectiva bipolar, esquizofrenia e perturbações de personalidade também apresentam risco mais elevado de desenvolvimento de problemas ligados ao álcool¹. Várias teorias têm sido propostas para compreender quais os determinantes e/ou características que tornam os indivíduos susceptíveis ao desenvolvimento da dependência alcoólica. Apesar de ser um tema ainda pouco esclarecido, já foram propostas teorias psicológicas, psicodinâmicas, comportamentais, sócio-culturais e genéticas¹.

O objectivo final no tratamento da dependência alcoólica é a abstinência alcoólica total, identificando-se as seguintes etapas no tratamento: desintoxicação, desabituação,

manutenção da abstinência e, eventualmente, a recaída^{1,2}. Durante a desabitação etílica e manutenção da abstinência é imperioso manter a motivação do doente, promover a readaptação social e prevenir as recaídas, aspectos que são determinantes para o sucesso da terapêutica¹.

Na literatura foram identificadas várias variáveis que podem influenciar os resultados terapêuticos, nomeadamente variáveis sócio-demográficas³⁻¹¹, comorbilidades psiquiátricas^{9,12,13}, factores relacionados com a doença e o padrão de ingestão alcoólica^{8-11,14} e factores relacionados com o tratamento^{8,9,15-19}. Os resultados de abstinência após um ano de terapêutica apontam uma estimativa de 1/3 dos indivíduos abstinentes, 1/3 com redução dos consumos e 1/3 sem alterações no consumo²⁰.

Com objectivo de detalhar os determinantes da abstinência alcoólica ao fim de 12 meses de tratamento foram analisados retrospectivamente os registos relativos a todos os doentes admitidos na consulta de alcoologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga durante os anos de 2007 e 2008. Este Departamento, integrado no Serviço Nacional de Saúde, presta assistência a uma população de cerca de 800.000 habitantes, o que corresponde a 8% do total do país, constituindo-se como uma amostra valiosa para a exploração e compreensão deste fenómeno.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional longitudinal de carácter retrospectivo e ana-

lítico. Foram incluídos todos os doentes admitidos à consulta de alcoologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga entre 1 de Janeiro de 2007 a 31 de Dezembro de 2008. Identificaram-se 597 casos, dos quais 7 foram excluídos por extravio do processo clínico. Da amostra de 590 doentes, 71 foram orientados para médico assistente/alta da consulta durante o período em estudo pelo que não foi possível obter informação relativamente à abstinência aos 12 meses.

A recolha de dados foi efectuada pelos investigadores através da consulta dos processos clínicos. Dos 590 casos estudados foram obtidos dados relativos a: sexo, idade, escolaridade, estado civil, actividade profissional, idade de início dos consumos, duração da dependência, ingestão diária pré-tratamento, internamentos anteriores, comorbilidades psiquiátricas, outras dependências, voluntariedade, regime e tipo de tratamento instituído e resultados de abstinência alcoólica.

A abstinência foi definida por ausência de relatos subjectivos ou indicações objectivas de qualquer consumo de bebidas alcoólicas desde o início do tratamento⁸. Este critério de avaliação aos 6 e 12 meses de evolução foi utilizado como variável dependente na análise estatística posterior. Os tempos utilizados estão de acordo com o sugerido na bibliografia²⁰. Foi ainda descrita a presença/ausência de abstinência no início do tratamento – abstinência aos 0 meses.

A organização e tratamento dos dados recolhidos foram efectuados no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.0, atribuindo

um nível de significância de 5%. Foi realizada a análise descritiva e posterior comparação das variáveis independentes em função da abstinência aos 6 e 12 meses de tratamento através do teste t-Student para as variáveis quantitativas e teste de Qui-quadrado (χ^2) para as variáveis qualitativas. Em relação ao teste t-Student inicialmente procedeu-se ao teste de Levene para testar a homogeneidade de variâncias e teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição. Na ausência de homogeneidade, considerou-se o teste t-Student para variáveis heterogêneas e, na ausência de distribuição normal, o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi ainda calculado o exacto de Fisher quando mais de 20% das observações e valores esperados eram inferiores a 5²¹. Para as relações de maior interesse investigacional com as variáveis dependentes recorreu-se a modelos de regressão logística múltipla. Admitiu-se existir significância estatística para valores de $p < 0,05$, com um intervalo de confiança (IC) de 95%.

O presente estudo foi sujeito a aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Braga e foi elaborado no respeito pela Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

A amostra é composta essencialmente por homens (75,6%, $n=446$), casados (62,9%, $n=363$) e com uma média de idades de $46,65 \pm 10,046$ anos. A maioria (80,7%, $n=246$) apenas concluiu o ensino primário e quanto à actividade profissional

estão tendencialmente distribuídos nas subcategorias empregado e desempregado, 48% ($n=258$) e 32,4% ($n=174$), respectivamente. Apenas 15,3% ($n=90$) dos indivíduos tinham outro diagnóstico da área psiquiátrica para além da síndrome de dependência alcoólica, com maior relevância dos episódios depressivos (7,3%, $n=43$). Há referência a outras dependências em 9% ($n=53$) dos casos, 33 sob dependência do tabaco (5,6%) e 20 de drogas ilícitas (3,4%) (Quadro II, na página 15). Quanto às características relacionadas com a dependência alcoólica, verificaram-se baixos índices de informação registada nos processos clínicos (Quadro I, na página seguinte). Analisando o tratamento instituído, observou-se que 93% ($n=548$) dos doentes recorreu voluntariamente à Unidade de Alcoologia e, no caso dos doentes orientados compulsivamente ($n=41$), a principal causa de obrigatoriedade de tratamento foi secundária a suspensão de pena (58,5%, $n=24$). O regime inicial do tratamento foi equitativamente distribuído entre o ambulatório (49,9%, $n=294$) e o internamento (49,4%, $n=291$).

Em relação aos resultados terapêuticos, verificou-se que a taxa de abstinência decresce ao longo do tempo com 44,5% ($n=199$) aos 6 meses e 32,3% ($n=132$) aos 12 meses. O índice de abandono permanente das consultas ao longo do período em estudo atinge 22,8% ($n=134$) dos casos. Os internamentos nos primeiros 2 anos após a instituição terapêutica são pouco frequentes, não se verificando nenhum em 90,8% ($n=535$) dos indivíduos no primeiro e 92,9% ($n=547$) no segundo ano (Quadro III, na página 15).

Quadro I: Análise univariável das características sócio-demográficas da população com primeira consulta de alcoologia 2007-2008 (n=590). M – média; DP – desvio-padrão.

Variável	Categorias da Variável	Freq. Absoluta (%)	Estatísticas descritivas para variáveis numéricas
Sexo (n,%)	Masculino	446 (75,6)	(n=590)
	Feminino	144 (24,4)	
Idade (anos: M,DP)			46,65 (10,046) (n= 590)
Estado Civil (n,%)	Solteiro	116 (20,1)	(n=577)
	União de Facto	10 (1,7)	
	Casado	363 (62,9)	
	Divorciado	70 (12,1)	
	Viúvo	18 (3,1)	
Actividade Profissional (n,%)	Empregado	258 (48)	(n=537)
	Desempregado	174 (32,4)	
	Reformado	81 (15,1)	
	Baixa	24 (4,5)	
Escolaridade (n,%)	Sem formação	15 (4,9)	(n=305)
	Ensino Primário	246 (80,7)	
	Ensino Secundário	38 (12,5)	
	Ensino Superior	6 (2)	
Comorbilidades Psiquiátricas (n,%)	Nenhuma	499 (84,7)	(n=589)
	Perturbações de personalidade	11 (1,9)	
	Episódios depressivos	43 (7,3)	
	Atraso mental leve	24 (4,1)	
	Esquizofrenia	6 (1)	
	Perturbação obsessivo compulsivo	1 (0,2)	
	Perturbação afectiva bipolar	1 (0,2)	
	Perturbações fóbico-ansiosas	1 (0,2)	
	Estado de <i>stress</i> pós-traumático	2 (0,3)	
	Perturbações de personalidade + Perturbações fóbico-ansiosas	1 (0,2)	
Outras Dependências (n,%)	Nenhuma	536 (91)	(n=589)
	Tabaco	33 (5,6)	
	Drogas ilícitas	20 (3,4)	

Quadro II: Análise univariável das características de instituição terapêutica da população com primeira consulta de alcoologia 2007-2008 (n=590).

Variável	Categorias da Variável	n	Freq. Absoluta (%)
Tipo de Instituição	Voluntária	589	548 (93%)
	Por Imposição Judicial		41 (7%)
Causa de Imposição	Pena Suspensa	41	24 (58,5%)
	Detido		3 (7,3%)
	Internamento Compulsivo		6 (14,6%)
	Motivado pela Comissão de Protecção de Menores		6 (14,6%)
	Motivado pelo Tribunal		2 (4,9%)
Regime Tratamento	Ambulatório	589	294 (49,9%)
	Internamento		291 (49,4%)
	Detido em estabelecimento prisional		4 (0,7%)

Quadro III: Análise univariável dos resultados terapêuticos da população com primeira consulta de alcoologia 2007-2008 (n=590).

Variável	Categorias da Variável	n	Freq. Absoluta (%)
Abstinência 0 Meses	Sim	589	82 (13,9%)
	Não		507 (86,1%)
Abstinência 6 Meses	Sim	447	199 (44,5%)
	Não		248 (55,5%)
Abstinência 12 Meses	Sim	409	132 (32,3%)
	Não		277 (67,7%)
Internamentos 1º Ano	0	589	535 (90,8%)
	1		48 (8,1%)
	2		5 (0,8%)
	3		1 (0,2%)
Internamentos 2º Ano	0	589	547 (92,9%)
	1		36 (6,1%)
	2		5 (0,8%)
	3		1 (0,2%)
Abandono	Sim	589	134 (22,8%)
	Não		455 (77,2%)

Para avaliar quais as características descritas anteriormente que mais se associam com resultados terapêuticos favoráveis, a população em estudo foi dividida nos subgrupos abstinentes e não-abstinentes aos 6 e 12 meses de tratamento. Esta análise permitiu verificar

que a ausência de internamentos anteriores (70,9% vs 61,5%), o regime inicial de tratamento em internamento (66,8% vs 46,8%) e a abstinência no início do tratamento (22,1% vs 7,3%) estão significativamente associados a maiores frequências de abstinência aos

6 meses de tratamento e, no caso das duas últimas variáveis, também aos 12 meses de tratamento. Os dois grupos apresentam-se homogêneos quando se analisam caracte-

rísticas como a idade, o sexo, o estado civil, a actividade profissional, as comorbilidades psiquiátricas e a existência de outras dependências (Quadro IV).

Quadro IV: Análise bivariável do cruzamento das variáveis em estudo entre os grupos abstinentes e não-abstinentes aos 6 e 12 meses de tratamento. * Obtido pelo teste exacto de Fisher.

Variável e categorias em análise	6 meses de tratamento		<i>p</i>	12 meses de tratamento		<i>p</i>
	Grupo Abstinente (n=199)	Grupo Não-Abstinentes (n=248)		Grupo Abstinente (n=132)	Grupo Não-Abstinentes (n=277)	
Sexo (n,%)						
Masculino	146 (73,4)	186 (75)	0,695	97 (73,5)	209 (75,5)	0,668
Feminino	53 (26,6)	62 (25)		35 (26,5)	68 (24,5)	
Estado Civil (n,%)						
Solteiro	39 (19,8)	51 (21)		26 (19,8)	58 (21,3)	
União de Facto	4 (2)	4 (1,6)		4 (3,1)	4 (1,5)	
Casado	119 (60,4)	157 (64,6)	0,682	76 (58)	177 (65,1)	0,300
Divorciado	27 (13,7)	24 (9,9)		19 (14,5)	25 (9,2)	
Viúvo	8 (4,1)	7 (2,9)		6 (4,6)	8 (2,9)	
Actividade Profissional (n,%)						
Empregado	86 (46,5)	106 (46,3)		52 (42,6)	121 (47,1)	
Desempregado	68 (36,8)	68 (29,7)		47 (38,5)	78 (30,4)	
Reformado	25 (13,5)	41 (17,9)	0,209	18 (14,8)	43 (16,7)	0,438
Baixa	6 (3,2)	14 (6,1)		5 (4,1)	15 (5)	
Escolaridade (n,%)						
Sem formação	5 (4,4)	7 (5,5)		4 (5,3)	7 (4,8)	
Ensino Primário	90 (78,9)	106 (83,5)	0,634	62 (82,7)	118 (80,8)	0,958
Ensino Secundário	16 (14)	12 (9,4)		8 (10,7)	18 (12,3)	
Ensino Superior	3 (2,6)	2 (1,6)		1 (1,3)	3 (2,1)	
Início dos consumos (n,%)						
Infância/adolescência	32 (71,1)	32 (72,7)	0,865	23 (79,3)	39 (70,9)	0,405
Adulto jovem	13 (28,9)	12 (27,3)		6 (20,7)	16 (29,1)	

Variável e categorias em análise	6 meses de tratamento		p	12 meses de tratamento		p
	Grupo Abstinente (n=199)	Grupo Não-Abstinente (n=248)		Grupo Abstinente (n=132)	Grupo Não-Abstinente (n=277)	
Comorbilidades Psiquiátricas (n,%)						
Nenhuma	167 (83,9)	206 (83,1)		113 (85,6)	228 (82,3)	
Perturbações de personalidade	4 (2)	6 (2,4)		3 (2,3)	7 (2,5)	
Episódios depressivos	17 (8,5)	17 (6,9)		9 (6,8)	20 (7,2)	
Atraso mental leve	7 (3,5)	13 (5,2)		5 (3,8)	15 (5,4)	
Esquizofrenia	3 (1,5)	3 (1,2)		1 (0,8)	4 (1,4)	
Perturbação afectiva bipolar	0	1 (0,4)	0,761	0	1 (0,4)	0,808
Perturbações fóbico-ansiosas	0	1 (0,4)		0	1 (0,4)	
Estado de stress pós-traumático	0	1 (0,4)		0	1 (0,4)	
Perturbações de personalidade+Perturbações fóbico-ansiosas	1 (0,5)	0		1 (0,8)	0	
Outras Dependências (n,%)						
Nenhuma	177 (88,9)	235 (94,8)	0,074	119 (90,2%)	257 (97,8)	0,069
Tabaco	16 (8)	9 (3,6)		12 (9,1%)	12 (4,3)	
Drogas ilícitas	6 (3)	4 (1,6)		1 (0,8%)	8 (2,9)	
Idade (anos: M, DP)	46,05±9,624 (n=199)	47,86±10,080 (n=248)	0,055	45,72±9,921 (n=132)	47,53±9,831 (n=277)	0,083
Ingestão diária pré-tratamento (g/dia: M, DP)	156,71±107,751 (n=7)	194,87±123,597 (n=15)	0,492	177,50±125,362 (n=4)	187,25±123,231 (n=16)	0,889
Duração da dependência (anos: M, DP)	14,00±10,703 (n=19)	17,52±8,189 (n=21)	0,247	14,54±11,808 (n=13)	17,50±8,299 (n=24)	0,379
Nº internamentos anteriores	1,84±1,092 (n=56)	2,13±1,692 (n=92)	0,205	1,76±0,955 (n=34)	2,18±1,699 (n=99)	0,081
Internamentos Anteriores (n,%)						
Sim	58 (29,1)	95 (38,5)	0,039	36 (27,3)	102 (37)	
Não	141 (70,9)	152 (61,5)		96 (72,7)	174 (63)	
Tipo de instituição (n,%)						
Voluntária	186 (93,5)	229 (92,3)	0,646	124 (93,9)	258 (93,1)	
Imposição Judicial	13 (6,5)	19 (7,7)		8 (6,1)	19 (6,9)	

Variável e categorias em análise	6 meses de tratamento		<i>p</i>	12 meses de tratamento		<i>p</i>
	Grupo Abstinente (n=199)	Grupo Não-Abstinente (n=248)		Grupo Abstinente (n=132)	Grupo Não-Abstinente (n=277)	
Regime Tratamento (n,%)						
Ambulatório	63 (31,7)	132 (53,2)	< 0,001	42 (31,8)	143 (51,6)	134
Internamento	133 (66,8)	116 (46,8)		87 (65,9)	(48,4)	
Detido	3 (1,5)	0		3 (2,3)		
Abstinência 0 Meses (n,%)						
Sim	44 (22,1)	18 (7,3)	< 0,001	29 (22)	27 (9,7)	
Não	155 (77,9)	230 (92,7)		103 (78)	250 (90,3)	
Internamentos 1º Ano (n,%)						
0	191 (96)	207 (83,5)	<0,001	130 (98,5)	232 (83,8)	
1	8 (4)	36 (14,5)		2 (1,5)	40 (14,4)	
2	0	5 (2)		0	5 (1,8)	
3	0	0		0	0	
Internamentos 2º Ano (n,%)						
0	191 (96)	221 (89,1)	0,059	128 (97)	246 (88,8)	
1	7 (3,5)	22 (8,9)		3 (2,3)	26 (9,4)	
2	1 (0,5)	4 (1,6)		1 (0,8)	4 (1,4)	
3	0	1 (0,4)		0	1 (0,4)	

Procedeu-se à aplicação de modelos de regressão logística para saber quais as variáveis predictoras da abstinência aos 12 meses de tratamento. Para esse fim, as variáveis com maior interesse investigacional foram recodificadas em dicotómicas. O modelo obtido foi significativo ($\chi^2(8)=39,715$; $p<0,001$), apresentado taxas de sensibilidade, especificidade e validade do modelo de 54,8%, 69,9% e 68,5%, respectivamente.

Os preditores da abstinência aos 12 meses de tratamento são a ausência de internamentos anteriores (OR=0,549; 95%IC=0,322-0,936; $p=0,028$), o regime de tratamento (OR=3,765; 95%IC=2,061-6,879; $p<0,001$) e a absti-

nência no início do tratamento (OR=4,947; 95%IC=2,223-11,008; $p<0,001$). A presença de internamentos prévios está associada a menos 54,9% resultados de abstinência aos 12 meses de tratamento, enquanto que a abstinência no início do tratamento e o início do tratamento em regime de internamento aumentam 4,947 e 3,765 vezes a probabilidade desse resultado (Quadro V, na página seguinte).

A ausência de internamentos anteriores traduz 35% de probabilidade de abstinência aos 12 meses de tratamento contra 24,5% na sua presença. A abstinência alcoólica no início do tratamento está associada a 50,9% (vs 28,8%) maior probabilidade de abstinência aos 12

meses. Do mesmo modo, o início do tratamento em regime de internamento traduz uma probabilidade de 39,8% de abstinência aos 12

meses enquanto que o regime de ambulatório apenas revela 21,3% de probabilidade desse resultado (Figura 1).

Quadro V: Resultados da análise de regressão logística múltipla em relação às variáveis predictoras de abstinência aos 12 meses de tratamento.

Variáveis independentes em estudo	Coefficiente de Regressão	Erro-padrão	Wald	p	OR	IC 95% para OR	
						Limite inferior	Limite superior
Tipo de Instituição	- 1,145	1,096	1,091	0,296	0,318	0,037	2,728
Sexo	- 0,030	0,298	0,010	0,919	0,970	0,541	1,740
Actividade Profissional	- 0,179	0,253	0,501	0,479	0,836	0,510	1,372
Internamentos Anteriores	- 0,600	0,272	4,879	0,028	0,549	0,322	0,936
Abstinência aos 0 meses	1,599	0,408	15,351	<0,001	4,947	2,223	11,008
Regime de Tratamento	1,326	0,308	18,587	<0,001	3,765	2,061	6,879
Antidepressivos							
Ambulatório	0,173	0,309	0,313	0,576	1,188	0,649	2,177
Antipsicóticos							
Ambulatório	- 0,154	0,265	0,337	0,561	0,857	0,510	1,442

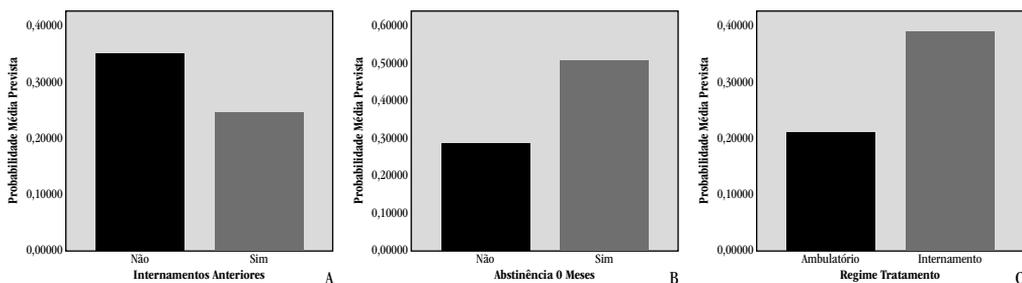


Figura 1: Representação gráfica do cruzamento da média de probabilidade prevista na regressão com as variáveis em estudo: internamentos anteriores (A), abstinência aos 0 meses (B) e regime de tratamento (C).

Discussão

A recolha de informação de utentes com primeira consulta de alcoologia no DPSMHB du-

rante 2 anos consecutivos, permitiu colectar uma amostra considerável de dados. A partir destes, foram avaliadas as relações entre ca-

racterísticas sócio-demográficas, psicopatológicas, de ingestão etílica e instituição terapêutica, com os resultados terapêuticos obtidos: a abstinência alcoólica total aos 6 e 12 meses de tratamento.

Na caracterização sociodemográfica destaca-se a superioridade do número de indivíduos do sexo masculino em relação ao sexo feminino (3:1), concordante com a maior prevalência desta patologia neste sexo (10% vs 3-5%, respectivamente)¹. Apesar da baixa instrução, com 80,7% dos indivíduos apenas com ensino primário, observa-se geralmente suporte familiar (62,9% casados) e social (48% empregados e 15,1% reformados).

Seria de esperar que a frequência de comorbidades psiquiátricas e outras dependências obtidas nesta amostra fosse superior ao registado na população em geral. No entanto, os valores obtidos de 15,3% de comorbidades e 9% de outras dependências é inferior ao estimado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) para a população portuguesa, 30% e 20,4% (19,5% para o tabaco e 0,9% para drogas ilícitas), respectivamente^{22,23}. Estas constatações devem-se muito provavelmente aos critérios considerados, o que leva a crer que a maioria dos processos terá esses dados incompletos. No caso das comorbidades, estas podem ainda encontrar-se sub-diagnosticadas na medida em que, muitas das vezes, as alterações podem-se justificar pela dependência alcoólica dificultando o seu diagnóstico.

A escolha do regime terapêutico adequado para dar início ao tratamento deve ser individualizada e ter em conta a previsão da gravidade dos sintomas de abstinência (consumos prolongados/exuberantes de álcool e história

prévia de complicações), o apoio social e familiar e a presença de outras comorbidades^{24,25}. O regime de internamento, ao estar associado a maiores custos e a maior estigmatização social dos indivíduos, é geralmente reservado para os casos mais complicados^{24,25}. Apesar da potencialidade de os indivíduos inicialmente internados terem índices de dependência superiores, denota-se pelos resultados obtidos uma maior probabilidade de abstinência aos 6 e 12 meses de tratamento quando este é o regime inicial escolhido. Importa salientar que, quando comparados os grupos de doentes que iniciaram tratamento em ambulatório com os doentes que iniciaram tratamento em internamento, não se encontraram diferenças no que diz respeito ao número de internamentos prévios, idade de início dos consumos e comorbidades psiquiátricas. Em conjunto, estes dados colocam em evidência que o controlo mais apertado dos sintomas da síndrome de abstinência e o desenraizamento do doente do seu meio social poderão contribuir para a obtenção de melhores resultados a curto e médio prazos.

Ao definir a abstinência alcoólica total como único critério de sucesso terapêutico, os resultados não diferenciam os doentes que tiveram recaídas mas que mantiveram abstinência posterior, nem aqueles que reduziram os consumos e que, portanto, poderiam apresentar consumos etílicos controlados. Embora muitos autores advoguem o sucesso obtido nestes últimos doentes, estudos demonstram a sua ineficácia a longo prazo²⁴. As taxas de abstinência obtidas foram decrescentes com 44,5% aos 6 meses de tratamento e 32,3% ao fim de um ano,

cerca de 1/3 dos casos, valores sobreponíveis aos descritos na literatura^{20,26}. O facto dos doentes que abandonaram a consulta serem considerados na avaliação da abstinência alcoólica total como “recaídas” pode condicionar uma taxa de resposta terapêutica tendencialmente mais favorável.

Estão descritas na literatura várias variáveis com potencial preditivo de resultados terapêuticos favoráveis. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na análise comparativa dos subgrupos abstinente e não-abstinente quanto ao sexo, que, apesar de não ser consensual na literatura, é concordante com alguns autores^{4-6,27}. Outras características como idade mais jovem, maior gravidade da dependência, suporte familiar precário e presença de comorbilidades psiquiátricas também não apresentaram diferenças nos resultados terapêuticos²⁸.

Os factores preditores de resultados favoráveis de abstinência aos 12 meses foi a abstinência no início do tratamento, o internamento como regime inicial de tratamento e a ausência de internamentos prévios devidos a esta patologia. Da análise multivariada ressalta que, mesmo controlando factores como a abstinência no início do tratamento e o número de tratamentos anteriores, o internamento apresenta resultados significativamente superiores ao tratamento em ambulatório, apresentando-se como o preditor mais forte (do grupo dos preditores relacionados com o tratamento estudados) no controlo da síndrome de dependência alcoólica. Estudos anteriores referem boas evidências científicas na aposta do tratamento da dependência do álcool na medida em que traduz uma diminuição dos gastos em saúde

nos três anos prévios e subsequentes ao tratamento efectuado²⁰.

A construção de um modelo de previsão de sucesso terapêutico, tendo em conta as características sociodemográficas relacionadas com o consumo de álcool entre outras, é muito útil na prática clínica e na estruturação da intervenção terapêutica mais adequada a cada caso. As principais vantagens prendem-se com a sinalização dos indivíduos com prováveis resultados desfavoráveis e, portanto, com maior necessidade de intervenção e monitorização pelos profissionais de saúde, a identificação das estratégias terapêuticas mais eficazes na população em tratamento e uma estimativa de prognóstico mais precisa⁹.

Teria também interesse avaliar o papel da terapia comportamental e/ou apoio social e psicológico como o grupo de Alcoólicos Anónimos, visto terem demonstrado bons resultados terapêuticos nomeadamente quando associados à terapia farmacológica^{24,26,29,30}, mas nenhum destes se realiza actualmente no Departamento. O estudo do papel sócio-cultural, nomeadamente pela caracterização da história familiar, poderia dar mais informações relevantes sobre o surgimento da dependência alcoólica nestes indivíduos.

Este estudo apresenta algumas limitações, principalmente por se tratar de um estudo retrospectivo. A recolha de dados pela consulta de processos clínicos nem sempre permite obter a informação completa das características em estudo. A subjectividade médica e a veracidade da informação dada pelo doente, inerente à sua avaliação, poderá falsear os resultados e ainda o facto dos registos clínicos serem ma-

nuais, poderá induzir erros pela interpretação subjectiva da caligrafia.

Apesar destas limitações, os indivíduos que se mantêm abstinentes aos 6 e 12 meses de tratamento tendem a não terem efectuado internamentos anteriores, a serem abstinentes no início de tratamento e a terem sido internados na primeira abordagem terapêutica. Seriam necessários estudos posteriores que avaliassem as características dos indivíduos a iniciar o tratamento para a síndrome de dependência alcoólica assim como os resultados terapêuticos obtidos de forma a validar os modelos preditivos obtidos neste projecto. A partir destes estudos criar-se-iam protocolos de tratamento, menos subjugados às características subjectivas do prescriptor, e portanto, orientados para taxas de sucesso terapêutico mais favoráveis. Estudos semelhantes aplicados a nível nacional poderiam ainda globalizar e ajustar os resultados obtidos para a população portuguesa com a síndrome de dependência alcoólica.

Agradecimentos / Acknowledgements:

Os autores gostariam de agradecer o apoio disponibilizado pelo Dr. Joaquim Duarte e pela Dr.ª Beatriz Santos.

Conflitos de Interesse / Conflicting Interests:

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

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / Funding

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

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Sadock B, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1168-1188.
2. Mello M, Barrias J, Breeda J. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2001. p. 95-105.
3. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. Drug and Alcohol Dependence. 2005;80(1):83-89.
4. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance use relapse. Clinical Psychological Review. 2006;26(2):128-48.
5. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007;257(6):344-51.
6. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. Alcohol. 2000;22(1):45-52.
7. Olenick NL, Chalmers DK. Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. J Stud Alcohol. 1991;52(4):325-30.
8. Soyka M, Schmidt P. Outpatient alcoholism treatment – 24-month outcome and predictors of outcome. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2009;80(1):83-89.
9. Adamson SD, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009;36(1):75-86.
10. Ornstein P, Cherepon J. Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol. 1995;46(5).
11. Walter M, Gerhard U, Duersteler-MacFarland KM, Weijers HG, Boening J, Wiesbeck GA. Social factors but not stress-coping styles predict

- relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*. 2006;54(2):100-6.
12. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(6):505-13.
 13. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(2):162-78.
 14. Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M. New possibilities in treatment and rehabilitation of alcohol-dependent patients – a catamnestic study on the efficiency of outpatient treatment programmes demonstrated by a model procedure. *Nervenarzt*. 2003; 74(3):226-34.
 15. Yeh MY, Che HL, Wu SM. An ongoing process: a qualitative study of how the alcohol-dependent free themselves of addiction through progressive abstinence. *BMC Psychiatric*. 2009;9(76).
 16. Kleiman M. Coerced abstinence : a neo paternalist drug policy initiative. Washington: Brookings Institution Press; 1997.
 17. Hall, W. The role of legal coercion in the treatment of offenders with alcohol and heroin problems. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1997.
 18. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. EUA: Treatment Approaches for Drug Addiction. [9/2009; Acedido em 5/07/2010]. Disponível em: www.nida.nih.gov/Infofacts/treatmeth.html.
 19. Anglin M, Prendergast M, Farabee D. The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. Washington : UCLA Drug Abuse Research Center; 1998. p. 5-10.
 20. Teesson M, Clement N, Copeland J, Conroy A, Reid A. The measurement of outcome in alcohol and other drug treatment: a review of available instruments. National Drug and Alcohol Research Centre, (Technical Report No. 92); 2000. p. 7.
 21. Aguiar P. (2007). Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores.
 22. Direção-Geral da Saúde [Internet]. Portugal: Saúde mental e doenças psiquiátricas. [2004; Acedido a: 10/11/2010]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html.
 23. Direção-Geral da Saúde [Internet]. Comportamentos e estilos de vida saudáveis. [2004; Acedido a: 10/11/2010]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_313.html.
 24. Soyka M, Kranzler H. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: alcoholism. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2008;9(1):6-23.
 25. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerónimo C, Marques A. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22 (2).
 26. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(6):1300-11.
 27. Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *Br J Addict*. 1992;87(9):1249-61.
 28. Copeland J, Rush B, Reid A, Clements N, Conroy A. Alcohol and other drug treatment: Pre-

- dictors of outcome and routine monitoring. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 2000. p. 52-56.
29. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR. et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295(17):2003-2017.
30. Estopiñán P, Poza P, Martín P, Paricio C. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*. 2009;21(1):15-20.