

MESTRADO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Caraterização da população com consumos de álcool do norte de Portugal: análise de dados do mundo real

Manuela Cristiana Oliveira Araújo

M

2022



FACULDADE DE MEDICINA



Caraterização da população com consumos de álcool do norte de Portugal: análise de dados do mundo real

Manuela Araújo^{1,2}, Andreia Teixeira^{3,4,5}, Sofia Baptista^{3,4}

¹Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 4200-319 Porto, Portugal

²Unidade de Saúde Familiar Alvalade, ACeS Lisboa Norte, 1749-080 Lisboa, Portugal

³Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Universidade do Porto, 4200-319 Porto, Portugal

⁴Universidade do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), 4200-319, Portugal

⁵ADiT-LAB, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 4900-347 Viana do Castelo, Portugal

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, que representa para mim o culminar de um objetivo. A todos dirijo os mais sinceros agradecimentos.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Andreia Teixeira e à minha coorientadora Prof.^a Doutora Sofia Baptista, agradeço toda a disponibilidade, os valiosos ensinamentos que me transmitiram e o apoio que foi fundamental para a conclusão do trabalho aqui apresentado.

À Dra. Rosália Páscoa, pelo precioso contributo na origem e desenvolvimento deste projeto, pela importantíssima partilha de conhecimentos e pelo apoio igualmente fundamental na concretização deste trabalho.

Ao Samuel, meu marido e companheiro de uma viagem, pelo amor, apoio incondicional e paciência sem limites.

Ao meu irmão, que me acompanha desde o primeiro minuto de vida, que me dá uma força enorme, única de quem tem em vida um irmão gémeo.

Aos meus pais, sem os quais este trabalho não seria, de todo, possível. Agradeço uma vez mais, pela prontidão e disponibilidade inesgotáveis.

RESUMO

Os problemas ligados ao álcool constituem um importante problema de saúde a nível global, com implicações em vários aspetos da vida do indivíduo.

Portugal surge no topo da lista dos países da Europa que mais álcool consome, com um consumo médio de 12,3 litros de álcool puro *per capita*.

Para a população portuguesa, o consumo de álcool e drogas inclui-se nos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY).

O elevado consumo de bebidas alcoólicas apresenta-se como fator de risco relevante para um número significativo de doenças, acidente rodoviários, violência e pode ter importantes implicações na dinâmica familiar. Em 2018, 2,2% da mortalidade nacional foi atribuída ao consumo de álcool.

Esta investigação tem como objetivo determinar a prevalência de abuso crónico do álcool na população da Administração Regional de Saúde do Norte, caraterizar e interpretar o perfil da população com consumos de álcool do norte de Portugal.

Trata-se de um estudo observacional longitudinal e retrospectivo realizado com recurso a uma base de dados de mundo real de dezembro de 2020 que inclui dados dos utentes inscritos na Administração Regional de Saúde do Norte. Para a análise pretendida incluíram-se 53 101 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que apresentavam no seu processo clínico o código P15 (abuso crónico do álcool) do *International Classification of Primary Care, 2nd Edition* (ICPC-2) em 31 de dezembro de 2020.

Os resultados observados indicaram que, em 2020, a prevalência no norte de Portugal de utentes com codificação P15 foi de 1,6%. Verificou-se um maior consumo de bebidas alcoólicas na população do sexo masculino, com um padrão de consumo maioritariamente de consumo excessivo. Globalmente, a utilização dos serviços de saúde (consultas médicas, necessidade de medicação e exames médicos) foi mais elevada na população com abuso crónico do álcool. As patologias que mais frequentemente surgiram associadas ao abuso crónico do álcool foram a hipertensão sem complicações (K86 do ICPC-2), a diabetes não insulino-dependente (T90 do ICPC-2) e a hipertensão com complicações (K87 do ICPC-2).

Em suma, os resultados desta investigação devem alertar para a importância da identificação dos utentes com consumos de risco, por forma a ser realizada a devida intervenção que inclua modificações do estilo de vida e que impeça o desenvolvimento de outras condições patológicas.

PALAVRAS-CHAVE

Consumo de álcool; Alcoolismo; Perturbações ligadas ao álcool; Cuidados de saúde primários; Dados de mundo real.

ABSTRACT

Alcohol-Related Disorders are an important health problem at a global level, with implications in various aspects of the individual's life.

Portugal appears at the top of the list of European countries that consume the most alcohol, with an average consumption of 12.3 liters of pure alcohol per capita.

For the Portuguese population, alcohol and drug consumption are among the risk factors that most contribute to the total number of years of healthy life lost (DALY).

The high consumption of alcoholic beverages presents itself as a relevant risk factor for a significant number of diseases, road accidents, violence and can have important implications on family dynamics. In 2018, 2.2% of national mortality was attributed to alcohol consumption.

This investigation aims to determine the prevalence of chronic alcohol abuse in the population of the Northern Regional Health Administration, to characterize and interpret the profile of this population with alcohol consumption.

This is a longitudinal and retrospective observational study carried out using a real-world database from December 2020 that includes data from users registered in the Northern Regional Health Administration. For the intended analysis, 53101 individuals aged 18 years and over who had the P15 (chronic alcohol abuse) code of the International Classification of Primary Care, 2nd Edition (ICPC-2) at 31 of December of 2020 in their clinical records were included.

The observed results indicated that in 2020 the prevalence in the north of Portugal of users with P15 coding was 1.6%. There was a higher consumption of alcoholic beverages in the male population, with a consumption pattern mostly of excessive consumption. Overall, the use of health services (medical consultations, need for medication and medical examinations) was higher in the population with Chronic Alcohol Abuse. The pathologies that most frequently appeared associated with Chronic Alcohol Abuse were uncomplicated hypertension (K86 of ICPC-2), non-insulin-dependent diabetes (T90 of ICPC-2) and complicated hypertension (K87 of ICPC-2).

In summary, the results of this investigation should highlight the importance of identifying users with risky consumption, in order to carry out the appropriate intervention that includes changes in lifestyles and that prevents the development of other pathological conditions.

KEYWORDS

Alcohol consumption; Alcoholism; Alcohol-related disorders; Primary health care; Real-world data.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CIT	Certificado de Incapacidade Temporária
CSP	Cuidados de Saúde Primários
IARC	Agência Internacional para Pesquisa sobre o Cancro
ICPC-2	International Classification of Primary Care – 2nd Edition
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLA	Problemas Ligados Ao Álcool
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1	A evolução do consumo de álcool	3
2.2	O consumo de álcool na atualidade	5
2.3	Morbilidade e mortalidade devido ao álcool	5
3	MÉTODOS	8
3.1	Objeto e objetivos	8
3.2	Metodologia de investigação	8
3.3	Método de recolha de dados	9
3.4	Análise estatística	10
3.5	Autorizações	12
4	RESULTADOS	13
4.1	Prevalência de abuso crónico do álcool	13
4.2	Caraterização geral: variáveis biodemográficas e clínicas	14
4.3	Padrão de consumo de álcool	15
4.4	Rastreio de consumo de álcool - AUDIT-C	17
4.5	Perfil de comorbilidades	17
4.6	Utilização de recursos e serviços de saúde	19
5	DISCUSSÃO	24
5.1	Implicações para a prática clínica e investigações futuras	28
5.2	Pontos fortes e limitações do estudo	29
6	CONCLUSÃO	30
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição do número total de indivíduos com codificação P15 por ano de codificação.....	13
Figura 2. Distribuição do total de indivíduos por sexo e faixa etária.	14
Figura 3. Distribuição do total de comorbilidades por sexo e faixa etária.....	19
Figura 4. Comparação entre o grupo de indivíduos com codificação P15 e sem P15: consultas, medicação e exames.	21
Figura 5. Comparação entre o grupo de indivíduos com codificação P15 e sem P15 com quociente de intensidade de uso e ratio.....	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização geral dos indivíduos com codificação P15 do norte de Portugal. ..	15
Tabela 2. Distribuição do padrão de consumo de álcool, por sexo e faixa etária.....	16
Tabela 3. Distribuição por sexo das comorbilidades identificadas nos indivíduos com codificação P15.	18
Tabela 4. Distribuição do número de comorbilidades e respetivo número de indivíduos.	19

1 INTRODUÇÃO

Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) constituem um importante problema de saúde a nível global, com implicações em vários aspetos da vida do indivíduo (1). No relatório de 2018 da Organização Mundial de Saúde (OMS), *European Health Report*, foi documentada uma prevalência em Portugal de perturbações ligadas ao uso de álcool de 6,8% e de 3% de dependência do consumo de álcool (2).

As razões que devem impulsionar o investimento em políticas de saúde e a adoção de estratégias organizacionais orientadas para a prevenção e tratamento dos PLA, e que justificam o investimento nesta área de atuação, são principalmente três: a elevada prevalência de PLA, a elevada morbimortalidade associada e os elevados custos em saúde que o consumo excessivo de álcool acarreta.

Dados do *Global Status Report on Alcohol and Health – 2018*, mostraram que aproximadamente 2,3 biliões de pessoas são consumidoras de álcool e que o consumo nocivo de álcool foi responsável pela morte de mais de 3 milhões de pessoas em todo o mundo em 2016 (5,3 % de todas as mortes a nível mundial). Portugal ocupa o 11.º lugar na lista da OMS de países da Europa com maior consumo total de álcool *per capita* (12,3 litros de álcool puro) e o 13.º lugar se considerados todos os países avaliados (3,4).

O consumo de álcool foi o sétimo principal fator de risco para mortes e total de anos de vida saudável perdidos (DALYs), representando aproximadamente 2,2% de mortes femininas e 6,8% de mortes masculinas, de acordo com os dados apresentados pelo *Global Burden of Disease Study – 2016* (5,6). Para a população portuguesa, o consumo de álcool e drogas inclui-se nos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY), totalizando 8,7% na carga de doença (7). Em termos de mortalidade, segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2018, registaram-se em Portugal 2493 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool (2,2% da mortalidade no país), o segundo valor mais alto dos últimos sete anos. Entre as regiões de Portugal Continental, em 2018, o Norte e o Alentejo apresentaram as taxas de mortalidade padronizada para todas as idades mais altas (8).

O elevado consumo de bebidas alcoólicas apresenta-se como fator de risco relevante para um número significativo de doenças, nas quais se incluem a fibrilação

auricular, o acidente vascular cerebral, a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, a cirrose, a patologia psiquiátrica e várias doenças oncológicas, nomeadamente o cancro de laringe, colon, reto, mama e fígado (9). A ocorrência de um número significativo de acidentes rodoviários, violência, homicídios e suicídios é também, frequentemente, atribuída ao consumo excessivo do álcool, principalmente entre os mais jovens (10). Além disso, as consequências nocivas do consumo excessivo de álcool acarretam consequências que atingem não só a pessoa com consumos, mas também a família e as restantes pessoas com quem interage (11).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), pela sua proximidade com a comunidade, desempenham papel privilegiado para a concretização de intervenções no estilo de vida, implementação de ações de identificação precoce e de prevenção da doença. Neste sentido, atendendo à grande prevalência do consumo excessivo de álcool e dos problemas relacionados com o mesmo, torna-se oportuna a realização de estudos que caracterizem o perfil da população com consumos de álcool, pois os resultados desses estudos permitirão ampliar o conhecimento sobre a temática e atuar em consonância (12).

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A evolução do consumo de álcool

As primeiras evidências da origem das bebidas alcoólicas datam da pré-história, após o início da agricultura e o aparecimento das primeiras comunidades sedentárias (13). Desde esses tempos remotos da civilização, que a bebida alcoólica tem sido apontada como um importante catalisador para a cultura humana, incentivando o desenvolvimento da arte, da linguagem e da religião (14).

Na Grécia e Roma Antiga o consumo de vinho era um elemento importante nas atividades socioeconómicas e religiosas. Além disso, era reconhecido pelas suas propriedades curativas, energéticas, cicatrizantes, antipiréticas, antisséticas e, inclusive utilizado como auxiliar terapêutico em algumas patologias crónicas e agudas. Hipócrates, conhecido como o pai da Medicina, relatava que desde que o vinho fosse administrado com um propósito e na medida certa poderia ser utilizado tanto na saúde como na doença, alertando para que um uso inadequado poderia predispor os seus consumidores a várias condições médicas, nomeadamente epilepsia e convulsões (15).

Na Idade Média, as bebidas alcoólicas já eram consumidas em todas as regiões da Europa. Com a Revolução Industrial foi aberto o caminho para uma maior expansão na oferta de bebidas alcoólicas e, conseqüentemente, na popularidade das mesmas, principalmente porque estas, antes produzidas artesanalmente, passaram a ser feitas por técnicas e em escala industrial (16, 17).

Desde a Antiguidade que os efeitos do álcool eram conhecidos, contudo os fenómenos do alcoolismo crónico eram ainda desconhecidos. O estado de embriaguez era a única perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas habitualmente mencionada (17).

Foi entre os finais do século XVIII e o início do século seguinte, logo após a Revolução Industrial, que surgiu o conceito de alcoolismo. Antes desta época, já existiam indivíduos com o que atualmente chamamos de PLA, no entanto não existia uma consciência alargada acerca dos malefícios do consumo excessivo de álcool, não sendo este problema encarado como uma doença (18).

O alcoolismo como doença, e não apenas vício, desenvolve-se só na segunda metade do século XIX (19).

O estudo e relevante descrição do quadro clínico de *Delirium Tremens* ocorreu pela primeira vez pelas palavras de Thomas Sutton, quando este considerou os hábitos alcoólicos excessivos e continuados como prejudiciais à saúde dos seus consumidores. Esta referência constituiu o início da abordagem médica à doença alcoólica (19).

Em 1849, o sueco Magnus Huss foi o responsável pela introdução do conceito de alcoolismo crónico, definindo-o como um estado de intoxicação causado pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (18). Também Magnus Huss reconheceu que diversas situações mórbidas como doenças hepáticas e de outros órgãos digestivos, doenças do sistema nervoso, doenças coronárias entre outras, estavam relacionadas com o consumo em excesso de bebidas alcoólicas denominando-as assim de alcoolismo, identificando o álcool etílico como agente patogénico comum.

Na década de 1970 observou-se um importante aumento da prevalência dos problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool. Em 1980, a OMS demonstrou as suas preocupações sobre o alcoolismo e os PLA, com a publicação regular, a partir desse período, de conselhos científicos e técnicos sobre o tema - *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption* (20).

A ingestão de bebidas alcoólicas é um hábito enraizado na cultura portuguesa, sendo o álcool a droga de abuso mais frequente em Portugal (21).

Em Portugal, existe uma tradição de consumo de vinho com larga história. Beber vinho faz parte dos costumes e das tradições portuguesas. O seu consumo representa um relevante papel no quotidiano da mesa até à celebração dos momentos mais importantes da vida. Por outro lado, o consumo de cerveja, entre os mais jovens, é atualmente uma prática comum, com níveis de consumo que excedem os do consumo de vinho (22).

2.2 O consumo de álcool na atualidade

De acordo com os dados mais recentes do novo relatório do *Eurostat*, a ingestão diária de álcool é mais frequente em Portugal, com um quinto (20,7%) da população a consumir álcool todos os dias, seguido da Espanha (13,0%) e da Itália (12,1%). Ainda de acordo com o mesmo relatório, os indivíduos do sexo masculino bebem mais álcool do que os indivíduos do sexo feminino diariamente (13% *versus* 4,1%), sendo que os portugueses estão também no topo da lista, no que diz respeito à diferença de sexo no consumo de álcool por dia: 33,4% do sexo masculino e 9,7% do sexo feminino. A Dinamarca, contudo, mostrou ser o país da Europa com a maior taxa de consumo excessivo de álcool numa só ocasião (ingestão superior a 60 gramas de álcool puro numa só ocasião) (23).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) revelou que, entre 2015 e 2019, os portugueses aumentaram o consumo de álcool *per capita*. Em Portugal regista-se um consumo médio anual de 12 litros de álcool *per capita*, quando a média da OCDE ronda os 10 litros (24).

2.3 Morbilidade e mortalidade devido ao álcool

O consumo abusivo de álcool sempre esteve associado a vários problemas de saúde que aumentam a mortalidade e morbilidade. No entanto, como previamente referido, apenas na segunda metade do século XIX, surge o conceito de alcoolismo como doença (17, 25).

Atualmente, o consumo de álcool é apontado como fator causal de múltiplas patologias e mortes. É reconhecida a sua associação ao risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, incluindo a dependência alcoólica, doenças não transmissíveis graves como as hepatopatias alcoólicas, vários tipos de cancro e doenças cardiovasculares. Traumatismos e lesões resultantes de quadros de violência e acidentes de viação também integram o vasto leque de consequências do consumo abusivo de álcool. Na sequência do descrito, a morte, não raras vezes, é o desfecho inevitável. A OMS estima que 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) por ano, em todo o mundo, resultam do consumo abusivo de álcool. Além das implicações na saúde, o consumo nocivo de álcool acarreta perdas sociais e económicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral (26). Estimativas de carácter económico realizadas em alguns países mencionam gastos de

1% do produto interno bruto (PIB) em custos associados ao consumo de álcool, como custos em justiça e medidas aplicadas por perdas de produtividade (27).

Em 2020 ocorreram 36 799 internamentos hospitalares com diagnóstico principal e/ou secundário atribuíveis ao consumo de álcool envolvendo 27 238 indivíduos em Portugal. Um total de 87,8% dos indivíduos internados pertenciam ao sexo masculino e 55,2% tinham menos de 65 anos. A doença alcoólica do fígado foi o principal diagnóstico identificado como motivo de internamento. Em termos de mortalidade, em 2019, registaram-se 2 507 mortes (valor superior a 2018), a maioria em indivíduos do sexo masculino (80,2%) com uma média de anos potenciais de vida perdidos de 11,5 anos. Destes, 61,7% tinham menos de 70 anos e a idade média à morte foi de 66,8 anos. A doença alcoólica do fígado foi atribuída como causa de morte em 27% dos casos. Também em 2020 registaram-se 124 vítimas mortais de acidente de viação (79% condutores) e 36,1% das vítimas tinha idade igual ou inferior a 34 anos. Relativamente à criminalidade, em 2020, ocorreram 13 693 crimes por condução, o correspondente a 5% do total de crimes (28).

Descrito pela OMS como a 3^a causa de doença e morte prematura a nível mundial, o álcool afeta vários órgãos e sistemas do ser humano (29).

A nível cardiovascular e cerebral, destacam-se a hipertensão arterial, a cardiomiopatia, as alterações do ritmo cardíaco e o acidente vascular cerebral. No que respeita à hipertensão arterial, alguns estudos mostraram que um consumo superior a duas bebidas padrão (>20 gramas de álcool puro por dia) apresenta uma correlação positiva com o desenvolvimento de hipertensão arterial (30, 31). O *stress oxidativo*, induzido pelo consumo excessivo de álcool, sendo capaz de gerar um estado inflamatório no organismo parece estar na base da patogénese da hipertensão. Um estudo publicado em 2018, revelou resultados que apontam para uma correlação positiva entre o consumo de álcool e o acidente vascular cerebral não fatal, sendo o risco maior quanto maior for a quantidade ingerida diariamente (32). Um outro estudo, publicado pela revista *Lancet* em 2019, demonstrou que o consumo de álcool aumenta a pressão arterial e o risco de acidente vascular cerebral, sendo este risco de aproximadamente um terço para uma ingestão de 280 gramas de álcool por semana, sem efeitos protetores associados à ingestão leve ou moderada (33).

Em 2020, aproximadamente 741 000 (4,1%) de todos os novos casos de cancro foram atribuídos ao álcool, sendo que sensivelmente 75% dos casos

ocorreram no sexo masculino. O fígado, o esófago e a mama (sexo feminino), foram os mais afetados pelo cancro. O consumo de risco e excessivo parecem ter contribuído de forma importante para o seu desenvolvimento. No entanto, um em cada sete casos de cancro foi atribuído ao consumo moderado (100 000 casos em todo o mundo) (34). A Agência Internacional para Pesquisa sobre o Cancro (IARC) mencionam o consumo de álcool como causador de sete diferentes tipos de cancro: cancro da orofaringe, laringe, esófago, fígado, colon, reto e mama no sexo feminino. Ainda, segundo a IARC, não existe um nível seguro de consumo de álcool, no entanto, o risco é maior para consumos superiores a 20 gramas de álcool por dia (35).

O álcool é reconhecido como principal fator de risco para a maioria das doenças hepáticas, uma vez que o espectro de patologias associadas ao seu consumo crónico (desde a esteatose hepática até cirrose e carcinoma hepatocelular) é considerável (36). De acordo com a OMS, o álcool é responsável por 48% das mortes por cirrose hepática (53% no sexo masculino e 45% no sexo feminino) em todo o mundo. Alguns autores referem existir uma boa correlação entre o nível de consumo de álcool e a ocorrência de danos hepáticos e, aproximadamente 40 a 60% dos indivíduos que consomem 40 a 80 gramas de álcool por dia (ou dose superior) durante um período médio de 25 anos desenvolve alterações hepáticas características de cirrose (37).

3 MÉTODOS

3.1 Objeto e objetivos

Esta investigação tem como objeto de estudo a população da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) com consumo de álcool. O objetivo principal é determinar a prevalência, a 31 de dezembro de 2020, de abuso crónico do álcool na população da ARSN, com base na codificação efetuada pelos médicos de família: codificação da *International Classification of Primary Care, 2nd Edition* (ICPC-2) de P15 - abuso crónico do álcool. A caracterização e a interpretação do perfil da população com consumos de álcool da ARSN também constituem o objetivo central deste estudo.

No que respeita aos objetivos mais específicos, destacam-se: (1) caracterizar os utentes com consumo de álcool (caraterísticas biodemográficas e clínicas: sexo, idade, peso, altura, perímetro abdominal, quantidade de álcool consumido, carga tabágica, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica), (2) caracterizar quanto ao consumo de consultas, o valor gasto em exames e o valor gasto em medicamentos e (3) calcular a proporção daqueles que já receberam, pelo menos uma vez, aconselhamento com a ferramenta AUDIT-C¹.

No seu conjunto, estes objetivos compõem as linhas orientadoras desta investigação.

3.2 Metodologia de investigação

Trata-se de um estudo observacional longitudinal e retrospectivo realizado com recurso a uma base de dados de mundo real do ano 2020 da população inscrita numa das Administrações Regionais de Saúde de Portugal.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) subdivide-se em cinco Administrações Regionais de Saúde distribuídas pelas principais regiões do País: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, que garantem o acesso a

¹ *Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption* (AUDIT-C): ferramenta composta pelas três primeiras questões do rastreio AUDIT (Questionário aplicado internacionalmente e validado para a língua portuguesa, constituído por dez questões que avaliam o consumo nocivo de álcool, sintomas de dependência e consequências nocivas da utilização abusiva de álcool (54).

todos os cidadãos nacionais ou estrangeiros que residam ou que se encontrem em Portugal, independentemente da sua condição económica e social (38). Este estudo tem como alvo a população inscrita nas unidades de saúde dos CSP da ARSN.

Para atingir os objetivos propostos recorreu-se a uma base de dados de mundo real. Algumas fontes bibliográficas referem diversas vantagens dos estudos que utilizam dados de mundo real. Uma das que mais se salienta é a facilidade de disponibilização de informação diretamente do utente aquando da prestação de cuidados de saúde, o que permite assegurar que as características que se pretendem analisar sejam um reflexo das apresentadas pela população geral. Além disso, os dados encontram-se facilmente acessíveis, uma vez que comumente constam do processo clínico individual e eletrónico do utente (39, 40). Outros autores reforçam que os dados sobre a experiência do utente no mundo real também têm o potencial de melhorar a qualidade e a prestação de cuidados médicos, reduzir os custos gerais e melhorar os resultados, acelerando a compreensão de como melhor introduzir novas terapêuticas e tecnologias na prática clínica diária. Essencialmente, estes dados têm o potencial de preencher algumas lacunas de conhecimento entre os ensaios clínicos e a prática clínica real (41).

Por outro lado, têm sido apontadas algumas desvantagens desta metodologia, exemplificando: o processamento e interpretação dos dados pode ocorrer de forma equívoca e, num importante número de casos, as fontes de dados não são desenvolvidas para serem utilizadas em estudos científicos ou não são otimizadas para esse propósito (39, 40).

3.3 Método de recolha de dados

No presente estudo, a ARSN através do seu Departamento de Estudos e Planeamento construiu uma base de dados na qual figura o último registo disponível para cada indivíduo com código ICPC-2 P15 das variáveis que a seguir se enumeram: sexo, idade, peso, altura, perímetro abdominal, quantidade de álcool, carga tabágica, colesterol (total e HDL-C), triglicerídeos e pressão arterial sistólica e diastólica.

Na mesma base de dados está contido o número total de utentes com o código ICPC-2 P15 na lista individual de problemas de saúde, bem como a população inscrita na ARSN. De notar que, no sentido de ser melhorada a qualidade dos registos obtidos, optou-se exclusivamente pela colheita de dados dos utentes que desde 1 de janeiro

de 2016 tivessem tido pelo menos uma consulta. Anteriormente a essa data, o departamento de dados da ARSN reconhece fragilidades na forma como o sistema de informação agregava dados da totalidade da ARSN.

Para a análise e caracterização geral, os dados foram obtidos sem agregação individual. O tratamento dos dados colhidos foi feito através do Departamento de Estudos e Planeamento da ARSN de Portugal. Os dados foram extraídos do servidor por meio de uma plataforma de processamento e edição de dados anónimos. Posteriormente, foram entregues de forma segura ao investigador principal de acordo com as normas legais e a devida aprovação.

A base de dados foi exportada utilizando o Microsoft Excel 2016® e a análise estatística foi realizada com recurso ao mesmo software.

3.4 Análise estatística

Numa fase inicial foram apresentados dados de 55 701 indivíduos, o correspondente a todos os indivíduos da ARSN com codificação P15 do ICPC-2.

Para a análise pretendida, incluíram-se no estudo todos os adultos com idade igual ou superior a 18 anos, do norte de Portugal, que apresentavam no seu processo clínico o código ICPC-2 P15, a 31 de dezembro de 2020. Foram incluídos todos os diagnósticos de abuso crónico do álcool, ou seja, todos os indivíduos incidentes e prevalentes.

A prevalência de abuso crónico do álcool foi calculada tendo em conta a população inscrita na ARSN de Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos, em 2020 e que apresentasse registo da quantidade de consumo de álcool.

Para efeitos de análise e interpretação dos dados, os indivíduos com codificação de ICPC-2 abuso crónico do álcool foram divididos em duas categorias (42, 43):

1) Consumo moderado/semana que corresponde a:

-Menor ou igual ($\leq$) a 70 g de álcool/semana para o sexo feminino em qualquer idade;

-Menor ou igual ($\leq$) a 140 g de álcool/semana para o sexo masculino dos [18-65[anos;

-Menor ou igual ($\leq$) a 70 g de álcool/semana para o sexo masculino após os 65 anos de idade.

2) Consumo excessivo/semana que corresponde a:

-Maior ($>$) a 70 g de álcool/semana para o sexo feminino em qualquer idade;

-Maior ($>$) a 140 g de álcool/semana para o sexo masculino dos [18-65[anos;

-Maior ($>$) a 70 g de álcool/semana para o sexo masculino após os 65 anos de idade.

Os indivíduos em estudo foram caracterizados quanto à utilização de serviços de saúde através da análise dos dados de relatórios do Microsoft power BI®. Os dados dos utentes foram disponibilizados por faixa etária e foi efetuada a comparação dos indivíduos com e sem codificação P15. Avaliaram-se as diferenças quanto ao número de utentes com consultas (taxa de utilização da consulta médica), o número de utentes com prescrição de medicamentos e o número de utentes com exames realizados. Dados relativos aos quocientes de intensidade de uso de consulta médica [número de consultas/número de utentes], quocientes de intensidade de uso de medicamento [número de embalagens/número de utentes], quocientes de intensidade do valor gasto em medicamentos (euro) [valor gasto em euros sobre medicamentos/número de utentes], quocientes de intensidade de exames [número de exames/número de utentes], quocientes de intensidade do valor gasto em exames (euro) [valor gasto em euros sobre exames/número de utentes], quocientes de ausências ao trabalho medicamente justificadas [número de ausências/número de utentes] e quocientes de intensidade de dias de doença [número de dias de doença/número de utentes] também foram analisados.

Para efeitos de análise inferencial o nível de significância admitido foi de 5%. A análise descritiva para caracterização das diferentes variáveis incluiu: frequências absolutas e relativas, n (%), para as variáveis categóricas; média e desvio padrão, $M \pm SD$, mínimo e máximo, para variáveis contínuas normalmente distribuídas e mediana e respetivo intervalo interquartil, Med [Q_1 ; Q_3], onde Q_1 corresponde ao primeiro quartil e Q_3 corresponde ao terceiro quartil, para variáveis contínuas não

normalmente distribuídas. A normalidade das distribuições foi verificada por observação dos histogramas.

3.5 Autorizações

O projeto de investigação foi autorizado pela comissão de ética da ARSN e pelo responsável da ARSN, o Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo da ARSN, Dr. Carlos Nunes [36/2019 | DEP/2020/81].

4 RESULTADOS

Para o presente estudo foram apresentados inicialmente dados de 55 701 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Posteriormente, por ausência no processo clínico individual de qualquer registo da quantidade de álcool consumido excluíram-se do estudo um total de 2 600 indivíduos, restando 53 101 indivíduos.

4.1 Prevalência de abuso crónico do álcool

Um total de 53 101 indivíduos da ARSN, com idade igual ou superior a 18 anos, foram codificados com o código P15 do ICPC-2, sendo-lhes assim atribuído o diagnóstico de abuso crónico do álcool.

De acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes em dezembro de 2020 encontravam-se inscritos na ARSN um total de 3 265 261 utentes com idade igual ou superior a 18 anos. Este dado permitiu estimar uma prevalência neste estudo de abuso crónico do álcool de 1,6%.

A codificação P15 do ICPC-2 abuso crónico do álcool aumentou nos últimos anos, principalmente em 2016, com 8 236 indivíduos codificados (Figura 1). Em 2020 observou-se um decréscimo acentuado da codificação P15, que poderá justificar-se pela existência da pandemia por Sars-Cov-2, na qual ocorreu uma redução importante da atividade assistencial presencial.

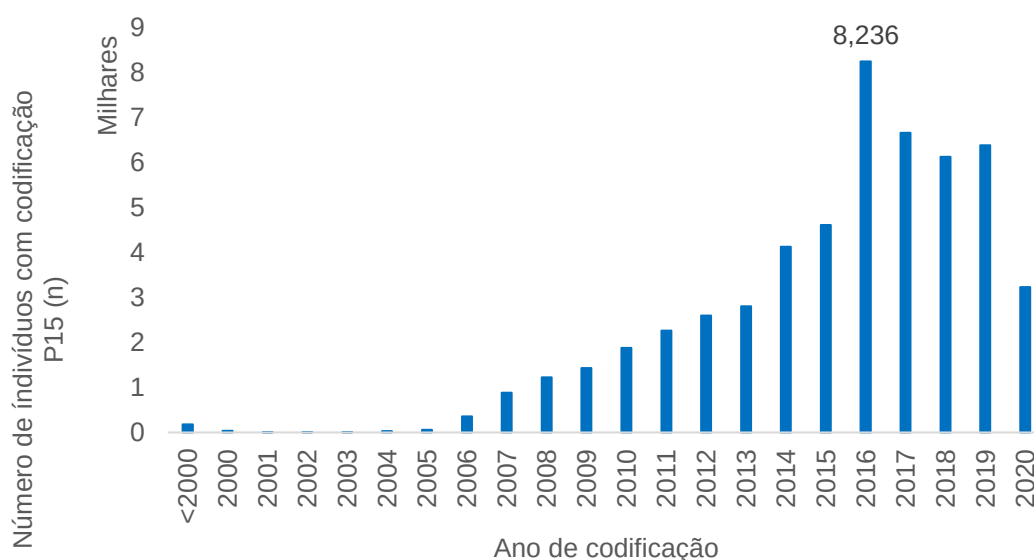


Figura 1. Distribuição do número total de indivíduos com codificação P15 por ano de codificação.

Fonte: elaboração própria.

4.2 Caraterização geral: variáveis biodemográficas e clínicas

De um total de 53 101 indivíduos, 47 674 pertencem ao sexo masculino (89,8%) e os restantes ao sexo feminino ($n = 5\,427$, 10,2%). A média de idades foi de $58,0 \pm 11,7$ anos, com idade máxima de 98 anos. Para o sexo feminino, a média de idades foi de $59,2 \pm 12,5$ anos e, para o sexo masculino, a média de idades foi de $57,9 \pm 11,6$ anos. A distribuição dos utentes, por faixa etária e sexo encontra-se representada na Figura 2.

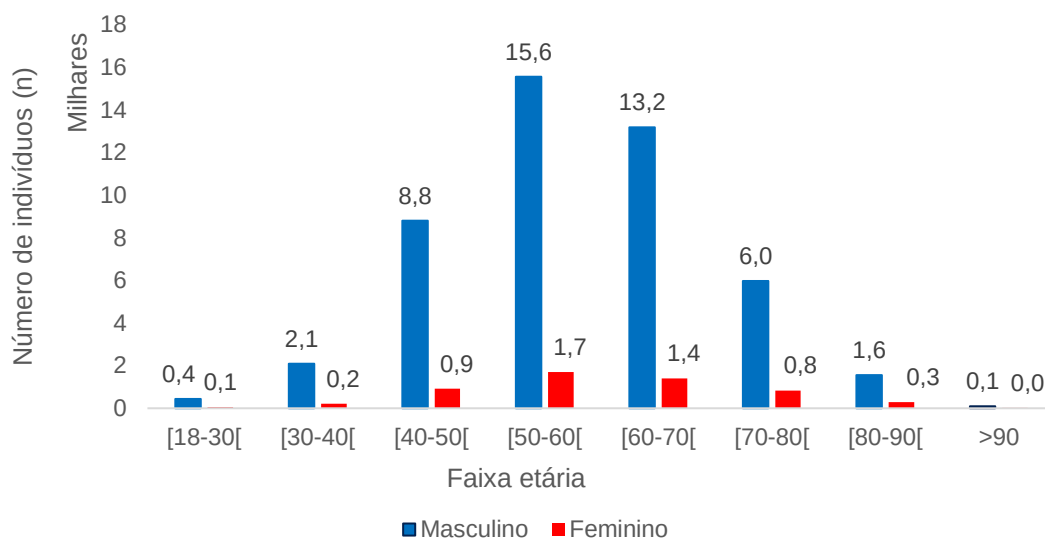


Figura 2. Distribuição do total de indivíduos por sexo e faixa etária.

Fonte: elaboração própria.

A faixa etária mais representativa foi o do intervalo 50-60 anos, para o sexo feminino ($n = 1\,703$) e masculino ($n = 15\,551$), ou seja, indivíduos em fase ativa do ciclo de vida.

Na Tabela 1 encontra-se detalhada a análise das variáveis biodemográficas e clínicas dos indivíduos em estudo.

Tabela 1. Caracterização geral dos indivíduos com codificação P15 do norte de Portugal.

Variáveis		Valores omissos, n (%)
Idade (anos), M $\pm$ SD; min-max	58,0 $\pm$ 11,7; 18-98	0
Peso (kg), M $\pm$ SD; min-max	75,9 $\pm$ 15,1; 37,9-160	778 (1,5)
Altura (cm), M $\pm$ SD; min-max	167,3 $\pm$ 7,8; 116,2-194	14 315 (27,0)
Perímetro abdominal (cm), M $\pm$ SD; min-max	99,0 $\pm$ 12,5; 57,5-197	21 433 (40,4)
Quantidade de álcool consumido (g/semana), M $\pm$ SD; min-max	290,9 $\pm$ 287,4; 0-9999	2600 (4,9)
Carga tabágica (unidades maço-ano), M $\pm$ SD; min-max	7,2 $\pm$ 10,5; 0-180	721 (1,4)
Colesterol Total (mg/dl), M $\pm$ SD; min-max	195,0 $\pm$ 43,9; 19-413	4834 (9,1)
C-HDL (mg/dl); M $\pm$ SD; min-max	57,3 $\pm$ 18,7; 17-170	5308 (10,0)
Triglicéridos (mg/dl), M $\pm$ SD; min-max	147,1 $\pm$ 115,0; 18-1670	5013 (9,4) (1453 $\geq$ 400 mg/dl)
C-LDL (mg/dl), M $\pm$ SD; min-max	110,3 $\pm$ 36,9; -136,2-308,6	6992 (13,2)
Pressão arterial sistólica (mmHg), M $\pm$ SD; min-max	134,0 $\pm$ 15,3; 88-223	821 (1,5)
Pressão arterial diastólica (mmHg), M $\pm$ SD; min-max	79,8 $\pm$ 10,1; 44-127	820 (1,5)

4.3 Padrão de consumo de álcool

Um total de 2 597 (47,9%) indivíduos do sexo feminino consomem uma quantidade inferior ou igual a 70 g de álcool/semana, o que representa um consumo moderado de álcool. Os restantes indivíduos do sexo feminino 2 830 (52,1%) têm um consumo superior a 70 g de álcool/semana, o que corresponde a um padrão de consumo excessivo de álcool para o sexo feminino.

No que respeita ao sexo masculino, de um total de 34 222 indivíduos no intervalo de idades compreendido entre os 18 e os 64 anos, 8 300 (24,3%) apresentavam um consumo moderado de álcool ($\leq$ 140 g de álcool/semana). Os restantes 25 922 (75,7%) indivíduos no intervalo de idades compreendido entre os 18

e os 64 anos apresentavam um consumo superior a 140 g de álcool/semana, o que corresponde a um padrão de consumo excessivo de álcool.

Os indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos (n = 13 452) apresentavam na sua maioria um consumo excessivo de álcool (>70 g de álcool/semana), correspondendo a 81,6% (n = 10 979) do total de indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos.

A Tabela 2 demonstra em maior detalhe o padrão de consumo dos indivíduos em estudo.

Tabela 2. Distribuição do padrão de consumo de álcool, por sexo e faixa etária.

PADRÃO DE CONSUMO DE ALCÓOL	Faixa etária	CMA			CEA		
		Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
	[18-19]	14	3	17	2	0	2
	[20-24]	57	15	72	61	6	67
	[25-29]	125	17	142	179	9	188
	[30-34]	219	48	267	447	21	468
	[35-39]	363	84	447	1061	62	1123
	[40-44]	800	187	987	2285	135	2420
	[45-49]	1447	343	1790	4267	249	4516
	[50-54]	1738	397	2135	5648	392	6040
	[55-59]	1847	427	2274	6318	487	6805
	[60-64]	1690	336	2026	5654	404	6058
	[65-69]	1022	279	1301	4812	377	5189
	[70-74]	699	203	902	3096	288	3384
	[75-79]	399	122	521	1777	223	2000
	[80>]	353	136	489	1294	177	1471
	Total	10773	2597	13370	36901	2830	39731

Legenda: CMA: Consumo Moderado de Álcool; CEA: Consumo Excessivo de Álcool.

O consumo moderado e excessivo de álcool foi superior na faixa etária dos 55-59 anos para ambos os sexos, com um total de 2 274 (17,0%) indivíduos com consumo moderado de álcool e 6 805 (17,1%) indivíduos com consumo excessivo de álcool. Em ambos os perfis de consumo, o sexo masculino foi dominante.

Se avaliada a ingestão de gramas por semana de álcool (g/semana de álcool) consumidas pela população em estudo, verifica-se que no grupo do sexo feminino

com consumo excessivo de álcool, este consome em média 279,7 g/semana de álcool. Para a população do sexo masculino com consumo excessivo de álcool no intervalo 18-64 anos, a média de consumo foi de 419,4 g/semana de álcool e, para a população do sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos, a média foi de 324,7 g/semana de álcool.

4.4 Rastreio de consumo de álcool - AUDIT-C

Para efeitos de rastreio do consumo de álcool a nível dos CSP pode ser utilizada a ferramenta AUDIT-C, um questionário que inclui as três primeiras questões da ferramenta AUDIT e que permite uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool (43).

Na população em estudo, apenas 7 277 (13,7%) indivíduos foram avaliados com esta ferramenta, pertencendo 6 402 (88,0%) ao sexo masculino.

4.5 Perfil de comorbilidades

Do total dos 53 101 indivíduos estudados, 28 559 (53,8%) têm pelo menos mais um problema a adicionar ao abuso crónico do álcool.

Neste estudo identificou-se que as patologias que mais frequentemente surgiram associadas ao abuso crónico do álcool foram: K86 (Hipertensão arterial sem complicações do ICPC-2) com um total de 20 637 indivíduos identificados com este diagnóstico; T90 (Diabetes não insulino-dependente do ICPC-2) com 9 405 indivíduos e, K87 (Hipertensão arterial com complicações do ICPC-2) com 4 560 indivíduos. Na Tabela 3 apresenta-se a distribuição, por sexo, do número de comorbilidades identificadas nos utentes avaliados.

Tabela 3. Distribuição por sexo das comorbilidades identificadas nos indivíduos com codificação P15.

	Código ICPC-2	Total (n)			Total (%)
		Masculino	Feminino	Total	
1	K86 - Hipertensão sem complicações	18 216	2 421	20 637	47,5
2	T90 – Diabetes não insulino-dependente	8 435	970	9 405	21,6
3	K87 – Hipertensão com complicações	4 189	371	4 560	10,5
4	K90 – Trombose/Acidente Vascular Cerebral	1 349	166	1 515	3,5
5	K76 – Doença cardíaca isquémica sem angina	908	31	939	2,2
6	K91 – Doença Vascular Cerebral	778	94	872	2,0
7	K75 – Enfarte Agudo do Miocárdio	807	30	837	1,9
8	K74 – Doença Cardíaca Isquémica com Angina	715	29	744	1,7
9	Y77 – Neoplasia maligna da próstata	676	-	676	1,6
10	T89 – Diabetes insulino-dependente	472	85	557	1,3
	Outros ICPCs identificados: D75, D77, K89, D74, R85, U76, R82, X76, U79, R92, U75, Y78, B72, B74, X77, B73, U77, D76, A96	2 415	325	2 740	6,0
	Total	38 960	4 522	43 482	100

Legenda: ICPC-2: *International Classification of Primary Care, 2nd Edition*.

De acordo com os dados do Microsoft power BI®, na restante população inscrita na ARSN não diagnosticada com abuso crónico do álcool, o top 10 de comorbilidades reúne codificações idênticas às do top 10 da população em estudo. Assim, a codificação K86 (Hipertensão sem complicações do ICPC-2) ocupa o primeiro lugar do top 10 com um total de 686 100 (53,0%) indivíduos, seguido pela codificação T90 (Diabetes tipo 2 do ICPC-2) com 279 590 (21,6%) utentes e, em terceiro lugar com 115 011 (8,9%) indivíduos encontra-se a codificação K87 (Hipertensão com complicações do ICPC-2).

A análise da Figura 3 permite concluir que a faixa etária dos 60-70 anos é a que apresenta o número mais elevado de comorbilidades associadas ao abuso crónico do álcool.

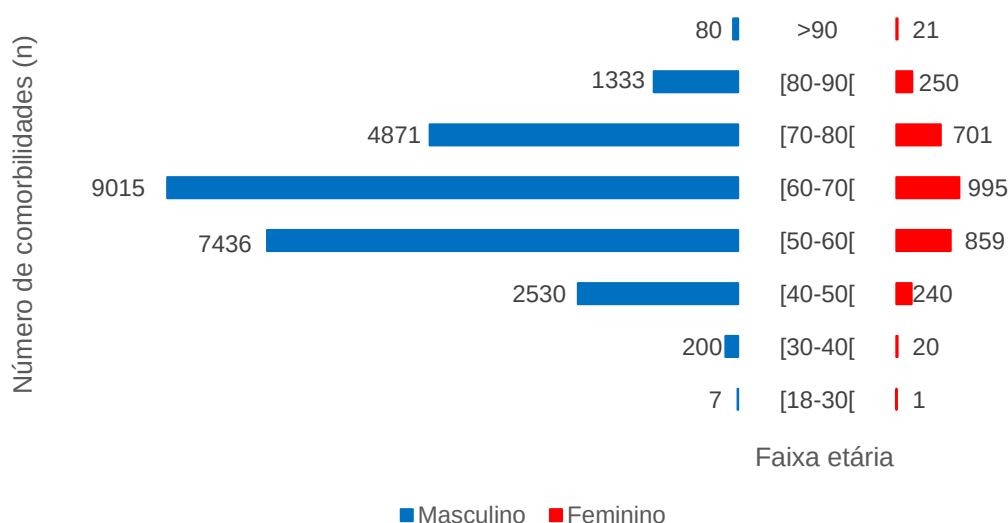


Figura 3. Distribuição do total de comorbilidades por sexo e faixa etária.

Fonte: elaboração própria.

Os dados da Tabela 4 demonstram que 46,2% (n = 24 542) dos utentes avaliados não apresentam qualquer comorbilidade associada ao abuso crónico do álcool.

Tabela 4. Distribuição do número de comorbilidades e respetivo número de indivíduos.

Comorbilidades (em adição ao abuso crónico do álcool)	Total de indivíduos, n (%)
0	24 542 (46,2)
1	17 485 (32,9)
2	8 689 (16,4)
3	1 792 (3,4)
4	484 (0,9)
5	81 (0,2)
6	25 (0,1)
7	3 (0,0)

4.6 Utilização de recursos e serviços de saúde

O acesso à informação disponibilizada via Microsoft power BI® permitiu a caracterização da população com abuso crónico do álcool comparando-a com a população da ARSN que não possui registo de abuso crónico do álcool. Nesta secção, procurou-se comparar ambas as populações no que respeita à utilização de consultas, uso de medicação e exames.

De acordo com os resultados da análise do presente estudo entre 68,7% e 95,0% dos utentes com diagnóstico de abuso crónico do álcool realizaram pelo menos uma consulta médica por ano. Se analisarmos as mesmas faixas etárias do grupo de utentes sem codificação de P15 verifica-se que entre 57,4% e 87,9% dos utentes realizam pelo menos uma consulta médica por ano, sendo estes valores inferiores aos verificados para a população com abuso crónico do álcool. A maior diferença observada ocorreu na faixa etária dos 40-50 anos, em que aproximadamente mais de 14,7% dos utentes tiveram necessidade de mais uma consulta médica por ano. Em média, os utentes com codificação P15 utilizaram aproximadamente 1,2 vezes mais consultas que os utentes sem codificação P15.

No que respeita à necessidade de uso de medicamentos, o grupo de utentes com codificação de abuso crónico do álcool apresenta também valores superiores de uso de, pelo menos, um medicamento comparativamente ao grupo de indivíduos sem codificação de abuso crónico do álcool. Assim, na população com abuso crónico do álcool o uso de, pelo menos, um medicamento no último ano varia entre 59,7% a 94,5% e na restante população varia entre 52,2% e 92,6%. A maior diferença foi observada na faixa etária dos 30-40 anos, em que aproximadamente mais 8,9% dos utentes com abuso crónico do álcool tiveram necessidade de uso de pelo menos um medicamento no último ano.

A análise da taxa de realização de exames pelos utentes de ambos os grupos mostrou, uma vez mais, ser superior no grupo de utentes com abuso crónico do álcool. Neste grupo, as taxas de realização de exames variaram de 35,8% a 69,6% e, no grupo de indivíduos sem P15 variaram de 32,9% a 63,7%. Nesta situação, a maior diferença entre os dois grupos foi encontrada na faixa etária dos utentes com idade superior a 80 anos, correspondendo a uma diferença de 9,8%, seguido da faixa etária de utentes dos 40-50 anos com uma diferença de 9,0%.

A Figura 4 é uma representação gráfica da comparação de ambas as populações relativamente à utilização de consultas, uso de medicação e de exames.

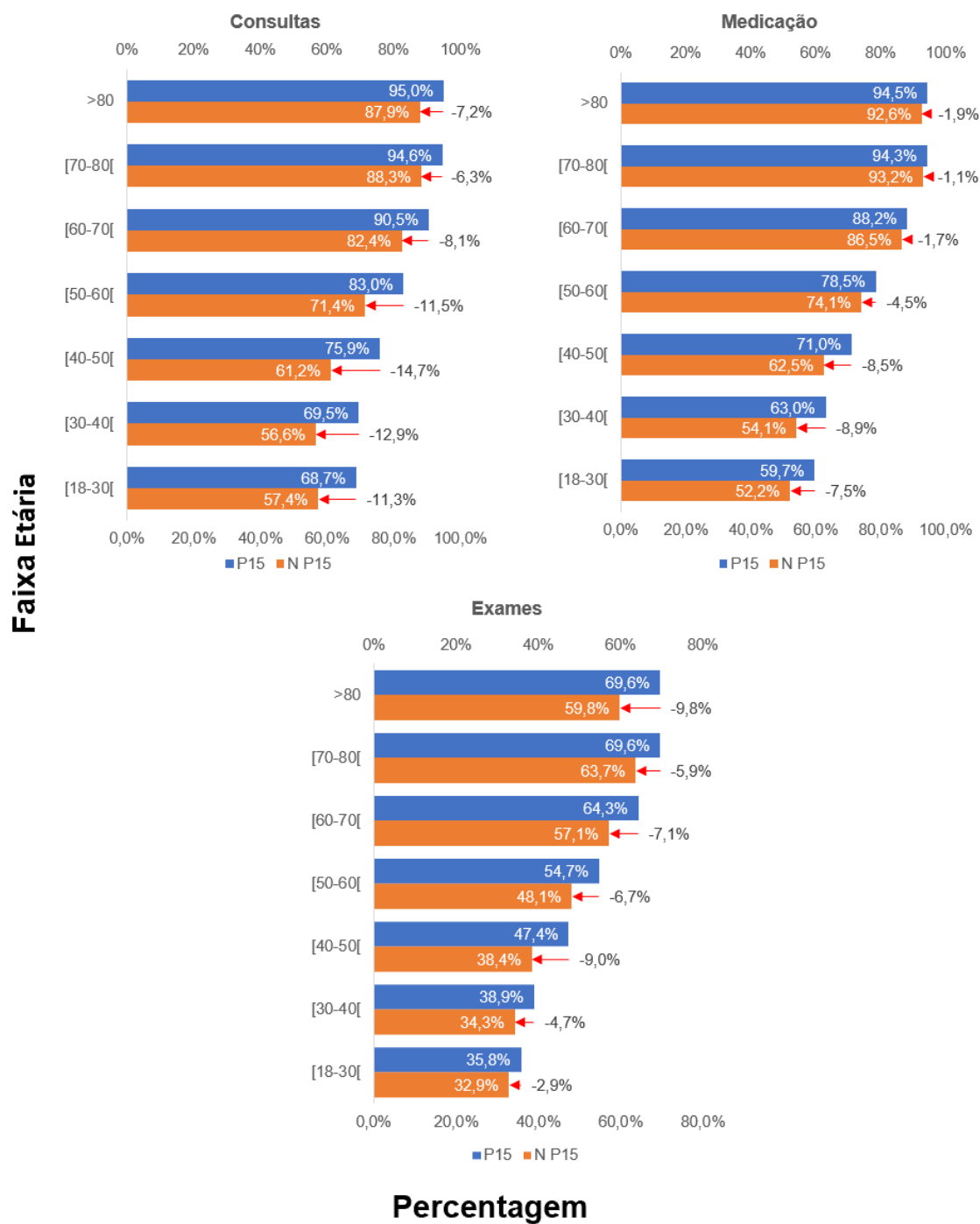


Figura 4. Comparação entre o grupo de indivíduos com codificação P15 e sem P15: consultas, medicação e exames.

Fonte: elaboração própria.

A quantificação do número de embalagens de medicação gastas por um indivíduo com abuso crónico do álcool na faixa etária dos 18-30 anos demonstrou que, em média, um utente gasta 10,5 embalagens por ano. A mesma análise para o grupo de indivíduos sem abuso crónico do álcool da mesma faixa etária (18-30 anos) demonstrou que, em média, um utente gasta 6,4 embalagens por ano, o que representa uma diferença de, aproximadamente, 4 embalagens entre os dois grupos, demonstrando que o gasto médio é superior no grupo de utentes com abuso crónico do álcool. Globalmente, os utentes com codificação P15 gastam em média 1,2 vezes mais embalagens de medicação por ano comparativamente ao grupo sem codificação P15.

No que respeita ao custo anual com medicação para os indivíduos em estudo, verificou-se que, no grupo de utentes com abuso crónico do álcool, na faixa etária dos 50-60 anos, o custo médio, em euros, para cada utente, por ano, foi de, aproximadamente, 190,8 euros. Para a mesma faixa etária do grupo de utentes sem abuso crónico do álcool, o custo médio, por utente, foi de 156,8 euros. Globalmente, o Serviço Nacional de Saúde teve um custo 1,2 vezes superior com o grupo de utentes codificados com abuso crónico do álcool, sendo o custo médio, por utente, de 236,8 euros.

Relativamente à quantidade de exames realizados e aos custos com os mesmos, verificou-se que cada utente com codificação P15 realizou, em média, 13,6 exames com um custo médio, por utente, de, aproximadamente, 111,2 euros. Em comparação, o grupo de utentes sem codificação P15 realizou, em média, 11,3 exames por utente com um custo médio de 106,7 euros por utente.

Por último, no que respeita às ausências laborais com justificação médica através de emissão de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT), no grupo de utentes com abuso crónico do álcool, a média de ausências laborais foi globalmente mais elevada do que no grupo de utentes sem abuso crónico do álcool. No grupo de utentes com codificação P15, as faixas etárias dos intervalos 40-50 e 50-60 anos apresentaram uma média de 1,5 CIT's por utente. Comparativamente, no grupo de utentes sem codificação, a média de CIT's por utente foi de 1,1 e 1,2, respetivamente para os intervalos 40-50 e 50-60 anos. Relativamente ao número de dias de ausência por doença, no grupo com codificação P15, a média de dias de ausência por utente foi de 27,6 e, no grupo sem codificação foi de 17,1 dias.

A Figura 5 demonstra com maior detalhe os dados acima descritos.

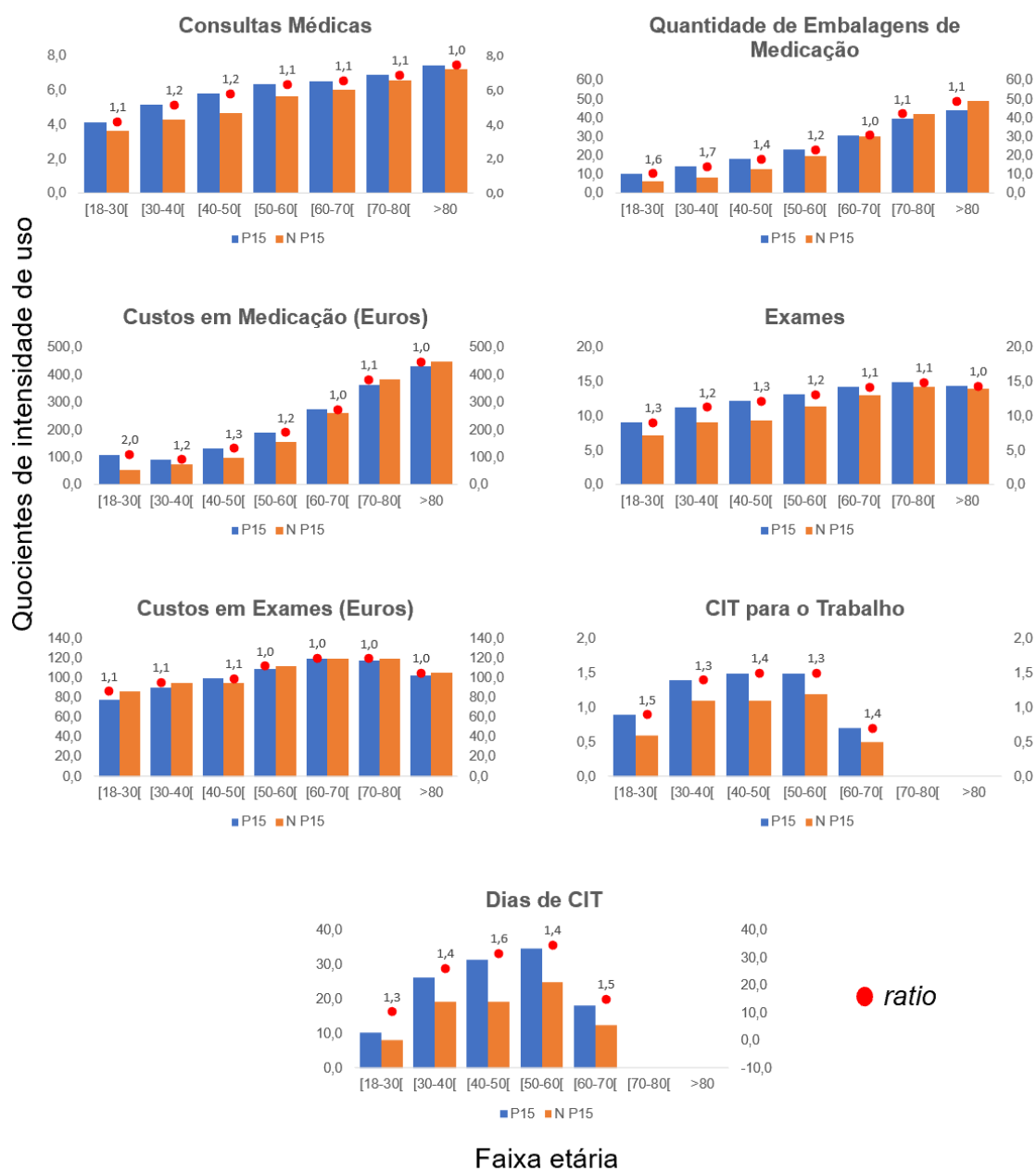


Figura 5. Comparação entre o grupo de indivíduos com codificação P15 e sem P15 com quociente de intensidade de uso e *ratio*.

Fonte: elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de abuso crónico do álcool foi de 1,6% na população adulta da ARSN, em 2020. O IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17 utilizando a versão completa do AUDIT revelou resultados que apontam uma prevalência em Portugal continental e nas ilhas de consumo de risco médio de 12,6% e elevado/dependentes alcoólicos de 2,8% (4,8% para o sexo masculino e 1,0% para o sexo feminino) para a população dos 15 aos 74 anos de idade (44). A menor prevalência encontrada no presente estudo pode ser explicada pela fonte de informação utilizada, uma base de dados de mundo real, na qual, por definição, os dados não sofrem qualquer influência do investigador e dependem exclusivamente dos registos clínicos efetuados pelos profissionais de saúde no âmbito da sua prática clínica diária. A falta de reconhecimento pelos médicos do consumo de risco como problema de saúde pode contribuir de forma importante para o subdiagnóstico da doença. É comum na prática clínica que o padrão de consumo não seja abordado em consulta e, consequentemente, não seja identificado o problema real. O reconhecimento da própria população do consumo de álcool como um hábito social normalmente aceite também dificulta o seu diagnóstico (45). Assim, é possível que exista na população da ARSN uma prevalência mais elevada de abuso crónico do álcool. Contudo, se não ocorrer a codificação devida com o código P15 da ICPC-2, tal dado não é contabilizado nem poderá ser avaliado em estudos de mundo real.

Relativamente às características biodemográficas, verificou-se que o abuso crónico do álcool é mais prevalente na população do sexo masculino tendo sido identificados 47 674 indivíduos, o correspondente a 89,8% da população estudada. A média de idades para ambos foi de 58,0 anos. Estudos nacionais e internacionais conhecidos revelam uma prevalência de consumo diário de bebidas alcoólicas superior a 20% (Inquérito Nacional de Saúde 2019: 29,6%; Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016: 24,7%; *Eurostat* 2019: 20,7%) na população portuguesa, sendo o consumo predominante no sexo masculino em todos eles (23, 46, 47). No que respeita aos consumos de risco, o sexo masculino também é dominante em várias fontes bibliográficas (44, 47). Os dados mais recentes divulgados pelo *Eurostat* demonstraram que as disparidades mais recentes entre sexos foram encontradas em países como Portugal (sexo masculino: 33,4 *versus* sexo feminino: 9,7%). O Inquérito Nacional de Saúde 2019 registou em 2019 um consumo diário mais frequente na população entre os 55 e os 74 anos (23).

O consumo excessivo de álcool foi predominante em ambos os sexos. Os dois padrões de consumo (moderado e excessivo) de álcool foram superiores na faixa etária dos 55-59 anos para ambos os sexos, com um total de 2 274 (17,0%) indivíduos com consumo moderado de álcool e 6 805 (17,1%) indivíduos com consumo excessivo de álcool. Globalmente, 25,2% (n = 13 370) dos indivíduos apresentaram consumo moderado de álcool e 74,8% (n = 39 731) consumo excessivo de álcool. Em ambos os padrões de consumo, o sexo masculino foi dominante. Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF), na população com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade, o consumo elevado de álcool (12-36 g/dia no sexo feminino e 24-60 g/dia no sexo masculino) foi estimado em 5,6% no sexo feminino e 18,5% no sexo masculino e o consumo excessivo (>36 g/dia no sexo feminino e >60 g/dia no sexo masculino) foi estimado em 2,9% no sexo feminino e 7,3% no sexo masculino (47). De notar, que no IAN-AF a população avaliada apresenta um intervalo de idades algo distinto (15-74 anos), além disso os valores utilizados para definir padrões de consumo também são diferentes do presente estudo. Esta inversão observada entre os resultados deste estudo e os registados pela literatura podem, mais uma vez, dever-se à fonte de informação utilizada, uma base de dados de mundo real, que resulta de uma interação direta entre o utente e o seu médico assistente, que confirma diretamente com o indivíduo qual a quantidade que o mesmo efetivamente consome no dia-a-dia.

Relativamente ao perfil de comorbilidades, o código K86 (Hipertensão arterial sem complicações do ICPC-2) com um total de 20 637 indivíduos identificados, o código T90 (Diabetes não insulino-dependente do ICPC-2) com 9 405 indivíduos e o código K87 (Hipertensão arterial com complicações do ICPC-2) com 4 560 indivíduos, em conjunto, completaram o painel das três comorbilidades mais prevalentes associadas ao P15. É evidente a presença de várias doenças cardiovasculares no top 10 das comorbilidades associadas ao abuso crónico do álcool, no entanto, a neoplasia maligna da próstata também apresenta um lugar de destaque neste top 10. De acordo com o documento intitulado “The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: myths and measures” publicado pela *World Heart Federation* o consumo de álcool aumenta o risco de hipertensão, cardiomiopatia, fibrilação auricular, flutter e acidente vascular cerebral. No mesmo documento, os autores referem que o consumo de álcool (equivalente a 100g/semana) está linearmente associado a um maior risco de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença hipertensiva e aneurisma da aorta fatal, e a um aumento do limiar de risco de doença coronária, em

comparação com os indivíduos que consomem entre 0-25g/semana (27). A mesma fonte relata que contrariamente à opinião popular, o consumo de álcool não é benéfico para a saúde cardiovascular mesmo que consumido em quantidades reduzidas. Além disso, recomenda a abstinência alcoólica a todos os que apresentam patologia cardiovascular. A nível mundial, como previamente referido, o consumo de álcool foi reconhecido como fator causal de 741 300 novos casos de cancro em 2020. Segundo o mesmo estudo, em Portugal, no ano de 2020, o consumo de álcool foi responsável pelo aparecimento de 3 500 novos casos de cancro (34). O cancro da próstata integra o top 10 das comorbilidades mais prevalentes na população com codificação P15, contudo a existência de uma associação entre o consumo de álcool e o cancro da próstata é ainda controversa. Uma meta-análise, publicada em 2020, sugere a existência de uma correlação positiva entre o consumo de algumas tipologias de bebidas alcoólicas e o desenvolvimento de cancro da próstata. É exemplo disso, o consumo de bebidas alcoólicas como licores, que parecem contribuir para o desenvolvimento de todos os tipos de cancro da próstata (agressivo e não agressivo). Ainda nesta meta-análise, o vinho, quando ingerido em doses abusivas, parece aumentar o risco de desenvolver formas agressivas de cancro da próstata e, a cerveja por sua vez, mostrou aumentar discretamente o risco de cancro não agressivo, mas ser protetora contra o cancro agressivo (48). Embora não seja ainda possível confirmar a existência de uma associação positiva entre o consumo de álcool e o cancro da próstata, são vários os tipos de cancro em que esta associação já foi comprovada (cavidade oral, laringe, faringe, esófago, colon, reto, fígado e mama). Por essa razão, é imperiosa a criação de políticas e intervenções eficazes que visem aumentar a consciencialização sobre os riscos do consumo de bebidas alcoólicas, em particular, no que respeita ao risco de desenvolver alguns tipos de cancro (34). Embora não estejam contempladas no top 10 de comorbilidades do grupo de utentes com abuso crónico do álcool, as neoplasias digestivas estão contempladas no perfil de comorbilidades destes utentes, surgindo a neoplasia maligna do cólon/reto em 11.º lugar e a neoplasia maligna do estômago em 14.º lugar da lista de comorbilidades.

A necessidade de utilização dos serviços de saúde foi distinta para ambos os grupos, sendo tendencialmente mais elevada no grupo de utentes com codificação P15. Assim, no que respeita à utilização de consultas médicas, os indivíduos com abuso crónico do álcool utilizaram, em média, 1,2 vezes mais consultas do que os utentes sem codificação e foram realizadas, em média, 6,4 consultas por utente. Este dado é corroborado por algumas fontes bibliográficas que referem que os indivíduos que apresentam um consumo nocivo de álcool tendem a utilizar duas vezes mais os

CSP (1, 49). No respeitante aos custos em medicação, o Serviço Nacional de Saúde teve igualmente um custo 1,2 vezes superior com o grupo de utentes codificados com P15, sendo o custo médio, por utente, de 236,8 euros. Quanto à necessidade de realização de exames, o grupo de utentes com codificação P15 realizou, em média, 13,6 exames por utente, com um gasto aproximado de 111,2 euros por utente, valor ligeiramente superior ao gasto médio da população de utentes sem codificação (106,7 euros por utente). As perspetivas da OCDE para Portugal, segundo o documento *Preventing Harmful Alcohol Use*, são de que ocorra um aumento de 2,3% nas despesas com a saúde e uma redução na produtividade no trabalho devido a doenças e lesões causadas pelo consumo excessivo de álcool (24). Estes resultados reforçam a importância do investimento em estratégias que visem não só diminuir a prevalência do abuso crónico do álcool, mas também que permitam o seu reconhecimento atempado como condição patológica, por forma a serem evitadas outras doenças e mais despesas relacionadas com a saúde.

Relativamente às ausências laborais com justificação médica, para o grupo de utentes com abuso crónico do álcool a média de CIT foi de 1,2 CIT, por utente, e de 27,6 dias de ausência por doença para cada utente, valor aproximadamente 1,6 vezes superior ao número de dias de ausência por doença para o grupo de utentes sem codificação. Segundo o relatório anual de 2019 - *A Situação do País em Matéria de Álcool*, em 2019, registaram-se, em Portugal, 5 085 internamentos hospitalares com diagnóstico principal atribuível ao consumo de álcool, na sua maioria relacionados com doença alcoólica do fígado (64%) e dependência de álcool (26%) (8).

Embora a evidência científica demonstre que o rastreio do consumo de álcool seguido de intervenção breve no âmbito dos CSP seja eficaz em reduzir o nível de consumo de álcool da população, são também vários os autores a referir que, ao nível dos CSP, o rastreio do consumo de álcool se encontra em níveis bastante inferiores ao pretendido (4, 50, 51, 52, 53). Este facto é confirmado pelos resultados deste estudo, ao assumirmos que apenas 13,7% dos indivíduos foram avaliados pela ferramenta AUDIT-C. A OMS recomenda que esta ferramenta seja aplicada anualmente (4, 54).

Concluir que o consumo excessivo de álcool na população em estudo varia entre os 279,7 g/semana de álcool para o sexo feminino e os 419,4 g/semana de álcool para o sexo masculino revela-se preocupante. Estes dados são alarmantes na medida em que estes valores superam, os já excessivos 27g de álcool puro

consumidos por dia (cerca de três bebidas padrão), o equivalente a um consumo de 12,5 litros de álcool puro por ano, que por sua vez ultrapassa a meta dos 12,3 litros de álcool puro consumidos pela população portuguesa e mencionados no *Global Status Report on Alcohol and Health – 2018*.

5.1 Implicações para a prática clínica e investigações futuras

Em termos de implicações para a prática clínica e para investigações futuras, este estudo fornece conclusões importantes para a população portuguesa no que respeita a prevalência, caracterização do abuso crónico do álcool, comorbilidades associadas e utilização de recursos e serviços de saúde.

Os cuidados de saúde prestados na atualidade são inteiramente dependentes de registos eletrónicos. Nesse sentido, é crucial entender a qualidade desses registos e procurar continuamente melhorar o seu conteúdo. No âmbito da consulta de CSP, especificamente no que respeita ao abuso crónico do álcool, é importante efetuar uma abordagem sistemática dos padrões de consumo recorrendo a ferramentas de rastreio de consumos de risco sempre que possível. Esta forma de atuação pode contribuir de forma significativa para o reconhecimento precoce dos consumos de risco/nocivos, permitindo a devida intervenção e evitando as já referidas doenças atribuíveis ao álcool, gastos excessivos relacionados com a saúde e ausências laborais.

À semelhança do que acontece com algumas codificações do ICPC-2, como por exemplo o T82 (Obesidade do ICPC-2), que ocorre de forma automática após determinado registo de peso e altura, poderia ser relevante que perante um registo de um consumo semanal de álcool excessivo fosse gerado um alerta eletrónico que remetesse para a ferramenta AUDIT-C. Esta simples medida poderia ser útil para captar a atenção do profissional para o problema, e nos casos positivos, antecipar a intervenção.

No âmbito dos CSP, atendendo ao reconhecido impacto social e económico do abuso crónico do álcool na comunidade, considera-se que poderia ser oportuna a criação de consultas multidisciplinares que integrassem outros profissionais, como assistentes sociais. Considerando a escassez de recursos humanos existente no Serviço Nacional de Saúde, seria de considerar, em primeiro lugar, a referenciação para esta consulta dos utentes que apresentassem padrões de consumo excessivo de álcool.

5.2 Pontos fortes e limitações do estudo

Este é o primeiro estudo realizado em Portugal que utiliza uma base de dados de mundo real, cujo conteúdo inclui exclusivamente registos eletrónicos de saúde de indivíduos codificados com abuso crónico do álcool da região norte de Portugal.

Como principal limitação, reconhece-se a possibilidade de existir em Portugal um número mais elevado de utentes com abuso crónico do álcool, que não tendo sido codificados com o código P15 do ICPC-2 não puderam incluir-se neste estudo.

A impossibilidade de saber se o abuso crónico do álcool é efetivamente codificado quando o utente reúne critérios de diagnóstico limita de forma importante a análise temporal das comorbilidades em relação ao diagnóstico de abuso crónico do álcool.

6 CONCLUSÃO

A finalização deste projeto deixa revelar que existe ainda muito a ser pesquisado e discutido nesta temática. No entanto, é inquestionável o quanto de conhecimento e mudança poderá implicar para a prática clínica diária, especialmente no âmbito dos CSP.

São vários os estudos que reconhecem o álcool como um dos principais fatores etiológicos evitáveis de morbilidade a nível global, mas também um dos mais difíceis de combater.

O abuso crónico do álcool tem consequências significativas no que respeita à saúde pública, gerando custos no setor da saúde com importantes efeitos negativos no desenvolvimento económico e na sociedade em geral.

A situação atual exige que as intervenções sejam efetuadas em várias frentes. Por um lado, mostra-se importante aumentar a literacia em saúde dos utentes no que respeita à problemática do consumo abusivo de álcool. Por outro lado, é imperativa a capacitação dos profissionais de saúde, a criação de recursos e, melhoria dos já existentes, que suportem a sua prática.

Os CSP, pela sua proximidade com a comunidade, ocupam um lugar que lhes permite alargar o leque de oportunidades de diagnóstico e de intervenções que incluam a implementação de ações de identificação precoce e de prevenção da doença.

No sentido de ser conseguida a deteção e sinalização precoce de indivíduos em risco, têm sido criados vários instrumentos que permitem um rastreio sistemático. Estes instrumentos apresentam questionários que permitem o rastreio de uma maioria da população, indicando a presença de grupos com possíveis consumos de alto risco, abuso e dependência. Um dos que mais se destaca, e é de acesso fácil aos médicos de família, é o AUDIT/AUDIT-C. Os resultados deste estudo mostram que a utilização destes instrumentos pelos médicos da ARSN tem sido muito reduzida, implicando um muito provável subdiagnóstico dos utentes com abuso crónico do álcool. É importante que este

resultado consciencialize os profissionais para a importância desta ferramenta e que faça aumentar a adesão dos clínicos à utilização da mesma em consulta.

Como mencionado noutras secções desta investigação, a morbilidade resultante do abuso crónico do álcool é uma realidade da sociedade atual. Contudo, no presente estudo a avaliação do perfil de comorbilidades dos utentes com abuso crónico do álcool não permitiu chegar a resultados concretos ao não ser possível saber se o utente foi codificado quando reúne critérios. Importa salientar que para estudos futuros seriam de considerar estratégias que visassem a melhoria da qualidade dos registos clínicos nesse sentido. Importa, ainda, referir que as condições patológicas que encabeçam a lista das comorbilidades dos utentes avaliados nesta investigação, e que são muitas delas comuns às partilhadas na literatura, nomeadamente as patologias cardiovasculares e neurológicas devem ser identificadas, tratadas, e quando necessário, referenciadas para os cuidados de saúde secundários.

Neste estudo concluiu-se que há ainda um longo caminho a percorrer no que respeita à atuação clínica diária em geral. Verificou-se que é necessário um esforço sistemático para identificar a problemática dos consumos de risco, melhorar a qualidade dos registos efetuados e, finalmente chegar ao diagnóstico e decidir sobre as medidas de atuação mais eficazes para o indivíduo.

O percurso realizado em estudos de investigação desta tipologia faz-nos por um lado descobrir fragilidades, aspetos a melhorar e recanalizar esforços, mas também, sentir os reflexos do trabalho desenvolvido e adquirir ferramentas para prosseguir na investigação.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro C. Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para Cuidados de Saúde Primários. Núcleo de Comportamentos Aditivos APMGF. 2020. Disponível em: https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/06/GuiaCSP_ConsumoNocivoAlcool.pdf
2. Costa LP, Teixeira J. Critérios de Referenciação para Consulta de Alcoologia pelos Cuidados de Saúde Primários. Acta Med Port. 1 de fevereiro de 2021;34(2):160.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
4. Cardoso DP, Oliveira D, Antunes B, Saraiva R, Angus K, Gallardo E, et al. Portuguese Validated Versions of the Alcohol Use Disorders Identification Test: A Systematic Review Protocol. Acta Med Port 2022 Apr;35(4):264-269
5. Day E, Rudd JHF. Alcohol use disorders and the heart. Addiction. 2019 Sep;114(9):1670- 1678.
6. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2. Epub 2018 Aug 23. Erratum in: Lancet. 2018 Sep 29;392(10153):1116. Erratum in: Lancet. 2019 Jun 22;393(10190):e44.
7. Direção Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa; 2017
8. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa; 2020

9. O'Keefe EL, DiNicolantonio JJ, O'Keefe JH, Lavie CJ. Alcohol and CV Health: Jekyll and Hyde J-Curves. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018 May-Jun;61(1):68-75.
10. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
11. Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008 Jul-Aug;16 Spec No:529-34
12. Jomar RT, Abreu AM, Griep RH. Caracterização do consumo de álcool de uma população adscrita à estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014;18(1):96-100.
13. Khaderi SA. Alcohol and Alcoholism. *Clinics in Liver Disease*. fevereiro de 2019;23(1):1–10.
14. Geographic N. A história do consumo do álcool ao longo dos tempos [Internet]; 2020 [acedido em 2 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://nationalgeographic.pt/historia/grandes-reportagens/1180-a-historia-do-consumo-do-alcool-ao-longo-dos-tempos>
15. Sales E. Aspectos da História do Álcool e do Alcoolismo no Século XIX [dissertação]. Brasil: Universidade Federal de Pernambuco; 2010;(7):37.
16. Athayde RAA, Vione KC, Silva LD da, Soares AKS, Gouveia VV. Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: Correlatos demográficos e psicossociais. *Revista Bioética*. 2009;17(2):251–66.
17. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Comportamentos Aditivos. A História do Álcool [Internet]; 2018 [acedido em 2 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=5&lista=HistoriaLegislacao&bkUrl=/BK/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos>

18. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev Bras Psiquiatr. maio de 2004;26(suppl 1):11–3.
19. Mello M, Barrias J, Breda J. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 - 120 p.
20. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Meeting Meeting (1979: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (1980). Problems related to alcohol consumption: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 20 to 26 November 1979]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41406>
21. Costa Matos L. Doença Hepática Alcoólica. Med-Interna, 13(3):207-216
22. Boné M. Compreender a abstinência e o consumo de álcool entre escolares dos ensinos básico e secundário [Dissertação]. Évora: Universidade de Évora, Escola de Ciências da Saúde; 2014.
23. Eurostat. One in twelve adults in the EU consumes alcohol every day [Internet]; 2021 [acedido em 2 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210806-1>
24. Organization for Economic Co-operation and Development. Preventing Harmful Alcohol Use [Internet]. OECD; 2021 [02/08/2022]. (OECD Health Policy Studies). Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6e4b4ffb-en.pdf?expires=1663091124&id=id&accname=oid029566&checksum=6D91FC510A504286342FA90AD91BEB44>.
25. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. Lancet. 2009 Feb 7;373(9662):492-501.
26. Organização Pan-Americana/Organização Mundial da Saúde. Álcool [Internet]; 2020 [acedido em 2 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>

27. Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N, et al.. The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures. *Global Heart*. 2022;17(1):45.
28. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Sinopse Estatística 2020 – Álcool [Internet]: Fevereiro, 2022 [acedido em 02/08/2022]. Disponível em: https://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/Documents/2022/SinopseEstatistica20_alcool_PT.pdf
29. World Health Organization. Global status report on alcohol and health - 2014 [Internet]. 2014 ed. Geneva: World Health Organization; 2014 [acedido em 4 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112736>
30. Beilin LJ, Puddey IB. Alcohol and hypertension: an update. *Hypertension*. 2006 Jun;47(6):1035-8.
31. Lucas DL, Brown RA, Wassef M, Giles TD. Alcohol and the cardiovascular system: research challenges and opportunities. *J Am Coll Cardiol*. 2005 Jun 21;45(12):1916-24.
32. Ricci C, Wood A, Muller D, Gunter M J, Agudo A, Boeing H et al. Alcohol intake in relation to non-fatal and fatal coronary heart disease and stroke: EPIC-CVD case-cohort study *BMJ* 2018; 361:k934.
33. Millwood, I.Y., Walters, R.G., Mei, X.W., Guo, Y., Yang, L., Bian, Z., et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet*. 2019 May 4;393(10183):1831-1842.
34. Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., Islami, F., Lemmens, V.E.P.P., Rehm, J., Soerjomataram, I., 2021. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology* 22, 1071–1080.

35. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
36. Crabb, D.W., Im, G.Y., Szabo, G., Mellinger, J.L., Lucey, M.R., 2020. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 71, 306–333.
37. Campollo O. Alcohol and the Liver: The Return of the Prodigal Son. *Ann Hepatol.* 2019 Jan-Feb;18(1):6-10.
38. Baldé A. O Serviço Nacional de Saúde em Portugal [Dissertação]. Algarve: Universidade do Algarve Faculdade de Economia; 2019.
39. Pacheco RL, Martimbianco ALC, Riera R. Let's end "real-world evidence" terminology usage: A study should be identified by its design. *J Clin Epidemiol.* 2022 Feb;142:249-251.
40. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, Gray GW, Gross T, Hunter NL, et al. Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us? *N Engl J Med.* 2016 Dec 8;375(23):2293-2297.
41. Cziraky M, Pollock M. Real-world evidence studies. *Applied Clinical Trials* [Internet]; October 12, 2015 [acedido em 8 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://www.appliedclinicaltrialsonline.com/view/real-world-evidence-studies>
42. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use and your health: fact sheets [Internet]. Atlanta: CDC; 2022 [acedido em 21/06/2022]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>
43. Direção Geral da Saúde. Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 - Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool [Internet]; 2012 [acedido em 21 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>

44. Balsa C, Vital C, Urbano C. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; setembro de 2017.
45. Benincasa, M., Tavares, A.L., Barbosa, V.M.M., Lajara, M.D.P., Rezende, M.M., Heleno, M.G.V., Custódio, E.M., 2018. A influência das relações e o uso de álcool por adolescentes. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* 14, 5–11.
46. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Instituto Nacional de Estatística; 2020 [acedido em 8 de agosto de 2022]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2
47. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto, 2017. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
48. Hong S, Khil H, Lee DH, Keum N, Giovannucci EL. Alcohol Consumption and the Risk of Prostate Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. *Nutrients*. 23 de julho de 2020;12(8):2188.
49. Kaner, E F S, Heather, N and McAvoy, BR. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English General Practitioners. *Alcohol & Alcoholism*. 1999, Vol. 34, pp. 559-556.
50. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW de. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*. 1 de agosto de 2009;43(supl.1):51–61.
51. Miller PM, Ornstein SM, Nietert PJ, Anton RF. Self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians: the need to translate research into guidelines and practice. *Alcohol Alcohol*. 2004 Jul-Aug;39(4):325-8.

52. Kääriäinen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppä K. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*. 2001 Mar-Apr;36(2):141-6.
53. Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol*. 2006 May-Jun;41(3):306-10.
54. Campos PP, Ribeiro C. Rastreio do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários - Atitudes dos utentes. *Rev Port Med Geral Fam* 1 de março de 2012;28(2):98-104