

ALCOOLISMO NA POPULAÇÃO INDUSTRIAL: DIAGNÓSTICO, PREVALÊNCIA E CONDICIONANTES

P. FIDALGO, M. PATRÍCIA ALVES, A. FREIRE, F. BATISTA, AIRES FERNANDES, BERNARDETTE GARD, FERNANDO B. BARROS, J. PINTO CORREIA

Serviço de Medicina 2, e Centro de Gastrenterologia da Universidade de Lisboa, (INIC). Serviço de Bioquímica Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

RESUMO

Estudámos o padrão de consumo de álcool em 92 trabalhadores do sexo masculino, de uma empresa industrial de Lisboa. Pela quantificação dos hábitos alcoólicos, com base na entrevista clínica, estratificou-se esta população em três grupos de consumidores: Grupo I — não consumidores — 6%; Grupo II — consumidores moderados (até 80 gr/dia) — 68%; Grupo III — consumidores excessivos (mais de 80 gr/dia) — 26%. Para além da entrevista clínica e do exame objectivo, utilizámos os seguintes métodos de estudo: brief MAST, grelha Le Gô, volume globular médio (V.G.M.), transaminase glutâmico-oxalacética (TGO) e gama-glutamiltanspeptidase (γ GT). Os resultados foram comparados com os obtidos em 23 doentes, referenciados pela primeira vez a um centro de recuperação de alcóolicos (Grupo IV), onde o consumo excedia largamente o grupo III. A média de consumo de álcool no Grupo IV era significativamente superior ao Grupo III ($p < 0,005$) e no Grupo II ($p < 0,001$). O Grupo IV distinguiu-se do Grupo III por apresentar maior prevalência de sintomas de dependência física ($p < 0,001$), maior consumo de tranquilizantes ($p < 0,01$), maior incidência de Le Gô positivo ($p < 0,01$). No Grupo III a sensibilidade do Brief MAST foi de apenas 8,5% e da grelha Le Gô foi de 13%. O V.G.M. estava elevado em 20% dos indivíduos do grupo I, 4,9% do grupo II, 20% do grupo III e 21% do grupo IV. A TGO foi normal em todos os indivíduos dos grupos I e II; e estava significativamente elevado em 8,7% do grupo III e em 30,4% do grupo IV (diferenças significativas, $P < 0,05$). A γ GT foi sempre normal no grupo II, bem como em 8,7% do grupo III e 47,8% do grupo IV (diferença significativa, $P < 0,01$). Em conclusão: 1/4 dos trabalhadores referem consumo excessivo de álcool. O brief MAST, a grelha de Le Gô, o VGM, a TGO, e a γ GT têm baixa sensibilidade para discriminar consumidores excessivos na população, e não podem por isso substituir a quantificação dos hábitos alcoólicos baseada em inquérito rigoroso.

SUMMARY

Industrial Worker's alcohol consumption: Diagnostic, prevalence and conditioning factors

The pattern of alcohol consumption has been studied among 92 males, workers in a factory of the Lisbon area. In this population there were three groups of ethanol consumers: I — non consumers, 6%; II — medium, up to 80 g/day, 68%; III — heavy consumers, more than 80 g/day, 26%. Another group (IV) was considered, for reference, with 23 patients with heavy alcoholism in the outpatients of an alcoholic addicts clinic. Besides the clinical questionnaire and medical examination, the following methods have been used and analysed: brief MAST; Le Gô, Mean Corpuscular Volume (MCV), serum glutamic oxalacetic Transaminase (SGOT), and gama—glutamyl transpeptidase (γ GT). The mean ethanol consumption in group IV was significantly higher than in group III ($p < 0,005$), and in group III higher than in group II ($p < 0,001$). Group IV demarked itself from group III due to a higher prevalence of symptoms of physical dependence ($p < 0,001$), and of consumption of tranquilizers ($p < 0,01$). In group III the sensitivity of brief MAST has been only 8,5% and of Le Gô 13%. An increased MCV was found in 20% of individuals in group I, 4,9% in group II, 20% in group IV. The SGOT was normal in groups I and II, and increased in 8,7% of group III and 30,4% of group IV ($p < 0,05$). The γ GT was normal in group I and abnormal in 4,7% of group IV ($p < 0,01$). In conclusion, approximately 25% of the workers have an excessive ethanol consumption. The brief MAST, Le Gô, MCV, SGOT and γ GT have a low sensitivity for diagnosis of excessive consumption in the general population. So they can not take the place of a careful quantitative inquire or alcoholic habits.

INTRODUÇÃO

O número de alcóolicos em Portugal é calculado em cerca de 500.000¹. Contudo os critérios de definição de alcoolismo subjacentes a este número podem subestimar o verdadeiro risco de problemas induzidos pelo consumo imoderado de álcool². Entre esses problemas são habitualmente mencionados: alterações de comportamento, com importantes conse-

quências familiares, laborais e sociais; acidentes de trabalho e de viação; e doenças nos órgãos alvo como o fígado, pâncreas, coração e sistema nervoso³. As consequências de consumo imoderado de álcool têm assim importantes custos para os serviços de saúde e contribuem significativamente para as estatísticas de mortalidade⁴.

Até ao momento não é possível determinar rigorosamente em termos biomédicos o nível a partir do qual o consumo de álcool se torna um problema⁵. No entanto, para questões concretas como a doença hepática alcoólica, foi determinado que o risco relativo de cirrose é catorze vezes superior para consumos de 60-80 gr/dia do que para consumos de 0-20 gr/dia⁶. Por outro lado, sabe-se que nos países com elevado consumo médio de álcool per capita/ano como em Portugal, a proporção de indivíduos que consomem em excesso tende a ser maior do que em países com consumos per capita menores⁷. O conhecimento da prevalência de consumidores excessivos na população portuguesa é um elemento importante para delinear uma estratégia de prevenção e conhecer a epidemiologia das doenças nos órgãos alvo.

A quantificação dos hábitos alcoólicos com base na entrevista clínica tem limitações bem conhecidas⁸. O Brief MAST, a grelha de Le Gô e um conjunto de parâmetros laboratoriais foram introduzidos com o objectivo de ultrapassar essas limitações. A validação desses métodos tem sido feita sobretudo em doentes internados ou em doentes que frequentam consultas hospitalares⁹. O seu valor no rastreio da população em geral não é tão bem conhecido.

Com o objectivo de conhecer a prevalência de consumidores excessivos na população masculina, e de avaliar a eficiência diagnóstica do Brief MAST, da grelha Le Gô, VGM, TGO, e γ GT conduzimos este estudo numa empresa industrial de Lisboa, e comparámos os resultados com os obtidos numa clínica psiquiátrica para recuperação de alcoólicos.

MATERIAL E MÉTODOS

O serviço de pessoal da empresa seleccionou de modo aleatório 92 trabalhadores do sexo masculino, e este processo foi independente dos investigadores. No Centro de Recuperação de Alcoólicos foram incluídos 23 doentes que correspondiam às primeiras consultas consecutivas desse Centro, durante determinado período.

Cada indivíduo foi informado dos objectivos do estudo e da natureza confidencial dos dados recolhidos. A entrevista clínica e o exame constavam de avaliação detalhada da possível repercussão do consumo de álcool nos órgãos alvo. O interrogatório sobre os hábitos alcoólicos separava as perguntas referentes aos três tipos principais de bebidas espirituosas. O Brief MAST constitui uma simplificação do questionário clássico, MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)¹⁰. É composto por dez perguntas, em vez das vinte e cinco da versão antiga, que avaliam a existência de um comportamento alterado e de problemas induzidos pelo álcool, e não engloba a quantificação dos hábitos alcoólicos. (Apêndice 1). O teste foi considerado positivo quando a pontuação das respostas ultrapassou os cinco pontos. A grelha Le Gô avalia alguns sinais orgânicos, e é considerada positiva quando ultrapassa os três pontos na pontuação dos sinais cardinais: características da pele, das escleróticas, e da língua, amplitude do tremor na boca, na língua e extremidades (Apêndice 2). Cada parâmetro é pontuado de 0 a 5¹¹.

APÊNDICE 1

Brief MAST

- Bebe normalmente?
- Os seus amigos ou familiares pensam que você bebe normalmente?
- Já assistiu a reuniões da Liga Anti-Alcoólica?
- Já perdeu amigos (as) ou namorados (as) pelo facto de beber?
- Já teve problemas no emprego pelo facto de beber?
- Já algumas vezes negligenciou as suas obrigações não aparecendo à família ou ao trabalho, durante dois ou mais dias seguidos, pelo facto de andar a beber?

- Já alguma vez esteve em Delirium Tremens, isto é, teve tremores intensos, ouviu vozes ou viu objectos ou animais, que não existiam, depois de ter bebido muito?
- Já procurou alguém para o ajudar pelo facto de beber muito?
- Já alguma vez esteve internado num hospital por causas relacionadas com a Ingestão Alcoólica?
- Já foi preso por conduzir embriagado ou por ter conduzido depois de beber?

APÊNDICE 2

Le Gô

- Os sinais cardinais compreendem três sinais exteriores face (F) conjuntiva (C) e língua (L), avaliados de 0 a 5 para cada um deles segundo uma tabela convencional de progressão
- Aspecto normal da pele fresca, do brilho nacarado do olho, da superfície da língua.
- Depois, desaparecimento de este estado normal.
- Por fim, aparecimento de tons de base de colorações diversas em zonas mais ou menos estendidas sobre as quais se destacam elementos vasculares.
- Os sinais cardinais comportam também 3 sinais de tremores. Ao nível da boca (B), da língua (L), e das extremidades (E). Estes 3 sinais devem ser procurados da seguinte maneira: boca aberta em posição de emissão da letra A, língua de fora sem excesso, antebraço em semi-flexão sobre o braço, mão em pronação.
- Avaliação de 0 a 5, segundo a amplitude dos tremores.
- Os sinais cardinais da grelha avaliada podem ser estabelecidos em alguns segundos.
- A variação do total destes 6 sinais (de 0 a 30) aumenta ou diminui segundo o estado de impregnação do doente.
- Na prática corrente, uma só grelha não é suficiente para diagnosticar com rigor o grau de impregnação, mas fornece um elemento de suspeita.

SINAIS EXTERIORES		TREMORES	SINAIS CARDINAIS
F	C	L	B
Face	Conjuntivas	Língua	Boca
		L	E
		Língua	Extremidades

Os parâmetros laboratoriais foram considerados anormais quando superiores aos seguintes valores: VGM 95 μ ³; TGO e γ GT igual ou superior a 2 vezes o normal.

Estratificou-se a população em 4 subgrupos com base na quantificação dos hábitos alcoólicos: Grupo I — não consumidores; Grupo II — consumidores moderados, que ingeriam até 80 gr/dia de álcool; Grupo III — consumidores imoderados, que ingeriam mais de 80 gr/dia; Grupo IV — alcoólicos em tratamento. Os diversos parâmetros obtidos foram comparados entre os 4 subgrupos.

O significado das diferenças entre vários resultados foi avaliado pelo Chi-quadrado e t-student.

RESULTADOS

Idades — As médias das idades (Quadro 1) não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos.

QUADRO 1 — Médias das Idades nos Quatro Grupos

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	p
Médias das idades	45,6 ± 10,6	38,9 ± 9,2	42,3 ± 7,6	44,5 ± 7,3	NS

Grupos de Consumo

O Grupo I era constituído pelos não consumidores e representava 6% dos trabalhadores da empresa; o Grupo II era constituído pelos consumidores moderados, definido por um nível de consumo até 80 g/dia de álcool, representava 68% dos trabalhadores; o Grupo III era constituído pelos consumidores imoderados, definido por um nível de consumo acima dos 80 g/dia, representava 26% dos trabalhadores; o Grupo IV era constituído pelos 23 doentes do Centro de Recuperação de Alcoólicos.

Características de Consumo

O consumo médio do Grupo II (Quadro 2) era significativamente inferior à média do consumo do Grupo III, ($p < 0,001$), o qual era por sua vez significativamente inferior à média do Grupo IV, ($p < 0,005$).

A idade em que o consumo começou a fazer-se de forma regular foi sensivelmente a mesma nos três grupos de consumidores, (Quadro 2), com valores médios à volta dos 17 anos e valores extremos de consumos regulares excessivos, isto é, superiores a 80 gr/dia, começaram na década dos 20 nos grupos III e IV, mais tarde neste último ($p < 0,02$).

Naturalidade

A proporção de indivíduos de conselhos fora de Lisboa era semelhante nos Grupos I, II e III, respectivamente 60%, 57% e 65%. Esta percentagem era muito superior nos indivíduos do Grupo IV: 100% ($p < 0,006$).

Tipo de consumo em familiares

A percentagem de consumidores excessivos entre os pais apresentou uma tendência para ser superior em grupos de maior consumo (Quadro 3). As diferenças não alcançam contudo significado estatístico.

Consumo de tabaco e tranquilizantes

A percentagem de indivíduos que consumiam mais de 10 cigarros/dia aumentava paralelamente ao aumento de consumo do grupo I ao IV (Quadro 3). As diferenças também não alcançam contudo significado estatístico. Por outro lado a proporção de indivíduos do Grupo IV que consumia habitualmente tranquilizantes era significativamente superior às dos indivíduos do Grupo I, II ou III.

Síndrome de privação

Nenhum indivíduo do Grupo I apresentava história de náuseas e vômitos matinais (pituitivas), de tremor que aliviava com ingestão de álcool, de halucinação ou delírium tremens. A incidência de história positiva para estes sintomas subia contudo de 1,5% no Grupo II para 13% no Grupo III e, de modo significativo ($p < 0,005$) para 69% no Grupo IV. Apenas 8% dos indivíduos do grupo III e 21% do Grupo IV tinham história compatível com halucinação ou delírium tremens.

QUADRO 2 — Características do Consumo de Álcool

	Grupo I 6%	Grupo II 68%	Grupo III 26%	Grupo IV
Média de consumo (g/dia)	----	48,3 ± 21,4*	160,2 ± 113,7**	260,3 ± 105,6**
Idade de início de ingestão (anos)	----	16,9 ± 5,4	17,0 ± 4,6	16,9 ± 4,8
Idade de início de imoderação (anos)	----	-----	21,1 ± 5,4*	27,3 ± 10,2**

* / ** $p < 0,001$ ** / *** $p < 0,005$ * / ** $p < 0,02$

QUADRO 3 — Consumo de Álcool nos Pais; Consumo de Tabaco e Tranquilizantes; Síndrome de Privação (em Percentagem de cada Grupo)

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Consumo excessivo nos pais	20	23	34	56
Consumo de tabaco < 10/dia	20	36	47	65
Consumo de tranquilizantes	0	3,2	0*	43*
Náuseas, vômitos tremor	0	1,5	13*	69*
Halucinação D. Tremens	0	0	8	21

* / * $p < 0,01$ * / * $p < 0,005$

Brief MAST e grelha Le Gô

O brief MAST foi negativo nos grupos I e II e positivo em apenas 8,5% dos indivíduos do grupo III e em 95% dos do grupo IV ($p < 0,005$). Quanto à grelha Le Gô não se encontraram resultados positivos no grupo I, e a incidência destes resultados subiu de 4,7% no grupo II para 13% no Grupo III, e 38% no grupo IV ($p < 0,01$). (Quadro 4).

Estigmas de doença hepática crónica e hepatomegália

Pelo menos um dos sinais típicos de doença hepática crónica (eritema palmar, aranhas vasculares, ginecomastia, hipertrofia das parótidas ou contração de Dupuytren) foi detectado em 14% dos indivíduos do Grupo II, e em 38% dos indivíduos do Grupo III e do Grupo IV (Quadro 5). As diferenças não alcançam contudo significado estatístico (Quadro 5).

Parâmetros laboratoriais

A percentagem de casos com VGM elevado foi idêntico no Grupo I, (20%) e nos Grupos III e IV (Quadro 5). Não foram observados valores elevados de TGO nos grupos I e II, apenas em 8,7% do Grupo III e 30,4% do Grupo IV ($p < 0,05$). Não se observaram casos com γ GT elevada no Grupo I, e este parâmetro mostrou-se alterado em cerca de metade dos casos do Grupo IV (Quadro 5).

DISCUSSÃO

O esforço para detectar consumidores excessivos na população resulta do conhecimento de que a dependência alcoólica e a patologia decorrente do excesso de álcool são frequentes neste segmento da população¹². Resulta também de que muitos problemas induzidos pelo álcool surgem em consumidores excessivos, mesmo sem dependência física^{12,13}. Aceita-se que existe consumo excessivo quando para um certo nível de consumo é possível determinar um risco de aparecimento de uma complicação associada ao álcool¹³. O nível de consumo a partir do qual é possível determinar um risco significativo não está definitivamente estabelecido. Têm sido apontados níveis de risco para o aparecimento da doença hepática, desde os 160 g/dia¹⁴ até níveis tão baixos como 40g/dia¹⁵. A nossa escolha do nível de 80 g/dia teve

em conta os resultados de um estudo recente¹⁶ em que se estabeleceu que um consumo de 80 g/dia condiciona uma mortalidade dupla da observada para consumos de 20 g/dia. Neste estudo foram seguidos 2015 indivíduos durante 10 anos, e verificou-se que o aumento da mortalidade no grupo dos consumidores de mais de 80 g/dia era devido ao aumento da incidência de cirrose, cancro, acidentes de viação e trabalho e doenças respiratórias não malignas. Os diferentes níveis de consumo que podem ser considerados excessivos determinam prevalências muito diferentes na população. Para o Ministério da Saúde Francês, havia em 1977 dois milhões de alcoólicos com dependência, e três milhões de consumidores excessivos para um nível de consumo de 160 g/dia¹⁷. Mas se for considerado o nível de 40 g/dia esse número passa para dez milhões¹³, o que significaria que 50% dos homens e 10% das mulheres em França são consumidores excessivos. Em Portugal, a proporção de consumidores excessivos calculados pela fórmula de Jellinek¹⁸, é de 2,5% de toda a população do distrito de Lisboa. Esta fórmula calcula a prevalência de alcoólicos a partir do número de mortes por cirrose hepática. O método que seguimos, em que se procura conhecer os hábitos alcoólicos por inquérito directo da população, tende a revelar um espectro maior de imoderação alcoólica em diferentes segmentos da população, em relação ao que se encontra no conceito de dependência crónica do álcool subjacente ao modelo formulado por Jellinek². Também se deve ter em conta que os cálculos com base na fórmula de Jellinek dizem respeito a toda a população, e que neste estudo se avaliou apenas população adulta do sexo masculino, onde se tendem a concentrar os indivíduos com consumo regular. A elevada percentagem de consumidores excessivos que encontramos deve reflectir de modo mais realista a verdadeira prevalência do consumo de álcool nos adultos do sexo masculino em Lisboa, que significa que cerca de 1/4 desta população bebe em excesso. Se nos lembrarmos que, para um nível de consumo superior a 40 g/dia no sexo masculino, haverá em França 50% de consumidores excessivos, é natural que para um nível mais elevado de 80 g/dia essa proporção não se afasta muito da que encontramos, tendo em conta as semelhanças de consumo per capita de álcool entre os dois países.

As idades de início de consumo de álcool que encontramos confirmam a ideia de que os cálculos sobre epidemiologia do consumo se devem realizar com populações com mais de 15

QUADRO 4—Brief MAST e Grelha Le Gô

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Brief MAST				
%	—	—	8,5*	95*
Grelha Le Gô				
%	—	4,7	13*	38*

*/ * $p < 0,005$ */ * $p < 0,01$

QUADRO 5—Incidência de Pelo Menos Um Estigma de Doença Hepática Crónica, de Hepatomegália e de alteração nos Parâmetros Laboratoriais (percentagem de cada grupo)

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Estigmas de DHC %	0	14	38	38
Hepatomegália %	0	7	31	47
VGM elevado %	20	4,9	20	21
TGO elevado %	0	0	8,7*	30,4*
γ GT elevado %	0	4,7	8,7*	47,8*

*/ * $p < 0,05$ */ * $p < 0,01$

anos. O facto de se encontrar uma idade de início de imoderação mais jovem nos indivíduos do grupo III (21 anos) em relação ao grupo IV (27 anos) pode não ser uma diferença real e reflectir apenas maior sensibilidade daqueles indivíduos em relação ao significado de imoderação.

O facto de todos os indivíduos do grupo IV serem naturais de fora de Lisboa, pode ser explicado porque o meio rural tende a determinar um maior risco de alcoolismo, tendo em conta os consumos elevados que se calculam para esses distritos com base na fórmula de Jellinek (5% de toda a população nos distritos de maior produção de bebidas alcoólicas).

A maior prevalência de pais consumidores excessivos nos grupos de maior consumo está de acordo com outras observações da literatura¹⁹, podendo traduzir quer a influência genética quer ambiental determinante no desenvolver de hábitos de consumo.

O abuso do álcool coincide com frequência com o abuso de tabaco e sedativos²⁰. No caso dos hábitos tabágicos essa tendência é apenas sugerida pelas nossas observações, pois as diferenças não alcançam significado estatístico. Contudo os indivíduos com alcoolismo severo (grupo IV) consumiam mais sedativos, o que pode ser espontâneo ou condicionado pela frequência de uma instituição hospitalar. De qualquer modo, esta associação tem sido confirmada noutros estudos, como o estudo prospectivo terapêutico de Bray²¹, em que se verificou que 28,5% de 188 alcoólicos consumiam regularmente sedativos.

O uso de questionários e outras técnicas de detecção rápida como a grelha Le Gô tornaram-se populares, e os resultados pareciam animadores, com sensibilidades da ordem dos 90%⁹. No entanto esses resultados eram fruto de rastreios em populações que frequentavam já consultas de psiquiatria e de alcoologia. Também nos nossos doentes do Grupo IV essa elevada sensibilidade se confirmou no que diz respeito ao Brief MAST. É contudo evidente que o seu valor na detecção de consumidores imoderados na população adulta ambulatória se revelou muito menor, com uma prevalência de positividade de apenas 38%. Não se mostrou contudo substituto válido para a quantificação dos hábitos alcoólicos com base no interrogatório clínico apropriado. Confirma-se a ideia de que os questionários dependem não só da atitude de cada indivíduo mas sobretudo do seu grau de consciência sobre os riscos que podem resultar dos hábitos alcoólicos²². Esta consciência é em princípio muito menos assumida na população que ainda não sentiu necessidade de recorrer aos serviços de saúde.

Também a presença de história positiva de manifestações de dependência física, ou de fígado palpável e estigmas de doença hepática crónica se associaram em pequenas percentagens aos consumidores imoderados, sendo de pouco valor para a sua identificação. Nos doentes do Grupo IV não ultrapassavam mesmo os 50%.

Os resultados encontrados nos 3 parâmetros laboratoriais analisados confirmam uma correlação positiva com quantidades crescentes de consumo de álcool⁹. Contudo a sua sensibilidade é baixíssima na população estudada, pelo que se revelam ineficazes para rastreio.

No que se refere ao VGM, a incidência de macrocitose em apenas 20% dos grupos com consumo superior a 80 g/dia (III e IV) é francamente inferior ao mencionado na literatura, que oscila entre 26%²³ e 89%²⁴. Não encontramos explicação para o facto, sobretudo no Grupo IV. A elevação da γ GT em cerca de metade dos indivíduos do Grupo IV está de acordo com o referido na literatura, na medida em que a sensibilidade deste teste quando aplicado em grupos de doentes com características idênticas ao nosso tem variado entre 36%²³ e 90%²⁵. Menos compreensível é a sua elevação em apenas 8,7% dos doentes do Grupo III que, consumindo mais de 80 g/dia, é seguramente também um grupo de alto risco.

A elevação da TGO não é considerada pela maior parte

dos autores como um marcador biológico de alcoolismo, mas sim de lesão alcoólica da célula hepática. A sua elevação em 30% dos doentes do Grupo IV é sobreponível à encontrada por outros autores em alcoólicos ambulatorios²⁶. A baixa percentagem observada nos indivíduos do Grupo III, mostra mais uma vez que não se trata de método de rastreio útil ou eficaz.

A especificidade de qualquer destes 3 parâmetros é bastante boa, embora a presença de valores anormais em indivíduos do Grupo I e II nos lembra por um lado outras causas para essa anormalidade e por outro que algumas das respostas obtidas no que diz respeito ao consumo de álcool não foram correctas.

Também a positividade da grelha Le Gô nalguns consumidores classificados como moderados, assim como a presença de pituitas e tremor, hepatomegalia e estigmas de doença hepática crónica, podem reflectir uma incorrecta identificação de consumidores imoderados apenas pela quantificação clínica dos hábitos alcoólicos.

Em conclusão, o nosso estudo permitiu detectar uma prevalência de 26% de consumidores excessivos numa amostra populacional de trabalhadores industriais do sexo masculino de uma empresa de Lisboa, identificados pelo interrogatório dos hábitos alcoólicos. Essa identificação não foi auxiliada de forma significativa por um conjunto de métodos auxiliares como os questionários e parâmetros laboratoriais, que se revelaram de baixa sensibilidade. A existência de eventuais falsos negativos no interrogatório aconselha porém a realizar alguns desses métodos em populações consideradas de maior risco.

BIBLIOGRAFIA

- CORREIA J.P. — Epidemiologia do alcoolismo — Acta Méd. Port. 1984; 5: 141-50.
- FRUST G.J. — Estimating alcoholic prevalence, in Galanter M. *Recent development in alcoholism*. 1.º ed. Vol. I. New York. Plenum Press, 1983: 269-284.
- SHERLOCK S. — Alcohol and disease. Brit. Med. Bull. 1982; 38: 1-2.
- GERNSTEIN D.R.C — Programmes, interests and alcohol; in: Grant M, Plant M, Williams A. Eds. — *Economics and alcohol*. 1.º Ed. New York: Gardener Press, inc, 1983: 43-61.
- WATSON R.R., MOHS M.E., ESKLESON C, SAMPLINEZ R.E., and HARTMAN B. — Identification of alcohol abuse and alcoholism with biologic parameters. Alcohol Clin Exp. Res. 1986; 10: 364-85.
- PEGUIGNOT G, CHASERT C, EYDOUS H, COURCOUL MA: — Augmentation du risque de cirrhose em fonction de la ration d'Alcool Rev. Alcoolism. 1974, 20, 191-202.
- DAVIS P, WALSH D. — Alcohol problems and alcohol in Europe. 1.º Ed. London: Croom Helm, 1983.
- ORREGO H, BLAKE J.E., BLENDIS L.M., KAPRIA B.M., ISRAEL Y. — Reliability of assessment of alcohol intake based on personal interviews in a liver clinic. Lancet 1979; 2: 1354-1356.
- BERNARDT M.W., MUMFORD J., TAYLOR C, SMITH B., MURRAY R.M., — Comparison of questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet 1982; 1: 325-8.
- POKORNEY A.D., MILLER B.A., KAPLAN M.B., — The brief MAST: a shortened version of the Michigan alcoholism screening test. Am. J. Psychiat 1972; 129 342-5.
- LE GÔ PM — à propos de la lute contre l'alcoolisme dans une grande collectivité de travail. Bull Acad Natl Med, 1967; 151: 197-205.
- KRISTENSON H. — Methods of intervention to modify drinking problems in heavy drinkers, in: Galanter M. *Recent developments in alcoholism*. 1 Ed. Vol. IV. New York, Plenum Press, 1986: 403-23.

13. BERNARD C., FLEURY B. — L'alcoolisme est-il une maladie? *Gastroenterol Clin Biol*, 1986, 10, 456-60.
14. LELBACH W.K. — Quantitative aspects of drinking in alcoholic liver cirrhosis, in: *Alcoholic liver pathology*. Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation of Ontario 1975: 1-18.
15. FRANCK D., and RAICHT R.F. — Alcohol induced liver disease. *Alcohol Clin Exp. Res* 1985; 9: 66-82.
16. KLATSKY A.L., FRIEDMAN G.D., SIEGELAND A.B. — Alcohol and mortality: a ten-year kaiser-permanent experience. *Ann Intern. Med.* 1981; 95: 139-45.
17. LELBACH W.K. — Epidemiology of alcoholic liver disease: Continental Europe, in Hall P. *Alcoholic liver disease* 1.º Ed. London. Edward Arnold (publishers) 1985: 130-66.
18. JELLINEK E.M. — Recent trends in alcoholism and in alcohol consumption. *Q.J. Stud Alcohol* 1947; 8: 1-42.
19. MOORE R.A., RAMSEN F.A. — A study of background of 100 hospitalized veterans with alcoholism. *Quart. J. Stud Alcohol* 1960; 21: 51-7.
20. SWINSON R.P. and EAVES D., — The problem of alcoholism and drug dependence. In: *Alcoholism and addiction*. 1.º Ed. Plymouth, Mcdonald and Evans Ltd 1978: 16-52.
21. CLAYTON R.R. — Multiple drug use: epidemiology, correlates and consequences in: Galantior M. *Recent developments in alcoholism*. 1.º Ed. Vol. IV New York. Plenum Press, 1986: 7-38.
22. JACCBSON R.J. — Detection assesement and diagnosis of alcoholism: current tecniques, in: Galantier M. *Recent developments in alcoholism*. 1.º Ed. Vol. I New York. Plenum Press, 1983:
23. LOYD G., CHICK J., GROMBIE E. — Screening for problem drinkers among medical in patients. *Drug Alcohol Depend*, 1982; 10: 355-9.
24. CHANARIN I., LEVY A.J. — Macrocytosis of chronic alcoholism. *Lancet* 1974; 1: 829-30.
25. ROSALKI S.B., RAND D. — Serum γ glutamil transpeptidase activity in alcoholism. *Clin Chim Acta* 1972: 39: 41-7.
26. SKINNER H.A., HOLT S., SHECI W.J., ISRAEL Y. — Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the alcohol clinical index. *Br. Med. J.* 1986; 292: 1703-8.

Pedido de separatas:
Paulo Fidalgo
Serviço Medicina 2
Hospital Santa Maria
1699 Lisboa Codex