



Separata da

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA



Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado?*

Jandira Masur¹, Sergio Tufik², Artur B. Ribeiro³, Manoel A.S. Saragoça⁴, Ronaldo R. Laranjeira⁵
São Paulo, SP

*Deus lhe pague . . .
Pelos andaimes pingentes
Que a gente tem que cair
Pela cachaça de graça
Que a gente tem que engolir*

Chico Buarque

*

É aceito que o uso prolongado e excessivo de bebidas alcoólicas pode levar as disfunções orgânicas a vários níveis, entre os quais gastrintestinal, neurológico, metabólico e cardiovascular. Um simpósio realizado em 1975 fornece uma revisão sobre este problema⁽²³⁾. Dado que o consumo intenso de álcool é geralmente acompanhado por problemas nutricionais, o papel do etanol *per se* tem sido discutido. Entretanto, trabalhos recentes indicam que, mesmo na ausência de deficiências nutricionais, o álcool possui um efeito tóxico intrínseco. Lieber⁽¹²⁾, utilizando um modelo animal no qual o álcool era administrado conjuntamente com uma dieta adequada, observou não só a infiltração gordurosa hepática, como hepatite e cirrose. No nosso meio, Rossi

e cols.⁽²⁰⁾ também mostram evidências de que o consumo prolongado de etanol exerce um papel causal direto na patogênese da lesão hepática. Em relação à neuropatia alcoólica, existem dados contrários à hipótese de que a má nutrição e avitaminose B seriam pré-requisitos do desenvolvimento da neuropatia em alcoólatras, sugerindo uma ação tóxica direta do etanol no nervo periférico⁽⁴⁾.

Frente a estes dados se coloca a questão, já estudada em outros países^(7,19), da necessidade da avaliação sistemática em nosso meio do consumo de bebidas alcoólicas em pacientes que procuram um hospital geral. Para responder a esta pergunta, o primeiro passo seria fornecer dados que dimensionassem o problema, ou seja, que informassem qual a proporção de pacientes que ingere álcool de forma a poder levar a comprometimento orgânico. Este é o propósito do presente trabalho, no qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas foi avaliado em pacientes ambulatoriais de um hospital previdenciário de São Paulo (Hospital São Paulo). Procedeu-se a esta avaliação em: A) pacientes representativos da população geral que procura o Hospital São Paulo, sendo a entrevista realizada antes de os mesmos serem encaminhados a ambulatórios específicos em relação às suas queixas; e B) amostra representativa dos pacientes diagnosticados como hipertensos. Este grupo teve o propósito de verificar possíveis diferenças no padrão de consumo de álcool entre a população geral que procura o Hospital São Paulo e os portadores de um quadro clínico (hipertensão) que tem sido correlacionado com a ingestão de bebidas alcoólicas^(6,3,10).

Um problema que tem sido considerado como fator impeditivo para uma avaliação sistemática da ingestão de álcool em pacientes de hospitais gerais é a conhecida tendência de os mesmos minimizarem ou negarem o consumo de bebidas alcoólicas. Assim, como foi colocado por Nolan⁽¹⁹⁾ ao estudar o consumo de álcool em pacientes do *Grace-New Haven Community Hospital*, a resposta à pergunta tradicional "quanto o Sr. (a) bebe?" inserida de passagem na história geral do paciente, dificilmente leva a informações relevantes.

No presente trabalho é proposta uma forma de avaliação que, pelos resultados obtidos, parece ser bastante sensível em detectar os casos nos quais o álcool poderia ser uma variável importante.

MÉTODOS

Sujeitos — Para a avaliação do consumo de álcool em pacientes hipertensos (grupo hipertenso), foram selecionados ao acaso 100 homens e 100 mulheres da disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina. Todos estes 200 pacientes haviam sido previamente diagnosticados como hipertensos, pelo serviço de hipertensão da disciplina de Nefrologia, baseado na pressão diastólica acima de 95mm de Hg.

Para a avaliação do padrão de ingestão de bebidas alcoólicas da população (grupo geral) que procura o Hospital São Paulo, foram selecionados ao acaso 100 homens e 100 mulheres encaminhados à triagem, dentro da mesma faixa etária do grupo de hipertensos. A medida da pressão arterial destes sujeitos indicou pressão diastólica igual ou superior a 95mm de Hg em 11% dos homens e em 7% das mulheres. Estes pacientes não foram retirados da amostra, dado que estávamos interessados na caracterização de um grupo geral, sem excluir nenhuma das patologias. Ressaltamos também que a análise posterior dos dados, sem estes pacientes hipertensos, mostrou que o resultado não seria alterado. Como indicador do grupo étnico, a "cor da pele" era classificada pelo entrevistador como branca, intermediária, preta e amarela. A tabela I fornece as características de faixa etária e grupo étnico das amostras estudadas.

Entrevista — A primeira parte da entrevista destinava-se a colher dados gerais, como idade, profissão e nível salarial. Em seguida eram formuladas questões sobre o consumo de café e fumo, com a finalidade de facilitar a introdução das perguntas sobre o álcool. Para a avaliação do consumo de álcool foi feita uma adaptação parcial da técnica de Cahalan e Cisin⁽⁵⁾, que se encontra reproduzida no qua-

* *Consumption d'alcool chez des patients dans un hôpital général: un problème négligé? / Alcohol consumption by patients of general hospitals: a neglected problem?*

Trab. realiz. com aux. financ. da FINEP (Financ. Nac. de Estudos de Projetos) e da AFIP (Assoc. Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia). Apres. para publ. em 22/9/78; aprov. em 22/12/78.

1. Com bolsa para Pesq. do Cons. Nac. de Desenv. Científico-Tecnológico; Prof.ª-Adj. do Dep. de Psicobiol. da Esc. Paul. de Med.
2. Prof. colab. de Psicobiol. da Esc. Paul. de Med.
3. Aux. de Ensino da Disc. de Nefrol. do Dep. de Med. da Esc. Paul. de Med.
4. Méd. do Hosp. São Paulo; da Disc. de Nefrol. do Dep. de Med. da Esc. Paul. de Med.
5. Acad. de Med., estag. do Dep. de Psicobiol. da Esc. Paul. de Med.; com bolsa do Minist. da Educação e Cultura/Dep. de Assist. ao Estudante.

Quadro I			
Reprodução parcial do questionário. Os itens abaixo referem-se às questões sobre a ingestão de álcool adaptadas de Cahalan e Cisin ⁽⁵⁾			
1. Quantas vezes por dia costuma tomar bebidas alcoólicas*			
3 ou mais vezes por dia			1
2 vezes por dia			2
1 vez por dia			3
quase todos os dias			4
1 ou 2 vezes por semana			5
2 ou 3 vezes por mês			6
cerca de 1 vez por mês			7
menos do que 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano			8
não toma bebidas alcoólicas			9
2. Quantas vezes por dia costuma tomar			
	cerveja	vinho	destilados
3 ou mais vezes por dia	1	1	1
2 vezes por dia	2	2	2
1 vez por dia	3	3	3
quase todos os dias	4	4	4
1 ou 2 vezes por semana	5	5	5
2 ou 3 vezes por mês	6	6	6
cerca de 1 vez por mês	7	7	7
menos do que 1 vez por mês mas ao menos 1 vez por ano	8	8	8
3. Quando toma cerveja:			
	quase sempre	de vez em quando	nunca
costuma tomar 5 ou mais copos seguidos	1	1	1
costuma tomar 3 ou 4 copos seguidos	2	2	2
costuma tomar 1 a 2 copos seguidos	3	3	3
costuma tomar menos de 1 copo	4	4	4
4. Quando toma vinho			
costuma tomar 5 ou mais copos seguidos	1	1	1
costuma tomar 3 ou 4 copos seguidos	2	2	2
costuma tomar 1 a 2 copos seguidos	3	3	3
costuma tomar menos de 1 copo	4	4	4
5. Quando toma destilados:			
costuma tomar 5 ou mais copos seguidos	1	1	1
costuma tomar 3 ou 4 copos seguidos	2	2	2
costuma tomar 1 a 2 copos seguidos	3	3	3
costuma tomar menos de 1 copo	4	4	4
* Esta questão não era formulada, sendo preenchida pelo entrevistador com as informações obtidas nos restantes itens. A pergunta com a qual o entrevistador introduzia o assunto era: "Qual a bebida que o Sr.(a) prefere: vinho, cerveja, pinga, caipirinha, etc." (ver texto, métodos).			

dro I. Esse questionário foi recentemente utilizado para o levantamento a nível nacional do padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos. As questões levam em conta a frequência (F), a quantidade (Q) e a variabilidade (V) do consumo dos 3 principais tipos de bebidas alcoólicas, quais sejam, vinhos, cervejas e destilados. A caracterização do tipo de bebida consumida é muito importante, uma vez que as bebidas alcoólicas variam quanto a concentração de etanol. As cervejas, os vinhos e os destilados contêm, respectivamente, cerca de 4, 11 e 46% de álcool etílico⁽¹¹⁾. As questões sobre os destilados eram formuladas na forma de pinga, uísque, conhaque, rum, batidas ou caipirinhas.

A classificação dos sujeitos em relação ao consumo de álcool foi feita através do índice Q-F-V, dado pela frequência de ingestão de qualquer bebida alcoólica usada mais amiudadamente (quando dois tipos de bebidas empatavam na frequência, era levada em conta a bebida ingerida em maior quantidade). As questões sobre cerveja e vinhos tiveram como unidade copos de cerca de 150ml, enquanto que os destilados tiveram como unidade "uma dose".

De acordo com informações colhidas em bares de diferentes áreas de São Paulo, a dose de cachaça servida é de cerca de 40-50ml.

Com o índice Q-F-V, os respondentes são, de acordo com Cahalan e Cisin⁽⁵⁾, classificados em 5 diferentes categorias:

0 - bebem menos do que uma vez por ano ou nunca;

I - bebem mais do que uma vez por ano, mas menos do que uma vez por mês;

II - bebem ao menos uma vez por mês, tipicamente com não mais do que 1 ou 2 doses por ocasião;

III - bebem ao menos uma vez por mês, tipicamente várias vezes por mês com não mais do que 3 ou 4 doses por ocasião;

IV - bebem tipicamente quase todos os dias com 5 ou mais doses de vez em quando, ou ao menos semanalmente com quase sempre 5 ou mais doses.

Na classificação original de Cahalan e Cisin⁽⁵⁾ os graus 0, I, II, III e IV são denominados, respectivamente, de *abstainers*, *infrequent*, *light*, *moderate* e *heavy drinkers*. Dada a dificuldade de uma tradução adequada, optamos pela denominação através de graus (0 a IV).

De acordo com a finalidade do presente trabalho, procuramos identificar uma "faixa de risco" em relação a comprometimentos orgânicos induzidos pelo álcool. Para uma definição operacional desta faixa, consideramos dados de literatura que mostram que os indivíduos considerados "bebedores pesados" e nos quais são detectados comprometimentos orgânicos ingerem uma média diária acima de 80g de etanol⁽²⁵⁾, o que equivale a 100ml (densidade do álcool etílico = 0,8g/ml). Este valor, por sua vez, corresponde a cerca de 200ml dos destilados, ou seja, a 4 doses de pinga (bebida mais comumente referida pelos entrevistados). As características do questionário (ver quadro I) permitem inferir que os classificados no grau IV pelo consumo de destilados ingerem uma média diária de 50-325ml de etanol (2-15 doses). Assim, no presente trabalho foi considerado como faixa de risco a "classificação grau IV em função do consumo de destilados".

Na entrevista procuramos diminuir a tendência de negar ou minimizar o consumo de álcool através de: A) introdução de perguntas preliminares sobre o consumo de café e cigarros; B) ao invés de perguntar diretamente

Tabela 1
Distribuição do grupo geral (GG) e do grupo hipertenso (GH) quanto a faixa etária e etnia

Faixa etária (anos)	Homens (n)		Mulheres (n)		Grupo étnico	Homens (n)		Mulheres (n)	
	GG	GH	GG	GH		GG	GH	GG	GH
20-29	12	10	10	8	Preto	10	17	11	20
30-39	16	15	25	24	Interm.	30	26	28	31
40-49	25	29	25	26	Branco	60	54	61	47
50-59	29	29	25	22	Amarelo	0	3	0	2
60-69	12	16	12	16					
70-79	6	1	3	4					

(n) = Número de pacientes.

Tabela 2
Distribuição do consumo de álcool no grupo geral (GG) e no grupo hipertenso (GH) através dos graus 0-IV

Graus	Homens (%)		Mulheres (%)	
	GG	GH	GG	GH
0 (menos do que 1 vez por ano ou nunca)	2	11	30	23
I (ao menos 1 vez por ano, menos do que 1 vez por mês)	2	5	11	18
II (ao menos 1 vez por mês tipicamente com não mais do que 1 ou 2 doses)	13	5	14	22
III (ao menos 1 vez por mês, tipicamente várias vezes por mês, com não mais do que 3 ou 4 doses por ocasião)	30	28	39	31
IV (tipicamente quase todos os dias com 5 ou mais doses de vez em quando, ou semanalmente com quase sempre 5 ou mais doses)	53	51	6	6

se a pessoa ingeria bebidas alcoólicas (ver quadro I), o que na maior parte das vezes elicia respostas negativas, a primeira questão sobre o assunto era formulada da seguinte forma: "quando o Sr.(a) bebe, que tipo de bebida prefere: cerveja, vinho, cachaça, batida?" A questão assim colocada facilita a resposta, pois já contém a afirmativa (e portanto a aceitação) de que o sujeito bebe álcool e só se está procurando avaliar a preferência; e C) no caso de respostas negativas, a mesma pergunta era remetida ao passado: "e quando o Sr.(a) bebia, que tipo de bebida preferia: cerveja, vinho, cachaça, etc.?"

Os sujeitos foram também inquiridos sobre a ingestão de bebidas alcoólicas no período da manhã.

A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 10-15min, tendo sido realizadas por 3 entrevistadores no período compreendido entre abril e julho de 1978.

Análise estatística - A análise estatística foi feita através do teste do qui-quadrado (χ^2) com a correção de Yates quando necessária. O nível estabelecido para rejeição da hipótese de nulidade foi 0,01.

RESULTADOS

O resultado obtido quanto ao consumo de bebidas alcoólicas está representado na tabela 2. Comparando-se a proporção de homens dos

2 grupos através dos graus 0-IV, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ao nível estabelecido de 1% ($\chi^2 = 11,12$; $gl=4$). O mesmo ocorreu quando as mulheres de ambos os grupos foram comparadas ($\chi^2 = 5,26$; $gl=4$). Analisando o padrão de consumo de álcool nas amostras estudadas, chama a atenção a grande percentagem de entrevistados do sexo masculino classificados como grau IV (53 e 51%, tabela 2). Quanto às mulheres, o grau IV foi constituído por apenas 6% do grupo geral e 6% do grupo hipertenso (tabela 2).

Quanto à distribuição do grau IV pelos 4 grupos étnicos considerados, a tabela 3 mostra não haver diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 3,27$; $gl=3$).

Na faixa de risco entraram os que pelo seu consumo de destilados ingerem uma média diária maior do que 80g de etanol (ver métodos). Na realidade, como pode ser visto na tabela 4, a maior parte dos homens classificados como grau IV (53 e 51%) caiu na faixa de risco (42 e 45%). Quanto as mulheres, apenas 1% (grupo hipertenso) e 3% (grupo geral) se situaram na faixa de risco.

É possível que alguns sujeitos grau IV classificados pelo consumo de cerveja ou vinho (tabela 4) também consumam, na forma destas bebidas, uma média diária acima de 80g de etanol. Entretanto, as características do questionário não permitem esta inferência, uma

vez que 80g correspondem a cerca de 2,5 litros de cerveja (cerca de 4 garrafas) e a mais do que 1 litro de vinho, enquanto que o máximo consumo avaliado é de 5 ou mais doses (750ml de cerveja ou vinho). Esta limitação poderia, em estudos futuros, ser facilmente superada pela introdução, nas perguntas sobre vinho e cerveja, de garrafas ao invés de copos como unidade. No entanto, no presente trabalho, esta questão não prejudicou os resultados, uma vez que a maior parte dos classificados como grau IV referiu consumir preferentemente destilados. Destes, praticamente a única bebida referida era a cachaça. Apenas 2 homens na faixa de risco referiram beber preferentemente conhaque.

É importante também ressaltar que o consumo de álcool na faixa de risco esteve para a maior parte dos sujeitos muito acima dos limites inferiores definidos (ingestão diária média acima de 80g de etanol), sendo comum a referência a um consumo diário de 1 garrafa de pinga. Levando-se em conta que as garrafas de pinga mais consumidas contêm cerca de 600ml, isto equivale a cerca de 240g de etanol.

Uma vez que a pergunta sobre o consumo de álcool era também remetida ao passado (ver métodos), a alta percentagem da faixa de risco entre os homens não reflete necessariamente a história atual dos respondentes. Foi comum a obtenção de respostas negativas ou minimizadas para o presente e positivas em relação ao passado. Por exemplo, várias pessoas classificadas na faixa de risco referiam ter parado de beber a períodos que variavam de anos a semanas. Portanto, as percentagens mostradas nas tabelas 2 e 4 devem ser entendidas como referentes à história passada e/ou atual. É interessante notar, entretanto, que vários indivíduos que referiam ter parado de beber deram, quando solicitados, informações precisas a respeito do preço atual das bebidas alcoólicas.

A comparação relevante para o presente trabalho entre o grupo geral e grupo hipertenso é quanto a possível diferença entre os 2 grupos no número de sujeitos que referem consumir bebidas alcoólicas em um nível potencialmente comprometedor do ponto de vista orgânico. Neste sentido, foi comparada a proporção de sujeitos da faixa de risco do grupo hipertenso com a proporção da faixa de risco do grupo geral. Dos 51 e 53% classificados como grau IV nos grupos hipertenso e geral, 45 e 42% caracterizaram-se como faixa de risco (tabela 4). Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 1,06$; $gl=1$).

Em relação à pergunta sobre a ingestão de álcool durante a manhã, deram respostas positivas cerca de 50% dos sujeitos classificados na faixa de risco.

Número de sujeitos do sexo masculino classificados como grau IV nos diferentes grupos étnicos		
Etnia	Nº total de entrevistados	Nº de entrevistados grau IV
Branco	114	62 (54%)
Preto	27	14 (52%)
Intermediário	56	28 (50%)
Amarelo	3	0 (0%)

Porcentagem de sujeitos do sexo masculino cujo consumo de bebidas alcoólicas foi classificado como grau IV, em função da ingestão predominante de vinho, cerveja ou destilados		
Tipo de bebida	Grupo geral	Grupo hipertenso
Vinho	2%	2%
Cerveja	9%	4%
Destilados (faixa de risco)	42%	45%
Total	53%	51%

A inquirição sobre o nível salarial e profissão só foi feita no grupo geral (sexo masculino). Destes, 14% eram aposentados e 11% estavam afastados temporariamente do serviço. Dentre as profissões, as mais referidas eram relacionadas aos serviços de construção (pedreiro, servente, pintor e electricista). A mediana do nível salarial para os homens foi entre 1-2 salários mínimos (Cr\$ 1.560,00 – Cr\$ 3.120,00).

DISCUSSÃO

O presente trabalho fornece dados a respeito de uma população específica, a de um hospital geral de nível previdenciário, não podendo, portanto, os resultados ser extrapolados para a população geral. Os dados evidenciam que uma alta percentagem da população do sexo masculino que procura o hospital geral previdenciário consome bebidas alcoólicas de forma potencialmente comprometedoramente a nível orgânico.

Poderia ser questionado se a alta percentagem da faixa de risco encontrada no presente trabalho não é um artefato da técnica de avaliação empregada. Os dados obtidos por Cahalan e Cisin⁽⁵⁾ são contrários a esta possibilidade. Estes autores, ao aplicarem o mesmo questionário em 2.746 pessoas nos Estados Unidos, classificaram 21% dos homens e 5% das mulheres como *heavy drinkers* (grau IV). Por outro lado, existe entre os autores o consenso de que os questionários em geral fornecem sub-estimativas do consumo de álcool⁽⁵⁾. Entretanto, não pode ser esquecido que a pergunta sobre a ingestão de álcool era no nosso questionário também remetida ao passado. Isto, sem dúvida, inflacionou a magnitude do grau IV (conseqüentemente a faixa de risco), impossibilitando uma comparação com os dados obtidos quando a questão do consumo só se refere à história atual do entrevistado, como no estudo de Cahalan e Cisin⁽⁵⁾. Este é um ponto muito importante, pois implica no fato de que a faixa de risco, por nós obtida, deve ser interpretada como: "45% (grupo hipertenso) e 42% (grupo geral) dos entrevistados do sexo masculino foram classificados na faixa de risco pelo consumo de bebidas alcoólicas que referem consumir ou terem consumido". Esta faixa, porém, seria muito menor caso somente a história atual fosse considerada. Todavia, achamos válida a inclusão de respostas referentes ao passado, baseando-se no fato de que o padrão de consumo de álcool, da abstenção ao consumo intenso, não é unidirecional. Ocorre, muitas vezes, um padrão de "vai-e-vem" entre a abstenção e o beber moderado ou intensivamente. Este fenômeno, discutido por vários autores^(5,9,23), mostra que a "construção" da faixa de risco, baseada tanto na história passada como na atual, é justificável, dependendo dos objetivos do estudo.

Analisando a magnitude da faixa de risco observada no grupo geral e hipertenso do sexo masculino, fica clara a necessidade de uma análise sistemática e detalhada do consumo de álcool em pacientes que procuram um hospital geral. Mesmo não se levando em conta que o álcool poderia estar contribuindo na etiologia de várias das queixas referidas, ele poderia atuar como agravante do quadro. É interessante lembrar que, de acordo com alguns autores, 135ml de etanol (108g) delimitam a faixa de risco para moléstias hepáticas⁽²⁾. Por outro lado, Klatsky e cols.⁽¹⁰⁾, estudando a pressão arterial em relação aos hábitos de beber em cerca de 83.000 pessoas, concluíram que o uso regular de 3 ou mais *drinks* por dia constitui fator de risco para a hipertensão. Três *drinks* na forma de destilados equivalem a cerca de 50g de etanol.

No presente trabalho não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o grupo hipertenso e o geral, sendo a faixa de risco semelhante para ambos. De acordo com vários trabalhos que mostram uma correlação entre hipertensão e ingestão de álcool, seria de se esperar um maior consumo de álcool no grupo hipertenso. Neste sentido, o grupo geral deveria funcionar como grupo controle, na medida em que mostrasse se a alta faixa de risco é específica dos hipertensos ou é uma característica da população que procura o hospital geral. Todavia, uma análise mais detalhada mostra que a ausência de diferença entre os dois grupos não é contrária a hipótese de correlação entre álcool e hipertensão. Se imaginarmos que o grupo geral é composto por pessoas com queixas que, eventualmente, poderiam estar relacionadas ao consumo de álcool, por exemplo, distúrbios gastrintestinais, moléstias hepáticas, problemas cardíacos, distúrbios neurológicos ou afecções dérmicas, chega-se à conclusão de que o mesmo não constitui um controle adequado.

Deve ser lembrado, no entanto, que a causalidade da correlação entre álcool e hipertensão sugerida pelo trabalho de Klatsky e cols.⁽¹⁰⁾ ainda está por ser comprovada. Como hipótese alternativa, poderia ser levantado que um terceiro fator (por exemplo, sensibilidade às situações de *stress*) poderia explicar tanto a hipertensão como o elevado consumo de álcool.

Em relação às características gerais de consumo de álcool da amostra estudada, chama a atenção a diferença entre os sexos, os homens consumindo muito mais álcool do que as mulheres. Esta diferença está de acordo com os dados de literatura. No Canadá e nos Estados Unidos, a proporção estimada de alcoólatras é de 6 homens para 1 mulher⁽¹³⁾. Tem sido sugerido que esta diferença é o reflexo de um duplo padrão moral imposto pela sociedade. A embriaguez é menos aceitável para a mulher, representando uma quebra de estereótipos do tipo "comportamento feminino", enquanto que para os homens pode ser até

considerada como prova de masculinidade. Acredita-se, inclusive, que estes fatores atuam, muitas vezes, não no sentido de evitar que as mulheres bebam excessivamente, mas, sim, no sentido de fazer com que elas escondam sua ingestão de álcool. Foi estimado que 70% das mulheres alcoólatras nos Estados Unidos são "bebedoras ocultas", não admitindo seu problema nem procurando ajuda⁽²¹⁾. Dentro deste enfoque, é possível que a grande diferença entre homens e mulheres, observada na nossa amostra, deva-se, em parte, às mulheres referirem menos ingestão de bebidas alcoólicas do que ocorre na realidade. É interessante notar que as diferenças das expectativas culturais quanto aos sexos estava presente em várias das mulheres entrevistadas, que, ao serem inquiridas com relação ao consumo de álcool, costumavam comentar: "acho muito feio mulheres que bebem", "é horrível uma mulher bêbada", "homem beber, vá lá, mulher eu acho horrível".

Quanto à crença disseminada no nosso meio de que o consumo intenso de álcool é maior entre os negros, o presente trabalho mostra dados que não confirmam esta suposição, dado que não houve diferença quanto aos grupos étnicos no grau IV. É interessante lembrar que Cahalan e Cisin⁽⁵⁾ também não encontraram diferenças étnicas nos *heavy drinkers*, mostrando, no entanto, que estes estão em maior proporção nos níveis sócio-econômicos menos privilegiados. Estes dados são compatíveis com os nossos resultados, que mostram que dentro de um grupo sócio-econômico homogêneo (93% referiram ganhar entre 1-2 salários mínimos) não existe correlação entre etnia e consumo intenso de álcool.

Ainda dentro das características gerais do padrão de ingestão de bebidas alcoólicas, os resultados obtidos mostram que o grupo de risco consome preferencialmente a pinga. A caracterização do tipo de bebida consumido é importante, pois sabe-se que as bebidas contêm várias outras substâncias além do etanol, como outros álcoois, aldeídos e ésteres, sendo característico nos destilados a presença dos álcoois superiores. Apesar de estarem presentes em concentrações baixas, quando comparadas com o álcool etílico, seu efeito farmacológico não parece ser negligenciável⁽¹⁸⁾. Em um estudo destinado a detectar a presença de álcoois superiores nas cachaças, Almeida e Barreto⁽¹⁾ relataram a presença de n-propanol, isobutanol e álcool isoamílico em todas as 60 amostras de cachaças analisadas, numa concentração média acima do que a relatada para outros tipos de destilados. Em um trabalho realizado no Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, foi relatado que os efeitos agudos induzidos por várias cachaças foram maiores do que seria predizível apenas pelo conteúdo do etanol⁽¹⁴⁾. Este dado sugere a necessidade de ser verificado até que ponto as outras substâncias contidas nas cachaças poderiam ter um efeito

per se nas disfunções somáticas geralmente atribuídas ao etanol.

Até o presente evitamos deliberadamente a menção de alcoolismo com relação à amostra estudada. Até que ponto a faixa de risco poderia ser pensada como uma faixa de alcoólatras? Na realidade, esta equalização seria simplista, dado que a ingestão repetitiva de álcool em grande quantidade é apenas uma das condições necessárias para a caracterização do alcoólatra⁽¹⁵⁾. As outras características seriam aquelas que caracterizam o processo de dependência ao etanol. Dentro desta linha, a presença de indicadores de dependência física, como o beber pela manhã, tem sido considerada importante na caracterização do alcoólatra. Após algumas horas de abstinência (durante o sono), aparece o tremor que é um dos primeiros sinais da síndrome de abstinência e que é aliviado pela ingestão de álcool. No presente trabalho, cerca de 50% dos sujeitos na faixa de risco referiram beber de manhã. Entretanto, dada a falta de outros indicadores, não podemos fazer estimativas a respeito do número de alcoólatras na amostra estudada. O trabalho de Cahalan e Cisin⁽⁵⁾ ilustra a complexidade do problema. Estes autores avaliaram as razões que levam os indivíduos a beber, classificadas em: sociais, hedonistas ou por fuga. Cerca de 50% dos *heavy drinkers* foram classificados como "bebedores por fuga", constituindo, portanto, os *heavy-escape-drinkers*. De acordo com Keller⁽⁹⁾, a maior parte dos alcoólatras estaria contida nesta classe, em última análise seriam os *heavy-escape-drinkers* que perderam o controle sobre a ingestão do álcool. Pelas estimativas desse mesmo autor, cerca de 50% dos *heavy-escape-drinkers* seriam alcoólatras, o que corresponde a cerca de 1/4 dos *heavy-drinkers*. Só a título de exemplificação, se a nossa amostra obedecesse as mesmas características, dos 42 e 45% dos sujeitos classificados na faixa de risco, teríamos que cerca de 50% bebem por fuga, o que corresponde a 20% da amostra. Estimando, que, destes, 50% perderam o controle sobre a ingestão de álcool, teríamos que na nossa amostra a proporção de alcoólatras seria de 10-12% para o sexo masculino. Green⁽⁷⁾ relatou que a proporção de alcoólatras em um hospital público geral na Austrália é para os homens cerca de 20%.

Seria muito interessante podermos comparar os nossos dados obtidos com pacientes de hospital previdenciário com os da população

geral de São Paulo. Porém, isto fica impossibilitado pela falta de levantamentos gerais em nosso meio. Apesar de no Brasil as bebidas alcoólicas serem muito consumidas, os dados a respeito são escassos. A maior parte dos levantamentos foram realizados em hospitais psiquiátricos, onde é mostrada a alta proporção do diagnóstico de alcoolismo. Apesar de importante, estes dados não mostram qual é o padrão de consumo de álcool na população geral, o que é fundamental para o dimensionamento do problema, principalmente em termos preventivos. Esta ausência de informação é claramente observada nas estatísticas internacionais que analisam o problema do álcool, onde é rara a referência ao Brasil. Algumas informações populacionais no nosso meio provêm de um levantamento feito em uma vila de Ribeirão Preto, SP, onde o consumo de álcool por 203 pessoas foi analisado⁽²²⁾, e o realizado pela Seção de Saúde Mental de Florianópolis, na Ilha de Santa Catarina⁽¹¹⁾. Entretanto, estas informações não são suficientes para prover um quadro geral sobre um país com características regionais tão específicas como o Brasil. Além do mais, alguns problemas metodológicos criam dificuldades quanto à interpretação dos resultados obtidos. Assim, no levantamento da Ilha de Santa Catarina, 625 questionários foram aplicados, dos quais 130 entrevistados eram homens e 495 eram mulheres. Esta diferença de proporção foi conseqüente ao procedimento utilizado, no qual a aplicação dos formulários foi realizada no período da tarde, horário em que a maior parte dos homens não se encontrava em casa. Infelizmente, os autores não levaram em conta, nas suas interpretações, a conhecida diferença nos hábitos de beber, entre os sexos, analisando seus resultados de forma global. Assim, algumas das conclusões a que chegaram, como: "o número de abstêmios perfaz um índice significativo", "as pessoas bebem com maior freqüência em festas e comemorações", "o local costumeiro para ingestão de bebidas alcoólicas é o ambiente doméstico", ficam comprometidas.

A falta de dados epidemiológicos faz parte, em nosso meio, de um quadro geral caracterizado pela ausência de preocupação científica em relação ao problema do álcool. Isto fica documentado em uma publicação recente⁽¹⁷⁾, na qual é mostrada a contribuição de diferentes países na pesquisa sobre o álcool. Dos 35 países citados, os Estados Unidos

constam com o maior número de trabalhos e, entre os menores contribuintes, estão a Índia, Peru e Singapura. O Brasil nem consta da lista.

Acreditamos que os problemas relacionados ao consumo excessivo do álcool requerem que, na formação dos profissionais ligados à área de saúde, o assunto seja abordado mais detalhadamente. Ao menos em relação ao curso médico, existem evidências de que o mesmo parece insuficiente para prover as informações necessárias⁽¹⁶⁾.

RESUMO

Foi analisado o padrão de consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de um hospital geral de nível previdenciário. Os resultados mostraram que cerca de 45% dos homens consomem bebidas alcoólicas de forma potencialmente comprometedoras do ponto de vista orgânico. Estes dados evidenciam a necessidade de uma análise sistemática e detalhada da ingestão de álcool em pacientes que procuram o hospital geral.

RÉSUMÉ

Consommation d'alcool chez des patients dans un hôpital général: un problème négligé?

On analysa le niveau de consommation d'alcool par des patients d'ambulatorio, dans un hôpital général de Prévidence Sociale. Les résultats en montrèrent que 45% environ d'hommes consomment des boissons alcooliques, d'une façon qui compromet profondément du point de vue organique. Ces données rendent évident le besoin d'une analyse systématique et détaillée de l'ingestion d'alcool chez les patients qui cherchent l'hôpital général.

SUMMARY

Alcohol consumption by patients of general hospitals: a neglected problem?

The ingestion of alcoholic beverages in outpatients of a social welfare general hospital was analysed. The results showed that for about 45% of the male subjects the level of alcohol consumption was potentially hazardous to health. The results evidence the importance of a systematic evaluation for alcohol ingestion in patients of a general hospital.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M.E.W. & Barreto, H.H.C.: Higher alcohols in sugar cane potable spirits by direct gas chromatography, *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 31: 117, 1971.
- Barry III, H.: Alcohol. In: Pradhan, S.N. & Dutta, S.N. (eds.): *Drug abuse, clinical and basic aspects*, The C.V. Mosby Co, Cap. VI, 1977, p. 78.
- Beevers, D.G.: Alcohol and hypertension, *Lancet* 2: 114, 1977.
- Behse, F. & Buchthal, F.: Alcoholic neuropathy: clinical electrophysiological, and biopsy findings, *Ann. Neurol.* 2: 95, 1977.
- Cahalan, D. & Cisin, I.H.: American drinking practices: summary of findings from a national probability sample. I. Extent of drinking by population subgroups, *Q. J. Stud. Alcohol* 29: 130, 1968.
- Clark, V.A., Chapman, J.M. & Coulson, A.H.: Effects of various factors on systolic and diastolic blood pressure in the Los Angeles heart study, *J. Chron. Dis.* 20: 571, 1967.
- Green, J.R.: The incidence of alcoholism in patients admitted to medical wards of a public hospital, *Med. J. Aust* 1: 465, 1965.
- Instruções de orientação para o registro e cadastramento dos estabelecimentos de bebidas alcoólicas. Departamento Nacional de Serviços de Comercialização. Ministério da Agricultura.
- Keller, M.: Problems of epidemiology in alcohol problems, *J. Stud. Alc.* 36: 1.442, 1975.
- Klatsky, A.L., Friedman, G.D., Siegel, A.B. & Gérard, M.J.: Alcohol consumption and blood pressure, *N. Engl. J. Med.* 296: 1.194, 1977.
- Levantamento epidemiológico do alcoolismo na ilha de Santa Catarina. Departamento autônomo de Saúde Pública, Seção de Saúde Mental, Florianópolis, 1975.
- Lieber, C.S.: The metabolism of alcohol, *Sci. Am.* 234: 25, 1976.
- Lint, J. & Schmidt, W.: The epidemiology of alcoholism. In Israel, Y. & Mardones, J.: *The biological basis of alcoholism*, Wiley-Interscience, 1971.
- Masur, J. & Boerngen, R.: Comparison of the acute effects of sugar cane distillates and ethanol in mice. (Submetido para publicação).
- Masur, J.: Abordagem biológica, psicológica e social do alcoolismo. *Ciência e Cultura* 30: 686, 1978.
- Masur, J. & Zwicker, A.P.: Concepções do estudante de medicina sobre a etiologia do alcoolismo. Influências regionais, *Ciência e Cultura* 31: 382, 1979.
- Moll, J.K. & Narin, F.: Characterization of the alcohol research literature, *J. Stud. Alcohol* 38: 2.165, 1977.
- Murphree, H.B.: The importance of congeners in the effects of alcoholic beverages. In: Israel, Y. & Mardones, J. (eds.): *The biological basis of alcoholism*, Wiley-Interscience, 1971.
- Nolan, J.P.: Alcohol as a factor in the illness of university service patients, *Am. J. Med. Sci.* 249: 135, 1965.
- Rossi, M.A., Zucoloto, S., Becker, P.F.L. & Oliveira, J.E.D.: Effects of chronic ethanol consumption on the hepatic morphology in the rat, *Ciência e Cultura* 30: 466, 1978.
- Rubington, E.: The hidden alcoholic, *Q. J. Stud. Alcohol* 39: 667, 1972.
- Saavedra, A. & Mariátegui, J.: The epidemiology of alcoholism in Latin America. In: Popham, R.E. (ed.): *Alcohol & alcoholism*, University of Toronto Press, 1970.
- Seixas, F.A., Williams, K. & Eggleston, S.: Medical consequences of alcoholism, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 252: 5, 1975.
- Strauss, R.: Problem drinking in the perspective of social change, 1940-1973. In: Filstead, W.J., Rossi, J.J. & Keller, M. (eds.): *Alcohol and alcohol problems: new thinking and new directions*, Ballinger Publishing Co., 1976.
- Turner, T.B., Mezey, E. & Kimball, A.W.: Measurement of alcohol-related effects in man: chronic effects in relation to levels of alcohol consumption. Part A, *Johns Hopkins Med. J.* 141: 235, 1977.