Não-identificação de alcoolismo em hospital-escola: um problema médico persistente

The non-identification of alcoholism in general university hospital: a persistent medical problem

FERNANDA LIA DE PAULA RAMOS
PATRÍCIA BARCELOS OGANDO
CAROLINA PRESOTTO
Acadêmicas de Medicina da PUC – RS.
SÉRGIO DE PAULA RAMOS – Médico doutorando em psiquiatria pela EPM.

Trabalho realizado no Hospital São Lucas (HSL) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – enfermarias de Medicina Interna e Cirurgia.

✉ Endereço para correspondência:
Fernanda Lia de Paula Ramos
Rua Dr. Veridiano Farias, 88 – Petrópolis
90670-010 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone (51) 3332-1537
flpr@portoweb.com.br

SINOPSE

Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi comparar a prevalência de CAGE-positivo (+) em pacientes das enfermarias de Medicina Interna e Cirurgia do Hospital São Lucas (HSL) com a identificação de problemas relacionados com o abuso de álcool/síndrome de dependência do álcool (SDA) registrados nos prontuários médicos desses pacientes.

Metodologia: O questionário CAGE foi aplicado em 318 pacientes internados de ambos os sexos. Posteriormente, foi selecionada uma amostra-controle de CAGE-negativo (–). Comparou-se o diagnóstico da equipe médica, através dos prontuários médicos, com os CAGE + e com a amostra-controle de CAGE –.

Resultados: A prevalência de CAGE + entre os pacientes entrevistados foi de 16,43%, sendo que desses 28% eram do sexo masculino e 5% eram do sexo feminino ($p<0,001$). A sensibilidade do prontuário médico para detectar consumo abusivo de álcool foi de 28,8% (IC 95%: 17,5-43,3) e a especificidade de 96% (IC 95%: 81,5-99,3).

Conclusões: Apesar dos problemas associados ao consumo de álcool serem prevalentes em hospitais gerais, o subdiagnóstico médico ainda persiste.

UNITERMOS: CAGE, Hospital Geral, Abuso de Álcool, Diagnóstico de Álcool e Dependência de Álcool.

ABSTRACT

Aim: *The aim of the current study was to compare the prevalence of CAGE-positive (+) patients in São Lucas Hospital's Internal Medicine and Surgery inpatient units with the identification of problems related to alcohol abuse/ Alcohol Dependence Syndrome (SDA) registered in medical records of these patients.*

Method: *The CAGE-test was applied in 318 inpatients of both genders. Later a control-sample of CAGE-negative (-) was selected. The medical staff's diagnosis was compared to CAGE + and to control-sample of CAGE – through medical records.*

Results: *The prevalence of CAGE + tests was 16,34%, out of which 28% were males and 5% were females. The sensitivity of the medical record to detect alcohol abuse was 28,8% (CI 95%: 17,5-43,3) and the specificity was 96% (CI 95%: 81,5-99,3).*

Conclusion: *Despite the high prevalence of problems related to alcohol consumption among inpatients of general hospitals, underdiagnosis remains a problem for the medical staff.*

KEY WORDS: *CAGE, General Hospital, Alcohol Abuse, Alcohol Diagnosis and Alcohol Dependence.*

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é uma das doenças mais freqüentes no Brasil, variando sua prevalência de 6,2 a 21,2%, conforme a população estudada (1). Em hospitais gerais e psiquiátricos, sua prevalência é maior, variando entre 13 e 58% (2,3,4,5). Dados similares foram observados também em outros países: 16% na Inglaterra (Londres) (6), 26% nos EUA (7) e, ainda, de 11 a 22% num estudo realizado em hospitais norte-americano e inglês (8). Essa realidade, por si preocupante, pode se agravar devido ao fato de que, nos últimos dez anos, houve um aumento no consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes (9,10), o que faz temer, para o futuro, um incremento de problemas associados a esse consumo na população.

O consumo excessivo de álcool, além de poder conduzir o usuário para a síndrome de dependência dessa substância, é relevante na medida em que o beber abusivo é um dos maiores causadores de acidentes (11), homicídios e suicídios (12). A explicação para tais fatos reside na diminuição da censura e na emergência de comportamentos pouco convencionais gerados pela ingestão abusiva de álcool (12). Um estudo demonstrou que 48,3% das vítimas de acidentes em geral e 52,3% das vítimas de homicídio apresentavam alcoolemia positiva (13). Nos Estados Unidos foi detectado que 10% das mortes estão relacionadas com álcool e 20% do total dos custos direcionados para hospitais é despendido com problemas derivados da síndrome de dependência do álcool (SDA) (14).

Apesar da SDA ser atualmente considerada uma das maiores preocupações na área da saúde pública (14), diversos trabalhos demonstram a dificuldade médica em diagnosticar essa enfermidade (3,4,8,15,16), principalmente em sua fase inicial (17,18). Trabalhos comprovam que apenas de 5 a 57% dos casos de SDA são detectados

(3,4,8,15,17,19). Embora se saiba que a detecção precoce e o tratamento dessa síndrome possam reduzir substancialmente a morbidade e a mortalidade relacionadas ao álcool (14), apenas 3,3% dos dependentes recebem recomendação médica específica de tratamento (20). A ineficácia do diagnóstico e respectivo encaminhamento decorre da relutância do paciente em falar do assunto e da tendência em minimizar seu consumo (3). Tais fatos são agravados pelas deficiências do ensino médico, que não prepara, adequadamente, seus alunos para a investigação e detecção da SDA (3, 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Com o propósito de tornar o diagnóstico médico da SDA mais eficaz, vários questionários de detecção foram criados, tais como CAGE (26), MAST (27), SMAST (28), AUDIT (29) e REICH *interview* (30). Dentre eles, o questionário CAGE é um dos mais utilizados na prática (6, 26, 31, 32, 33), já que é mais fácil de ser aplicado, por ser breve, e é menos intimidante (11, 16, 26). Uma vantagem complementar é o fato de já estar validado no Brasil desde 1983 (31), sendo usado por todos os trabalhos nacionais correlatos a esse.

O objetivo do presente trabalho foi comparar a prevalência de CAGE-positivo (+) em pacientes das enfermarias de Medicina Interna e Cirurgia do Hospital São Lucas (HSL) com a identificação de problemas relacionados com o abuso de álcool / SDA registrados nos prontuários médicos desses pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal. Os sujeitos foram todos os pacientes, de ambos os sexos, hospitalizados no período de 19 de maio a 17 de junho de 2001, na enfermaria de medicina interna e cirurgia do HSL de Porto Alegre, com idade mínima de 18 anos, que concordaram em responder ao questionário. Foram excluídos da pesquisa os pacientes cuja situação clínica ou psiquiátrica impossibilitou-os de responder ao questionário.

O questionário CAGE foi aplicado intercalado com outras dez perguntas referentes a hábitos de vida dos pacientes, conforme validação no Brasil (31). O CAGE é composto de quatro perguntas sobre o consumo de bebida alcoólica, sendo utilizadas como critério indicativo de SDA pelo menos duas respostas positivas (26). Foram revistos os prontuários médicos de todos os pacientes CAGE + e de uma amostra de 50 pacientes CAGE-negativo (-) selecionada mediante amostragem sistemática.

Após a leitura do termo de consentimento, uma cópia foi entregue para cada paciente participante. Em seguida, os 3 primeiros autores deste trabalho aplicaram o questionário, lendo as questões para os pacientes e assinalando as respostas dos mesmos. Posteriormente, os prontuários médicos dos pacientes CAGE + e da amostra-controle de CAGE – foram analisados.

Mediante a análise estatística foi estimada a prevalência de SDA com seu intervalo de confiança (IC) de 95% baseado na distribuição binomial. Foram também calculadas as medidas clássicas de desempenho de teste diagnóstico, sensibilidade e especificidade com seus respectivos IC 95%. Aplicando-se o teorema de Bayes, com base nas prevalências obtidas, encontramos os valores preditivos positivo e negativo. Os dados foram processados e analisados com o auxílio dos programas Epi-info 6.0 e Excel.

O presente trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética do HSL.

RESULTADOS

Dos 326 pacientes da amostra, 6 eram menores de idade e 2 não apresentaram condições clínicas suficientes para responder ao questionário. Dos 318 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, a média de idade foi de 53,8 anos (± 15,9), 50,6% eram mulheres, 83,2% brancos, 61,9% não completaram o primeiro grau e 65,4% não desempenhavam atividade laboral (desempregado ou aposentado).

A prevalência média de CAGE + encontrada no presente estudo foi de 16,4%, sendo mais elevada no sexo masculino (Tabela 1). A ocorrência de CAGE + nos homens é cerca de seis vezes aquela observada nas mulheres (razão de prevalência de 5,64; IC 95%: 2,74-11,59).

Do conjunto dos dados apurados, tem-se que dos 52 pacientes CAGE + apenas na metade deles houve alguma referência sobre os hábitos alcoólicos do paciente no prontuário e em 28,8% foi feito o diagnóstico médico de SDA. Esses resultados condizem com a sensibilidade e com a especificidade do registro médico encontradas no presente estudo e demonstradas na Tabela 2. Aplicando-se o teorema de Bayes e estimando a prevalência de SDA em pacientes internados em 16,4%, tem-

Tabela 1 – Prevalência de CAGE por sexo

	Masculino	Feminino
CAGE+	44 (28%)	8 (5%)
CAGE -	113 (72%)	153 (95%)

P<0,001

Tabela 2 – Desempenho diagnóstico do prontuário para detecção de alcoolismo estratificado por sexo

Gênero	**Sensibilidade**(%)	IC95%	**Especificidade(**%)	IC95%
masculino	29,5	17,2-45,4	95,7	76,0-99,8
feminino	25,0	4,5-64,4	96,3	79,1-99,8
Total	28,8	17,5-43,3	96,0	81,5-99,3

se que o valor preditivo positivo (VP+) foi de 57,9% e o valor preditivo negativo (VP-) foi de 87,6% e 1-(VP-) foi de 12,4%. Além disso, em nenhum dos casos diagnosticados, pôde-se perceber uma conduta terapêutica específica prescrita, tais como tratamento especializado, estímulo para freqüentar Alcoólicos Anônimos ou medicação redutora do *craving*.

DISCUSSÃO

Ainda que existam instrumentos mais modernos de rastreamento da SDA como o AUDIT (29), por exemplo, os autores optaram pelo CAGE, por esse questionário ter sido utilizado por diversos trabalhos brasileiros anteriores (4,31). No entanto, trata-se de um instrumento de rastreamento e não de confirmação diagnóstica.

Os achados deste trabalho demonstram, consonantes com dados de outros hospitais gerais brasileiros (3,4,5), uma elevada prevalência de SDA (16,43%) entre os pacientes internados no hospital-escola HSL. Mediante o teste CAGE, constatamos uma maior ocorrência dessa enfermidade no sexo masculino (razão de prevalência de 5,64), o que contrasta com a literatura em que a prevalência de SDA em mulheres tem-se aproximado à de homens (1). A pequena amostra de mulheres considerada nesse trabalho talvez possa explicar tal fato.

Esse estudo demonstrou que o diagnóstico de SDA pela equipe médica é similar para ambos os sexos. Esse achado também pode ser atribuído ao pequeno número da amostra feminina, já que, na literatura, percebe-se uma maior tendência da equipe médica em diagnosticar essa patologia em homens. Isso pode ser explicado pelo estigma social existente de que a mulher não bebe, ocasionando maior negação do seu consumo (2).

Apesar de essa síndrome ser um grave problema de saúde pública, há 30 anos diferentes autores nacionais (3,4,5,31) chamam a atenção para a baixa capacidade de detecção dessa enfermidade pelos médicos brasileiros. Tal fato foi percebido, neste estudo, através da sensibilidade e da especificidade encontradas (Tabela 2). Os achados indicam que o prontuário apresenta baixa sensibilidade, não sendo um meio eficiente para a detecção de SDA, já que foram diagnosticados menos de 2/3 dos pacientes CAGE +. Mediante o VP+, observamos que, quando há diagnóstico de SDA no prontuário, o paciente tem a probabilidade de 58% de realmente ter essa doença e que, quando não há diagnóstico no prontuário, a chance de o paciente apresentar a síndrome ainda é de 12% (conforme 1-VP-). No entanto, é importante ressaltar que o registro médico nem sempre condiz com a investigação da enfermidade pela equipe médica.

O subdiagnóstico de SDA pode ser atribuído a persistentes lacunas no ensino médico em relação a essa patologia já identificadas por um estudo em 1978, que evidenciou não haver alteração notória no conhecimento dos alunos sobre esse transtorno durante os diferentes anos de faculdade (21). Muitos médicos se restringem a questionar ao paciente sobre quanto e com que freqüência eles bebem, entretanto a validação dessas perguntas nunca foi estabelecida (14). Além do desconhecimento médico sobre o tema, outro aspecto relevante é o alto índice de consumo de drogas (inclusive álcool) pelos estudantes de Medicina (34), o que pode gerar viés de aferição.

Portanto, a SDA é prevalente, e os médicos não estão preparados para diagnosticá-la e encaminhar um tratamento para esses pacientes.

Pesquisas futuras poderão demonstrar a maneira de melhor adequar os currículos médicos ao enfrentamento dessa realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Departamento de Cirurgia e ao Departamento de Medicina Interna do HSL, por possibilitarem a realização desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LIMA MS. Epidemiologia do alcoolismo. Em: Ramos SP, Bertolote JM, editores. Alcoolismo hoje. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 45-64.
2. MASUR J, CUNHA JM, ZWICKER RP, LARANJEIRA RR, KNOBEL E, SUSTOVICH DR, et al. Prevalência de pacientes com indicadores de alcoolismo internados em uma enfermaria de clínica geral. Relevância da forma de detecção. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1980; 26:125-130.
3. PECHANSKY F, SOIBELMAN M, BASTOS AF, MEIRELLES MCG, SANT'ANNA RN. Um estudo de alcoolismo em hospital-escola. Rev Psiquiatr Rio G do Sul 1984; 6(1):32-42.
4. ROSA AA, GONÇALVES SC, STEFANI SD, MARTINS SO, ROSA DD, HUNSCHE A, et al. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. Rev Assoc Med Bras 1998; 44(4): 335-339.
5. FIGLIE NB, PILLON SC, DUNN J, LARANJEIRA R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil– using the AUDIT and Fargeström questionnaires. Sao Paulo Med J 2000; 118(5):139-43.
6. BERNADT MW, MUMFORD J, TAYLOR C, SMITH B, MURRAY RM. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet 1982; i:325-8.
7. GANRY O, JOLY JP, QUEVAL MP, DUBREUIL A. Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. Addiction 2000;95 (1):107-113.
8. GRAHAM AW. Screening for alcoholism by life-style assessment in a community hospital. Arch Intern Med 1991; 151:958-964.
9. CEBRID/ Departamento de Psicobiologia. I Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: UNIFSP/ Escola Paulista de Medicina / Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 1987.
10. CEBRID/ Departamento de Psicobiologia. VI Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: UNIFSP / Escola Paulista de Medicina / Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 1997.
11. KITCHENS, J.M. Does this patient have an alcohol problem? JAMA 1994; 272 (22):1782-1787.

12. DUARTE PCAV. Álcool e violência: um estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
13. CARLINI-COTRIM B CHASIN AA. Blood Alcohol Content (BAC) and deaths from external causes: a study in the Metropolitan area of São Paulo, Brazil. J Psychoative Drugs 2000; 33(3):269-75.
14. CYR MG, WARTMAN SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. JAMA 1988; 259(1):51-54.
15. REID ALA, WEBB GR, HENNRIKUS D, FAHEY PP, SANSON-FISHER RW. Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners. Br Medl J(Clin Res Ed) 1986; 293:735-737.
16. BUSH B, SHAW S, CLEARY P, DELBANCO TL, ARONSON MD. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987; 82:231-235.
17. HAMPKE U, RUMPF HJ, JOHN U. Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians routine clinical practice versus screening questionnaires. Addiction 1998; 93 (12):1777-1785.
18. BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and publish health. Addiction 2000; 95(5):677-686.
19. AROLT V, DRIESSEN M. Alcoholism and psychiatric comorbidity in general hospital inpatients. Gen Hospl Psychiatry 1996; 18:271-277.
20. HASIN DS, GRANT BF, DUFOUR MG, ENDICOTT J. Alcohol problems increase while physician attention declines. Arch Intern Med 1990; 150:397-400.
21. MASUR J, ZWICKER AP. Concepções do estudante de medicina sobre a Etiologia do alcoolismo: influências regionais. Cienc e Cult (São Paulo) 1978; 31(4): 382-388.
22. CLARK WD. Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. Am J Med 1981; 71:275-286.
23. GELLER G, LEVINE DM, MAMON JA, MOORE RD, BONE LR, STOKES EJ. Knowledge, attitudes, and reported practices of medical students and house staff regarding the diagnosis and treatment of alcoholism. JAMA 1989; 261(21):3115-3120.
24. MOORE RD, BONE LR, GELLER G, MAMON JA, STOKES EJ, LEVINE DM. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. JAMA 1989; 261:403-407.
25. EL-GUEBALY N, TOEWS J, LOCKYER J, ARMSTRONG S, HODGINS D. Medical education in sustance-related disorders: components and outcome. Addiction 2000; 95(6):949-957.
26. MAYFIELD D, MCLEOD G, HALL P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974; 131:1121-1123.
27. SELZER ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatry 1971; 127:1653-1658.
28. POKORNY AD, MILLER BA, KAPLAN HB. The brief Mast: a shortned version of the Michigan alcoholism screening test. Am J Psychiatry 1972; 129:342-345.
29. SAULDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE, JR, GRANT M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II. Addiction 1993; 88:791-804.
30. REICH T, ROBINS LN, WOODRUFF RA, TAIBLESON M, RICH C, CUNNINGHAM L. Computer-assisted derivation of a screening interview for alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1975; 32:847-852.
31. MASUR J, MONTEIRO MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res 1983; 16:215-218.
32. EWING JA. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252:1905-1907.
33. MCCULLOUGH AJ, BARRY O'CONNOR JF. Alcoholic liver disease: proposed recommendations for the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1998; 93(11):2022-2036.
34. MESQUITA AMC, BUCARETCHI HA, CASTEL S, ANDRADE AG. Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. Rev ABP-APAL 1995; 17(2):47-54.