

Alcoolismo — tratar ou evitar?

Meios de diagnóstico — que exactidão?

FERNANDA LOUREIRO
OFÉLIA ALMEIDA

É de todos conhecido que, para além dos efeitos negativos imediatamente visíveis e mensuráveis da síndrome alcoólica aguda, a dependência do álcool tem repercussões biológicas, psicológicas e sociais difíceis de delimitar e, também por isso, difíceis de contabilizar.

A nível biológico, podemos referir as alterações neurológicas (polinevrite, miopatias, epilepsia, encefalopatia), vísceras (hepatopatias, pancreatites, gastrites, duodenites, cardiopatias), a relação com os cancros da boca, laringe, esófago e fígado na gravidez, as fetopatias alcoólicas e aborto, etc. A nível psicológico, podemos apontar a depressão e o suicídio a ela associados, os homicídios, a violência e a prisão.

A nível social, lembramos, por um lado, o mau ambiente familiar, os maus tratos às crianças, a pobreza, a separação, o divórcio, por outro lado, o absentismo ao trabalho, o mau rendimento laboral, os acidentes, geradores também eles de pobreza e de conflitos familiares.

1. Introdução

1.1. Definição do problema

Observando este problema médico e social, mas também económico e de gestão, por outro prisma, não podemos deixar de apontar os prejuízos inerentes à ocupação de camas em hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos: segundo um estudo de Lucília e Mello e José Barrias (1987), 40 % dos internamentos de homens e 10 % dos de mulheres em hospitais gerais são casos relacionados com alcoolismo; ainda segundo a mesma fonte, os alcoólicos atingem valores superiores a 40 % nas admissões em hospitais psiquiátricos.

Sendo o alcoolismo uma doença de comportamento e, portanto, evitável, essas camas deveriam ser ocupadas por situações patológicas para as quais a prevenção primária ainda não é a arma a utilizar.

Mas retrocedamos um pouco: desde o século XIX e até aos nossos dias vem-se assistindo a um fenómeno curioso de ambivalência em relação ao álcool: ao mesmo tempo que o seu consumo é socialmente aceite e encorajado e que as suas qualidades são exortadas e inflacionadas, o alcoólico é considerado pela mesma sociedade um marginal, um degenerado, um viciado. No entanto, já em 1849 Magnus Huss (Brucker e Fassin, 1989) tentou medicalizar o alcoolismo, ou seja, demonstrar que o alcoólico se insere no foro da medicina, e não no âmbito policial ou judicial.

Em 1951 Jellinek define cinco tipos de alcoolismo (Brucker e Fassin, 1989) e, além disso, deduz uma fórmula em que a partir do número de óbitos por cirrose alcoólica se pode calcular, para uma dada região, a prevalência de alcoólicos.

Utilizando a fórmula de Jellinek, esse valor rondará os 500 000 em Portugal.

Este valor numérico poderá ser importante, mas não equaciona o problema real passível de intervenção. Este situa-se na população de risco constituída por bebedores

□
Fernanda Loureiro é assistente de saúde pública no Centro de Saúde de Aveiro.
Ofélia Almeida é assistente de saúde pública no Centro de Saúde de Aveiro.

excessivos, cujo diagnóstico foi tentado neste estudo, utilizando vários métodos. Que exactidão nos oferecem alguns desses métodos é outra questão a que pretendemos responder no decorrer deste trabalho.

1.2. Objectivos do estudo

1.2.1. Conhecer a realidade de uma empresa pública do concelho de Aveiro no que respeita a consumo de álcool.

1.2.2. Testar os meios clínicos e laboratoriais disponíveis no rastreio de massa dos bebedores excessivos e alcoólicos.

1.3. Hipóteses de trabalho

Hipótese 1: o padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores rastreados é independente do grupo etário a que pertencem.

Hipótese 2: o valor analítico da TGT não é influenciado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Hipótese 3: o valor do teste clínico Le Gô não é influenciado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Hipótese 4: o valor analítico VGM (volume global médio) não é alterado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Hipótese 5: o teste clínico Le Gô e o valor analítico da TGT são independentes entre si.

2. Métodos e materiais

2.1. População e amostra

O estudo será efectuado na totalidade da população, ou seja, aos trabalhadores dos sectores de água ou saneamento dos SMA no período compreendido entre Dezembro de 1989 e Abril de 1990, num total de 117 trabalhadores.

2.2. Características do rastreio

Para a realização deste rastreio, e considerando tratar-se de um tema «delicado», o que seria, por si só, susceptível de lhe introduzir vieses, optámos por fazê-lo decorrer simultaneamente com o levantamento sanitário de carácter epidemiológico (de doenças transmissíveis) aos trabalhadores em causa. Daí resulta um rastreio cego, uma vez que os observados conhecem apenas em parte os objectivos do exame médico e dos exames complementares de diagnóstico a que são submetidos.

Foi escolhida a quarta-feira como dia de consulta a fim de evitar os excessos prováveis do fim-de-semana, que introduziriam outros vieses no estudo, se este se realizasse à segunda-feira.

As linhas gerais do exame médico são as que a seguir se referem:

- Antecedentes familiares (causa da morte dos pais, doenças de família, cirrose, etc.);
- Antecedentes pessoais (acidentes laborais e de viação, doenças, internamentos, desintoxicação, etc.);
- História actual:
 - Sintomas psíquicos (irritabilidade, insónias, pesadelos, etc.), digestivos (píptuas matinais, anorexia, ardor, etc.), neuro-hormonais (sudação nocturna, nictúria, câibras, fadiga, etc.);
 - Quantificação da ingestão alcoólica diária através de um inquérito alimentar das 24 horas;
- Exame objectivo — teste Le Gô: este teste baseia-se na observação de seis parâmetros quantificados de 0 a 5 pontos cada um:
 - Aspecto: face, língua, conjuntivas;
 - Tremor: boca, língua, extremidades.

O resultado é apresentado em três escalões: normal (0-3), bebedor excessivo (4-11), alcoólico (12-30), que correspondem a um menor ou maior grau de impregnação alcoólica;

- Exames complementares de diagnóstico: TGT e VGM.

2.3. Variáveis utilizadas

Variáveis independentes: idade, estado civil e sector de trabalho.

Variáveis dependentes: padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

A) Para o estudo das hipóteses propostas foram considerados três grupos:

- Consumo = 0 g de álcool/dia;
- Consumo < 80 g de álcool/dia;
- Consumo ≥ 80 g de álcool/dia;

como tem sido utilizado noutros estudos realizados com idênticos objectivos e métodos semelhantes (D. Fidalgo et al., 1989).

B) Para a análise dos testes de diagnóstico consideraram-se apenas dois grupos:

- Consumo < 80 g de álcool/dia;
- Consumo ≥ 80 g de álcool/dia.

A conversão de bebidas alcoólicas consumidas em gramas de álcool/dia foi obtida através da «tabela da composição dos alimentos portugueses» de Gonçalves Ferreira e Silva Graça (1977), utilizando os valores mais baixos aí mencionados.

Resultado do teste Le Gô: normal, bebedor excessivo e alcoólico.

Resultados analíticos:

- FGT: < 40 e $\geq$ 40;
- VGM: < 98 e $\geq$ 98;

sendo os valores aqui utilizados os aconselhados por Brucker e Fassin (1989) para o rastreio biológico do alcoolismo.

2.4. Plano de análise das hipóteses propostas e dos testes de diagnóstico

Análise univariada: todas as hipóteses em estudo serão analisadas individualmente.

Análise bivariada: serão estudadas todas as hipóteses utilizando o teste de independência χ^2 . Se se puder rejeitar a hipótese de independência, o passo seguinte será verificar qual o grau de dependência que existe entre as variáveis, o que será feito através do coeficiente de correlação (C) e do coeficiente de contingência (ϕ).

Sempre que a tabela de contingência original não permita a utilização correcta do teste de independência χ^2 (número de células com frequências esperadas inferiores ao valor 5, superior a 25 % do total de células), proceder-se-á (para preservar o rigor estatístico) à junção de colunas ou linhas. Na análise dos resultados é necessário ter em conta esta limitação.

Esta nota aplica-se às hipóteses 3, 4 e 5.

Testes de diagnóstico: serão analisados o teste clínico Le Gô e os testes analíticos FGT e VGM, utilizando como teste de referência a quantificação da ingestão alcoólica diária em dois escalões: < 80 g e $\geq$ 80 g.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Idade e estado civil: os indivíduos rastreados tinham idades compreendidas entre os 16 e os 70 anos, sendo a idade média de 35 anos.

Dos 114 trabalhadores, 83 eram casados, 24 solteiros e os restantes 7 viúvos ou divorciados.

3.2. Consumo de bebidas alcoólicas e sua repercussão orgânica

3.2.1. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Como se pode verificar no *Quadro I*, cerca de metade dos indivíduos apresentavam padrão de consumo moderado, enquanto os restantes se dividiam entre o não consumo e o consumo excessivo. De referir que, dos não consumidores, 4 (15,4 %) são alcoólicos crónicos. De entre os consumidores moderados, um apresentava exame clínico correspondente a bebedor excessivo (teste Le Gô) e refere nos AP uma desintoxicação alcoólica em Coimbra; outro era, segundo Le Gô, alcoólico, referia antecedentes de hepatite e apresentava ao exame objectivo hálito alcoólico.

Num total de 114 trabalhadores, 10 (8,7 %) já foram submetidos, pelo menos uma vez, a tratamento de desintoxicação alcoólica.

A idade média dos consumidores excessivos de bebidas alcoólicas é de 37 anos, que é também a idade média dos não consumidores.

3.2.2. Teste Le Gô

O teste Le Gô foi normal em 77,2 % dos casos (*Quadro II*). Em apenas um indivíduo o teste Le Gô identificou alcoolismo.

Quadro I
Padrão de consumo de bebidas alcoólicas

	N. A.	Percentagem
0	26	22,8
<80	54	47,4
$\geq$ 80	34	29,8
Total	114	100,0

Quadro II
Teste Le Gô

	N. A.	Percentagem
Normal	88	77,2
Bebedor excessivo	25	21,9
Alcoólico	1	0,9
Total	114	100,0

Quadro III

Relação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas com as alterações clínicas e analíticas observadas

		Teste Le Gô positivo	FGT ≥40	VGM ≥98
Padrão				
de consumo	≥80	44,1 %	44,1 %	14,7 %
de bebidas	<80	16,7 %	33,3 %	9,3 %
alcoólicas	0	7,6 %	0,4 %	0 %
(g/dia)				

Quadro IV

Avaliação dos testes de diagnóstico

Testes	Sensibilidade	Especificidade	Índice de Youden	Valor preditivo positivo	Valor preditivo negativo
Le Gô	44 %	86 %	1,42	58 %	78 %
FGT	44 %	76 %	1,32	44 %	76 %
VGM	15 %	95 %	1,8	56 %	72 %

Quadro V**Hipótese I**

O padrão de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores rastreados é independente do grupo etário a que pertencem

Grupos etários	Padrão de consumo de bebidas alcoólicas			Total
	0	<80	≥80	
≤20	2	6	0	8
20-30	9	17	11	37
30-40	6	20	11	37
>40	9	11	12	32
Total	26	54	34	114

$$X^2 = 7,0102174.$$

$$gl = 6.$$

$$\chi^2 = 12,5916.$$

Para 2 gl e um coeficiente de confiança de 95% aceita-se a hipótese nula.

3.2.3. Estudo analítico

29,8 % dos indivíduos apresentavam alterações dos valores da FGT; em 7,8 % dos casos verificaram-se alterações do VGM.

3.2.4. Padrão de consumo versus alterações clínicas e analíticas observadas

A observação do *Quadro III*, que representa, percentualmente, as alterações do teste Le Gô e dos valores da FGT e do VGM em relação aos diferentes padrões de consumo, mostra uma gradação positiva nesses valores quando se sobe a escala do padrão de consumo.

3.3. Testes de diagnóstico

Tomando como diagnóstico de certeza de doença o consumo de 80 ou mais gramas de álcool por dia e como ausência de doença um consumo inferior àquele valor, calculámos a sensibilidade, especificidade, índice de Youden, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do teste clínico Le Gô e dos testes biológicos FGT e VGM. Os resultados são os que se apresentam no *Quadro IV*.

3.4. Análise estatística das hipóteses de trabalho propostas

O estudo da hipótese 1 (*Quadro V*) leva a admitir ser o padrão de consumo de bebidas alcoólicas independente da idade do indivíduo rastreado.

As hipóteses 2 e 3 (*Quadros VI e VII*) apontam para a dependência entre o valor FGT e o teste Le Gô em relação ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, dependência esta que já não se encontra em relação ao VGM, hipótese 4 (*Quadro VIII*).

O estudo da hipótese 5 (*Quadro IX*) realça a correlação existente entre o teste clínico Le Gô e o valor analítico da FGT.

4. Discussão

Os resultados de um estudo deste tipo são sempre questionáveis, o que decorre quer da organização do próprio trabalho, quer de aspectos externos.

Em relação à organização do trabalho, e como já foi referido no item 2, a quantificação do consumo médio de álcool diário foi obtida através de um inquérito alimentar das 24 horas, com o objectivo de reduzir ao mínimo os erros que resultam da tentativa de quantificação da ingestão alcoólica.

Também na avaliação do teor alcoólico das diferentes bebidas enumeradas foram utilizados os valores mínimos presentes na «tabela de composição dos alimentos portugueses».

Destas razões (haverá outras) se pode concluir que o número de bebedores excessivos (≥ 80 g de álcool/dia) foi avaliado por defeito.

Em relação aos aspectos externos, na análise dos resultados temos de ter em conta as particularidades da empresa onde o estudo foi efectuado:

- Apenas os trabalhadores do sexo masculino;
- Grande mobilidade dos trabalhadores, dado que a maior parte do trabalho é realizada fora dos limites físicos da empresa;
- Trabalho feito em grupos;
- Trabalhadores, na sua maioria, pouco especializados;
- Acesso fácil dentro (cantina onde as bebidas são vendidas a preço mais baixo do que o do mercado) e fora (pela mobilidade dos trabalhadores) do local de trabalho ao consumo de bebidas alcoólicas.

Estas observações não significam que esta empresa seja única e não comparável com outras (se não, vejamos o estudo realizado por Fidalgo et al. numa empresa industrial de Lisboa); apenas pretendem fazer com que o observador se situe dentro do contexto onde foi feito o estudo e não tire ilações para além daquelas que se podem, efectivamente, tirar.

Feitas estas ressalvas, vejamos os resultados, alguns dos quais merecem destaque especial.

Este trabalho revelou ser o consumo de bebidas alcoólicas independente da idade, o que contraria os resultados de outros trabalhos, nomeadamente o de Ana Diniz (1989), onde se pode ler: «[...] existe uma relação entre a idade e os hábitos alcoólicos dos indivíduos, nomeadamente que a população de idade superior a 35 anos ingere maior quantidade de álcool, foi comprovado estatisticamente.»

A percentagem de bebedores excessivos (utilizando o consumo diário de álcool) assemelha-se à encontrada noutros estudos, como, por exemplo, em Lourenço et

Quadro VI

Hipótese 2

O valor analítico da FGT não é influenciado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Consumo em gramas de álcool	FGT		Total
	<40	≥ 40	
≥ 80	19	15	34
<80	36	18	54
0	25	1	26
Total	80	34	114

$$\chi^2 = 12,010888.$$

$$gl = 2.$$

$$\chi^2 = 5,99147.$$

Para 2 gl e um coeficiente de confiança de 95 % rejeita-se a hipótese nula; aceita-se a hipótese complementar de que o valor analítico da FGT depende do consumo de bebidas alcoólicas.

Grau de dependência entre as variáveis:

- Coeficiente de contingência (C):

$$C = 0,308$$

$$C \text{ máximo} = 0,82$$

- Coeficiente de correlação (ϕ):

$$\phi = 0,324 \text{ (correlação perfeita } \phi = 1)$$

Da análise do coeficiente de contingência e de correlação podemos inferir que, embora haja dependência entre as variáveis, esta associação não é muito forte.

Quadro VII

Hipótese 3

O valor do teste clínico Le Gô não é influenciado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Consumo em gramas de álcool	Le Gô		Total
	Normal	Rebedor excessivo + alcoólico	
≥ 80	19	15	34
<80	45	9	54
0	24	2	26
Total	88	26	114

$$\chi^2 = 13,317853.$$

$$gl = 2.$$

$$\chi^2 = 5,99147.$$

Para 2 gl e um coeficiente de confiança de 95 % rejeita-se a hipótese nula; aceita-se a hipótese complementar de que o valor do teste Le Gô é influenciado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Grau de dependência entre as variáveis:

- Coeficiente de contingência (C):

$$C = 0,323$$

$$C \text{ máximo} = 0,82$$

- Coeficiente de correlação (ϕ):

$$\phi = 0,342 \text{ (correlação perfeita } \phi = 1)$$

Da análise de C e ϕ podemos inferir que, embora haja dependência entre as variáveis, esta associação não é muito forte.

Quadro VIII**Hipótese 4**

O valor analítico do VGM (volume globular médio) não é alterado pelo padrão de consumo de bebidas alcoólicas

Consumo em gramas de álcool	VGM		Total
	<98	≥98	
≥80	29	5	34
<80	76	4	80
Total	105	9	114

$$\chi^2 = 3,0397286.$$

$$gl = 1.$$

$$\chi^2 = 3,84146.$$

Com 1 gl e um coeficiente de confiança de 95 % aceita-se a hipótese apresentada.

Quadro IX**Hipótese 5**

O teste clínico Le Gô e o valor analítico da FGT são independentes entre si

FGT	Le Gô		Total
	Normal	Bebedor excessivo + alcoólico	
≥40	21	13	34
<40	67	13	80
Total	88	26	114

$$\chi^2 = 6,2279275.$$

$$gl = 1.$$

$$\chi^2 = 3,84146.$$

Para 1 gl e um coeficiente de confiança de 95 % rejeita-se a hipótese nula: aceita-se a hipótese complementar.

Grau de dependência entre as variáveis:

- Coeficiente de contingência (C):

$$C = 0,228$$

$$C \text{ máximo} = 0,707$$

- Coeficiente de correlação (ϕ):

$$\phi = 0,234 \text{ (correlação perfeita } \phi = 1)$$

Da análise do C e ϕ podemos inferir que, embora haja dependência entre as variáveis, esta associação não é muito forte.

al. (1987), mas os valores obtidos em relação à população geral. Na população masculina a proporção encontrada no trabalho referido é de 48,2 %, contra 29,8 % no nosso estudo. Esta discrepância, a tomar como certos os resultados do outro autor, pode justificar-se pela precaução tomada na avaliação da ingestão alcoólica diária que anteriormente referi e de que resultou uma contagem por defeito.

Comprovou-se estatisticamente que os resultados do teste Le Gô e os valores da FGT são dependentes do padrão de consumo de bebidas alcoólicas e dependentes entre si. Esta dependência (teste Le Gô e FGT) não pode considerar-se real, mas fictícia, resultante de serem ambas as variáveis dependentes do mesmo facto: o padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

O valor analítico VGM não parece influenciado pelo consumo de álcool, o que pode ser justificado pelo aparecimento tardio das alterações hematológicas no indivíduo alcoólico.

Parece estarmos neste momento em condições de dar respostas ao segundo objectivo deste trabalho. Senão vejamos: o estudo estatístico do teste clínico Le Gô e da FGT confirmou o que já tinha sido sugerido aquando da análise do *Quadro III*, ou seja, que ambos os testes dependem do padrão de consumo de bebidas alcoólicas. A questão que se põe agora é a seguinte: serão estes testes fiáveis e de utilização privilegiada em rastreios, isentando da quantificação da ingestão alcoólica e de outros testes adicionais?

Um bom teste de rastreio deve ser de uma sensibilidade tal (nunca inferior a 80 %) que possa detectar alterações mínimas, de forma a permitir uma intervenção eficaz em tempo útil (prevenção secundária), e não apenas casos de dependência física ou psíquica, em que a única intervenção possível seja a reabilitação (prevenção terciária).

Ficou demonstrado estatisticamente que o VGM não serve para rastreio, uma vez que nem sequer se conseguiu provar a sua dependência em relação à ingestão alcoólica. Em relação ao Le Gô e FGT, a resposta é também *não*.

Confirma-se neste trabalho o que já foi demonstrado noutros, nomeadamente em Fidalgo et al. (1980): estes testes não servem para rastreio, porque, apesar de muito específicos (v. *Quadro IV*), apresentam sensibilidades muito baixas, inferiores a 50 %, o que inviabiliza à partida a sua utilização em estudos de massa.

5. Conclusões

O primeiro dos objectivos deste estudo era conhecer a realidade de uma empresa no que respeita ao consumo de álcool: foi cumprido. Com as reservas já apontadas na discussão, podemos referir que o panorama da

empresa estudada não difere muito do apresentado em outros estudos.

Tendo sido feito o diagnóstico dos indivíduos em risco de se tornarem doentes alcoólicos pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, e conhecendo a prevalência dos diferentes grupos (bebedores excessivos, bebedores moderados e abstémios), é possível, em colaboração com o médico e órgãos gestores da empresa, elaborar estratégias de actuação adequadas aos diferentes casos, seja no encaminhamento e futuro enquadramento laboral dos alcoólicos diagnosticados, seja no condicionamento da venda de bebidas alcoólicas no local de trabalho, seja na informação e na sensibilização de grupo ou individualizada sobre os malefícios da ingestão excessiva de álcool e da sua repercussão social, laboral e familiar.

Em relação ao segundo objectivo, que foi, recorde-se, pôr em causa alguns meios clínicos e laboratoriais disponíveis neste tipo de rastreio, também ele foi conseguido. Dos exames testados pudemos comprovar estatisticamente que nenhum apresenta um dos quesitos essenciais para se poder admitir a sua utilização em rastreios: sensibilidade superior a 80 % (a sensibilidade máxima encontrada foi de 44 %).

Importa agora envidar esforços para encontrar alternativas aos exames testados.

Encontrar um teste, ou prova laboratorial, económico, de fácil aplicação, aceitável pela população a rastrear, com sensibilidade superior a 80 %, inócuo, é um objectivo que deve ser equacionado pelos serviços de saúde pública, saúde ocupacional e saúde mental.

Só unindo esforços este objectivo poderá ser atingido.

□ Referências bibliográficas

- BRUCKER, G., e FASSIN, D.
«Santé Publique», França: Editora Ellipses, Fevereiro de 1989.
- EDITORIA PORTO
Dicionário de língua portuguesa, 5.^a ed., Porto: Editora Porto, 1981.
- DINIZ, A. M. F. C. A.
Os utentes do Centro de Saúde de Sintra e o consumo de álcool.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», vol. 7, n.º 3, Julho-Setembro de 1989, pp. 41-46.
- FERREIRA, F. A. G., e GRAÇA, M. E. S.
Tabela da composição dos alimentos portugueses. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1977.
- FIDALGO, P., et al.
Alcoolismo na população industrial: diagnóstico, prevalência e condicionantes.
«Acta Médica Portuguesa», 2, 1989, pp. 77-82.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA O CANCRO
Código Europeu contra o Cancro, Outubro de 1989.

LOURENÇO, J., et al.
Alcoolismo — experiência de trabalho numa comunidade.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», vol. 5, n.º 1, Janeiro-Março de 1987, pp. 33-36.

MELO, L., e BARRIAS, J.
Alcoolismo.
In Manual de psiquiatria clínica, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

□ Résumé

ALCOOLISME — TRAITER OU ÉVITER? MOYENS DE DIAGNOSTIC — QUELLE EXACTITUDE?

L'alcoolisme n'est pas seulement un problème de santé, il est aussi un problème social et économique.

Nos culture et tradition ont tendance à minimiser les effets négatifs de l'alcool, tout en valorisant les positifs.

La société est permissive en ce qui concerne l'alcoolique. De ce fait, elle favorise la consommation d'alcool à partir d'un très jeune âge.

Partant de ces affirmations, et au moyen d'une enquête aveugle, nous avons élaboré une étude sur les habitudes alcooliques des ouvriers d'une entreprise publique du district d'Aveiro.

Cette étude fut orientée de façon à nous permettre de déterminer de l'intérêt et efficacité des tests cliniques (Le Gô) et laboratoires (TGT et VGM) dans le sondage de l'alcoolisme.

Les résultats démontrèrent l'existence d'un niveau déjà fort élevé de consommation d'alcool au sein d'une population pourtant très jeune. Environ 30 % de ces ouvriers sont consommateurs excessifs en risque immédiat de devenir alcooliques, c'est-à-dire: physiquement et psychologiquement dépendants de cette drogue — qui tue, mais auparavant détruit la vie familiale, sociale et laborale de l'individu.

Ce travail permit aussi de conclure que ces tests ne constituent pas de bons sondages, puisqu'ils présentent des niveaux de sensibilité très bas.

□ Summary

ALCOHOLISM — TREAT OR PREVENT? MEANS OF DIAGNOSIS — HOW EXACT CAN THEY BE?

Alcoholism is not only a serious health problem, it is equally a social and economic one.

Our culture and tradition tend to minimize the negative effects of alcohol and highlight its benign ones.

Society is quite permissive towards the alcoholic individual, thereby favouring the consumption of alcohol among the very young.

Bearing these assertions in mind, and by means of a blind screening test, we have made a study on the alcoholic habits of a public company's workers in the district of Aveiro.

This study was also oriented towards evaluation of the efficiency of tests such as the clinical (Le Gô) and laboratory (TGT and VGM) in the screening of alcoholism.

The results showed that, in spite of its low age level, the population studied is already alcohol-addicted. About 30 % of these workers are heavy drinkers in immediate risk of becoming real alcoholics, meaning people physically and psychologically dependent on a drug that kills, but firstly destroys the domestic, the social and the working life of the individual.

A further conclusion was that the analysis carried-out are not good screening tests because all of them show a low degree of sensibility.