



Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº11 • 2026

Editorial
João Curto

**Agonistas do Recetor do Peptídeo Semelhante ao
Glucagon Tipo 1 no Tratamento da
Perturbação do Uso de Álcool:**

Uma Revisão Sistemática da Evidência Atual
Ivan Miranda Ramos, Marlene Alves,
Rodrigo Mota Freitas, Ana Rui Pereira.

**Desafios no Internamento de Desintoxicação
Alcoólica: Altas Contra Parecer Médico
e Fatores Contributivos**

Rebeca Cohen, Inês Matos Pereira, Maria Cameira,
Gabriel Ferreira, Inês Vidó,
Violeta Nogueira, Joana Teixeira.

**Bebidas sem álcool em doentes
com perturbação do uso do álcool:
padrões de consumo e relevância clínica**
Maria Beatriz Couto, Rita Ortega, Dinora Coelho,
Sara Oliveira, Ana Filipa Teixeira

**"Tu és Pó e ao Pó Voltarás":
Padrões de Consumo de Cocaína, Impulsividade
e Ideação Suicida em Estudantes Universitários.**
Rafaela Reuss, Isabel M.Santos, Marta Rodrigues.

**Dimensões Transculturais do Uso de Opióides:
a propósito de um caso clínico.**
Ana Gomes, Gisela Simões, Cristiana Grego,
Sandra Vicente, Manuela Fraga

Gambling – Desafios à prática clínica
Marta Rodrigues, PhD; Carla Pina, BA

adictologia

BEBIDAS SEM ÁLCOOL EM DOENTES COM PERTURBAÇÃO DO USO DO ÁLCOOL: PADRÕES DE CONSUMO E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Autores

Maria Beatriz Couto
Unidade Local de Saúde do Alto Ave,
Escola de Medicina da Universidade do Minho

Rita Ortiga
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Dinora Coelho
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Sara Oliveira
Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Ana Filipa Teixeira
Centro de Respostas Integradas
de Braga – Pólo de Guimarães

RESUMO

O consumo de bebidas sem álcool tem sido proposto como uma estratégia alternativa no âmbito da redução de danos associados ao consumo de álcool. Contudo, a evidência relativa ao seu papel em doentes com perturbação do uso do álcool (PUA), particularmente em contextos clínicos especializados, permanece limitada e heterogénea. O presente estudo teve como objetivo analisar o consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA e explorar a sua associação com a abstinência alcoólica e com o tempo de abstinência. Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, com base em registos clínicos de doentes em acompanhamento no Centro de Respostas Integradas de Braga – Pólo de Guimarães, tendo sido incluídos 52 participantes. Foram recolhidos dados sociodemográficos, clínicos e variáveis relacionadas com o consumo de bebidas sem álcool e com a abstinência alcoólica. A análise do teste do qui-quadrado não revelou associação estatisticamente significativa entre o estado de abstinência e o consumo de bebidas sem álcool. Paralelamente, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no tempo máximo de abstinência entre doentes consumidores e não consumidores de bebidas sem álcool. Estes resultados sugerem que, numa população clínica com PUA, o consumo de bebidas sem álcool não se associa de forma clara à presença ou à duração da abstinência alcoólica, reforçando a necessidade de estudos futuros que aprofundem o seu papel em subgrupos clínicos específicos e apoiem recomendações clínicas mais individualizadas.

ABSTRACT

The consumption of no- and low-alcohol drinks (NoLo) has been proposed as an alternative strategy within harm reduction approaches to alcohol use. However, evidence regarding their role in individuals with alcohol use disorder (AUD), particularly in specialised clinical settings, remains limited and heterogeneous. This study aimed to analyse the consumption of NoLo drinks in a clinical population with AUD and to explore its association with alcohol abstinence and duration of abstinence. A retrospective observational study was conducted based on clinical records of patients receiving follow-up care at the Centro de Respostas Integradas de Braga – Pólo de Guimarães, including a total of 52 participants. Sociodemographic and clinical data were collected, along with variables related to NoLo drinks consumption and alcohol abstinence. Chi-square analysis did not reveal a statistically significant association between abstinence status and consumption of NoLo drinks. Similarly, no statistically significant differences were observed in the maximum duration of abstinence between patients who consumed NoLo drinks and those who did not. These findings suggest that, in a clinical population with AUD, the consumption of NoLo drinks is not clearly associated with the presence or duration of alcohol abstinence, highlighting the need for future studies to further clarify their role in specific clinical subgroups and to support more individualised clinical recommendations.

Palavras-Chave: Perturbação do Uso do Álcool, Bebidas sem álcool, Abstinência alcoólica, Redução de danos, *Craving*

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool está frequentemente integrado em práticas sociais e normas culturais amplamente aceites. No entanto, este comportamento pode estar associado a consequências relevantes ao nível individual, familiar e social (1). Quando este consumo se torna persistente e se associa à perda de controlo, à dificuldade em manter a abstinência e à ocorrência de recaídas, configura-se a Perturbação do Uso do Álcool (PUA), uma condição clínica crónica associada a elevada morbilidade, mortalidade e necessidade de acompanhamento clínico continuado (2).

Em Portugal, os níveis de consumo de bebidas alcoólicas permanecem elevados. Ao contrário da tendência de diminuição observada em vários países europeus ao longo da última década, tem-se registado um aumento sustentado do consumo a nível nacional. Esta evolução reforça o álcool como um problema relevante de saúde pública em Portugal (3).

Face a este cenário, têm vindo a ser implementadas diversas estratégias com o objetivo de reduzir o consumo de álcool e os danos associados, incluindo medidas dirigidas à acessibilidade, publicidade e disponibilidade das bebidas alcoólicas. Entre estas estratégias, tem sido proposta a utilização de bebidas sem álcool como uma alternativa ao consumo de bebidas alcoólicas (4,5).

As bebidas sem álcool são geralmente definidas como produtos que mimetizam a aparência, o sabor e o aroma das bebidas alcoólicas tradicionais, contendo um teor de álcool nulo ou muito baixo. Em termos de quantidade de álcool, o limiar de $\leq 0,5\%$ de álcool por volume é o mais consensual na literatura, contudo não existe uma definição uniforme entre países e instrumentos regulatórios (6,7).

Nos últimos anos, o mercado destas bebidas tem crescido de forma expressiva a nível global (8). Na prática clínica, verifica-se de forma constante a questão “Dr., posso beber bebidas sem álcool?” por parte de doentes com PUA. Apesar do interesse crescente, a evidência sobre o papel das bebidas sem álcool em pessoas com PUA permanece limitada e ambígua (9). Assim, o presente estudo pretende analisar o

consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA, bem como explorar a sua associação com a abstinência e o tempo de abstinência.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo e contexto

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, de doentes com diagnóstico de PUA seguidos no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Braga - Pólo de Guimarães. Os dados foram obtidos através dos registos clínicos realizados no âmbito da prática clínica assistencial regular. A análise incidiu sobre registos desde o início do primeiro acompanhamento de cada doente até outubro de 2025.

Participantes

De entre todos os doentes com diagnóstico de PUA acompanhados no CRI Braga - Pólo de Guimarães, foram selecionados 60 de forma aleatória. Oito doentes foram excluídos devido à ausência de dados clínicos relevantes, resultando numa amostra final de 52 participantes.

Variáveis analisadas

Foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional), dados clínicos (idade de início dos consumos, presença de outras adições, comorbilidades médicas e psiquiátricas, tratamentos prévios, realização de medicação psicotrópica) e variáveis relacionadas com o consumo, nomeadamente: estado de abstinência; consumo de bebidas sem álcool; tipo de bebida sem álcool consumida; tempo máximo de abstinência (em meses).

Análise estatística

Em termos descritivos, as percentagens foram calculadas com base no número de casos disponíveis para cada variável.

A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. Para a análise comparativa, utilizaram-se testes do qui-quadrado para variáveis categóricas, com confirmação pelo teste exato de Fisher sempre que apropriado. Para as variáveis contínuas, aplicou-se o teste t-Student para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney, de acordo com a distribuição dos dados. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

Considerações éticas

Todos os dados analisados foram previamente anonimizados, não sendo recolhida qualquer informação identificativa direta ou indireta que permitisse a identificação dos participantes. A extração e análise dos dados foram realizadas exclusivamente para fins de investigação, garantindo a confidencialidade e a proteção da informação clínica, em conformidade com a legislação em vigor.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

A idade média dos doentes foi de $55,46 \pm 10,66$ anos. A maioria era do sexo masculino (75,0%) e encontrava-se casada (55,8%). Relativamente à situação profissional, apenas 32% doentes apresentavam atividade laboral estável e regular. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que 65,4% dos doentes apresentavam escolaridade inferior ao 3.º ciclo.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos doentes

Variável	n (%) / Média $\pm$ DP
Idade (anos)	55,5 $\pm$ 10,7
Sexo	
Masculino	39 (75,0%)
Feminino	13 (25,0%)
Estado civil	
Casado	29 (55,8%)
Divorciado	11 (21,2%)
Solteiro	10 (19,2%)
Viúvo	2 (3,8%)
Situação profissional	
Trabalho estável/regular	17 (32,7%)
Reformado	17 (32,7%)
Desempregado	14 (26,9%)
Subsídios temporários	1 (1,9%)
Trabalho ocasional	2 (3,8%)
Estudante/Formação Profissional	1 (1,9%)
Escolaridade	
Sem escolaridade	3 (5,8%)
1.º ciclo	22 (42,3%)
2.º ciclo	9 (17,3%)
3.º ciclo	12 (23,1%)
Ensino secundário	4 (7,7%)
Grau universitário	2 (3,8%)

Características clínicas da amostra

Relativamente às comorbilidades médicas, 69,2% dos doentes apresentavam pelo menos uma doença médica associada. No que respeita à presença de comorbilidades psiquiátricas, estas estiveram presentes em 50% dos participantes. Adicionalmente, 76,9% dos doentes tinham prescrição de medicação psicotrópica para ajuda no tratamento da PUA e/ou tratamento das comorbilidades psiquiátricas. Por último, 44,2% dos doentes apresentavam outras adições. A tabela 2 apresenta dos resultados.

Tabela 2 – Características clínicas dos doentes

Variável	n (%)
Comorbilidades médicas	
Não	16 (30,8%)
Sim	36 (69,2%)
Comorbilidades Psiquiátricas	
Não	26 (50,0%)
Sim	26 (50,0%)
Prescrição de Medicação Psicotrópica	
Não	12 (23,1%)
Sim	40 (76,9%)
Outras adições	
Não	29 (55,8%)
Sim	23 (44,2%)

Características relacionadas com a Perturbação do Uso do Álcool

Relativamente às características associadas à PUA, apresentadas na tabela 3, a idade de início dos consumos apresentou elevada variabilidade, com uma média de $14,27 \pm 5,59$ anos (mínimo de 5 e máximo de 38 anos). Quanto ao tipo de bebida alcoólica predominantemente consumida, destacou-se o vinho, referido por 96,1% doentes, quer de forma isolada (50,0%), quer em combinação com outras bebidas

(46,1%). Apenas 3,8% referiam a cerveja como bebida predominante.

Dos 52 doentes, 36,5% já tinham realizado tratamento para a abstinência previamente ao tratamento atual, sendo que 78,9% desses doentes tinham antecedentes de internamento para desabitação e/ou tratamento em Comunidade Terapêutica.

No momento da recolha dos dados, 48,1% encontravam-se em abstinência alcoólica. O tempo médio de abstinência foi de $6,17 \pm 7,5$ meses.

Tabela 3 - Características associadas à Perturbação do Uso do Álcool

Variável	n (%) / Média $\pm$ DP
Idade de início dos consumos	$14,3 \pm 5,6$ anos
Bebida alcoólica de consumo principal	
Vinho	26 (50,0%)
Cerveja	2 (3,8%)
Vinho + Cerveja	10 (19,2%)
Vinho + Outras bebidas	36 (69,2%)
Tratamentos prévios para a PUA	
Não	33 (63,5%)
Sim	19 (36,5%)
Internamento para desabitação e/ou em Comunidade Terapêutica	
Não	37 (71,2%)
Sim	15 (28,8%)
Abstinência no momento	
Não	27 (51,9%)
Sim	25 (48,1%)
Tempo médio de abstinência	$6,17 \pm 7,5$ anos

Consumo de bebidas sem álcool

O consumo de bebidas sem álcool foi observado em 21,2%, conforme descrito na Tabela 4. Entre os consumidores, a bebida sem álcool mais frequentemente referida foi a cerveja sem álcool, sendo que apenas um doente referiu consumo concomitante de vinho sem álcool.

Tabela 4 - Consumo de bebidas sem álcool

	Sim (n (%))	Não (n (%))
Consumo de bebidas sem álcool	11 (21,2%)	41 (78,8%)

A análise do teste qui-quadrado (Tabela 5) não revelou associação estatisticamente significativa entre o estado de abstinência e o consumo de bebidas sem álcool ($\chi^2(1) = 0,038$; $p = 0,845$).

Tabela 5 - Distribuição do estado de abstinência de acordo com o consumo de bebidas sem álcool

Condição	Sem consumo de bebidas sem álcool (n (%))	Consumo de bebidas sem álcool (n (%))
Não abstinente	21 (40,4%)	6 (11,5%)
Abstinente	20 (38,5%)	5 (9,6%)

$\chi^2(1) = 0,038$; $p = 0,845$

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no tempo máximo de abstinência entre doentes consumidores e não consumidores de bebidas sem álcool ($U = 213,0$; $p = 0,772$), como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6 - Tempo máximo de abstinência de acordo com o consumo de bebidas sem álcool

Condição	Sem consumo de bebidas sem álcool	Consumo de bebidas sem álcool
Tempo máximo de abstinência em meses (Média $\pm$ DP)	6,6 $\pm$ 1,2	4,6 $\pm$ 1,7

$U = 213,0$; $p = 0,772$

DISCUSSÃO

O presente estudo contribui para a compreensão do consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com perturbação do uso do álcool, um domínio ainda pouco explorado na literatura, particularmente em contextos assistenciais especializados. No conjunto dos resultados obtidos, não

se identificou uma associação entre o consumo de bebidas sem álcool e a presença de abstinência alcoólica, nem com a duração dessa abstinência, sugerindo que o papel destas bebidas neste contexto poderá ser mais complexo do que uma relação direta com a abstinência.

No presente estudo, observou-se uma baixa prevalência de consumo de bebidas sem álcool, um resultado que pode ser interpretado à luz das características sociodemográficas dos participantes. Com efeito, estudos prévios descrevem um perfil relativamente consistente de consumidores de bebidas sem álcool, maioritariamente constituído por indivíduos do sexo masculino, mais jovens, com níveis mais elevados de escolaridade e rendimentos superiores (10). A população alvo de estudo apresentou predominância masculina, contudo caracterizava-se por uma idade média mais avançada, bem como por uma elevada prevalência de situações de precariedade profissional e/ou baixos rendimentos e menor escolaridade. Este desfazamento levanta a hipótese de que o consumo de bebidas sem álcool possa estar condicionado por fatores socioeconómicos, colocando questões relevantes no domínio da equidade em saúde, na medida em que grupos socialmente mais vulneráveis parecem apresentar menor acesso ou menor adesão a estas alternativas (11).

Importa ainda salientar que uma proporção dos doentes apresenta comorbilidades médicas e tem prescrição de medicação psicotrópica. A evidência sobre a segurança e o impacto do consumo de bebidas sem álcool em situações específicas como doentes com patologia hepática ou sob terapêutica psicotrópica, nomeadamente benzodiazepinas e inibidores seletivos da recaptção da serotonina, permanece escassa (12, 13). De facto, o estudo destas populações poderá influenciar tanto as recomendações clínicas como as escolhas dos próprios doentes.

No que respeita à abstinência alcoólica, a ausência de associação entre o consumo de bebidas

sem álcool e a abstinência alcoólica, sugere que, nesta população clínica, o consumo de bebidas sem álcool não se associou a efeitos benéficos, nem prejudiciais no que concerne à manutenção da abstinência. Esta evidência está em consonância com a literatura existente, que se revela marcadamente heterogénea (9). Por um lado, alguns estudos apontam potenciais benefícios em adultos que procuram reduzir o consumo de álcool, incluindo diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e redução do estigma social associado à abstinência (14, 15). Por outro lado, a literatura alerta para o papel dos estímulos sensoriais e contextuais, como o sabor, o odor, a aparência e os rituais associados ao consumo, que podem funcionar como pistas condicionadas, potenciando craving, sobretudo em indivíduos com maior gravidade da dependência (9, 13).

Neste enquadramento, a literatura tem vindo a sugerir que as bebidas sem álcool não devem ser conceptualizadas como substitutos diretos do álcool, mas antes como complementos, particularmente relevantes em contextos sociais (8, 11, 16). Assim, o seu papel parece alinhar-se mais com uma abordagem de redução de danos do que com uma estratégia orientada para a indução ou manutenção da abstinência (16, 17).

O facto de o presente estudo ter sido conduzido numa população clínica constitui uma limitação que poderá ter influenciado os resultados. De facto, grande parte da evidência disponível não se centra em contextos clínicos nem em doentes com PUA estabelecida, o que limita a comparabilidade dos resultados (9, 15). Deste modo, é plausível que o impacto do consumo de bebidas sem álcool dependa menos das características intrínsecas das bebidas e mais do perfil clínico, comportamental e motivacional dos indivíduos. Aspetos como a gravidade da dependência, a fase do processo de mudança e a função subjetiva atribuída ao consumo parecem assumir particular relevância neste enquadramento (9, 15). O estudo apresenta outras limitações que devem ser consideradas. O tamanho amostral reduzido limita

o poder estatístico e a generalização dos resultados. O desenho retrospectivo, dependente de registos clínicos heterogéneos, poderá introduzir viés de informação. Acresce a natureza transversal das comparações, que impede inferências causais, bem como a ausência de medidas específicas de craving ou de respostas condicionadas, variáveis potencialmente críticas na compreensão do impacto das bebidas sem álcool em doentes com PUA. Por fim, a inclusão exclusiva de doentes em acompanhamento num contexto clínico específico restringe a extrapolação dos resultados para outros cenários assistenciais.

Neste contexto, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos futuros em contextos clínicos, idealmente dirigidos a subgrupos específicos de doentes, de forma a aprofundar a compreensão destes mecanismos (12).

CONCLUSÃO

Este estudo contribui para a compreensão do consumo de bebidas sem álcool numa população clínica com PUA, evidenciando uma baixa prevalência de consumo e a ausência de associação com a abstinência alcoólica ou com o tempo de abstinência. Estes resultados sugerem que, em contextos clínicos especializados, as bebidas sem álcool não parecem desempenhar um papel determinante na manutenção da abstinência, nem se associam a efeitos adversos claros. Os resultados reforçam a necessidade de enquadrar estas bebidas não como substitutos do álcool, mas, potencialmente, como uma estratégia complementar de redução de danos, cujo impacto poderá depender mais do perfil clínico, comportamental e socioeconómico dos doentes do que das características das bebidas em si. Estudos futuros são fundamentais para clarificar o papel das bebidas sem álcool em populações com PUA e apoiar recomendações clínicas mais individualizadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (2018), Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
2. American Psychiatric Association (2022), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en> Organização Mundial de Saúde
4. Burton R et al. (2017), A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 389. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32420-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5)
5. World Health Organization (2024), Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content>
6. Schaefer JM (1987), On the potential health effects of consuming “non-alcoholic” or “de-alcoholized” beverages. *Alcohol*. 4(2): 87–95. [https://doi.org/10.1016/0741-8329\(87\)90004-8](https://doi.org/10.1016/0741-8329(87)90004-8)
7. Okaru AO, Lachenmeier DW (2022), Defining No and Low (NoLo) Alcohol Products. *Nutrients*. 14(18): 3873. <https://doi.org/10.3390/nu14183873>
8. Buss V et al. (2025), Trends in use of alcohol-free or low alcohol drinks in attempts to reduce alcohol consumption in Great Britain, 2020–2024: a population-based study. *BMJ Public Health*. 3(2): e002775. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-002775>
9. Caballeria E et al. (2022), “Doctor, Can I Drink an Alcohol-Free Beer?” Low-Alcohol and Alcohol-Free Drinks in People with Heavy Drinking or Alcohol Use Disorders: Systematic Review of the Literature. *Nutrients*. 14(19): 3925. <https://doi.org/10.3390/nu14193925>
10. Anderson P et al. (2021), Is buying and drinking zero and low alcohol beer a higher socio-economic phenomenon? Analysis of British survey data, 2015–2018 and household purchase data 2015–2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18: 10347. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910347>
11. Katainen A et al. (2023), Who buys non-alcoholic beer in Finland? Sociodemographic characteristics and associations with regular beer purchases. *International Journal of Drug Policy*. 113: 103962. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103962>
12. Bowdring MA, Rutledge GW, Prochaska JJ (2024), Advising patients on the use of non-alcoholic beverages that mirror alcohol. *Preventive Medicine Reports*. 47: 102888. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102888>
13. Hew A, Arunogiri S (2024), Zero alcohol, but not zero risk? The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 58(1): 10–11. <https://doi.org/10.1177/00048674231200399>
14. Yoshimoto, H., Kawaida, K., Dobashi, S., Saito, G., & Owaki, Y. (2023). Effect of provision of non-alcoholic beverages on alcohol consumption: a randomized controlled study. *BMC medicine*, 21(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03085-1>
15. Blackwell, A. K. M., De-Loyde, K., Hollands, G. J., Morris, R. W., Brocklebank, L. A., Maynard, O. M., Fletcher, P. C., Marteau, T. M., & Munafo, M. R. (2020). The impact on selection of c vs alcoholic drink availability: an online experiment. *BMC public health*, 20(1), 526. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08633-5>
16. Bowdring MA, McCarthy DM, Fairbairn CE, Prochaska JJ (2024), Non-alcoholic beverage consumption among US adults who consume alcohol. *Addiction*. 119(6): 1080–1089. <https://doi.org/10.1111/add.16452>
17. Corfe S, Hyde R, Shepherd J (2020), Alcohol-free and low-strength drinks. *Social Market Foundation*. 95: 83

Conflito de interesses: Os autores não têm qualquer conflito de interesses a declarar.

adi cto. logia

REVISTA DA
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA

NÚMERO 11 • 2026
