

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ROBERTA JUSTEL DO PINHO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL  
ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP, ESTUDO SABE**

**Orientador:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Pereira Lima

**BOTUCATU – SP**

**2012**

**ROBERTA JUSTEL DO PINHO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL ENTRE  
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP, ESTUDO SABE**

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Pereira Lima

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BOTUCATU - SP**

**2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Pinho, Roberta Justel do.

Prevalência e fatores associados ao uso de álcool entre idosos do município de São Paulo/SP, Estudo SABE / Roberta Justel do Pinho. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Cristina Pereira Lima

Capes: 40601005

1. Idosos - Uso do álcool - São Paulo (SP). 2. Alcoolismo – Fatores de risco.  
3. Envelhecimento.

Palavras-chave: Idosos; Uso de álcool; Uso de risco.

## *Dedicatória*

À “vó Dita” (*na memória sempre viva!*)

“O que eu realmente quero que você saiba é que  
não importa o tempo que passe,  
o que aconteça ou o que a vida nos ensine.  
Não interessa quem somos ou quem vamos nos tornar.  
O que vale é o que carregamos dentro de nós.  
E você, guarde isso na memória para todo o sempre,  
eu te carrego junto comigo todos os dias”.

Clarissa Corrêa.

# Agradecimentos

“O fato é... Cada um de nós é a soma dos momentos que já tivemos. E de todas as pessoas que já conhecemos. E são esses momentos que se tornam nossa história”.

(“The Vow”).

Primeiramente à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Maria Cristina Pereira Lima**, Kika, pela orientação cuidadosa e paciente; por toda a compreensão e ensinamentos; não haveria alguém mais comprometida, bem-humorada, didática, apoiadora e afetuosa para me acolher nesse projeto! Não há palavras para agradecer-lhe! ;

Aos meus pais, **Antônio e Renata**, pelo amor e apoio incondicionais em todas as minhas escolhas e ao **Rafael**, por me ensinar aquilo que só os irmãos são capazes de fazê-lo;

Ao **Caio**, meu querido namorado e maior amigo, por estar sempre presente, pelo afeto tão verdadeiro e por tentar compreender minhas ausências, inquietações e angústias;

À **Beth e Rui**, pelo carinho e por serem presença sempre constante;

À Banca examinadora do Exame de Qualificação, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Ana Teresa De Abreu Ramos Cerqueira**, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Cristiane Lara Mendes-Chiloff** e Prof. Dr. **Edison Iglesias de Oliveira Vidal** pelas valiosas contribuições para finalização desse trabalho e também ao Prof. Dr. **Jair Lício Ferreira Santos**, por aceitar o convite para compor a banca de defesa;

À Profª Drª Maria Lúcia Lebrão, por ter concedido o privilégio de trabalhar os dados do  
Estudo SABE;

Aos funcionários e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e  
também aos colegas de turma, pela convivência e por dividirem comigo suas idéias e ideais,  
suas angústias e sonhos; em especial às amigas Andreza, Ju Corvino, Ju Antoníucci e  
Paty;

À querida Rosemary Cristina da Silva, “Meirinha”, pela revisão tão cuidadosa das  
referências deste trabalho e por ser a pessoa querida que é!

Aos amigos de Botucatu (e da vida), em especial à querida Luciana Carnier pela amizade  
e acolhida em todos os sentidos, à Mawusi, por compartilhar comigo seu encantamento  
pela vida e me fazer crer na “boa sorte”; aos queridos conterrâneos que a vida permitiu que  
eu encontrasse ali (Meirinha, Luciana, Vanessa, Beto), às amigas Terapeutas  
Ocupacionais, aos colegas do Aprimoramento Profissional, da Associação Arte e  
Convívio e Hospital-Dia de Psiquiatria (FMB/Unesp) pelas tantas alegrias e  
ensinamentos que me proporcionaram;

Às amigas de Bauru, do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Sagrado  
Coração, especialmente à querida Maria Amélia Ximenes, pelo exemplo que se tornou  
para mim. Também aos alunos do curso pela convivência e aprendizado compartilhados;

Às colegas da **Prefeitura Municipal de São Carlos**, que hoje me acolhem em um novo  
projeto de vida profissional;

Meu muito obrigada por dividirem comigo esse pedaço de alegria!

“Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol  
quente, que às vezes custa a passar, mas sempre passa. E você ainda pode  
ter muito pedaço bom de alegria. Cada um tem a sua hora e a sua vez: você  
ainda há de ter a sua.”

Sagarana , João Guimarães Rosa

## RESUMO

---

Pinho, R.J. **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP, ESTUDO SABE**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2012.

Apesar do rápido avanço no número de idosos em todo mundo, diversas questões relacionadas a esse crescimento ainda apresentam-se pouco exploradas, como é o caso do uso de álcool por essa população. **Objetivo** Estimar a prevalência de uso de álcool e de uso de risco de álcool bem como identificar os fatores associados a ambos os desfechos em amostra de idosos residentes no município de São Paulo/SP, participantes do ESTUDO SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) em 2006. **Método** Análise transversal, com amostra aleatória por conglomerados de sujeitos com 60 anos ou mais ( $n=1184$ ). As variáveis dependentes foram uso de álcool e uso de risco de álcool, este, identificado através do *Short- Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric (SMAST-G)*. Foram variáveis de exposição: características sociodemográficas, suporte familiar, condições de vida e saúde, declínio cognitivo, tabagismo e capacidade funcional. As estimativas de prevalência e respectivos intervalos de confiança foram obtidos aplicando-se pesos que corrigiram para o efeito de amostragem complexa. A significância estatística foi avaliada através do teste de Rao-Scott, por tratar-se de amostra complexa. A análise multivariada foi feita através da construção de modelos de regressão logística tanto para uso de álcool quanto para uso de risco de álcool, com cálculo de *Odds Ratios* ajustadas. Foram incluídas nos modelos as variáveis que mostraram associação com os desfechos com  $p \leq 0,25$  na análise univariada. Permaneceram no modelo final as variáveis independentes que mantiveram associação com desfecho após ajuste ( $p \leq 0,05$ ). **Resultados** a maioria da amostra era composta por mulheres (59,2%), idosos na faixa dos 60-64 anos (29,7%), brancos (63,7%), com escolaridade média de 4-7 anos (40,4%), aposentados (40,0%) e casados (61,9%). A prevalência de *uso de álcool* foi de 21,1% e 47,7% entre mulheres e homens, respectivamente ( $p=0,001$ ), com prevalência ponderada de uso de álcool na amostra total de 31,9%. O uso de álcool esteve associado a ser do sexo masculino ( $OR_{ajustada}= 3,71$ , IC 2,62-5,26); ter menor idade ( $OR_{ajustada}= 0,97$ , IC 0,95-0,99); ter 8 ou mais anos de escolaridade ( $OR_{ajustada}= 5,20$ , IC 2,96-9,15) e ser tabagista ( $OR_{ajustada}=1,89$ , IC 1,17-3,05). Dentre os que relataram consumir álcool, identificou-se prevalência de *uso de risco* em 7,5% das mulheres e 26,9% dos homens. O uso de risco esteve associado ao sexo masculino ( $OR_{ajustada}=11,73$ , IC 4,38-31,38), ser mais jovem ( $OR_{ajustada}=0,93$ ; IC 0,87-0,99); ter

declarado ser da cor negra/parda ( $OR_{ajustada}=6,28$ , IC: 2,83-13,94); não saber ler e escrever um recado ( $OR_{ajustada}=4,13$ , IC 1,21-14,09) e não ter transtorno mental ( $OR_{ajustada}=0,008$ , IC 0,03-0,25). **Conclusão** Os resultados encontrados apontam que, embora o uso de álcool seja menos prevalente na velhice, as prevalências desse uso e também de uso de risco obtidas mostram-se relevantes, já que mesmo em menor frequência/quantidade, esse uso pode implicar diversas consequências negativas nessa fase da vida. Além disso, observou-se que o consumo de álcool na velhice esteve associado ao sexo masculino, a ser mais jovem e a ser tabagista. Melhores condições socioeconômicas associaram-se a uso de álcool, mas não a uso de risco, sugerindo que desigualdades sociodemográficas possam ser determinantes na prevalência deste último.

**Palavras-chave:** idosos; uso de álcool; uso de risco.

## ABSTRACT

---

Pinho, R.J. **PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH ALCOHOL USE OLDER ADULTS LIVING IN SÃO PAULO/SP, SABE STUDY.** Dissertation (Master Degree). – School of Medicine of Botucatu, University of State of São Paulo, Botucatu, 2012.

Despite the rapid advance in the number of elderly people worldwide, many issues related to this growth is still scant explored, as it is the case of alcohol use by this population. **Objective** To estimate the prevalence of alcohol use and hazardous use and factors associated with them among older adults living in São Paulo/ SP, who took part in SABE Study (Health, Wellness and Aging) in 2006. **Method** This is a cross-sectional analysis with random cluster sample of subjects aged 60 years or more ( $n = 1184$ ). The dependent variables were alcohol use and hazardous alcohol use, the last one it was identified by the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric (SMAST-G). Exposure variables were: demographic information, family support, living conditions and health, cognitive decline, smoking and functional capacity. . Prevalence estimates and confidence intervals were obtained by applying weights that corrected for the design. Statistical significance was assessed by the Rao-Scott test, because it is a complex sample. Multivariate analysis was done by building logistic regression models for both alcohol use and hazardous use of alcohol, with calculation of adjusted odds ratios. It was included in the models the variables that showed association with outcomes with  $p \leq 0.25$  in univariate analysis. Remained in the final model the variables that kept associated with outcome after adjustment ( $p \leq 0.05$ ). **Results** The majority of the sample were women (59.2%), aged between the ages of 60-64 years (29.7%), white (63.7%), and mean schooling was 4.7 years (40.4%), retired (40.0%) and married (61.9%). The prevalence of alcohol use was 21.1% and 47.7% among women and men, respectively ( $p = 0.001$ ), with prevalence of alcohol use in the total sample of 31.9%. Alcohol use was associated with being male ( $OR_{adjusted} = 3.71$ , CI 2.62 to 5.26), being younger ( $OR_{adjusted} = 0.97$ , CI 0.95 to 5.26), having 8 or more years of schooling ( $OR_{adjusted} = 5.20$ , CI 2.96 to 9.15) and being a smoker ( $OR_{adjusted} = 1.89$ , CI 1.17 to 3.05). Among those who reported alcohol consumption, the prevalence of hazardous use in 7.5% of women and 26.9% of men. The hazardous use was associated with male gender ( $OR_{adjusted} = 11.73$ , CI 4.38 to 31.38), be younger ( $OR_{adjusted} = 0.93$ , CI 0.87 to 0.99), having declared to be of black / brown ( $OR_{adjusted} = 6.28$ , CI: 2.83 to 13.94); not read and write a message ( $OR_{adjusted} = 4.13$ , CI 1.21 to 14.09) and not having a mental disorder ( $OR_{adjusted}=0.008$ , IC 0,03-0,25). **Conclusion** The results indicate that

although alcohol use is less prevalent in old age, the prevalence of use and hazardous use is relevant, since even with a lower frequency / quantity, such use may entail several negative consequences for elderly. Furthermore, we observed that alcohol consumption in old age was associated with male gender, being younger and being a smoker. Better socioeconomic conditions were associated with alcohol use, but not with hazardous use, suggesting that demographic determinants can be predictive of that prevalence.

**Keywords:** older adults; alcohol use; hazardous use.

## LISTA DE TABELAS

---

|                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Características sociodemográficas segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                                                 | 56 |
| Tabela 2 - Distribuição de arranjo e situação familiar, segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                                      | 57 |
| Tabela 3 - Distribuição de religião e importância atribuída à mesma segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                          | 58 |
| Tabela 4 - Distribuição da autoavaliação da memória e de saúde segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                               | 59 |
| Tabela 5 - Distribuição de morbidade referida e depressão pela GDS de acordo com sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                     | 61 |
| Tabela 6 - Distribuição de ocorrência e número de quedas segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                                     | 62 |
| Tabela 7 - Distribuição de uso de álcool e tabaco segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                                            | 63 |
| Tabela 8 - Distribuição de desempenho em Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). .... | 64 |
| Tabela 9 - Uso de medicamentos de acordo com sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184). ....                                                                         | 64 |
| Tabela 10 - Características sociodemográficas segundo uso de álcool em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (1184). ....                                                         | 66 |
| Tabela 11 - Distribuição do arranjo e situação familiar de acordo com uso de álcool, na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184). ....                                               | 67 |
| Tabela 12 - Distribuição de religião/práticas religiosas de acordo com uso de álcool, na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184). ....                                              | 68 |
| Tabela 13 - Distribuição de autoavaliação do estado cognitivo e de saúde de acordo com uso de álcool na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184). ....                               | 69 |
| Tabela 14 - Distribuição de morbidade referida de acordo com uso de álcool na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184). ....                                                         | 71 |
| Tabela 15 - Distribuição de ocorrência e frequência de quedas segundo uso de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=1184). ....                                                | 72 |

|                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 16 - Distribuição do uso de tabaco de acordo com uso de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=1184).....                                                                                                          | 72 |
| Tabela 17 - Distribuição do desempenho em atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária segundo uso de álcool, em amostra de idosos do Estudo SABE (n=1184) .....                                  | 73 |
| Tabela 18 - Distribuição do uso de medicações de acordo com uso de álcool, em amostra de idosos do estudo SABE (n=1184).....                                                                                                     | 74 |
| Tabela 19 - Distribuição sociodemográfica de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333).....                                                                                                  | 76 |
| Tabela 20 - Distribuição do arranjo familiar de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333).....                                                                                               | 77 |
| Tabela 21 - Distribuição de religião de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333) .....                                                                                                      | 78 |
| Tabela 22 - Distribuição da avaliação do estado cognitivo e condições de saúde uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333) .....                                                                          | 79 |
| Tabela 23 - Distribuição de morbidade referida de acordo com uso problemático de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333). .....                                                                                       | 80 |
| Tabela 24 - Distribuição de ocorrência/número de quedas de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333) .....                                                                                   | 81 |
| Tabela 25 - Distribuição de frequência de uso de álcool e uso de tabaco e uso de álcool de risco em amostra de idosos do estudo SABE (n=333). .....                                                                              | 82 |
| Tabela 26 - Distribuição da capacidade Funcional e uso de risco álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333).....                                                                                                          | 83 |
| Tabela 27 - Distribuição do uso de medicações de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333) .....                                                                                             | 83 |
| Tabela 28 - <i>Odds Ratio</i> brutas e ajustadas para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para uso de álcool na amostra de idosos participantes do ESTUDO SABE, São Paulo/SP (n=333).....          | 84 |
| Tabela 29 - <i>Odds Ratio</i> brutas e ajustadas para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Uso de Risco de Álcool na amostra de idosos participantes do ESTUDO SABE, São Paulo/SP (n=333)..... | 85 |

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

---

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Coortes do estudo SABE, realizado em São Paulo/SP, a partir do ano 2000.....                                               | 39 |
| Figura 2 - Composição da amostra do estudo de uso de álcool em idosos participantes do estudo SABE, no município de São Paulo/SP..... | 41 |
| Quadro 1 - Padrões de uso de álcool, abrangência pelos sistemas diagnósticos e sua descrição. ....                                    | 5  |
| Quadro 2 - Instrumentos de identificação/rastreio de uso de álcool: vantagens e desvantagens para uso com idosos: .....               | 9  |
| Quadro 3 - Principais estudos de prevalência de uso de álcool em idosos brasileiros .....                                             | 27 |
| Quadro 4 - Composição do questionário SABE (2006).....                                                                                | 44 |
| Quadro 5 - Variáveis selecionadas para o presente estudo, de acordo com o questionário SABE (2006). ....                              | 51 |

## LISTA DE SIGLAS

---

ABVDs – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – American Psychiatric Association

ARPS - Alcohol-Related Problems Survey

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GDS- Geriatric Depression Scale

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

MAST-G - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SAMSHA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SMAS-G – Short Michigan Alcoholism Screening Test

STATA – Stata Statistical Software

# SUMÁRIO

---

## RESUMO

## ABSTRACT

## LISTA DE TABELAS

## LISTA DE FIGURAS

## LISTA DE SIGLAS

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                                                                | 1  |
| 1.1 O CONTEXTO: SITUANDO O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS CARACTERÍSTICAS..... | 1  |
| 1.2 USO DE ÁLCOOL – PADRÕES DE USO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS .....                  | 4  |
| 1.3 INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO DO USO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO GERAL E EM IDOSOS.....  | 7  |
| 1.4 CARACTERÍSTICAS DO USO DE ÁLCOOL POR IDOSOS .....                              | 12 |
| 1.5 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE ÁLCOOL POR IDOSOS .....                                | 24 |
| 2. JUSTIFICATIVA.....                                                              | 34 |
| 3. HIPÓTESES .....                                                                 | 35 |
| 4. OBJETIVOS.....                                                                  | 36 |
| 5. METODOLOGIA.....                                                                | 37 |
| 5.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO .....                                                      | 37 |
| 5.2 O ESTUDO SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE).....                         | 37 |
| 5.3 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO.....                                            | 39 |
| 5.4 SUJEITOS.....                                                                  | 40 |
| 5.5 PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM .....                                              | 41 |
| 5.5.1 Amostra de idosos .....                                                      | 42 |
| 5.5.2 Amostra dos domicílios .....                                                 | 42 |
| 5.6 INSTRUMENTOS .....                                                             | 43 |
| 5.6.1 Short Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric (S MAST-G) .....          | 45 |
| 5.6.2 Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale/GDS).....         | 46 |
| 5.6.3 Miniexame do estado mental (meem).....                                       | 46 |
| 5.6.4 Índice katz para atividades básicas de vida diária (abvd) .....              | 47 |
| 5.6.5 Escala de Lawton para Atividades Instrumentais de Vida Diária .....          | 47 |
| 5.6.6 Apgar de Família .....                                                       | 48 |
| 6. ANÁLISE DOS DADOS .....                                                         | 50 |

|                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....                                          | 54  |
| 8. RESULTADOS.....                                                    | 55  |
| 8.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO SEXO. ....                     | 55  |
| 8.2 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO USO DE ÁLCOOL .....            | 65  |
| 8.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO USO DE RISCO DE<br>ÁLCOOL..... | 74  |
| 8.4 ANÁLISE MULTIVARIADA.....                                         | 84  |
| 9. DISCUSSÃO.....                                                     | 86  |
| 9.1 PREVALÊNCIA DE USO DE ÁLCOOL E DE USO DE RISCO EM IDOSOS...       | 86  |
| 9.2 FATORES ASSOCIADOS AO USO E AO USO DE RISCO DE ÁLCOOL .....       | 88  |
| 9.3 LIMITAÇÕES.....                                                   | 98  |
| 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                         | 100 |
| 11. REFERÊNCIAS.....                                                  | 102 |
| 12. ANEXOS.....                                                       | 125 |

## 1. INTRODUÇÃO

---

A fim de esclarecer os principais aspectos relacionados ao uso de álcool por idosos, os tópicos que seguem buscam compreender esse desfecho no contexto do avanço dessa população em todo mundo e também no Brasil. Discutem como esse consumo tem características e consequências peculiares, que devem ser analisadas como tal, tendo em vista a dificuldade do diagnóstico e a escassez de instrumentos adequados para esse fim. Trazem, ainda, a revisão dos principais trabalhos da literatura acerca do uso de álcool pela população idosa, a epidemiologia do consumo e os principais fatores/aspectos associados a esse desfecho.

### **1.1 O CONTEXTO: SITUANDO O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS CARACTERÍSTICAS**

O aumento da população idosa é uma realidade vivenciada mundialmente e, no Brasil, a mudança nos padrões etários da população vem ocorrendo de forma intensa e acelerada. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, nas últimas décadas, é nos países em desenvolvimento, tais como os da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (LIMA-COSTA & VERAS, 2003). Assim, vivemos um momento de alteração na estrutura etária da população cuja origem, em nosso país, deu-se no rápido e sustentado declínio da fecundidade (principalmente após a década de 1960) e redução na mortalidade (CAMARANO, 2002; CARVALHO & GARCIA, 2003; VERAS, 2009; LEBRÃO, 2007, 2009).

De forma geral, o envelhecimento populacional decorre de mudanças na estrutura etária da população, a partir da diminuição das taxas de fecundidade, o que leva ao aumento do peso relativo de idosos em relação ao de jovens na população de um país (VERAS et al., 1987; CAMARANO, 2002; CARVALHO & GARCIA, 2003; LEBRÃO, 2007).

Nesse sentido, a população brasileira vem sofrendo, nas últimas cinco décadas, transições decorrentes de mudanças dos níveis de mortalidade e fecundidade, de uma forma bastante rápida e em ritmo muito mais intenso do que o observado em países desenvolvidos. Esse processo fez com que a população passasse de um regime demográfico de altas taxas de natalidade e mortalidade, para outro, primeiramente com baixa mortalidade e em seguida, com baixa fecundidade (CARVALHO & GARCIA, 2003; LEBRÃO, 2007).

Segundo Camarano (2002) esses dois processos que concorrem para o envelhecimento de uma determinada população – queda na fecundidade e na mortalidade – são resultado de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado e do progresso tecnológico vivido pelo Brasil nas últimas décadas.

Nos países Europeus, o processo de transição demográfica ocorreu de forma lenta e sustentada devido, principalmente, à diminuição das taxas de fecundidade no período da Revolução Industrial antecedendo, inclusive, o surgimento dos medicamentos anticoncepcionais. Ainda no início do século XX, o Brasil já vivenciava quedas na mortalidade em geral, mas é somente na década de 1950, que esse fenômeno se estabelece com o declínio brutal na fecundidade bastante relacionado ao processo de urbanização e outras transformações sociais (LEBRÃO, 2007).

Os sujeitos que estão chegando aos 60 anos depois dos anos 2000 em países da América Latina e também o Brasil foram aqueles beneficiados pelo grande desenvolvimento tecnológico ocorrido após a Segunda Guerra Mundial (PALLONI & PELAÉZ, 2000). Assim, nessa região, o envelhecimento populacional está bastante relacionado às grandes descobertas no campo da saúde, especialmente no que tange à diminuição da mortalidade infantil após a década de 1930 e, não necessariamente, à melhoria dos padrões gerais de vida. Logo, os idosos da atualidade foram expostos a situações de desnutrição e outras morbidades em uma etapa bastante precoce da vida, o que não foi observado no histórico de envelhecimento dos países desenvolvidos – realidade que poderá ter impacto relevante nas condições de saúde, funcionalidade e de vida desses idosos (PALLONI et al., 2002; LEBRÃO, 2007).

Além disso, ao contrário dos países desenvolvidos, esse processo foi e vem sendo acompanhado de pouco desenvolvimento social e reduzido aumento na renda da população geral e também dos idosos. Por ocorrer de maneira acelerada, exige políticas públicas que deem conta do impacto que esse processo acarreta, o que se mostra um grande desafio para a sociedade brasileira (VERAS, 2009). Ressalta-se, ainda, que o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois dos mesmos terem adquirido bons padrões de desenvolvimento econômico e social, enquanto os países da América Latina ainda permanecem com suas economias frágeis, níveis crescentes de pobreza e grandes desigualdades sociais (PALLONI et al., 2002).

A velhice brasileira tem características singulares: é marcada pela heterogeneidade, visto que a população de longevos (idosos acima dos 80 anos) está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 2002; LEBRÃO, 2007). Outra importante característica é a sua

feminilização devido à maior expectativa de vida das mulheres, às grandes taxas de viuvez das mesmas bem como, em decorrência de diferenças biológicas, de exposição a riscos de trabalho e nos padrões de consumo de álcool e tabaco, assistência médico-obstétrica, etc., todos fatores que colocam as mulheres em condição mais favorável em relação aos homens (VERAS et al., 1987; LEBRÃO, 2009). Um aspecto peculiar, porém, dessa feminilização é a solidão: devido ao seu maior período de vida, há aumento da viuvez, da qual decorrem problemas como a redução de renda e isolamento social. Além disso, apesar de viverem mais, as mulheres tendem a viver por mais tempo com incapacidades e piores condições de vida que os homens (VERAS et al., 1987; CAMARANO, 2002; DUARTE, 2003; LEBRÃO et al., 2007).

Em artigo que buscou identificar o perfil sociodemográfico e de saúde mental da velhice brasileira ao final da década de 1990, a partir de pesquisas por amostra domiciliar, Garrido & Menezes (2002) apontaram que a população de idosos no Brasil era composta por uma maioria de mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e com menor renda em relação aos homens; de modo geral, os idosos entrevistados eram portadores de pelo menos uma doença crônica e utilizavam medicamentos regularmente; além disso, um em cada três idosos apresentava sintomas psiquiátricos.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD realizada em 2009, o Brasil contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. As mulheres ainda eram a maioria (55,8%), bem como os brancos (55,4%), e 64,1% da amostra ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio. A escolaridade dos idosos brasileiros ainda é considerada baixa, já que 30,7% tinham menos de um ano de escolaridade. Pouco menos de 12% viviam com renda domiciliar per capita de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados (IBGE, 2010). No que se refere às condições de saúde, um levantamento suplementar da PNAD 2008 apontou que 77,4% das pessoas de 60 anos e mais declararam possuir doenças crônicas, apontando para um grande número de idosos que vivenciam a ocorrência e o impacto dessas morbidades nessa fase da vida (IBGE, 2010a). Vale ressaltar que esse último dado foi obtido a partir da morbidade autorreferida sugerindo que essa prevalência pode ser maior do que a constatada na ocasião da pesquisa.

Assim, é nesse contexto que a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos (VERAS, 2009). Dados do último censo brasileiro (2011) revelam

que a população com mais de 65 anos, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000, chegou a 7,4% em 2010 (BRASIL, 2011; IBGE, 2011). No cenário mundial, estima-se que, em 2050, a população de idosos será de aproximadamente, dois bilhões de indivíduos (ZANUTO et al., 2011).

Estamos, portanto, diante de um contingente da população brasileira que cresce e exige mudanças nos paradigmas sociais e de saúde, bem como nas formas de assistência e cuidado. A relevância de estudos e pesquisas que descrevam o perfil dessa camada da população e apontem soluções, questionamentos e reflexões acerca desse processo é inquestionável. Seguindo essa tendência, diversos estudos populacionais têm sido conduzidos com foco nos problemas de saúde e condições de vida dos idosos, porém, há temas ainda insuficientemente explorados, como é o caso do uso de álcool por esta população.

## **1.2 USO DE ÁLCOOL – PADRÕES DE USO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS**

O consumo de bebidas alcoólicas é um dos hábitos sociais mais antigos e disseminados entre as populações, tendo se tornado um comportamento adaptado à maioria das culturas. O uso de álcool e outras substâncias capazes de modificar o estado mental ocorre há milhares de anos e está associado a celebrações, situações de negócios, reuniões sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais (LARANJEIRA et al., 2007).

Embora esse uso seja milenar, foi somente a partir do início do século XX que se passou a investigar os problemas que o consumo de álcool pode ocasionar (CARDIN et al., 1986). Nessa época, nos Estados Unidos, E.M Jellinek foi um dos pioneiros no estudo e na divulgação do alcoolismo, exercendo grande influência na compreensão e no tratamento dos transtornos advindos do uso de álcool (BRASIL, 2007). Na década de 1960, o programa de Saúde Mental da OMS passou a dedicar-se intensamente à melhoria do diagnóstico e classificação dos transtornos mentais, dentre eles a dependência de álcool e outras substâncias psicoativas. Desde então, os principais sistemas classificatórios de doenças vigentes - a Classificação Internacional de Doenças, hoje em sua versão número 10 (CID-10) (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente na quarta versão (DSM-IV) (APA, 1995) propõem categorizações e critérios diagnósticos acerca do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2007).

**Quadro 1** - Padrões de uso de álcool, abrangência pelos sistemas diagnósticos e sua descrição.

| <b>Padrão</b>                            | <b>Critério para CID-10</b> | <b>Critério para DSM-IV</b> | <b>Descrição e diferenças entre os sistemas classificatórios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso nocivo<br>( <i>harmful use</i> )     | X                           | X                           | Padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que causa dano para a saúde (físico ou mental). Pode, mas nem sempre, ter consequências sociais associadas. A CID-10 enfoca mais os danos físicos e mentais, enquanto o DSM-IV destaca a permanência do uso apesar dos problemas sociais, ocupacionais, psicológicos ou físicos, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelo uso recorrente; |
| Uso de risco<br>( <i>hazardous use</i> ) | Não é critério diagnóstico  | Não é critério diagnóstico  | Padrão que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, seja na saúde física ou mental, ou consequências sociais. Não é critério diagnóstico, mas é um conceito proposto pela OMS                                                                                                                                                                                                             |
| Uso problemático                         | Não é critério diagnóstico  | Não é critério diagnóstico  | Consumo de álcool que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais e que pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivo até a dependência à bebida.                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Binge</i>                             | Não é critério diagnóstico  | Não é critério diagnóstico  | Padrão de ingestão intensa durante um período prolongado, escolhido de maneira propositada (definido também como “porre” e “pileque”). Os bebedores deste padrão em geral intercalam esses períodos com períodos de abstinência.                                                                                                                                                                               |
| Dependência                              | X                           | X                           | De forma geral, refere-se à necessidade de repetidas doses de uma droga para sentir-se bem ou para evitar sensações ruins.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Atualmente, vários conceitos são adotados a fim de definir os diferentes padrões de consumo de álcool (quadro 1). Um deles é o de uso nocivo (*harmful use*), que se “trata de um padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que causa dano para a saúde, esse podendo ser tanto físico quanto mental. Comumente, mas não invariavelmente, o uso nocivo tem consequências sociais adversas; no entanto, apenas consequências sociais não são suficientes para justificar o diagnóstico de uso nocivo” (BRASIL, 2010, p.127). Todavia, há diferenças em sua conceituação por cada um dos manuais classificatórios: enquanto a definição da CID-10 utiliza-se do termo “uso nocivo” referindo-se geralmente apenas aos efeitos físicos e não às consequências sociais, a definição da DMS-IV para a mesma problemática usa o termo *abuso* referindo-se a um padrão “desajustado de uso” devido à não interrupção do mesmo apesar do reconhecimento de problemas sociais, ocupacionais, psicológicos ou físicos, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado” (BRASIL, 2010, pp. 11-12).

O uso de risco por sua vez, (*hazardous use*) trata-se de um padrão de uso de substância psicoativa que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Ao contrário do uso nocivo, o uso arriscado refere-se a padrões de uso significativos para a saúde pública, apesar da ausência de qualquer transtorno concomitante no usuário (BRASIL, 2010, p.125).

No que se refere à dependência, ambos os sistemas classificatórios abrangem seu diagnóstico, que para a CID-10 compõe a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA). Os principais sintomas estabelecidos pela CID-10 são: estreitamento do repertório de beber; saliência do comportamento de busca pelo álcool; sensação subjetiva da necessidade de beber; desenvolvimento da tolerância ao álcool; sintomas repetidos de abstinência; alívio ou evitação dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo e reinstalação da síndrome de dependência (BRASIL, 2010, p. 49).

Já o *binge* (“consumo compulsivo periódico de bebida” ou “beber se embriagando”) é um padrão de ingestão intensa durante um período prolongado, escolhido de maneira propositada. Em inquéritos populacionais, o período usualmente é definido como mais que um dia em cada ocasião. As expressões “porre” e “pileque” são também utilizadas para descrever esta atividade. Os bebedores deste padrão, em geral, intercalam esses períodos com períodos de abstinência. (BRASIL, 2010; p.45)

Por fim, o conceito de uso problemático de álcool refere-se ao consumo de álcool que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais e que pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivo até a dependência à bebida. Assim, segundo Babor & Higgins-Bidle, citados por MINTO et al. (2007), o conceito de uso problemático de álcool não

se aplica apenas ao dependente ou ao paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência - existem outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais ou nocivos para o indivíduo, como beber excessivamente todos os dias ou repetidos episódios de intoxicação pelo álcool.

Vale ressaltar que tais critérios diagnósticos são importantes pois colaboram na identificação e a caracterização dos padrões de consumo, permitindo a abordagem mais adequada no que se refere ao tratamento e estratégias de cuidado direcionadas aos indivíduos que vivenciam transtornos ocasionados pelo consumo inadequado de álcool.

Em relação aos idosos, porém, tais critérios, da forma como estão estabelecidos, podem ter sua eficácia reduzida na identificação do consumo de álcool já que muitos se baseiam em alterações psicossociais que muitas vezes não se encontram no repertório de vivências dos idosos, como por exemplo, “fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa”. Esse aspecto, dentre outros que serão discutidos à frente, torna-se um dificultador no que se refere ao diagnóstico apropriado do uso de álcool por idosos. De forma semelhante, os instrumentos diagnósticos, bastante utilizados na prática clínica com sujeitos mais jovens, nem sempre se aplicam aos idosos. A seguir, serão discutidos os principais instrumentos de detecção/rastreamento do uso de álcool, suas características e sua adequação no uso com idosos.

### **1.3 INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO DO USO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO GERAL E EM IDOSOS**

Por suas singularidades, a identificação do uso de álcool por idosos torna-se fator indispensável no cuidado com essa população, já que rastrear/avaliar esse consumo pode colaborar para a adoção de medidas adequadas para diminuição ou prevenção dos efeitos negativos advindos do uso de álcool. Nesta faixa etária, as múltiplas características do envelhecimento (alterações fisiológicas que desfavorecem a metabolização do álcool, interação com medicações comumente usadas nessa fase da vida, comorbidades, tolerância ao uso, impactos sociais, etc.) (SAMSHA, 1998), têm potencial interação com o álcool, o que implica que idosos tendam a ter mais problemas do que pessoas mais jovens, mesmo diante do consumo de pequenas quantidades de álcool (SAMSHA, 1998).

Desse modo, o rastreio do uso de álcool pode trazer benefícios tanto no nível individual, por fornecer subsídios aos profissionais de saúde no planejamento de ações específicas com determinado sujeito, bem como no nível populacional, já que essas

informações, por elaborarem um panorama geral acerca das condições de vida e saúde de idosos no que se refere a essa temática, podem direcionar ações em saúde pública para o seu controle, prevenção e cuidado. Atualmente, dentre os instrumentos disponíveis para essa finalidade, poucos são direcionados especificamente para uso com idosos (OLIVEIRA et al., 2011). Isso representa um entrave na identificação do uso de álcool, já que seu padrão de consumo, bem como suas repercussões mostram-se diferentes em relação aos mais jovens.

O quadro 2 traz os principais instrumentos de rastreio e identificação de uso de álcool, elencando as vantagens e as desvantagens para o uso de cada um deles com população idosa.

**Quadro 2** - Instrumentos de identificação/rastreio de uso de álcool: vantagens e desvantagens para uso com idosos:<sup>1</sup>

|                      | Vantagens                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Desvantagens                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAGE                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de triagem de uso de álcool mais utilizado na prática clínica</li> <li>• Rápido e com escore facilmente calculado</li> <li>• Validado para identificar abuso de álcool e dependência em adultos</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consegue diferenciar beber atual de pregresso;</li> <li>• Falho na identificação de bebedores <i>que bebem se embriagando</i> e uso nocivo</li> <li>• Validade inconsistente para uso em idosos</li> </ul>          |
| AUDIT <sup>2</sup>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece informações sobre frequência e quantidade atual de consumo;</li> <li>• Pode identificar consumo de risco;</li> <li>• Único instrumento validado transculturalmente</li> </ul>                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente longo (10 questões)</li> <li>• Demonstrou desempenho ruim na detecção de uso de álcool em idosos;</li> <li>• A ausência de respostas binárias (tipo sim/não) dificulta a formulação do escore;</li> </ul> |
| SMAST-G <sup>3</sup> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivado de instrumento já validado (MAST-G);</li> <li>• Elaborado com questões específicas para idosos;</li> <li>• Respostas binárias (sim/não) facilitando o escore;</li> <li>• Excelente sensibilidade e especificidade em estudos com idosos;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente longo (10 questões)</li> <li>• Pouco eficaz na associação de consumo passado e pregresso;</li> <li>• Faltam questões acerca de quantidade e frequência de consumo perigosos;</li> </ul>                   |
| ARPS                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite associar a relação entre uso de álcool e declínio de saúde;</li> <li>• Identificação de potenciais intervenções, tais como manejo de medicamentos</li> </ul>                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito extenso para uso na rotina de cuidados de serviços de saúde, especialmente os de atenção primária;</li> <li>• Escore bastante complicado de ser calculado;</li> </ul>                                             |

<sup>1</sup> Adaptado de Culberson (2006); <sup>2</sup>Alcohol Use Disorders Identification Test; <sup>3</sup> Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version ; <sup>4</sup> Alcohol-Related Problems Survey.

Dentre os instrumentos diagnósticos e de rastreio para uso de álcool em idosos há o *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G), desenvolvido em 1992 por Blow e colaboradores a partir de uma versão original para adultos. Contém 24 questões dicotômicas e foi criado para detecção de abuso e provável dependência de álcool em idosos, tendo sido validado recentemente no Brasil por Kano (2011). Sua criação adquiriu grande importância, já que possibilitou a primeira abordagem específica do uso de álcool em idosos. Além de identificar o uso e provável dependência ao álcool, apresenta uma ampla configuração e percepção dos prejuízos advindos desse consumo nos mais diferentes contextos de vida dos idosos, como nas relações sociais, condições de saúde, de sono, solidão e perdas (KANO, 2011).

A versão resumida do MAST-G, o *Short Michigan Screening Test - Geriatric Version* (SMAST-G), instrumento utilizado neste trabalho, será discutida na metodologia.

Considerado uma alternativa de aplicação do MAST em mulheres, o TWEAK (do acrônimo T “tolerance”; W “worried”; E “eye-opener”; A “amnesia”; K “k/cut down”) foi desenvolvido por Russell & Bigler (1979) buscando um instrumento adequado para identificação de abuso de álcool em gestantes. Em sua formulação, a partir da MAST, foram eliminadas as questões mais associadas ao comportamento masculino do que ao feminino em relação ao uso de álcool (RUSSELL, 1994). Contém cinco questões que pontuam sete pontos; sendo que a partir de dois pontos afirmativas considera-se consumo de risco de álcool (RUSSELL, 1994; OLIVEIRA et al., 2011). No Brasil, esse instrumento foi utilizado para identificação do uso de álcool em mulheres idosas em um estudo acerca da violência doméstica contra idosos realizado por Apratto Jr. (2010). Em publicação recente de Oliveira et al (2011), comparando a eficácia do AUDIT (padrão-ouro) com o CAGE, TWEAK e T-ACE (instrumento de rastreio de uso de álcool em gestantes) na identificação do uso de álcool em uma amostra de idosos homens, o TWEAK foi identificado como instrumento de melhor desempenho, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para uso na população geral, mas foram amplamente utilizados em populações geriátricas. Os mais utilizados neste grupo, foram o CAGE e o AUDIT. O *Alcohol-Related Problems Survey* (ARPS), por sua vez, foi desenvolvido por Fink et al. (2002) especificamente para a avaliação de uso de álcool em idosos, buscando associar a avaliação do consumo de álcool às condições consideradas de risco advindos desse uso na velhice (declínio de saúde, comorbidades psiquiátricas, doenças crônicas, uso de medicações, incapacidade funcional, etc). Assim, seria o único instrumento a identificar não somente uso/não uso de álcool, mas também os idosos cujo uso de álcool,

combinado a outras condições de risco na velhice, estariam sujeitos a um risco ainda maior advindo dessa ingestão (FINK et al., 2002). Estudo realizado pelos mesmos criadores do instrumento verificou que o ARPS identificou grande parte dos bebedores rastreados positivamente pelo CAGE, SMAST e AUDIT, além de ter detectado bebedores de risco não identificados por esses instrumentos (FINK et al., 2002a). Não há, porém, relatos da utilização desse instrumento no contexto brasileiro.

O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores colaboradores da Organização Mundial da Saúde na década de 1980 (SAUNDERS et al., 1993), com a finalidade de detecção de beber problemático em populações jovens nos serviços de atenção primária em saúde, podendo ser administrado em uma breve entrevista com o paciente (RUSSELL, 1994; OLIVEIRA et al., 2011). Contém 10 questões relativas à quantidade e frequência de consumo, dependência de álcool, etc. Pontuações acima de oito indicam casos de beber problemático. Leva em conta as quantidades de álcool para estabelecer o parâmetro de risco advindo do consumo; todavia, em idosos, nem sempre somente a quantidade é o que define o risco, mas também a associação do uso com medicações, condições clínicas e a própria condição de envelhecimento (FINK et al., 2002). Em estudo de Morton et al. (1996) com idosos do sexo masculino, comparando a eficácia dos principais instrumentos de rastreio de uso de álcool em idosos identificou que o CAGE e o MAST-G apresentaram propriedades psicométricas superiores às do AUDIT na detecção do abuso e dependência de álcool na amostra estudada. Não há relatos de sua confiabilidade e validação com sujeitos idosos (OLIVEIRA et al., 2011).

O questionário CAGE, por sua vez, (da sigla em inglês: ‘*Cut-down*’, ‘*Annoyed*’, ‘*Guilty*’ e ‘*Eye-opener*’), desenvolvido por Mayfield et al. (1974), é composto de quatro itens, sendo que pontuar duas ou mais questões indica provável abuso ou dependência de álcool. Avalia o impacto do uso dessa substância na vida (sentir-se irritado quando criticam seu consumo de álcool, por exemplo) (CULBERSON, 2006) embora não faça relação com status de saúde ou funcional, medicações utilizadas e principalmente, quantidade e frequência, sendo, portanto, ruim na detecção de bebedores pesados ou *binge* (NGUYEN et al., 2001; CULBERSON, 2006), e de certa forma de idosos, já que tais aspectos são importantes na avaliação do consumo de álcool por essa população. Seu desempenho foi considerado comparável ao do MAST-G, tendo como vantagem em relação a esse instrumento o fato de ser curto (apenas quatro questões), enquanto aquele é composto de 24 perguntas (MORTON et al., 1996). Em estudo de Adams et al. (1996), porém, o CAGE mostrou-se insuficiente para detectar o consumo excessivo de álcool em idosos. Para esses autores, incluir perguntas sobre

a quantidade e a frequência do consumo, além de administrar o CAGE, poderia aumentar o número de bebedores-problema detectados nessa faixa da população.

A fim de comparar o desempenho do CAGE e do SMAST-G na identificação do consumo de álcool em idosos, Moore et al. (2002a) identificaram uma concordância entre ambos instrumentos de 85%. Dentre a amostra de idosos rastreados, 26% de todos que responderam aos dois instrumentos, foram rastreados positivamente para um ou outro; 20% pontuaram somente para o CAGE; 16% somente para o SMAST-G e 11% para ambos. Foi observado que aqueles que pontuaram apenas para o CAGE bebem mais que os que pontuaram apenas para o SMAST-G, e que os que pontuaram em ambos, bebem mais que aqueles que pontuaram apenas no CAGE. Tais resultados permitiram aos autores concluir que aqueles que foram rastreados somente pelo SMAST-G bebem em menor quantidade/frequência do que os que pontuaram em um ou outro instrumento ou em ambos, sugerindo assim, que o SMAST-G detecta idosos que bebem menos do que os que já apresentam problemas com álcool. E como os idosos estão expostos a um maior risco mesmo bebendo em pequenas quantidades, podem estar em risco para o uso de álcool, concluindo que o SMAST-G pode ser um bom instrumento para uso com idosos. O mesmo instrumento também mostrou ser melhor na identificação de uso de álcool em mulheres idosas.

#### **1.4 CARACTERÍSTICAS DO USO DE ÁLCOOL POR IDOSOS**

Entre idosos, o uso de álcool parece ser uma ocorrência comum e geralmente associada a uma gama extensa de problemas de saúde (O'CONNEL et al., 2003). Sabe-se que, embora o uso de álcool tenda a diminuir com a maturidade e sua maior prevalência esteja situada entre os jovens/adultos, o número de idosos usuários de substâncias psicoativas poderá aumentar simultaneamente com o crescimento dessa população, exigindo dos serviços e programas de saúde novas abordagens e olhares voltados à problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriadas a essa população (O'CONNEL et al., 2003; McGRATH et al., 2005; LIEB et al., 2008; PILLON et al., 2010; WALLACE, 2010).

No final da década de 90, a publicação do *Treatment Improvement Protocol* (TIP 26), documento norte-americano que discutiu as relações entre o envelhecimento e o abuso de substâncias a fim de fornecer recomendações para a prática dos profissionais, já afirmava o quão tardia é a preocupação, seja da comunidade científica seja pela literatura gerontológica, do uso e abuso de drogas (lícitas ou ilícitas) por idosos (SAMSHA, 1998), constatando-se

também, que o rápido crescimento desse segmento da população não tem sido acompanhado de pesquisas que avaliem o real consumo de álcool por esses indivíduos (SOROCCO & FERREL, 2006). Ross (2005) afirma que, apesar do número de estudos que tem se dedicado à compreensão dessa problemática ser crescente, essa camada da população tem sido historicamente ignorada no que diz respeito a esse assunto. Para o autor, os idosos representam um grupo vulnerável no qual qualquer quantidade de uso de álcool, especialmente o uso excessivo, pode representar problemas do ponto de vista biopsicossocial.

Um aspecto que parece ter papel fundamental na discussão dessa temática é a pouca identificação dos idosos que bebem e os fatores que estão associados a esse padrão de comportamento na velhice. As razões para a pouca identificação e, por consequência, a escassez de diagnósticos clínicos e tratamentos adequados são variadas. Primeiramente, acredita-se que é difícil constatar o uso de álcool nessa fase da vida pelo fato desse consumo, muitas vezes, não representar/demonstrar riscos, já que muitos dos idosos já estão afastados do mundo do trabalho e de várias atividades sociais nas quais as consequências do abuso de álcool poderiam transparecer (SCHMALL et al., 2009).

Além disso, os profissionais que lidam diretamente com os idosos ainda discutem pouco a temática do álcool junto a essa população. Duru et al. (2010) identificaram que quanto mais velhos os idosos que procuram/frequentam atendimentos médicos, menor a probabilidade de discutirem sobre uso/abuso de álcool. Em outro estudo, Nguyen et al. (2001) identificaram que 78% dos idosos de um serviço de atenção primária nunca tinham discutido uso de bebida com um médico. Outras possíveis causas das dificuldades de identificação do consumo de álcool por idosos podem ser atribuídas: a) ao fato de que muitas vezes os sintomas do abuso podem “imitar” sintomas de doenças clínicas comuns nessa fase da vida, como hipertensão arterial, transtornos cognitivos, depressão, atribuindo-se, inclusive, os sintomas do uso de álcool ao envelhecimento; b) à descrença de que o tratamento de álcool seja eficiente entre os idosos; c) ao fato de que a própria sub-identificação e a prevalência subestimada levariam os clínicos e profissionais de saúde a acreditar que este é um problema infrequente acima dos 60 anos; d) muitos dos idosos e suas famílias têm preconceito em relação aos transtornos mentais, tendendo a negá-los ou a não encarar o abuso de álcool como um problema de saúde mental; e) os critérios dos manuais diagnósticos em saúde mental para abuso e dependência, muitas vezes, não são adequados para aplicação em idosos, já que contemplam em suas questões aspectos como obrigações de trabalho ou realização de tarefas que diminuem naturalmente ou são pouco comuns nessa fase da vida; f) os idosos seriam mais propensos a esconder o seu uso/abuso de substâncias, principalmente em decorrência de que

muitos vivem sozinhos e tendem a terem menos problemas em público por conta de seu abuso; g) à escassez de instrumentos adequados/específicos para uso triagem e identificação do uso de álcool em idosos; h) encarar o uso de álcool como algo aceitável e normal nessa fase da vida, na qual os prazeres estão reduzidos; i) por fim, os serviços de saúde parecem estar pouco preparados para lidar com essa questão no cotidiano de sua prática: o tempo e o número das consultas médicas é bastante reduzido, restando pouco tempo hábil para uma investigação completa das demandas e necessidades dos idosos, negligenciando muitas vezes assuntos como o uso e abuso de substâncias além da escassez de profissionais especializados para atender essa demanda. (RAO & CROME, s/d; SAMSHA, 1998; THOBABEN, 2006; SUWALA & GERSTENKORN, 2007; ZANUTO et al., 2011)

De forma geral, as principais substâncias de uso abusivo pelos idosos são o álcool, a nicotina e as drogas prescritas (medicações de uso controlado), revelando uma tendência diferente da população adolescente e de adultos jovens, cujo maior uso compreende, além do álcool, as drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.) (ZANUTO et al., 2011). Há mais de duas décadas já se afirmava que o abuso de álcool e de medicações prescritas entre indivíduos acima dos 60 anos é um dos problemas de saúde que mais cresce nos Estados Unidos (SAMSHA, 1998), sobretudo porque, de acordo com a Sociedade Americana de Geriatria (2006) 15% dos sujeitos com mais de 65 anos vivem riscos advindos do consumo excessivo de álcool (THOBABEN, 2006).

Estudo de Lin et al. (2011), com idosos norte-americanos acima dos 65 anos, afirma que a prevalência do uso de drogas lícitas por idosos (medicamentos sem prescrição, álcool e tabaco) foi de 21,1% durante a vida e 5,4% nos últimos 12 meses, sendo o uso de álcool de 16,1% durante a vida e de 1,5%, no ano anterior à pesquisa; em relação ao tabaco, foram de 8,7% e 4,0%, e medicamentos sem prescrição, foram 0,6% e 0,2%, respectivamente.

Segundo Pillon et al. (2010) 83,8% dos idosos frequentadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no interior do estado de São Paulo buscaram o mesmo por problemas relacionados ao abuso/dependência de álcool, sendo essa clientela predominantemente do sexo masculino, aposentados e com baixo nível de escolaridade.

A idade na qual os idosos começam a fazer uso de álcool parece ter papel importante na forma como este uso evolui, sendo identificados dois diferentes grupos em idosos que apresentam problemas com álcool (ZANUTO et al., 2011). Relatos apontam que 30 a 50% dos idosos dependentes de álcool inicia o uso de álcool tardiamente, isto é, já na velhice; por outro lado 50 a 70% dos idosos que bebe iniciaram o uso de álcool ainda na idade adulta,

envelhecendo, muitas vezes, com sequelas biopsicossociais decorrentes de um início precoce de uso de álcool (DUNNE, 1994; DAR, 2006, THOBABEN, 2006).

De modo geral, aqueles que começaram a beber na juventude/vida adulta e estenderam o uso de álcool para a velhice, geralmente convivem com consequências físicas, sociais e psicológicas de longa duração, apresentam maior tendência a apresentar comportamento antissocial, história familiar de alcoolismo, além de características clássicas de desnutrição, doenças psiquiátricas, cirrose e síndromes cerebrais orgânicas (THOBABEN, 2006; GROVER et al., 2008; ZANUTO et al., 2011).

Os idosos que começam a beber tardiamente (geralmente após a quinta década de vida) tendem a apresentar maior nível educacional e ter suporte familiar e, ao contrário daqueles que iniciaram o uso precocemente, tendem a apresentar menor número de problemas físicos e mentais; geralmente são mais receptivos ao tratamento e mais propensos a se reabilitarem espontaneamente, tendo, portanto, um melhor prognóstico (BRENNAN & MOOS, 1996). Eventos estressantes do/no final da vida como a aposentadoria ou a perda de um ente querido podem ser fatores desencadeantes da dependência de álcool tardia em alguns indivíduos idosos, que passam a beber para aliviar a solidão ou a falta de sentido/significado na vida (LIBERTO & OSLIN, 1995; MIRAND & WELTE, 1996; THOBABEN, 2006). Todavia, em relação a esse último aspecto, questiona-se se eventos estressantes na velhice seriam a causa de início do uso abusivo de álcool ou se já haveria um abuso não percebido que piora com a precipitação de situações de trauma, perdas e afastamento social nessa etapa da vida (ZANUTO et al., 2011)

Estudo comparando jovens e idosos dependentes de álcool (SHAHPE SANDY et al., 2006) observou que os jovens tendem a ter uma frequência significativamente superior de influência positiva da história familiar, bebem quantidades significativamente maiores de álcool, têm mais problemas com a lei e maior prevalência de transtornos de personalidade em comparação com os idosos. Por outro lado, idosos bebedores tendem a ter mais complicações somáticas devido ao abuso de álcool - embora bebam em menor quantidade - além de tenderem a abster-se mais.

Os limites do consumo seguro de álcool pela população geral e entre os idosos também têm sido discutidos. Enquanto o *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA, 1998) define o limite de uma dose diária para homens e mulheres, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) dos Estados Unidos define o consumo de álcool que ultrapassa mais de quatro doses diárias (ou mais de 14/dose/semana) para homens e mais de três doses/diárias (ou mais de sete/semana) para mulheres como sendo

de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool. Esses limites são menores para as mulheres devido ao fato das mesmas terem proporcionalmente menor quantidade de água corporal se comparadas aos homens, desse modo, conseguindo maiores concentrações de álcool no sangue bebendo a mesma quantidade de álcool. Homens e mulheres idosos também têm menor massa corporal magra e maior sensibilidade aos efeitos do álcool. Além disso, geralmente estão expostos a muitas situações clínicas que oferecem um maior risco se associados ao consumo de álcool (interação de múltiplas medicações, por exemplo) (NIAAA, 2005).

A Sociedade Americana de Geriatria, por sua vez, define como consumo de alto risco o uso de três ou mais doses em uma única ocasião ou sete doses por semana para pessoas a partir dos 65 anos, não fazendo referência para a diferença entre os sexos (MOOS et al., 2009).

Acerca do uso de álcool por mulheres idosas, sabe-se que as mesmas têm riscos e vulnerabilidades específicas relacionadas ao consumo quando comparadas com os homens de mesma idade, como a progressão mais rápida para dependência, sensibilidade aumentada para o álcool, maior consumo de drogas psicoativas e maior estigmatização social. Nelas, mesmo baixos níveis de consumo podem aumentar o risco de problemas de saúde. Além disso, mulheres mais velhas são mais propensas a desenvolver problemas de álcool pela primeira vez mais tarde na vida (BLOW, 2000).

Lopes et al. (2010) também ressaltam que nas mulheres há uma forte influência sociocultural em relação ao uso problemático de álcool. Em seu estudo identificaram que as mulheres alfabetizadas foram proporcionalmente mais expostas ao álcool, enquanto mulheres sem escolarização apresentaram maior frequência de problemas com álcool; isto é, as mulheres com baixa escolaridade tendem a beber proporcionalmente menos, mas mais pesadamente.

Por outro lado, Byles et al. (2006) em estudo longitudinal com mulheres de 70-75 anos identificou que mulheres que não faziam consumo de bebida alcoólica mostraram maior propensão a morrer e ter pior qualidade de vida do que as que bebem moderadamente, concluindo que o consumo moderado pode proporcionar benefícios.

Independentemente do sexo, porém, o uso de álcool entre idosos traz preocupações relacionadas ao fato do consumo nesta fase da vida, que é marcada por inúmeras alterações e transformações biopsicossociais. Tanto devido às inúmeras alterações fisiológicas decorrentes do processo natural de envelhecimento, como pela alta prevalência de doenças crônicas nessa fase da vida, o impacto que o álcool exerce nos idosos difere sensivelmente do que ocorre

com indivíduos mais jovens. Uma das mudanças que mais colaboram para essa diferenciação deve-se ao fato do aumento da quantidade de células gordurosas nos tecidos bem como a diminuição da água corporal. Por ser o álcool solúvel em água, e a quantidade desta estar diminuída no organismo do idoso, as quantidades de álcool ingeridas tendem a se concentrar mais nesses sujeitos comparativamente aos indivíduos mais jovens, considerando-se as mesmas dosagens (SMITH, 1995, SAMSHA, 1998). Além disso, constata-se aumento na sensibilidade e diminuição da tolerância ao álcool, bem como diminuição do metabolismo do álcool no trato gastrointestinal (SAMSHA, 1998).

Assim, aspectos como o alto nível de concentração de álcool no sangue de idosos, mesmo diante de consumo não elevado, o aumento da sensibilidade do cérebro ao álcool, além da alta prevalência de doenças crônicas e consumo de medicações associadas ao envelhecimento, tornam os idosos mais suscetíveis aos efeitos do álcool, mesmo diante do consumo de pequenas quantidades (MOORE et al., 2001).

Outra preocupação relacionada ao uso de álcool por idosos é a que se refere à interação dessa substância com as múltiplas medicações comumente utilizadas na velhice, já que é sabido que o aumento no número de doenças crônicas nessa etapa da vida leva à necessidade de administração de vários fármacos a fim de controlá-las. Os efeitos do álcool, aliados às mudanças fisiológicas advindas do envelhecimento, podem alterar os efeitos dos medicamentos normalmente usados para controle de condições clínicas crônicas altamente prevalentes nessa fase da vida (hipertensão arterial, diabetes, dentre outras) tendendo a agravar a evolução natural de tais doenças. A interação com os medicamentos pode, ainda, elevar as chances de ocorrências como quedas, acidentes automobilísticos e até mesmo a morte (RIGLER, 2000; LIMA et al., 2009).

Estudo de Pringle et al. (2005) identificou prevalência de 20,3% de uso de álcool em idosos que faziam parte de um programa de distribuição de medicamentos nos Estados Unidos. Constatou que dos idosos que bebiam, 44,9% usavam ao menos um medicamento, 28,6% dois, 14,1% três, 6,9% quatro e 5,5% cinco ou mais. Aira et al. (2005) observaram que 86,9% dos idosos identificados como consumidores de álcool em seu estudo faziam uso regular de medicações, constatando consumo moderado de álcool associado à hipertensão arterial (43%), diabetes (46%) e depressão (39%), assim como ao uso de sedativos e analgésicos. Em todos estes casos, o risco associado ao beber está mais relacionado ao consumo de medicamentos que interagem com o álcool do que o consumo da bebida em si.

Em algumas culturas, porém, o uso de álcool é considerado como recurso de automedicação entre idosos. Em um estudo realizado na Finlândia com idosos acima dos 75

anos constatou que, embora 19,7% da amostra tenham negado uso de álcool pelo instrumento AUDIT, afirmaram fazer uso de álcool como forma de automedicação, o que foi mais comum entre mulheres e grupos mais velhos. Deste modo, o uso de álcool como automedicação foi comum entre os idosos do contexto estudado, principalmente entre os mais velhos. Comumente estes idosos usavam a substância para tratar doenças cardiovasculares, alterações do sono e do humor e, embora bebessem em quantidades pequenas, estas ainda assim poderiam oferecer riscos na medida em que também se associavam ao uso de medicações prescritas (AIRA et al., 2008).

Embora tenham papel fundamental na compreensão do uso de álcool por idosos, os fatores de risco associados a essa ocorrência, ainda não estão totalmente esclarecidos e carecem de maiores informações para serem elucidados.

Estado de saúde, renda e histórico de beber na vida adulta parecem direcionar muito mais a trajetória de beber entre idosos do que aspectos como aposentadoria, que outrora foi considerada como importante evento traumático em idosos e que predisporia o uso/abuso de álcool. Ter renda mais baixa, por exemplo, poderia representar menos dinheiro para compra além de restringir a participação em atividades sociais que envolvam uso de álcool, fazendo com que indivíduos com níveis de renda mais elevados tenham condições mais favoráveis para beber (BRENNAN et al., 2010).

Muitas vezes, a presença de doenças crônicas e distúrbios do sono podem colocar em risco os idosos a automedicar-se com álcool para controlar a dor ou induzir o sono (AMOAKO, RICHARDSON-CAMPBELL & KENNEDY-MALONE, 2003 apud BOYLE & DAVIS, 2006).

Há, ainda, evidências de que as mulheres na velhice estão mais vulneráveis ao alcoolismo de início tardio que os homens (BLOW et al., 2000; BOYLE & DAVIS, 2006). Além disso, os idosos que vivenciam situações de isolamento social e que tenham menor tempo de lazer são mais propensos a beber em excesso para evitar o tédio e a solidão. Viuvez também estaria associada a esse mesmo desfecho (BOYLE e DAVIS, 2006).

Alguns aspectos também devem ser considerados na identificação de comportamentos de risco para o consumo de álcool por idosos. Em estudo de Moore et al. (2001) bebedores de risco entre idosos foram identificados como tal, por exemplo, pelo relato de dirigir após beber ou andar acompanhado por alguém que bebeu e está dirigindo; nesse mesmo estudo uso prejudicial e de risco de álcool também foram considerados dessa forma por estarem associado ao uso de cigarro. Wilson et al. (2007), apontaram como fatores individuais potencialmente associados ao uso de risco em idosos: pressão arterial elevada, uso de tabaco,

número total de medicações utilizadas bem como quantidade e frequência de uso de álcool . Além disso, quedas recorrentes, mudanças no apetite, sintomas gástricos parecem ser aspectos importantes a serem investigados na prática clínica, a fim de verificar sua associação com o uso de álcool (BOYLE & DAVIS, 2006).

Outro aspecto importante em relação ao uso de álcool por idosos é que, muitas vezes, esse comportamento vem acompanhado de poucos cuidados com a própria saúde ou mesmo comportamentos de negligência em relação à mesma. Merrick et al. (2008) identificaram que o beber pesado parece estar associado com menor probabilidade de recebimento/acesso de serviços de prevenção em saúde em relação àqueles indivíduos cujo consumo de álcool encontra-se dentro dos limites esperados para a idade, levando a crer que o beber de risco possa também estar associado a vários outros comportamentos negativos como pouco cuidado com a saúde e autonegligência, por exemplo.

Satre et al. (2003), por sua vez, identificaram que embora o consumo de álcool seja menos comum em idosos mais velhos, os longevos que fazem abuso de álcool seriam menos interessados/motivados para tratamento que os mais jovens. Os mesmos autores apontam que ser solteiro nessa fase da vida também pode estar associado positivamente com maiores problemas associados ao álcool, o que para eles talvez explique porque ser casado esteja associado a maior procura por tratamento.

Outro aspecto discutido dentro dessa temática é das condições de morbimortalidade associadas ao uso de álcool na velhice. Um estudo realizado com veteranos nos Estados Unidos concluiu que pacientes idosos que relataram uso de álcool, mas que não se enquadram em critérios que apontam para problemas com a substância (bebem em quantidade/frequência que não representam problemas) apresentaram melhor status/condições de saúde em comparação àqueles que não bebem ou àqueles que bebem problemáticamente (PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2004).

Sun et al. (2009), identificaram em um estudo com idosos chineses que o uso ocasional e moderado de álcool esteve associado a menores taxas de mortalidade por todas as causas, tanto em homens quanto mulheres com piores condições de saúde. Beber moderado associado à menor mortalidade também foi constatado por Lang et al. (2007). Estudo de Lin et al. (2005), realizado com idosos japoneses, constatou que o risco de mortalidade por todas as causas foi de 12% a 20% menor entre os bebedores com consumo entre 0,1 a 22,9 g/dia. Por outro lado, o uso pesado de álcool (>69g/dia) foi associado à excessiva mortalidade, principalmente devido à neoplasias e doenças cardiovasculares, dados que também foram

achados por Moore et al. (2006). Consumo moderado associado a menor mortalidade também foi achado por McCaul et al. (2010).

A ocorrência de quedas na velhice é um tema bastante recorrente e sua associação com uso de álcool também tem sido investigada. Revisão de Rigo et al. (2005) aponta que a incidência anual de quedas em idosos com mais de 65 anos varia de 35 a 40%, taxas que se elevam a partir dos 75 anos. Para os autores, porém, é frequente na literatura estudos que trazem associação negativa do uso moderado de álcool com maior ocorrência de quedas, ou seja, beber em pequenas quantidades teria efeito protetor sobre a ocorrência de quedas em idosos. Lima et al., (2009) em um estudo transversal de base populacional realizado com idosos a partir dos 60 anos, observou que 24,5% relataram quedas, e que estas se associaram ao uso de risco de álcool e a ser mais velho. Mukamal et al. (2004), em estudo transversal e também com abordagem longitudinal, identificaram uma aparente inversão entre o uso de álcool e risco de quedas frequentes, porém, a análise do estudo longitudinal demonstrou taxas similares de risco para quedas em abstêmios e bebedores de leve a moderados, porém uma porcentagem de 25% maior de risco entre aqueles que bebem mais de 14 doses de álcool na semana. Estudo de Suelves et al. (2010), com objetivo de encontrar os fatores associados a ocorrência de quedas em uma população de idosos a partir dos 65 anos não encontrou associação entre uso de álcool e maior número de quedas na amostra.

Além de seus impactos biológicos/físicos, o uso de qualquer substância psicoativa pode afetar profundamente o cotidiano e as relações afetivas/sociais nele estabelecidas; assim, é importante discutir o uso de álcool em idosos e o impacto social que esse consumo exerce, especialmente nos familiares dessa população. Estudo de Nadkarni et al. (2011) identificou que 16,3% dos familiares de idosos que consomem álcool tinham alguma morbidade psicológica. Moos et al. (2010) compararam cônjuges de idosos com uso problemático de álcool com cônjuges de indivíduos que fazem uso sem problemas constatando que o primeiro grupo relatou saúde mais precária, maior quantidade de sintomas depressivos e menor envolvimento em tarefas domésticas e atividades sociais e religiosas.

A relação entre uso de álcool na velhice e a sua associação com o tabagismo também tem sido relatada na literatura. Inúmeros estudos apontam que associações positivas entre o uso de álcool e tabaco são bastante comuns (RAO & CROME, s/d; MIRAND & WELT, 1996; LIN et al., 2005; FALK et al., 2006; KIM et al., 2007; BLAY et al., 2009; BREITLING et al., 2010)

Kirchner et al. (2007) identificaram que, no geral, o uso de tabaco é mais comum em idosos que apresentam padrões de consumo pesado ou excessivo de álcool (19,1% e 27,9%,

respectivamente,  $p < 0,0001$ ). Todavia, assim como de álcool, alguns autores apontam diminuição no consumo de tabaco conforme o aumento da idade (ZHANG et al., 2008). Em estudo de Moore et al. (2009) com idosos, identificou-se que durante a vida, 43,5% relataram uso de álcool associado ao tabaco, 26,9% só álcool e 3% combinação de tabaco, álcool e medicações. Nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, 37,3% relataram apenas o uso de álcool, 7,3% álcool e tabaco e 6,1% apenas tabaco e menos de 1% usaram outras combinações, constatando que a maioria dos idosos tinham usado substâncias durante suas vidas e nos últimos doze meses, sendo o uso de álcool e tabaco mais comum em homens, mais jovens e divorciados.

Em contrapartida, em estudo de Breitling et al. (2010), foi encontrada associação positiva entre consumo moderado de álcool e cessação do tabagismo, sugerindo que beber baixas/moderadas quantidades de álcool pode, de alguma forma, facilitar a cessação do consumo de tabaco. Ademais, defende-se a hipótese de que fumantes com histórico de problemas com o álcool e que conseguiram cessar o consumo do mesmo poderiam se beneficiar através do uso de habilidades que eles usaram/desenvolveram para parar ou reduzir seu consumo de álcool para a cessação do tabagismo (HUGHES & KALMAN, 2006).

De acordo com Blay et al. (2008), são várias as hipóteses propostas para explicar a ligação entre tabagismo e uso de álcool, tais como tolerância cruzada, influências genéticas e ambientais, capacidade de uma substância neutralizar os efeitos adversos da outra, mútua ação sobre o organismo e, por fim, a desinibição ocasionada pelo álcool que “neutralizaria” possíveis restrições contra o tabagismo em ambientes sociais.

Outro aspecto investigado em relação ao uso de álcool em idosos é a afiliação religiosa. Um estudo brasileiro (BLAY et al., 2008), que buscou compreender as associações de afiliação religiosa, uso de tabaco e de álcool e sintomas depressivos entre idosos constatou que ser evangélico reduziu as chances de ser um usuário de tabaco em 51%. Ser seguidor de religiões de origem afro-brasileira ou não ter religião aumentou o risco de tabagismo em 74% e 124%. Não ter uma religião ou ter vivenciado a mudanças da mesma aumentou o risco de abuso de álcool em 88% e 31%, respectivamente. Desse modo, o estudo apreendeu que aspectos da religiosidade podem reduzir as chances do idoso ser usuário de tabaco enquanto “não ter uma religião” ou ter mudado de crença aumentou o risco de abuso de álcool.

Outro aspecto bastante controverso no que se refere ao uso de álcool na velhice são os possíveis efeitos protetores/benéficos atribuídos ao álcool em relação a algumas das principais ocorrências clínicas nessa fase da vida. É importante dizer, porém, que a maioria dos estudos

que defendem essa associação ressalta que esse efeito positivo restringe-se ao uso moderado de álcool, o que não se repetiria com padrões excessivos de uso.

Dessa forma, estudos apontam a associação positiva entre beber moderado e diminuição do risco de doença cardiovascular (ASNTEY et al., 2006; MUKAMAL et al., 2006), menor prevalência de sintomas depressivos em idosos homens (ZIMMERMAN et al., 2004, McDOUGALL Jr. et al., 2006) melhor estado geral de saúde (ZIMMERMAN et al., 2004; McDOUGALL Jr. et al., 2006), menor risco de acidente vascular cerebral (MUKAMAL et al., 2001); maior densidade mineral óssea (CAWTHON et al., 2006); menor prevalência de anormalidades da substância branca cerebral (MUKAMAL et al., 2001); aumento da substância cinzenta (ANSTEY et al., 2006), menor mortalidade (PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2004, LEE et al., 2009), melhor desempenho funcional (CAWTHON et al., 2007; LEE et al., 2009), menor prevalência de limitação física (CAWTHON et al., 2007; MARALDI et al., 2009); melhor qualidade de vida tanto em homens quanto em mulheres (CHAN et al., 2009). Em outro estudo (KIRCHNER et al., 2007) foi constatado que abstêmios, bebedores pesados e em binge tendem a relatar mais sintomas de depressão/ansiedade, pior estado geral de saúde, e menor apoio social que os bebedores considerados moderados. Desse modo, os resultados apontam que o beber moderado pode ser protetor para a saúde e seus aspectos biopsicossociais.

Embora alguns estudos apontem também melhor desempenho cognitivo entre sujeitos que fazem uso moderado do álcool (ZIMMERMAN et al., 2004; LUCHSINGER et al., 2004; McDOUGALL Jr. et al., 2006; STOTT et al., 2008; PETERS et al., 2008; NEAFSY e COLLINS, 2011) alguns autores encontraram associação com déficit cognitivo em mulheres (LOPES et al., 2010) e outros discutem a discrepância entre estudos que apontam que diferentes tipos de bebidas exercem efeitos diferenciados sobre a cognição (LETENNEUR, 2007).

No que se refere à capacidade funcional, Moore et al. (2003) identificaram que 42% da amostra de idosos com 60 anos ou mais demonstrou padrão de uso de álcool tipo binge; 15% tinha algum prejuízo em suas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e 16% em suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs). Na amostra, 44% dos sujeitos tinham prejuízos tanto nas ABVDs quanto nas AIVDs). Entre aqueles que bebiam até sete doses na semana, aqueles com prejuízos funcionais bebiam menos que os que não tinham nenhum prejuízo em suas ABVDs e AIVDs. Em oposição, os que excederam os limites de consumo, aqueles com prejuízos em suas ABVDs e AIVDs bebiam mais que os que não tinham nenhum prejuízo. Os autores, concluíram, assim que, neste grupo, beber mais de sete doses/semana foi associado

com alterações nas AIVDs e, em menor grau ABVDs. Beber mais de três/doses por ocasião foi associado com alterações nas AIVDs.

Porém, muitos autores reforçam que esses achados não devem representar um estímulo e incentivo para que idosos permaneçam ou iniciem o consumo de álcool já que muitas das associações entre o beber na velhice e seus aspectos protetores ainda não estão bem elucidadas. Além do fato de bebedores moderados diferirem em muitos aspectos dos abstêmios e bebedores pesados, algo que pode confundir essa associação é a relação entre o beber moderado e o estilo de vida, o que favoreceria os achados positivos que se tem observado. (ZIMMERMAN et al., 2004; LEE et al., 2009; MARALDI et al., 2009; MENON et al., 2010).

De forma geral, é consenso na literatura que os problemas relacionados ao álcool diminuem com a idade, já que se observa que entre os longevos, esse uso mostra-se reduzido (MOOS et al., 2009, BLAY et al., 2009;). Essa associação tem sido observada tanto em estudos transversais quanto longitudinais. Estudo longitudinal de Moos et al. (2009) com sujeitos de idade entre 55 e 65 anos em 20 anos de seguimento verificou que, tanto para homens quanto mulheres, houve diminuição no percentual de bebedores e na frequência do beber ao longo do estudo. Além disso, constatou-se que os homens bebem mais que as mulheres em todos os subgrupos de idosos (jovens ou longevos), bem como são mais propensos a apresentar problemas relacionados ao álcool. Acredita-se que essa diminuição no uso de álcool com o passar da idade esteja diretamente associada ao aumento dos problemas relacionados ao álcool por esses indivíduos (MOOS et al., 2009). Outras causas atribuídas à diminuição, segundo Mirand & Welt (1996), citando outros autores, podem estar relacionadas com a preocupação com as condições de saúde, mudanças no padrão social, a partir da filiação a redes sociais que consomem menos álcool, ou melhor estilo de vida para as mulheres, já que nos homens essa tendência não se repete.

Diante do que foi colocado, o uso de álcool na velhice possui inúmeras particularidades seja no que se refere aos fatores de risco a ele associados, ao perfil dos idosos que consomem álcool e ao impacto que esse uso pode ter nas condições de vida e saúde nessa fase da vida. A seguir, serão abordados os aspectos epidemiológicos desse consumo e os principais estudos destinados a essa compreensão.

## 1.5 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE ÁLCOOL POR IDOSOS

No que se refere à investigação do uso de álcool por idosos, os estudos mais comuns têm sido os de caráter transversal, que descrevem o padrão de consumo da substância e mostram diferenças entre o comportamento de beber de diferentes grupos etários. Os estudos longitudinais, por sua vez, também são necessários para identificar se estes padrões são devidos a efeitos de corte ou de envelhecimento (KEMM, 2003) já que os hábitos de beber dos sujeitos de uma determinada época podem receber influências da cultura, condições de vida e saúde, etc, que podem se modificar com o passar dos anos, interferindo no padrão e nos hábitos em relação à bebida de um mesmo sujeito ao longo da vida (O'CONNEL et al., 2003).

Nos estudos transversais, as taxas de prevalência podem variar de acordo com a adoção de diferentes critérios diagnósticos utilizados nos estudos realizados (uso de risco, uso problemático, *binge*, dependência), já que quando os critérios são mais rígidos (uso nocivo/dependência, por exemplo), refletem menor prevalência do que quando os critérios são mais amplos (uso de risco, problemático) (O'CONNEL et al., 2003). A prevalência pode variar, ainda, de acordo com o instrumento utilizado e as classificações adotadas acerca de quantidade e frequência. Além disso, os estudos que detectam uso de álcool através de autorrelato têm uma limitação já que muitos indivíduos podem omitir informações por vergonha, medo, culpa ou simplesmente, por não atribuírem importância às mesmas.

Estudos transversais têm demonstrado que o nível de consumo de álcool diminui com o avançar da idade, em todas as classificações de consumo (*binge*, pesado e moderado) (KIRCHNER et al., 2007) e está mais associado a ser do sexo masculino (PEYTREMANN-BRIDEVAUX ET al., 2004; LIN et al 2005; CASTRO e COSTA et al., 2008; CASTILLO et al., 2008; MERRICK et al, 2008; BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009; BLAZER & WU, 2009; WEYERER et al., 2009; HALME et al., 2010; LIN et al., 2011; NADKANNI et al., 2011).

Além disso, esses estudos apontam que, de um modo geral, o uso de álcool se associa a ter melhor renda (PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2004; MERRICK et al., 2008) mas há alguma controvérsia em relação à escolaridade. Assim, enquanto há estudo que apontam associação com melhor nível de escolaridade (PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2004; LIN et al., 2005; MERRICK et al., 2008; BLAZER & WU, 2009; NADKANNI et al., 2011), há outros que apontam a menor escolaridade como risco para uso de álcool (BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009, LOPES et al., 2010).

Melhores condições de saúde também são apontados como fatores associados a uso de álcool (CASTRO e COSTA et al., 2008; MERRICK et al., 2008; BLAZER & WU, 2009; WEYERER et al., 2009), mas também há estudos que apontam associação com problemas de saúde como danos funcionais e cognitivos (HIRATA et al., 2009), doença hepática (WEYERER et al., 2009) e comportamentos de risco à saúde como o uso de fumo (MERRICK et al., 2008; BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009; KIM et al., 2009; WEYERER et al., 2009).

Por fim, não há consenso sobre o estado civil e sua possível associação com álcool, na medida em que há estudos que apontam maior risco para divorciados/separados/solteiros (MERRICK et al., 2008; LIN et al., 2011) e outro que apontam maior chance entre os casados (BLAZER & WU, 2009).

O' Connel et al. (2003) afirmam que embora o uso de álcool na velhice seja pouco diagnosticado, atinge prevalência de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% nas internações em enfermarias e de 23 a 44% em unidades psiquiátricas.

No que se refere à prevalência de uso de álcool entre idosos no Brasil, Laranjeira et al. (2007), no I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo do Álcool na população geral, identificou que dos 401 idosos participantes, 3% eram bebedores pesados frequentes<sup>2</sup>; 9% bebedores frequentes; 8% bebedores menos frequentes; 12% bebedores não frequentes e 68% abstêmios. Dentre os idosos que bebiam, foi constatado prevalência de uso nocivo de 1% e de dependência de 3%. Além disso, identificou-se que 295 idosos relataram problemas físicos em decorrência do uso de álcool, além do relato de uso mais frequentemente em casa do que em bares, o que desperta a atenção para o fato de que os idosos podem estar menos vulneráveis a acidentes automobilísticos e brigas, mas permanecem vulneráveis no que diz

---

<sup>2</sup> Neste estudo, a intensidade do beber em adultos foi identificada através dos seguintes parâmetros: *bebedor pesado frequente* (1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião 1 vez na semana ou mais), *bebedores frequentes* (Bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião pelo menos 1 vez por semana, mas mais de 1 vez por ano), *bebedor menos frequente* (Bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais ao menos 1 vez por ano), *bebedor não frequente* (Bebe menos de 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 ou mais doses em uma ocasião) e *abstêmios* (Bebe menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu na vida).

respeito a outras consequências do beber, tais como quedas, já que a probabilidade destas ocorrerem no ambiente doméstico é maior (FABRICIO et al., 2004).

Já Castro-Costa et al. (2008), em um estudo de base populacional, o padrão de consumo de álcool em 400 indivíduos com mais de 60 anos de verificando que 12% dos idosos participantes relataram comportamento de beber pesado (> que sete doses/semana), 10,4% de beber em binge (> que 3 doses por ocasião) e 2,9% foram constatados como dependentes de álcool.

Outros estudos estimam que, no Brasil, a prevalência de uso prejudicial de álcool entre os idosos seja de 4,3% em ambos os sexos (MENDOZA-SASSI & BERIA, 2003). Em pesquisa realizada na cidade de Salvador (BA), identificou-se prevalência de uso de álcool em 6,0% da população acima dos 55 anos (ALMEIDA-FILHO et al., 2004). Estudo de base populacional na região metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil identificou 11,8% de possíveis casos de suspeição de abuso de álcool entre idosos, tendo como parâmetro dois ou mais pontos positivos no CAGE (MORAES et al., 2008). Prais et al. (2008), por sua vez, encontraram prevalência do consumo excessivo de álcool em idosos homens de 27,0% na Região Metropolitana de Belo Horizonte e 13,7% em Bambuí (interior/MG).

Outro estudo brasileiro de Hirata et al. (2009), encontrou prevalência de dependência de álcool em idosos, aferida pelo CAGE, de 9,1%. Lopes et al (2010), por sua vez, utilizando o mesmo instrumento, encontraram prevalência de uso de álcool de 51,1% e de uso pesado, de 8,2%.

Segundo Hirata et al. (2009), o desenvolvimento da dependência de álcool em idosos de países subdesenvolvidos se dá da mesma forma que nos países desenvolvidos e as diferenças na prevalência e fatores associados ao consumo episódico excessivo de álcool podem ser observadas entre populações de um mesmo país, provavelmente devido a influências socioculturais (PRAIS et al., 2008).

**Quadro 3** - Principais estudos de prevalência de uso de álcool em idosos brasileiros

| <b>Nome/Ano</b>           | <b>Local</b>                              | <b>Tipo de estudo</b>                     | <b>Instrumentos Utilizados</b>                             | <b>n</b>                | <b>Faixa etária</b>        | <b>Principais achados</b>                                                                              |
|---------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Almeida, 1999             | São Paulo/SP<br>(emergência psiquiátrica) | Transversal                               | CID-10                                                     | 398                     | 60 anos e mais             | 1,1% de dependência de álcool nas mulheres e em 10,2% dos homens internados em emergência psiquiátrica |
| Barros et al., 2007       | Campinas/SP                               | Inquérito Domiciliar de base populacional | AUDIT                                                      | 515                     | ≥ 14 anos (n=93 > 60 anos) | 2,7% de abuso de álcool                                                                                |
| Castro-Costa et al., 2008 | Nacional                                  | Análise transversal de inquérito          | Critérios do DSM-IV para Abuso e Dependência de Álcool     | 400                     | ≥ 60 anos                  | 10,4% binge<br>12,4% de abuso de álcool<br>2,9% dependência                                            |
| Prais et al., 2008        | BambuÍ (MG) e Belo Horizonte (MG)         | Transversal                               | ≥ 5 drinques em uma única ocasião nos últimos 30 dias      | 685 (BH) e 643 (BambuÍ) | ≥ 60 anos                  | 13,7% em Bambuí e 27% em Belo Horizonte de consumo episódico excessivo                                 |
| Blay et al., 2009         | Rio Grande do Sul (RS)                    | Transversal                               | 10 questões para detecção de abuso e dependência de álcool | 6961                    | ≥ 60 anos                  | 10,6% responderam a pelo menos uma questão de abuso de álcool                                          |
| Hirata et al., 2009       | São Paulo/SP                              | Transversal                               | CAGE                                                       | 1563                    | ≥ 60 anos                  | 9,1% de dependência <i>continua</i>                                                                    |

| <i>continuação</i> |                   |             |      |      |           |                                                                             |
|--------------------|-------------------|-------------|------|------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Lopes et al., 2010 | Ribeirão Preto/SP | Transversal | CAGE | 1145 | ≥ 60 anos | Uso pesado de álcool pelo CAGE: 8,2%<br>Prevalência de uso de álcool: 51,1% |

Já no contexto internacional, Thomas & Rockwood (2001), em uma amostra de idosos canadenses, observaram que 8,9% apresentaram diagnóstico de abuso de álcool, 3,7% com diagnóstico questionável e 83,7% não apresentaram nenhum histórico de abuso de álcool.

Lin et al. (2005) em estudo conduzido no Japão, do qual participaram adultos com 40 anos ou mais, observaram que 76% dos homens e 25% das mulheres foram classificados como bebedores. Comparados aos não bebedores, eram mais jovens, mais propensos a fumar e a ter maior nível educacional.

Kim et al. (2007), (n=10,597) em levantamento populacional em sete países da América Latina e Caribe (SABE 1999/2000) identificou, através do AUDIT-C, que 19% dos idosos em Buenos Aires e 16% em Montevidéu consumiam álcool diariamente. Em Havana, no mesmo levantamento, a prevalência identificada foi de 2,3%. De modo geral, esse uso esteve associado ao sexo masculino e ser tabagista. Estas diferenças na prevalência de tabagismo e consumo de álcool por idosos nos países investigados indicam que a influência cultural no comportamento de saúde, bem como os fatores socioeconômicos, podem ser significativos na determinação da prevalência encontrada em diferentes países/populações.

Aira et al. (2008), em estudo com idosos acima dos 75 anos na Finlândia, constataram através do AUDIT que 36,5% da amostra fazia uso de álcool. Também na Finlândia, Halme et al., (2010) encontraram prevalência de consumo elevado de álcool por idosos com 65 anos ou mais em de 20,3% em homens e 1,2% em mulheres entrevistadas.

Blazer e Wu (2009), em estudo realizado para investigar uso de substâncias psicoativas em idosos nos Estados Unidos, identificou que 60% dos indivíduos consumiram álcool durante o ano anterior; 2,6% maconha e 0,41% cocaína. No mesmo país, Merrick et al. (2008) encontraram 9% de prevalência de beber não saudável e Chan et al. (2009),

encontraram prevalência de beber pesado em 18% dos homens e 7,5% das mulheres idosos norte-americanos entrevistados. Lang et al. (2007), em estudo realizado com idosos dos Estados Unidos e Inglaterra constatou que 10,8% dos idosos homens norte-americanos, 28,6% dos ingleses, 2,9% das idosas norte-americanas e 10,3% das inglesas beberam mais do que o limite recomendado para idosos acima dos 65 anos. Em outro estudo norte-americano, Moore et al. (2009) observaram que 67,2% (54,7% homens e 76,3% mulheres) foram classificados como bebedores leves, 22,2% moderados (29,7% de homens e 14,0% mulheres) e 10,7% (11,6% de homens e 9,7% de mulheres) como bebedores pesados. Já um estudo com veteranos realizado por Peytremann-Bridevaux et al. (2004) - 48% relataram uso de álcool no ano anterior e 49% pontuaram positivamente (CAGE e questões AUDIT) para problemas com álcool.

Castillo et al. (2008) identificaram que 37,5% de uma amostra de idosos mexicanos relataram consumo de bebida alcoólica no momento da pesquisa; com uma diferença significativa entre os gêneros: 31,3% das mulheres e 62,2% dos homens relataram uso de álcool. O uso moderado foi maior nas mulheres (90,4%), e o de risco e abusivo, maiores nos homens (42,8% e 28,6%, respectivamente.)

Na Alemanha, em uma amostra com idosos com 75 ou mais, Weyerer et al. (2009) constataram que 43,4% eram bebedores moderados. A prevalência de consumo de risco foi de 6,5% em toda a amostra, embora as taxas tenham sido significativamente maiores para os homens em comparação com as mulheres. Neste estudo, consumo moderado ou abstenção foram significativamente associados com sexo feminino, baixa escolaridade e deficiência de mobilidade.

Kim et al. (2009), na Coreia, obtiveram prevalência de beber social (13,6%), bebedores de risco (5,42%), abuso de álcool (2,28%) e dependência (2,92%) em idosos de ambos os sexos.

Em estudo recente, Nadkanni et al. (2011) altas taxas de prevalência de beber pesado em idosos na República Dominicana foram encontradas - 10,6% (4,0% entre as mulheres e 23,5% entre os homens).

No que se refere às prevalências de uso de álcool em idosos obtidas em levantamentos em serviços de saúde, Johnson-Greene et al. (2009) apontam para uma maior prevalência de identificação de uso de álcool por idosos nos serviços de atenção em saúde já que, para os autores, os consumidores de risco apresentam maior tendência a ter problemas de saúde comparados aos que não apresentam esse padrão de consumo; logo, acessariam mais os serviços de saúde, para o cuidado de problemas decorrentes do uso de álcool ou não.

Assim, a prevalência de uso de álcool em pacientes em serviços de saúde tende a ser maior do que nos estudos populacionais. Saunders et al. (1993) citados por O'Connell et al. (2003) apontaram que a prevalência de uso de álcool em pacientes idosos internados é maior do que para os idosos na comunidade, com estimativas de 14% para os pacientes nos serviços de emergência, 18% para pacientes internados em enfermarias gerais e 23-44% para pacientes em enfermarias psiquiátricas.

Em um levantamento do uso de álcool por idosos usuários de um serviço de atenção primária (ADAMS et al., 1996), 15% dos homens e 12% das mulheres bebiam regularmente acima dos limites recomendados pela NIAAA ( $> 7$  doses por semana para mulheres e  $> 14$  doses/semana para homens). Por outro lado, 9% dos homens e 2% das mulheres relataram consumir regularmente mais de 21 doses/semana, constatando que o consumo de álcool por idosos de serviços ambulatoriais é bastante comum e pode se dar além dos níveis recomendados.

NGUYEN et al. (2001), em estudo realizado em serviço de atenção primária (sala de espera) detectou 44% dos pacientes com beber perigoso; 9% beber nocivo e 20% dos homens e 26% das mulheres com beber em binge. Kirchner et al. (2007) encontraram prevalência de 7,9 % de uso de álcool em idosos que bebem para além do que é recomendado e pacientes de serviços primários. WILSON et al. (2007), em estudo semelhante, relatam que foram identificados 30,1% como uso nocivo, 17,9% uso de risco e 52% como usuários sem risco

Vale ressaltar a importância da identificação do uso problemático de álcool por idosos nos serviços de saúde, especialmente naqueles de atenção primária, já que, em países como o Brasil, tais equipamentos representam a porta de entrada prioritária da população nos serviços de saúde; assim, identificar os parâmetros, estratégias de intervenção e instrumentos de identificação nesse contexto são extremamente relevantes.

Cherpitel & Ye (2008), porém, apontam para a super-representação nos serviços de emergência comparados com a população geral: beber pesado é mais comum em pacientes de emergência do que em paciente de atenção primária.

Nos serviços hospitalares, a prevalência de problemas relacionados ao álcool em pacientes na população geral varia de 7,4% a 28% (SCHNEEKLOTH et al, 2001), sendo, em geral, maior do que nos estudos realizados na comunidade, já que pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, muitas vezes só buscam ajuda quando estão doentes, ou quando a doença não está diretamente relacionada ao álcool. A hospitalização, portanto, fornece uma janela de oportunidades para a identificação precoce e intervenções breves para pessoas cujo beber ocasiona problemas/risco (WU et al., 2008).

De acordo com Blow (2000), em estudo de revisão, idosos atendidos em ambientes médicos têm taxas consistentemente mais elevadas de problemas relacionados ao álcool do que os da população em geral, porque os bebedores-problema de todas as idades são mais propensos a procurar cuidados médicos. Assim, entre os pacientes idosos que procuram tratamento em hospitais, clínicas de cuidados primários e lares de idosos por problemas médicos ou psiquiátricos, as taxas de abuso de álcool têm sido relatados entre 15% e 58%.

Por outro lado, vale ressaltar que a prevalência de beber difere entre idosos que vivem na comunidade e idosos institucionalizados, já que dentre estes últimos, a taxa de abstinência é bem maior (GOODWIN et al., 1987).

Nesse sentido, Naik e Jones (1994) encontraram prevalência de 5% de consumo excessivo de álcool em pacientes idosos admitidos em hospitais geral. McInnes & Powell (1994) encontraram que 37,6% dos pacientes idosos em um hospital geral foram identificados como usuários problemáticos de álcool. Desses, 8% foram identificadas como usuários perigosos e 57% faziam uso nocivo de álcool.

Van der Pol et al. (1996), identificaram que a maioria das entradas devido ao uso de álcool em setores de emergência em hospital geral ocorreu em uma amostra em que mais da metade vivia sozinha e a maioria era de mulheres. HAKKI-ONEM et al (2005), por sua vez, constatou que a prevalência de uso de álcool (abusivo ou dependência) entre os idosos entrevistados em uma unidade de emergência hospitalar foi de 5,3%. Em outro estudo em unidade hospitalar, identificou que 90% dos homens bebiam acima dos níveis semanais recomendados adotados pelo estudo ( $\geq 21$  doses/semana para homens e  $\geq 14$  doses/semanais para mulheres (MEHTA et al., 2006).

Os estudos longitudinais, de forma geral, examinam as relações entre o comportamento de beber e a idade e como estes se modificam/interagem ao longo dos anos, bem como oferecem dados acerca da incidência desse fenômeno. De acordo com Moore et al. (2005) uma aparente associação entre idade e uso de álcool em estudos transversais pode ser efeito de coorte ou período. Dados longitudinais, por sua vez, permitem que os efeitos de idade, coorte e período sejam separados. Geralmente, porém, não conseguem estabelecer associações entre mudanças no beber e fatores sociodemográficos (PLATT et al., 2010). De forma geral, os estudos longitudinais têm demonstrado que idosos do sexo masculino bebem mais que as mulheres da mesma faixa etária; que a prevalência do consumo diminui com o aumento da idade (efeito idade) e aumenta com aumento da renda e nível educacional. (GOODWIN et al., 1987; ZOHOORI et al., 1997; EINGENBRODT et al., 2001; MOORE et al., 2005; SATRE et al., 2005; TURVEY et al., 2006; ZHANG et al., 2008; MOOS et al.,

2009; MOOS et al., 2010; PLATT et al., 2010). Keem (2003) aponta, ainda, que a tendência de beber menos conforme há aumento da idade é mais forte em mulheres. Moore et al., (2005) apontam, ainda, para o efeito período, já que durante os períodos de maior consumo per capita de álcool, o consumo de álcool por idosos tende a ser maior. Para PLATT et al. (2010), na velhice, o consumo de álcool parece estar associado com maior status social (identificados por graus de renda e escolaridade elevados). Segundo os autores, a demanda por álcool parece aumentar conforme aumentam a renda e/ou educação. Além disso, ressaltam a questão social: apontam que quem bebe tem mais amigos, já que o envolvimento no beber estaria associado a eventos sociais, predispondo a um maior nível de socialização.

Corroborando esse achado, Moos et al. (2010), encontraram, em estudo longitudinal, evidências de que idosos que, no início do estudo tinham grupo social que aprovavam seu padrão de beber; que utilizavam a bebida como forma de redução da tensão e aqueles que tinham mais recursos financeiros foram mais propensos a se envolver em consumo de alto risco de álcool e de incorrer em problemas com a bebida após 10 e 20 anos de *follow-up*. No mesmo estudo, com relação aos fatores de história de vida, problemas com a bebida por volta dos 50 anos de idade foram associados com uma maior probabilidade de consumo de álcool de alto risco e problemas com álcool no final do seguimento; ter tentado reduzir o consumo, ter participado de grupos de apoio para tratamento foram associados com menor probabilidade de beber de consumo de alto risco.

Turvey et al. (2006), em estudo longitudinal realizados em duas ondas, identificou efeito protetor de uso moderado de álcool em idosos sobre a ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE) e melhor desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além disso, os autores identificaram que a diminuição do uso de álcool esteve associada com piora no estado de saúde, o que seria considerado um efeito da idade, já que quanto maior a idade, muitas vezes representa piora no estado de saúde. Uma explicação para o declínio observado no consumo de álcool identificado em estudos longitudinais é a maior mortalidade dos bebedores pesados em comparação com bebedores moderados (ILOMÄKI et al., 2009). Para alguns autores, porém, a redução ou a eliminação do consumo de álcool por idosos ao longo do tempo também se associa ao aumento (maior sensibilização) da preocupação com a própria saúde (SATRE et al., 2005). Para esses autores, a preocupação com a saúde seria o fator mais motivador para os idosos rumo ao tratamento, especialmente em mulheres. No estudo de Satre et al., 2005, com idosos entre 55 e 91 anos, os motivos mais citados para a cessação ou redução de beber depois de 50 anos de idade foram os problemas de saúde

(40%), perda no interesse pela bebida (13%), e menos oportunidades sociais para consumo de álcool (10%).

A maioria dos estudos longitudinais aponta diminuição no consumo em coortes mais velhas. Porém, isso pode não se repetir em algumas populações. Em estudo longitudinal de Ilomäki et al. (2009), realizado na Finlândia em 11 anos de seguimento e somente com idosos do sexo masculino, identificou que embora o consumo diminua em coortes mais velhas, especialmente no que se refere ao beber do tipo binge, a probabilidade de beber frequentemente (2 vezes/ semana) aumentou significativamente em cada coorte, com aumento maior entre os mais jovens. Os autores justificam esse aumento como um fator peculiar nessa população estudada, atribuindo esse desfecho aos aspectos sociais e culturais, tais como mudanças políticas e sociais que influenciaram o aumento do consumo do álcool no país, diminuição nas restrições de compra, aumento da disponibilidade de álcool para venda, etc.

Em outro estudo longitudinal com seguimento de 14 anos, Platt et al. (2010) identificaram que globalmente, o consumo de álcool diminuiu. No entanto, as taxas de declínio diferem sensivelmente entre as pessoas da amostra, e para uma minoria caracterizada por indivíduos com história prévia de problemas com a bebida, homens, com maior status econômico e melhor nível educacional, o consumo de álcool aumentou. Para os autores, a história pregressa de beber problemático na idade adulta afeta a trajetória de consumo de álcool em idades mais avançadas. Desse modo, os altos níveis de consumo de álcool nos finais de meia-idade são um importante indicador de risco subsequente de uso problemático de álcool (MOOS et al., 2010).

## 2. JUSTIFICATIVA

---

Embora alguns estudos já venham sendo elaborados com o intuito de investigar o uso de álcool e os fatores associados a esse consumo na população idosa, os mesmos ainda são insuficientes, por pouco explorarem os fatores associados a esse desfecho ou não utilizarem instrumentos específicos para detecção do uso de álcool nessa população.

O presente estudo utilizou-se de um instrumento específico para rastreio de uso de álcool na população idosa (SMAST-G), configurando-se como um dos poucos estudos nacionais que fez uso de instrumentos específicos para essa faixa etária. Desse modo, as informações levantadas por esse instrumento pode representar com maior fidedignidade o contexto e as características do uso e uso de risco de álcool entre os idosos que compuseram a amostra investigada.

### 3. HIPÓTESES

---

- 1) Existe associação entre uso de álcool e sexo;
- 2) Existe associação entre uso de álcool e idade;
- 3) Existe associação entre uso de álcool e tabagismo, bem como com condições socioeconômicas;

#### 4. OBJETIVOS

---

1. Estimar a prevalência de uso de álcool em amostra de idosos não institucionalizados residentes na cidade de São Paulo;
2. Estimar a prevalência de uso de álcool de risco em amostra de idosos não institucionalizados residentes na cidade de São Paulo;
3. Identificar os fatores associados a uso de álcool e a uso de álcool de risco em amostra de idosos não institucionalizados residentes na cidade de São Paulo, considerando-se aspectos sociodemográficos, condições de saúde, apoio recebido pelos familiares e capacidade funcional;

## 5. METODOLOGIA

---

### 5.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Utilizou-se dados do ESTUDO SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), estudo longitudinal, tipo painel, realizado com amostra de idosos não institucionalizados, residentes no município de São Paulo/SP. Para esta pesquisa delimitou-se a coorte entrevistada na segunda fase do estudo (2006), tendo sido incluídos os sujeitos com 60 anos e mais. O presente estudo trata-se, portanto, de uma análise transversal.

### 5.2 O ESTUDO SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO (SABE)<sup>3</sup>

Criado a partir da necessidade de obter informações especializadas e indicadores das diversas esferas da vida das populações idosas (60 anos e mais), o Estudo SABE foi inicialmente desenvolvido e coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em convênio envolvendo diversos órgãos internacionais. Iniciou-se entre os anos de 1999 e 2000 e em sua primeira fase, caracterizou-se como um estudo multicêntrico, envolvendo a participação de sete países da América Latina e Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai), que representavam, à época, um amplo espectro de regimes demográficos e contextos institucionais. Esse projeto foi desenvolvido para traçar um perfil comparável das condições do envelhecimento na América Latina, dados esses, até então, não disponíveis. Seu objetivo geral foi coletar informações sobre as condições de vida (sociais, econômicas, de saúde, redes de apoio, acesso aos serviços públicos, etc.) dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles dos países abrangidos e, de certa forma, compreender as características do envelhecimento populacional dos mesmos. No Brasil, país onde o estudo passou a ter caráter longitudinal a partir de 2006, tem-se buscado avaliar diferenciais de coorte, gênero e socioeconômicos em relação ao estado de saúde, acesso e utilização de cuidados de saúde pela população idosa (LEBRÃO E LAURENTI, 2005).

---

<sup>3</sup> Baseado em LEBRÃO, M.L Estudo SABE – 2005: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento Estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005.

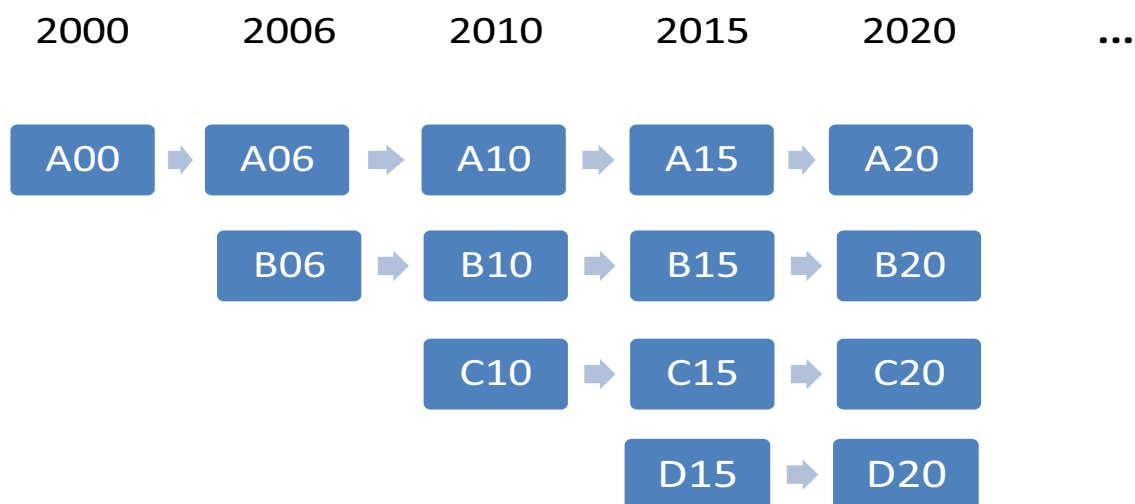
No Brasil, o estudo que foi realizado em São Paulo e coordenado pelos professores Maria Lúcia Lebrão e Ruy Laurenti, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), teve sua primeira fase iniciada no ano 2000, ocasião em que foram entrevistados 2.143 idosos (indivíduos com 60 anos e mais), não institucionalizados, de ambos os sexos, entre janeiro de 2000 e março de 2001. Esta etapa caracterizou-se como uma pesquisa de caráter transversal, que buscou explorar, descrever e analisar quantitativamente o perfil e as características dos idosos entrevistados.

Passados cinco anos, propõe-se a continuidade desse estudo, em São Paulo/SP, transformando-o em um estudo longitudinal composto de dois subprojetos: o primeiro buscou as pessoas entrevistadas em 2000 para aplicação de questionário para coleta de informações sobre as suas atuais condições de vida e saúde, com ênfase em fatores de risco para mortalidade, institucionalização, alterações da funcionalidade e fragilidade. O segundo subprojeto consiste na coleta de informações a respeito da nova coorte composta por aqueles que tinham de 60 a 64 anos no ano de 2005 que, comparados à primeira coorte, vêm possibilitando identificar as transformações que vêm ocorrendo no processo de envelhecimento na área urbana.

Assim, em 2006, foi realizado novo inquérito domiciliar, com o propósito de avaliar longitudinalmente as condições de vida de idosos não institucionalizados. Assim, os idosos entrevistados em 2000 (A00) foram novamente visitados, com o propósito de se reavaliar os diversos aspectos de suas condições de vida e saúde. Ademais, em 2006, uma nova coorte foi acrescentada (B06), com idosos de 60 a 64 anos. Para realização desse novo levantamento, foi realizada uma revisão no instrumento-base do estudo incluindo ou alterando questões cujas respostas não haviam sido satisfatórias na ocasião do primeiro levantamento e também, a inserção de novos instrumentos (LEBRÃO & DUARTE, 2008). Dessa forma, um instrumento específico para identificação do uso de álcool em idosos (SMAST-G) foi acrescentado, o que gerou dados que permitiram a realização do presente estudo.

Na figura 1 é possível visualizar como foram e como serão compostas as coortes do estudo SABE no município de São Paulo. A partir de 2006, ano em que o estudo passou a ter caráter longitudinal, são previstas a cada cinco anos, novas ondas de entrevistas com as coortes anteriores e a inserção de novas coortes, inserindo idosos na base da escala de idade (60-64 anos), para que a amostra continue sendo representativa da população idosa da cidade de São Paulo, além de acompanhar como se dá a evolução do envelhecimento nessa amostra (LEBRÃO e DUARTE, 2008).

**Figura 1** - Coortes do estudo SABE, realizado em São Paulo/SP, a partir do ano 2000.



### 5.3 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

Conforme dito anteriormente, o estudo em questão baseia-se nos dados coletados no Estudo SABE realizado desde 2006 no município de São Paulo/SP. Principal capital da região Sudeste e maior polo financeiro do país, São Paulo/SP constitui-se o principal centro da economia paulista, especialmente pela presença de atividades ligadas à circulação de capital e com concentração de indústrias de bens que necessitam de mão de obra qualificada e mercado consumidor próximo.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), em seu último censo (2010), estima-se que a população da capital paulista seja de cerca de 11 milhões de habitantes, sendo que desses, aproximadamente, 1,3 milhões representam os sujeitos com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Nos últimos dez anos, o número de idosos vivendo na cidade de São Paulo aumentou 35% e, em breve, a tendência é que essa faixa da população supere a de crianças e jovens até 14 anos. Projeções da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), indicam que esse fenômeno ocorrerá em 2024, quando, o contingente de idosos (que será de 2,2 milhões) ultrapassará o de crianças (2,13 milhões). Além da tendência de alta entre os mais

velhos, a população mais jovem (de 0 a 14 anos) começa a diminuir a partir do final dos anos 2010. (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010).

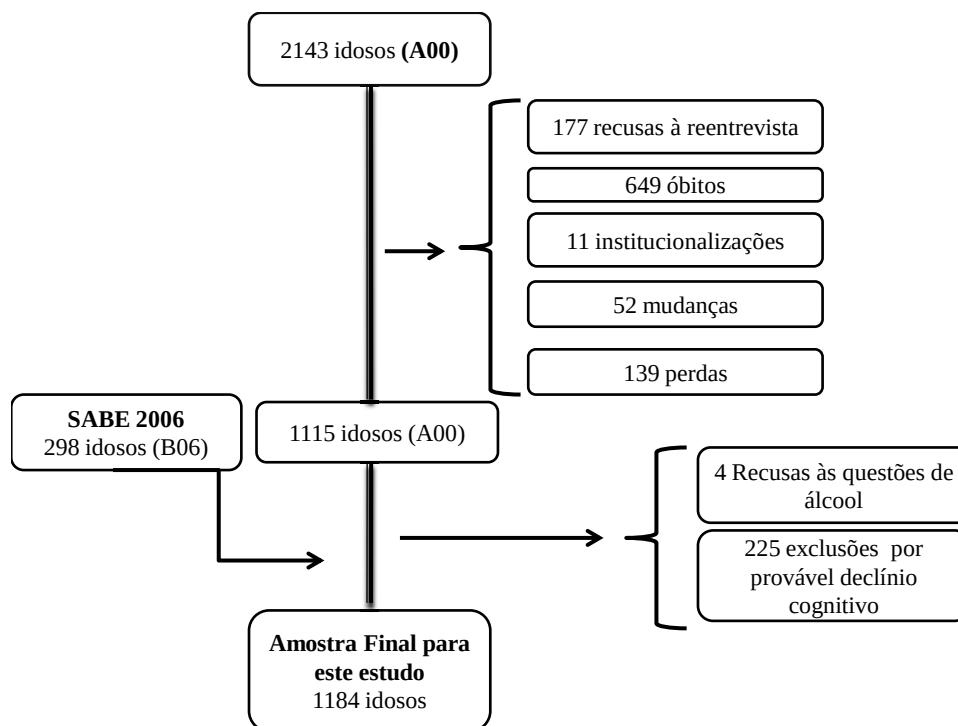
#### 5.4 SUJEITOS

Foram sujeitos do estudo as pessoas com 60 anos e mais, residentes no município de São Paulo que foram entrevistadas por ocasião do levantamento realizado em 2006.

Tal amostra é composta por dois grupos: aqueles com idade entre 60 e 64 anos, que foram entrevistados pela primeira vez em 2006, já que foram introduzidos no estudo neste ano (coorte B06) e aqueles com 65 anos ou mais, que foram reentrevistados em 2006 e haviam participado do levantamento realizado em 2000 (coorte A00). Os sujeitos pertencentes à coorte B06 são representativos da população com idade entre 60 e 64 anos. A coorte A06, por sua vez, era representativa de seu grupo etário em 2000, quando foi feito o levantamento inicial. Dessa forma, para corrigir a representatividade em relação à população de 65 e mais, foram construídos e atribuídos pesos específicos para este grupo.

Como mostra o fluxograma que segue (figura 2), em 2000 (A00), foram entrevistados 2143 idosos. Destes, foi possível reentrevistar 1115 (A06, agora com 65 anos e mais) em 2006; sendo que a diferença observada entre o número de participantes se deu em função da ocorrência de 649 óbitos, 11 institucionalizações, 52 mudanças para outras locais, além de 177 sujeitos terem recusado a serem reentrevistados e 139 não terem sido localizados. Dessa forma, em 2006 foram entrevistados 1413 sujeitos - 1115 provenientes da coorte A06 e 298, da coorte B06, formada por idosos na faixa dos 60-64 anos, incluídos por um procedimento de amostragem baseado no cálculo da taxa de mortalidade dessa faixa etária e na proporção de mudanças encontradas anteriormente. Dos 1413 resultantes, quatro não responderam sobre uso de álcool e 225 foram excluídos por apresentarem provável déficit cognitivo, como descrito abaixo. Assim, a amostra totalizou 1184 sujeitos.

**Figura 2** - Composição da amostra do estudo de uso de álcool em idosos participantes do Estudo SABE, no município de São Paulo/SP



## 5.5 PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM<sup>4</sup>

A amostra final de 2143 pessoas de 60 anos ou mais, participantes do Estudo SABC em 2000, foi composta por dois seguimentos: o primeiro, resultante de sorteio, corresponde à amostra probabilística formada por 1568 entrevistas. O segundo, formado por 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, corresponde ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária.

<sup>4</sup> Esse tópico foi baseado nos Aspectos Metodológicos do Projeto inicial do Estudo SABC, retirado de SILVA, NN. Aspectos Metodológicos – Processo de Amostragem. In. Lebrão, ML; Duarte, YAO. SABC – Saúde, Bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABC no município de São Paulo: uma abordagem inicial – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, 255p.

O processo de amostragem descrito a seguir refere-se ao primeiro segmento, cuja distribuição esperada foi calculada a partir do número mínimo, fixado no projeto geral inicial, em 1500 entrevistas.

### **5.5.1 AMOSTRA DE IDOSOS**

A população do estudo SABE foi composta pelos indivíduos de 60 anos e mais residentes no ano de 2000, na área urbana do município de São Paulo/SP. Para atender ao plano de análise estatística proposto, o tamanho inicial da amostra – 1500 idosos, foi distribuído segundo os estratos definidos por sexo e grupo etário. Como a densidade da população com 75 anos e mais é mais baixa em toda a população e tendo-se a necessidade de se atender ao número de entrevistas desejado, houve necessidade de se ampliar as amostras desse grupo etário. Dessa ampliação, resultou o segundo segmento, de composição livre, em um total de 575 entrevistas. Ainda, para compensar o excesso de mortalidade em relação à população feminina, ajustaram-se as amostras do sexo feminino para número igual às do sexo masculino.

### **5.5.2 AMOSTRA DOS DOMICÍLIOS**

A expressão  $\{d = (1500 * 10/3) * (0,85) - 1\}$  foi usada para calcular o número mínimo de 5882 domicílios a ser sorteado para obtenção de 1500 entrevistas desejadas. A razão 10/3 é o inverso de 3 idosos para cada 10 domicílios e 0,85 é a taxa esperada de sucesso de operação de localização e realização das entrevistas nos domicílios sorteados.

Para o sorteio dos domicílios, foi utilizado o método de Amostragem por Conglomerados, sob o critério de Partilha Proporcional Ao Tamanho (PPT). Como base para o sorteio, foram utilizados os 72 setores censitários que compõe a amostra do cadastro permanente disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Tais setores foram extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1995 (PNAD), composta por 263 setores censitários sorteados sobre o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. Cada um dos 72 setores censitários foi dividido em segmentos de 10 domicílios e em cada setor, sorteou-se 9 segmentos. Desse modo, noventa domicílios foram visitados e todos os indivíduos considerados elegíveis de acordo com os objetivos da pesquisa, foram identificados e

convidados a participar das entrevistas. Ao final dessa primeira fase, foram entrevistados 1568 idosos, decorrentes do processo de sorteio de domicílios.

## **5.6 INSTRUMENTOS**

O questionário-base (Questionário SABE) utilizado, sob a forma de inquérito domiciliário, é composto de onze seções que contemplam vários aspectos da vida dos idosos. Foi desenvolvido pela OPAS e construído conjuntamente com os coordenadores de todos os países envolvidos. A versão utilizada em 2006, que passou por uma revisão após aplicação em 2000, deu origem ao banco de dados que foi objeto de análise do presente estudo. A versão completa deste questionário pode ser visualizada em CD anexo a este trabalho e também no site: [http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario\\_2006.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf)

O quadro 4 traz as seções que compõem o questionário SABE e o conteúdo levantado/avaliado em cada uma delas.

**Quadro 4** - Composição do questionário SABE (2006)

| <b>SEÇÃO</b>   | <b>AVALIAÇÃO</b>                       |
|----------------|----------------------------------------|
| <b>Seção A</b> | Dados Pessoais                         |
| <b>Seção B</b> | Avaliação Cognitiva                    |
| <b>Seção C</b> | Estado de Saúde                        |
| <b>Seção D</b> | Estado Funcional                       |
| <b>Seção E</b> | Medicamentos                           |
| <b>Seção F</b> | Uso e Acesso a serviços                |
| <b>Seção G</b> | Rede de Apoio Familiar e Social        |
| <b>Seção H</b> | História Laboral e Fontes de Renda     |
| <b>Seção J</b> | Característica da Moradia              |
| <b>Seção K</b> | Antropometria                          |
| <b>Seção L</b> | Flexibilidade e Mobilidade             |
| <b>Seção M</b> | Maus tratos                            |
| <b>Seção N</b> | Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores |

Neste estudo, foram utilizadas variáveis levantadas por praticamente todas as seções, tendo sido excluídas aquelas que se referem ao uso e acesso aos serviços (seção F), características de moradia (seção J), antropometria (seção K); flexibilidade e mobilidade (seção L), maus tratos (seção M) e avaliação e sobrecarga dos cuidadores (seção N).

Fizeram parte do questionário SABE (2006) alguns instrumentos padronizados, descritos a seguir:

### **5.6.1 SHORT MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST GERIATRIC (S MAST-G)**

A SMAST-G é um instrumento para rastreio do uso de risco de álcool em idosos, derivada da *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) e adaptada para utilização com população geriátrica. Corresponde a uma versão abreviada da MAST- G (derivada da MAST e específica para uso com populações idosas, composta de 25 itens). Contem 10 perguntas com respostas binárias do tipo “sim/não”, sendo que a cada resposta afirmativa, atribui-se um ponto. Ao final, todas as respostas “sim” devem ser somadas e todo sujeito que obtenha dois ou mais pontos na SMAST-G são considerados como um possível caso de uso de risco de álcool. Em suas questões, o instrumento busca identificar os possíveis sinais físicos de uso excessivo de álcool, a conexão entre o beber e estados emocionais, problemas no controle da quantidade de consumo bem como as reações dos outros em relação ao para beber do entrevistado (NAEGLE, 2008). Embora não tenha sido validada para uso na população brasileira, o instrumento do qual deriva (MAST-G) foi recentemente validado para uso no Brasil por KANO (2011).

Em estudo de Blow et al. (1998) a SMAST-G apresentou sensibilidade de 85% e especificidade de 97%. De forma geral, os estudos sobre álcool realizados com idosos têm tentado utilizar instrumentos específicos para esta população (HIRATA et al., 2009). Isto se justifica pelo fato de que instrumentos utilizados com população mais jovem, frequentemente valorizam aspectos como prejuízo no trabalho, por exemplo, nem sempre capturados entre os mais idosos (MOORE et al., 2002). Sabe-se que a SMAST-G é instrumento de rastreamento e não permite diagnóstico de uso nocivo ou dependência (que são critérios abrangidos pelas CID-10 e DSM-IV), embora seja de grande utilidade em serviços ambulatoriais na identificação do uso de risco e suas consequências ou outros padrões de consumo de álcool em idosos. Sua utilização permite direcionar condutas adequadas a cada caso, tais como a investigação de comorbidades, interação com uso de medicações e possíveis efeitos do uso arriscado nas relações e interações sociais do paciente (NAEGLE, 2008). Além disso, instrumentos de rastreamento têm sua validade, na medida em que permitem um diagnóstico populacional de uma condição potencialmente nociva à saúde, possibilitando elaboração de estratégias populacionais.

### **5.6.2 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALE/GDS)**

A Escala de Depressão Geriátrica constitui o instrumento de rastreio mais utilizado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo empregada tanto em pesquisas quanto em contextos clínicos (SOUZA et al., 2007). A versão original da “Escala de Depressão Geriátrica”, composta de 30 questões, foi desenvolvida em 1983 por Yesavage e cols., tendo sido posteriormente apresentada por Sheikh & Yeasavage (1986) em uma versão resumida com 15 questões. Foi traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por Stoppe Junior et al. (1994). Trata-se de instrumento de fácil aplicação, formulado através de perguntas simples, com respostas binárias tipo “sim/não” e que pode ser aplicado por pessoas sem formação em saúde mental. Estudo de confiabilidade da versão reduzida no Brasil, desenvolvido por Almeida & Almeida (1999) mostrou que, embora a GDS tenha apresentado baixa estabilidade entre os itens individuais, houve relativa estabilidade para o escore total, sendo que este foi considerado um indicador estável do humor do paciente entrevistado. Em uma escala cuja pontuação varia de 0 a 15, foram utilizados como ponto de corte, neste estudo, pontuação de seis ou mais para sintomas depressivos leves e 11 ou mais para sintomas depressivos graves.

### **5.6.3 MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva de idosos por ser rápido, de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento, embora não substitua uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira, tendo sido utilizado para avaliação cognitiva dos idosos no Estudo SABE em sua versão modificada e validada por Icaza & Albala (1999). Sua versão original foi desenvolvida por Folstein et al. (1975)

Para o presente estudo, no qual foi utilizada a versão ampliada do instrumento, foi adotado o ponto de corte 18 ou mais, em função do mesmo ter obtido sensibilidade de 73,5% e especificidade de 73,9% entre idosos analfabetos avaliados em ambulatório (LOURENÇO E VERAS, 2006).

#### **5.6.4 ÍNDICE KATZ PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDS)**

As atividades básicas de vida diária envolvem todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente (controle de esfíncteres) e alimentar-se. A incapacidade de executá-las implica em alto grau de dependência. Assim, o Índice de Katz (Katz Index) foi desenvolvido por Sidney Katz e publicado pela primeira vez em 1963, tendo sido construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades de vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa e alimentar-se. A recuperação, por sua vez, dá-se na ordem inversa. (KATZ et al., 1963). Deste modo, trata-se de um instrumento de medida das atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas que foi organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social e, apesar do desenvolvimento de outros, ainda tem sido dos mais utilizados na literatura gerontológica para avaliar a funcionalidade dos idosos nas ABVDs (DUARTE et al., 2007). No presente estudo, os sujeitos foram classificados como “independentes” (não necessitam de ajuda para a realização das ABVDs), “com necessidade de ajuda” (necessitam auxílio para a realização de uma ou duas ABVDs) e “dependentes” necessitam de ajuda para a realização de três ou mais ABVDs).

#### **5.6.5 ESCALA DE LAWTON PARA ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA**

Elaborada por Lawton & Brody em 1969, trata-se de um instrumento para avaliação da capacidade funcional de idosos e suas habilidades de vida independente na comunidade, através das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), consideradas mais complexas do que as ABVDs e que permitem a participação/ampliação na vida social e administração do ambiente em que se vive, tais como usar telefone, fazer compras, realizar tarefas domésticas, administrar o próprio dinheiro, preparar refeições, utilizar transportes e tomar os próprios medicamentos. Deste modo, é composta por oito domínios e permite pontuação em três

diferentes níveis em relação à capacidade de realização de cada uma das atividades avaliadas, isto é, se o sujeito avaliado é independente, necessita de ajuda para realização ou é dependente em relação à execução das AIVDs. Na avaliação final, através da pontuação gerada, permite-se identificar o grau de independência do sujeito, cuja pontuação máxima é de 24 (independente em todas as atividades) e a mínima de 8 pontos (dependente em todas as atividades). Vale ressaltar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, influência dos fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas. Alguns autores já sugeriram que a escala fosse reduzida a cinco itens, eliminando-se “lavar a roupa”, “tarefas domésticas” e “preparar comida”, quando aplicada para o sexo masculino. (LAWTON et al., 1982, COSTA & MONEGO, 2003). Neste estudo, os sujeitos foram classificados como “independentes” (não necessitam de ajuda para a realização das AIVDs), “com necessidade de ajuda” (necessitam auxílio para a realização de até quatro AIVDs) e “dependentes” (necessitam de ajuda para a realização de cinco ou mais AIVDs).

#### 5.6.6 APGAR DE FAMÍLIA

Criado por Smilkstein (1978), o Apgar de Família (ou *Family Apgar*) consiste em um instrumento composto por cinco questões que possibilitam mensurar a satisfação dos integrantes de uma família em relação a cinco aspectos/componentes considerados essenciais na unidade e na funcionalidade de qualquer grupo familiar: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (DUARTE, 2001). O acrônimo APGAR, proveniente da língua inglesa, deriva de *Adaptation* (Adaptação), *Partnership* (Companheirismo), *Growth* (Desenvolvimento), *Affection* (Afetividade) e *Resolve* (Capacidade resolutiva). O componente 1) Adaptação – relaciona-se aos recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência; 2) Companheirismo - compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; 3) Desenvolvimento – diz respeito à liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional; 4) Afetividade – está associada à intimidade e às interações emocionais num contexto familiar; e por fim, 5) Capacidade Resolutiva – associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existentes em uma unidade familiar (PAVARINI et al., 2006). No Brasil, a tradução e a adaptação do instrumento foram realizadas com o propósito de verificar as propriedades de medida do *Family Apgar* quando aplicado a idosos

independentes, dependentes e seus cuidadores (DUARTE, 2001). Os resultados obtidos com a aplicação do APGAR são convertidos em escores que partem de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes avaliados. A indicação da resposta SEMPRE corresponde ao escore = 4, QUASE SEMPRE = 3, ALGUMAS VEZES = 2, RARAMENTE = 1 e NUNCA = 0. O somatório dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade de funcionalidade familiar (DUARTE, 2001). Escores entre um 0 e 8 classificam o nível de disfunção familiar como elevado; entre 9 e 12, indicam moderada disfunção familiar e de 13-20, boa funcionalidade familiar (PAVARINI et al., 2006).

## 6. ANÁLISE DOS DADOS

---

Como parte das medidas investigadas foram prevalências, foram atribuídos pesos possibilitando compensar as probabilidades desiguais decorrentes do desenho amostral. Os pesos atribuídos equivalem ao inverso da fração amostral. No cálculo dos pesos foi também realizada a correção para não resposta.

Os dados encontravam-se digitados em planilha eletrônica. A partir dos mesmos, foram extraídas tabelas de frequência simples, verificando-se a consistência dos dados e fazendo as correções necessárias. A análise dos dados foi feita através do programa estatístico STATA 10.0 (STATA CORP, 2007), considerando-se o delineamento amostral. Foi feita inicialmente uma análise descritiva da população estudada a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e de frequência para variáveis categóricas. As estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança foram obtidos aplicando-se pesos que corrigiram para o efeito de amostragem complexa.

Foram investigados o uso de álcool (nos últimos três meses anteriores à pesquisa) e o uso de risco de álcool, este último obtido através da SMAST-G. Deste modo, foram consideradas variáveis dependentes “uso de álcool” e “uso de risco de álcool”. A associação das variáveis dependentes com as variáveis explicativas foi investigada através da estimativa das *odds ratio* (OR) simples e ajustadas. A significância estatística foi avaliada através do teste de Rao-Scott, por tratar-se de amostra complexa (LEE & FORTHFER, 2006). A análise multivariada foi feita através da construção de modelos de regressão logística, com cálculo de *odds ratios* ajustadas, para cada um dos desfechos. Foram incluídas em ambos os modelos as variáveis que mostraram associação com os desfechos com  $p \leq 0,25$  na análise univariada (HOSMER & LEMESHOW, 1989). Permaneceram no modelo as variáveis independentes que mantiveram associação com desfecho após ajuste com  $p \leq 0,05$ .

O quadro 5 traz as variáveis selecionadas para uso no presente estudo, a partir do questionário SABE/2006.

**Quadro 5** - Variáveis selecionadas para o presente estudo, de acordo com o questionário SABE (2006).

| <b>VARIÁVEL</b>                      | <b>CATEGORIAS OU UNIDADES DE MEDIDA</b>                         | <b>QUESTÃO</b>  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Sexo</b>                          | Feminino<br>Masculino                                           | C18             |
| <b>Faixa Etária</b>                  | 60-64<br>65-69<br>70-74<br>75-79<br>80-84<br>85 ou mais         | A01a;<br>A01b   |
| <b>Cor da pele autodeclarada</b>     | Branco<br>Pardo/Preto<br>Outros                                 | A12             |
| <b>Analfabetismo funcional</b>       | Sabe ler e escrever um recado (Sim/Não)                         | A05a            |
| <b>Frequentou a escola</b>           | Sim<br>Não                                                      | A05b            |
| <b>Escolaridade (anos de estudo)</b> | Analfabeto<br>De 1 a 3 anos<br>De 3 a 7 anos<br>8 ou mais       | A06             |
| <b>Situação de Trabalho</b>          | Trabalhou<br>Aposentado<br>Afazeres Domésticos<br>Não trabalhou | H5              |
| <b>Recebe alguma renda</b>           | Sim<br>Não                                                      | H27c            |
| <b>Percepção de renda</b>            | Suficiente<br>Insuficiente                                      | H30             |
| <b>Arranjo Familiar</b>              | Mora sozinho ou acompanhado                                     | A.07            |
| <b>Situação Conjugal</b>             | Divorciado/Separado<br>Viúvo<br>Casado/Amasiado                 | A13c            |
|                                      |                                                                 | <i>continua</i> |

|                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Continuação do quadro 5</b>                                                                                |                                                                                                                                                                            |                                                            |
| <b>Número de pessoas na casa</b>                                                                              | Até duas<br>Três<br>Quatro ou mais                                                                                                                                         | G02                                                        |
| <b>Apoio Familiar (funcionalidade familiar/Grau de satisfação com suporte oferecido pela família) - APGAR</b> | Boa funcionalidade<br>Moderada Disfunção<br>Elevada disu                                                                                                                   | G51b;<br>G51c;<br>G51d;<br>G51e;<br>G51f                   |
| <b>Religião</b>                                                                                               | Católica<br>Protestante/evangélica<br>Outra<br>Nenhuma                                                                                                                     | A11a                                                       |
| <b>Importância que dá à religião</b>                                                                          | Importante<br>Regular<br>Nada importante                                                                                                                                   | A11b                                                       |
| <b>Auxílio da Religião na compreensão das e dificuldades</b>                                                  | Completamente<br>Muito<br>Não muito<br>Nada                                                                                                                                | A11e                                                       |
| <b>Autoavaliação da memória</b>                                                                               | Excelente<br>Muito Boa<br>Boa<br>Regular<br>Ruim                                                                                                                           | B01                                                        |
| <b>Autoavaliação do Estado de saúde</b>                                                                       | Muito boa<br>Boa<br>Regular<br>Ruim<br>Muito Ruim                                                                                                                          | C01                                                        |
| <b>Comparação da saúde atual com a de outras pessoas de mesma idade</b>                                       | Melhor<br>Igual<br>Pior                                                                                                                                                    | C03                                                        |
| <b>Morbidade autorreferida</b>                                                                                | Hipertensão<br>Diabetes<br>Neoplasias<br>Doença crônica pulmonar<br>Doenças cardiovasculares<br>Acidente vascular cerebral<br>Doenças osteomusculares<br>Transtorno mental | C04;<br>C05;<br>C06<br>C07;<br>C08;<br>C09;<br>C10;<br>C20 |
|                                                                                                               |                                                                                                                                                                            | <i>continua</i>                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Continuação do quadro 5</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                                                                    |
| <b>Depressão (Avaliada pela GDS)</b>                                                                                                                                                                                                                            | Sem depressão<br>Depressão Leve<br>Depressão Grave                                 | C21a;<br>C21b;<br>C21c;<br>C21d;<br>C21e;<br>C21f;<br>C21g;<br>C21h;<br>C21i;<br>C21j;<br>C21k;<br>C21l;<br>C21m;<br>C21n;<br>C21o |
| <b>Quedas</b>                                                                                                                                                                                                                                                   | Quedas nos últimos 12 meses (sim/não)<br>Número de quedas (uma, duas ou 3 ou mais) | C11_1;<br>C11_2                                                                                                                    |
| <b>Tabagismo (hábito de fumar)</b>                                                                                                                                                                                                                              | Atualmente<br>Já fumou<br>Nunca fumou                                              | C24                                                                                                                                |
| <b>Avaliação da Capacidade Funcional</b><br><b>Atividades básicas de vida diária</b><br>(banho; vestuário, comer, continência, higiene pessoal, trocas posturais)                                                                                               | Independente<br>Necessita de Ajuda<br>Dependente                                   | D14a;<br>D13a;<br>D14a_1;<br>D15a;<br>D16a;<br>D17a;                                                                               |
| <b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b><br>(Preparo de refeição quente; Administração do próprio dinheiro; Utilização de transportes; Compra de alimentos; Utilização do telefone; Tarefas domésticas leves; Tarefas domésticas pesadas; Tomar remédios) | Independente<br>Necessita de Ajuda<br>Dependente                                   | D18a;<br>D19a;<br>D20a;<br>D21a;<br>D22a;<br>D23a;<br>D24a;<br>D25a;                                                               |
| <b>Uso de medicamentos</b>                                                                                                                                                                                                                                      | Não toma nenhum<br>Toma apenas 1<br>Toma 2 ou 3<br>Toma de 4 a 7<br>Toma mais de 8 | E.07c                                                                                                                              |

## 7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

---

O projeto de pesquisa do Estudo SABE, que gerou dados utilizados por esse estudo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP por meio do protocolo de pesquisa número 1345, intitulado “PROJETO SABE 2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, tendo sido aprovado pelo referido comitê em 14/03/2006. Participaram do estudo apenas os sujeitos que voluntariamente o quiseram, assinando um termo de consentimento e sendo assegurado o sigilo de suas respostas e possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções. (anexo 1)

O uso do banco de dados do Projeto SABE para o “Uso nocivo de álcool entre idosos na cidade de São Paulo: prevalência e fatores de risco” foi autorizada pela coordenação do referido projeto em 28/05/2010 (anexo 2)

Além disso, o projeto de mestrado em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP), em 05/07/2010 (protocolo CEP: 3613-2010) (anexo 3).

## 8. RESULTADOS

---

Dos 1413 idosos participantes do Estudo SABE no ano 2006 (FIGURA 2), quatro foram excluídos por terem se recusado a responder às questões acerca do uso de álcool e 225, por apresentarem provável declínio cognitivo, totalizando 1184 idosos, que compõem a amostra deste estudo. A seguir, serão descritas as principais características destes sujeitos.

### 8.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO SEXO.

A tabela 1 traz a distribuição das características sociodemográficas dos idosos de acordo com sexo. Vale ressaltar que essas prevalências são ponderadas tendo em vista a aplicação dos pesos necessários para correção da amostragem complexa, conforme descrito na metodologia. A maioria da amostra foi composta por mulheres (59,2%) nas faixas etárias dos 60-64 e 65-69 (28,3% e 28,6%, respectivamente). Dentre os homens, 31,8% situaram-se na faixa dos 60-64 anos. Percebe-se que, para ambos os sexos, conforme houve aumento da idade, ocorreu declínio da proporção de idosos em todas as faixas etárias, não tendo havido, porém, diferença significativa entre os sexos no que diz respeito a essa variável. A maioria da amostra se autodeclarou como “brancos” (62,7% das mulheres e 65,1% dos homens), seguidos por “pretos/pardos” (28,7% das mulheres e 23,9% dos homens).

No que se refere à escolaridade, 14,7% das mulheres e 8,8% dos homens relataram não saber ler nem escrever ( $p=0,007$ ). A maioria das mulheres e homens (40% e 41% respectivamente) tinha de “quatro a sete anos” de estudo. Os homens, no entanto, estiveram entre a maioria dos que declararam ter “oito ou mais anos de escolaridade” (24,4%,  $p=0,04$ ), demonstrando que, nessa amostra, os homens apresentaram melhor nível educacional que as mulheres.

No que se refere à situação de trabalho, 38% das mulheres e 35,6% dos homens eram aposentados. Houve predomínio dos homens dentre aqueles que permaneciam no mercado de trabalho: enquanto 35,6% homens ainda trabalhavam, apenas 16,9% das mulheres o faziam ( $p<0,0001$ ). As mulheres, por sua vez, apresentaram menor acesso a algum tipo de renda em comparação aos homens (11,4% e 2,5%, respectivamente,  $p<0,0001$ ). Em relação à percepção de suficiência de renda para manter-se, 54,1% de toda amostra não percebiam sua renda como suficiente, embora esse achado não seja significativo estatisticamente.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184).

|                                                             | Mulheres |       | Homens |       | Total |      | p*    |
|-------------------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|-------|
|                                                             | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    |       |
| <b><u>Idade</u></b>                                         |          |       |        |       |       |      |       |
| 60-64                                                       | 149      | 28,3  | 109    | 31,8  | 258   | 29,7 | 0,75  |
| 65-69                                                       | 139      | 28,6  | 76     | 28,5  | 215   | 28,6 |       |
| 70-74                                                       | 133      | 21,2  | 80     | 20,2  | 213   | 20,8 |       |
| 75-79                                                       | 135      | 12,8  | 63     | 11,6  | 198   | 12,3 |       |
| 80-84                                                       | 104      | 5,9   | 76     | 5,0   | 180   | 5,5  |       |
| 85 ou mais                                                  | 59       | 3,2   | 61     | 2,9   | 120   | 3,1  |       |
| <b><u>Cor da pele autodeclarada</u></b>                     |          |       |        |       |       |      |       |
| Branco                                                      | 467      | 62,7  | 310    | 65,1  | 777   | 63,7 | 0,18  |
| Pardo/Preto                                                 | 191      | 28,7  | 106    | 23,9  | 297   | 26,7 |       |
| Outros                                                      | 61       | 8,6   | 49     | 11,0  | 110   | 9,6  |       |
| <b><u>Sabe ler e escrever um recado</u><sup>1</sup></b>     |          |       |        |       |       |      |       |
| Sim                                                         | 613      | 85,3  | 416    | 91,2  | 1029  | 87,7 | 0,007 |
| Não                                                         | 105      | 14,7  | 49     | 8,8   | 154   | 12,3 |       |
| <b><u>Frequentou a escola</u><sup>1</sup></b>               |          |       |        |       |       |      |       |
| Sim                                                         | 609      | 85,3  | 400    | 89,5  | 1009  | 87,2 | 0,009 |
| Não                                                         | 110      | 14,7  | 64     | 10,5  | 174   | 12,8 |       |
| <b><u>Escolaridade (anos de estudo)</u><sup>2</sup></b>     |          |       |        |       |       |      |       |
| Analfabeto                                                  | 119      | 15,3  | 64     | 10,4  | 183   | 13,3 | 0,04  |
| 1-3                                                         | 191      | 26,5  | 118    | 24,5  | 309   | 25,5 |       |
| 4-7                                                         | 287      | 40,0  | 177    | 41    | 464   | 40,4 |       |
| 8 ou mais                                                   | 121      | 18,2  | 104    | 24,4  | 225   | 20,8 |       |
| <b><u>Situação de trabalho</u><sup>3</sup></b>              |          |       |        |       |       |      |       |
| Trabalhou                                                   | 89       | 16,9  | 134    | 35,6  | 223   | 25,1 | 0,001 |
| Aposentado                                                  | 260      | 38,0  | 226    | 42,6  | 486   | 40,0 |       |
| Afazeres domésticos                                         | 169      | 28,3  | 34     | 6,6   | 203   | 18,8 |       |
| Não trabalhou                                               | 102      | 16,8  | 69     | 15,2  | 171   | 16,1 |       |
| <b><u>Recebe alguma renda</u><sup>4</sup></b>               |          |       |        |       |       |      |       |
| Sim                                                         | 646      | 88,6  | 454    | 97,5  | 1100  | 92,3 | 0,001 |
| Não                                                         | 70       | 11,4  | 9      | 2,5   | 79    | 7,7  |       |
| <b><u>Percepção de suficiência da renda</u><sup>5</sup></b> |          |       |        |       |       |      |       |
| Suficiente                                                  | 347      | 46,8  | 221    | 44,6  | 568   | 45,9 | 0,52  |
| Insuficiente                                                | 367      | 53,2  | 240    | 55,4  | 607   | 54,1 |       |

<sup>1</sup>Sem informação de 1 sujeito; <sup>2</sup>sem informação de 3 sujeitos; <sup>3</sup>sem informação de 101 sujeitos; <sup>4</sup>sem informação de 5 sujeitos; <sup>5</sup>sem informação de 9 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

Em relação à distribuição do arranjo e situação familiar (tabela 2), constatou-se que 86,6% viviam acompanhados na ocasião do estudo. As idosas, nessa amostra, viviam mais sozinhas que os homens (16,8% e 8,4%, respectivamente,  $p < 0,0001$ ). Dentre aqueles que viviam acompanhados, aproximadamente 48% dividiam o lar com até duas pessoas. Quanto ao estado conjugal, embora a maioria da amostra fosse casada (61,9%), houve diferença significativa entre os sexos: enquanto 43,1% das mulheres eram viúvas, apenas 11,3% dos homens haviam perdido seu cônjuge por morte ( $p < 0,0001$ ), reforçando a tendência de maior viuvez feminina também nessa amostra.

No que se refere à funcionalidade/suporte familiar, avaliada através do “Apgar da Família” constatou-se que, de modo geral, a grande maioria das mulheres e homens apresentou bons níveis de funcionalidade familiar (89,6% e 90,1%, respectivamente). Não houve, porém, diferenças significativas entre os sexos no que se refere a essa variável.

**Tabela 2** - Distribuição de arranjo e situação familiar, segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184).

|                                                     | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |                |
|-----------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|----------------|
|                                                     | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p <sup>*</sup> |
| <b><u>Arranjo familiar<sup>1</sup></u></b>          |          |       |        |       |       |      |                |
| Sozinho                                             | 146      | 16,8  | 51     | 8,4   | 197   | 13,4 | 0,0001         |
| Acompanhado                                         | 573      | 83,2  | 412    | 91,6  | 985   | 86,6 |                |
| <b><u>Estado Civil<sup>2</sup></u></b>              |          |       |        |       |       |      |                |
| Divorciado/Separado                                 | 58       | 9,2   | 25     | 6,5   | 83    | 8,1  | 0,0001         |
| Viúvo                                               | 345      | 43,1  | 78     | 11,3  | 423   | 30   |                |
| Casado/Amasiado                                     | 279      | 47,7  | 347    | 82,2  | 626   | 61,9 |                |
| <b><u>Número de pessoas na casa<sup>1</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |                |
| Até duas                                            | 401      | 52,3  | 218    | 41,5  | 619   | 47,8 | 0,0001         |
| Três                                                | 141      | 21,4  | 108    | 24,8  | 249   | 22,7 |                |
| Quatro ou mais                                      | 175      | 26,3  | 139    | 33,7  | 314   | 29,3 |                |
| <b><u>Funcionalidade Familiar<sup>3**</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |                |
| Boa funcionalidade                                  | 639      | 89,6  | 408    | 90,1  | 1047  | 89,8 | 0,19           |
| Moderada disfunção                                  | 28       | 3,9   | 24     | 5,6   | 52    | 4,6  |                |
| Disfunção elevada                                   | 43       | 6,5   | 18     | 4,3   | 61    | 5,6  |                |

<sup>1</sup> Sem informação de 1 sujeito; <sup>2</sup> sem informação de 52 sujeitos; <sup>3</sup> sem informação de 24 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott; \*\* grau de satisfação com suporte oferecido pela família, avaliada pelo APGAR da família.

No que se refere às práticas religiosas e sua relação com as mesmas, a maioria da amostra definiu-se como católica (66,8%), seguidos de protestantes/evangélicos (22,4%), outras (8,8%) ou nenhuma (2%). A grande maioria de mulheres e homens (96,4% e 88,8%, respectivamente), considerou a religião como importante aspecto em suas vidas. No que se refere ao auxílio que a religião representa para a compreensão dos problemas, 51,8% da amostra consideraram-na muito importante, embora tenha havido diferenças significativas entre aqueles que consideraram a religião “nada importante”: enquanto 6,4% dos homens não consideravam o fator religião como importante para a compreensão de seus problemas, apenas 0,9% das mulheres teve a mesma percepção ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 3** - Distribuição de religião e importância atribuída à mesma segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184).

|                                                                               | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |        |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|--------|
|                                                                               | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p*     |
| <b><u>Religião</u></b>                                                        |          |       |        |       |       |      |        |
| Católica                                                                      | 469      | 62,8  | 336    | 72,5  | 805   | 66,8 | 0,0035 |
| Protestante/Evangélica                                                        | 173      | 25,7  | 80     | 17,7  | 253   | 22,4 |        |
| Outra                                                                         | 70       | 10,2  | 36     | 6,9   | 106   | 8,8  |        |
| Nenhuma                                                                       | 7        | 1,3   | 13     | 2,9   | 20    | 2,0  |        |
| <b><u>Importância que dá à religião<sup>1</sup></u></b>                       |          |       |        |       |       |      |        |
| Importante                                                                    | 685      | 96,4  | 394    | 88,8  | 1079  | 93,4 | 0,0001 |
| Regular                                                                       | 23       | 3,2   | 40     | 8,2   | 63    | 5,2  |        |
| Nada importante                                                               | 3        | 0,4   | 16     | 2,9   | 19    | 1,4  |        |
| <b><u>Auxílio da religião na compreensão das dificuldades<sup>2</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |        |
| Completamente                                                                 | 287      | 40,8  | 119    | 27,4  | 406   | 35,1 | 0,0001 |
| Muito                                                                         | 361      | 51,3  | 237    | 52,7  | 598   | 51,8 |        |
| Não muito                                                                     | 51       | 7,0   | 64     | 13,5  | 115   | 9,6  |        |
| Nada                                                                          | 8        | 0,9   | 28     | 6,4   | 36    | 3,1  |        |

<sup>1</sup> Sem informação de 23 sujeitos; <sup>2</sup> sem informações de 29 sujeitos \* Teste de Rao-Scott

A tabela 4, por sua vez, refere-se à forma como os idosos da amostra avaliaram sua memória e condições de saúde. Dentre todos os idosos respondentes 42,7% avaliaram sua memória como “boa” sendo que, de modo geral, foi possível perceber que os homens fizeram uma melhor autoavaliação de sua memória comparados às mulheres ( $p=0,05$ ). No que diz respeito à autoavaliação de saúde, homens e mulheres avaliaram sua saúde de modo bastante

semelhante ( $p=0,16$ ), havendo apenas uma minoria que a avaliou como “ruim” ou “muito ruim”. Foi também solicitado que os sujeitos comparassem sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, sendo que mais da metade a avaliou como “igual” a de seus pares.

**Tabela 4** - Distribuição da autoavaliação da memória e de saúde segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184)

|                                                                                            | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|------|
|                                                                                            | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p*   |
| <b><u>Autoavaliação da Memória<sup>1</sup></u></b>                                         |          |       |        |       |       |      |      |
| Excelente                                                                                  | 42       | 5,4   | 29     | 5,7   | 71    | 5,5  | 0,05 |
| Muito boa                                                                                  | 62       | 9,4   | 50     | 11,5  | 112   | 10,3 |      |
| Boa                                                                                        | 291      | 39,8  | 207    | 46,7  | 498   | 42,7 |      |
| Regular                                                                                    | 296      | 41,5  | 163    | 34,1  | 459   | 38,4 |      |
| Má                                                                                         | 27       | 3,9   | 16     | 2,0   | 43    | 3,1  |      |
| <b><u>Autoavaliação do Estado de Saúde<sup>1</sup></u></b>                                 |          |       |        |       |       |      |      |
| Muito boa                                                                                  | 39       | 6,0   | 23     | 5,0   | 62    | 5,5  | 0,16 |
| Boa                                                                                        | 274      | 38,8  | 199    | 44,2  | 473   | 41,0 |      |
| Regular                                                                                    | 344      | 46,5  | 213    | 45,8  | 557   | 46,2 |      |
| Ruim                                                                                       | 46       | 7,2   | 26     | 4,4   | 72    | 6,1  |      |
| Muito ruim                                                                                 | 15       | 1,5   | 4      | 0,6   | 19    | 1,2  |      |
| <b><u>Comparação da saúde atual com a de outras pessoas da mesma idade<sup>1</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |      |
| Melhor                                                                                     | 138      | 18,5  | 70     | 15,4  | 208   | 17,2 | 0,06 |
| Igual                                                                                      | 358      | 53,1  | 273    | 61,1  | 631   | 56,4 |      |
| Pior                                                                                       | 222      | 28,4  | 122    | 23,5  | 344   | 26,4 |      |

<sup>1</sup> sem informação de 1 sujeito; \* Teste de Rao-Scott

Quanto à morbidade autorreferida, (tabela 5), a hipertensão arterial foi a mais prevalente na amostra (63%), com ligeiro predomínio entre as mulheres (65,7%) em relação aos homens (59,1%) ( $p=0,05$ ).

No que se refere às demais morbidades investigadas, identificou-se prevalência de 20,7% de diabetes, 11,6 de doenças pulmonares, 21,9% de doenças cardiovasculares, 12,6% de transtornos mentais e 4,5% neoplasias, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os sexos (tabela 5). Dentre aqueles que relataram sofrer de doenças osteoarticulares, a

maior prevalência foi entre as mulheres (42,1%,  $p<0,0001$ ). Além disso, 5,2% das mulheres e 8,2% já haviam sofrido acidente vascular encefálico (AVE).

No que se refere à depressão, avaliada pela GDS, observa-se que as mulheres apresentaram um maior percentual de depressão, quando comparadas aos homens ( $p=0,006$ ), sendo que a prevalência dessa morbidade entre as idosas da amostra foi aproximadamente o dobro daquela observada entre os homens. Entre as mulheres, 14,1% apresentavam depressão leve e 3,0% depressão grave, enquanto entre eles estes números foram 7,8% e 1,0%, respectivamente.

**Tabela 5** - Distribuição de morbididade referida e depressão pela GDS de acordo com sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184).

|                                                              | Mulheres |      | Homens |      | Total |      |         |
|--------------------------------------------------------------|----------|------|--------|------|-------|------|---------|
|                                                              | n=719    | %    | n=465  | %    | n     | %    | p       |
| <b><u>HAS<sup>1</sup></u></b>                                |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 488      | 65,7 | 272    | 59,1 | 760   | 63,0 | 0,05    |
| Não                                                          | 231      | 34,3 | 191    | 40,9 | 422   | 37,0 |         |
| <b><u>Diabetes<sup>2</sup></u></b>                           |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 148      | 21,0 | 90     | 20,0 | 238   | 20,7 | 0,74    |
| Não                                                          | 569      | 79,0 | 371    | 80,0 | 940   | 79,3 |         |
| <b><u>Doenças Pulmonares<sup>3</sup></u></b>                 |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 73       | 10,6 | 57     | 13,0 | 130   | 11,6 | 0,29    |
| Não                                                          | 644      | 89,4 | 406    | 87,0 | 1050  | 88,4 |         |
| <b><u>Doenças cardiovasculares<sup>4</sup></u></b>           |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 161      | 20,3 | 122    | 24,2 | 283   | 21,9 | 0,16    |
| Não                                                          | 553      | 79,7 | 338    | 75,8 | 891   | 78,1 |         |
| <b><u>Doenças osteoarticulares<sup>5</sup></u></b>           |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 311      | 42,1 | 103    | 19,7 | 414   | 33,0 | <0,0001 |
| Não                                                          | 402      | 57,9 | 355    | 80,3 | 757   | 67,0 |         |
| <b><u>AVE</u></b>                                            |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 40       | 5,2  | 40     | 8,2  | 80    | 6,4  | 0,07    |
| Não                                                          | 679      | 94,8 | 425    | 91,8 | 1104  | 93,6 |         |
| <b><u>Transtorno mental (exc. Depressão)<sup>1</sup></u></b> |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 90       | 13,4 | 49     | 11,4 | 139   | 12,6 | 0,36    |
| Não                                                          | 629      | 86,6 | 414    | 88,6 | 1043  | 87,4 |         |
| <b><u>Depressão<sup>6 **</sup></u></b>                       |          |      |        |      |       |      |         |
| Sem depressão                                                | 585      | 82,9 | 405    | 91,2 | 990   | 86,2 | 0,0006  |
| Depressão leve                                               | 98       | 14,1 | 37     | 7,8  | 135   | 11,5 |         |
| Depressão Grave                                              | 24       | 3,0  | 8      | 1,0  | 32    | 2,2  |         |
| <b><u>Neoplasias<sup>7</sup></u></b>                         |          |      |        |      |       |      |         |
| Sim                                                          | 39       | 5,0  | 22     | 3,7  | 61    | 4,5  | 0,30    |
| Não                                                          | 679      | 95,0 | 441    | 96,3 | 1120  | 95,5 |         |

<sup>1</sup> Sem informação de 2 sujeitos; <sup>2</sup> sem informação de 6 sujeitos; <sup>3</sup> sem informação de 4 sujeitos; <sup>4</sup> sem informação de 10 sujeitos; <sup>5</sup> sem informação de 13 sujeitos; <sup>6</sup> sem informação de 27 sujeitos; <sup>7</sup> sem informação de 3 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott, \*\* Avaliada pela GDS.

A tabela 6 traz a distribuição de ocorrência e número de quedas na população estudada, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Dentre as mulheres, 53% relataram terem sofrido queda; entre os homens, essa prevalência foi de 49,3%. Entre os que caíram, 63% sofreram uma única queda, 16,1%, duas e 20,9%, três ou mais. Não houve diferenças significativas entre os sexos no que se refere à ocorrência/número de quedas.

**Tabela 6** - Distribuição de ocorrência e número de quedas segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184)

|                                                      | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |      |
|------------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|------|
|                                                      | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p*   |
| <b><u>Queda nos últimos 12 meses<sup>1</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |      |
| Sim                                                  | 254      | 53,0  | 104    | 49,3  | 358   | 51,8 | 0,44 |
| Não                                                  | 226      | 47,0  | 111    | 50,7  | 337   | 48,2 |      |
| <b><u>Número de Quedas<sup>2</sup></u></b>           |          |       |        |       |       |      |      |
| Uma                                                  | 156      | 61,1  | 68     | 67,5  | 224   | 63   | 0,59 |
| Duas                                                 | 42       | 17,4  | 16     | 13,1  | 58    | 16,1 |      |
| 3 ou mais                                            | 56       | 21,5  | 19     | 19,4  | 75    | 20,9 |      |

<sup>1</sup> Apenas 695 sujeitos responderam a essa questão; <sup>2</sup> Apenas entre os que apresentaram queda

No que se refere ao consumo de álcool entre os idosos entrevistados, investigou-se frequência e quantidade de consumo semanal nos três meses anteriores à pesquisa. Constatou-se que as mulheres eram mais abstinências (78,9%), em comparação aos homens (52,3%). Entre os idosos 31,9% relataram algum nível de consumo. Em todas as faixas de frequência de uso de álcool houve maior prevalência dos homens em comparação às mulheres, conforme segue respectivamente: menos de um dia: 11,7% e 10,4%; um dia: 9,3% e 5,6%; dois a três dias: 12,9% e 3,9%; 4-6 dias: 3,4 e 0,2 e todos os dias, 10,4% e 1,0% ( $p < 0,0001$ ).

Também foram investigados tipo e quantidade de bebidas consumidas. Constatou-se que a bebida mais consumida foi a cerveja: entre os que bebem, 198 sujeitos relataram uso desse tipo de bebida, com consumo variando de 1 a 24 copos/ocasião, com média de 2,6 copos, (DP=2,6) e mediana de 2 copos. Em relação ao consumo de vinho, 111 sujeitos relataram seu uso, com média de 1,2 copos, (DP=0,6), mediana de 1 e variação de 1 a 5 copos. O grupo que referiu o uso de outras bebidas reuniu 81 sujeitos, com média de consumo de 1,4 copos, (DP= 0,9), mediana de 1 e variação de 1 a 6 copos.

No que se refere ao uso de tabaco, verificou-se que 74 mulheres (12%) e 63 homens (17%) fumam atualmente. A abstenção ao tabaco ao longo da vida foi aproximadamente duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. (67,6% e 28,6%, com  $p < 0,0001$ ). Embora 140 sujeitos tenham respondido à quantidade de cigarros consumidos, somente 137 afirmaram fumar atualmente. Estes apresentaram um consumo médio de 13,2 cigarros/dia, variando de 1 a 60. (desvio-padrão: 9,9, mediana 10).

**Tabela 7** - Distribuição de uso de álcool e tabaco segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184)

|                                                                                 | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|---------|
|                                                                                 | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p*      |
| <b><u>Frequência de uso de álcool nos últimos 3 meses (vezes na semana)</u></b> |          |       |        |       |       |      |         |
| Nenhuma                                                                         | 581      | 78,9  | 270    | 52,3  | 851   | 68,1 | <0,0001 |
| Menos de 1 dia                                                                  | 69       | 10,4  | 51     | 11,7  | 120   | 10,9 |         |
| 1 dia                                                                           | 36       | 5,6   | 37     | 9,3   | 73    | 7,1  |         |
| 2-3 dias                                                                        | 24       | 3,9   | 49     | 12,9  | 73    | 7,6  |         |
| 4-6 dias                                                                        | 1        | 0,2   | 15     | 3,4   | 16    | 1,4  |         |
| Todos                                                                           | 8        | 1,0   | 43     | 10,4  | 51    | 4,9  |         |
| <b><u>Hábito de fumar (tabagismo)</u></b>                                       |          |       |        |       |       |      |         |
| Atualmente                                                                      | 74       | 12    | 63     | 17,0  | 137   | 14,0 | 0,001   |
| Já fumou                                                                        | 139      | 20,4  | 273    | 54,4  | 412   | 34,3 |         |
| Nunca fumou                                                                     | 506      | 67,6  | 129    | 28,6  | 635   | 51,7 |         |

\* Teste de Rao-Scott

A tabela 8 traz a distribuição da capacidade funcional entre os idosos entrevistados, com base no desempenho em atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD). No que se refere ao desempenho em ABVD, a maioria das mulheres e homens (74,8% e 89,7%, respectivamente) mostraram-se independentes na realização de todas as atividades avaliadas. Entretanto, as idosas apresentaram maiores prevalências no que se refere à “necessidade de ajuda” (19,5%) “dependência” (5,7%) quando comparadas aos homens ( $p < 0,0001$ ). Por outro lado, em relação à capacidade funcional para realização de AIVD, os homens apresentaram maior nível de comprometimento nas mesmas: enquanto 44,8% das mulheres mostraram-se independentes, apenas metade dos homens tiveram o mesmo

desempenho (22,4%); 68,3% dos homens “necessitavam de ajuda” 9,3% eram dependentes para realização de tais atividades ( $p<0,0001$ ).

**Tabela 8** - Distribuição de desempenho em Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária segundo sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184)

|                                     |  | Mulheres |       | Homens |       | Total |      |        |
|-------------------------------------|--|----------|-------|--------|-------|-------|------|--------|
|                                     |  | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% | n     | %    | p*     |
| <b><u>Atividades Básicas de</u></b> |  |          |       |        |       |       |      |        |
| <b><u>Vida Diária</u></b>           |  |          |       |        |       |       |      |        |
| Independente                        |  | 514      | 74,8  | 397    | 89,7  | 911   | 80,8 | 0,0001 |
| Necessita de ajuda                  |  | 156      | 19,5  | 46     | 7,7   | 202   | 14,8 |        |
| Dependente                          |  | 49       | 5,7   | 22     | 2,7   | 71    | 4,4  |        |
|                                     |  |          |       |        |       |       |      |        |
| <b><u>Atividades</u></b>            |  |          |       |        |       |       |      |        |
| <b><u>Instrumentais Vida</u></b>    |  |          |       |        |       |       |      |        |
| <b><u>Diária</u></b> <sup>1</sup>   |  |          |       |        |       |       |      |        |
| Independente                        |  | 271      | 44,8  | 89     | 22,4  | 360   | 35,7 | 0,0001 |
| Necessita de Ajuda                  |  | 363      | 47,4  | 308    | 68,3  | 671   | 55,9 |        |
| Dependente                          |  | 80       | 7,8   | 64     | 9.3   | 144   | 84,2 |        |

<sup>1</sup> sem informação de 9 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott

A tabela 9, por sua vez, traz a distribuição do uso de medicações de acordo com sexo. Apenas 9,2% da amostra não toma nenhuma medicação; além disso, 37,6% dos idosos e idosas entrevistados tomam de 4 a 7 medicações. De modo geral, os homens tomam menos medicações que as mulheres ( $p<0,0001$ ).

**Tabela 9** - Uso de medicamentos de acordo com sexo em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (n=1184)

|                                             | Mulheres |       | Homens |       | Total | %    | p*      |
|---------------------------------------------|----------|-------|--------|-------|-------|------|---------|
|                                             | n=719    | 59,2% | n=465  | 40,8% |       |      |         |
| <b><u>Uso de medicações<sup>1</sup></u></b> |          |       |        |       |       |      |         |
| Nenhum                                      | 37       | 5,5   | 61     | 14,6  | 98    | 9,2  | <0,0001 |
| Apenas um                                   | 63       | 9,7   | 74     | 16,2  | 137   | 12,4 |         |
| 2 ou 3                                      | 210      | 30,3  | 153    | 34,4  | 363   | 32,0 |         |
| 4 a 7                                       | 315      | 43,3  | 143    | 29,4  | 458   | 37,6 |         |
| 8 ou mais                                   | 92       | 11,2  | 34     | 5,4   | 126   | 8,9  |         |

<sup>1</sup> Sem informação de 1 sujeito; \* Teste de Rao-Scott

## 8.2 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO USO DE ÁLCOOL

A seguir, são apresentadas as características da amostra de idosos do Estudo SABE de acordo com o uso de álcool. Na amostra como um todo, observa-se que 333 idosos referiram ter feito uso de álcool nos últimos três meses, o que significa uma prevalência ponderada de 31,9% (IC95% 28,2% a 35,0%). Entre os sujeitos que bebem observa-se uma média de 1,7 doses ingeridas ao dia (DP=1,67), com variação de um a seis doses ao dia.

No que se refere aos aspectos sociodemográficos (tabela 10) identificou-se que enquanto 21,1% das mulheres idosas relataram hábito de beber, praticamente o dobro dos homens responderam de forma semelhante – dentre esses, 465 (47,7%) afirmaram consumir bebidas, o que aponta para diferenças significativas no que se refere ao sexo e a prevalência de uso de álcool nesta população ( $p<0,001$ ). Em relação à idade foi constatado aumento na abstenção ao álcool conforme elevação da idade, isto é, as maiores prevalências de uso de álcool, nessa amostra, foram encontradas dentre os idosos mais jovens ( $p=0,004$ ).

Também foi identificada maior prevalência de uso de álcool dentre aqueles que se declararam “brancos” (36,2%), comparados aos pardos/negros (25,4%) e outros (21,4%) ( $p=0,002$ ).

Em relação à escolaridade, de modo geral, foram encontradas prevalências mais altas dentre os que relataram: saber escrever/ler recados (34,6%,  $p=0,001$ ), terem frequentado a escola (34,4%,  $p=0,001$ ) e ter oito ou mais anos de estudo (52%,  $p<0,001$ ), apontando uma relação significativa entre maior nível de instrução/escolaridade e consumo de álcool nessa amostra.

Também foram encontradas maiores prevalências de uso de álcool dentre os idosos que possuíam vínculo empregatício atual (46,5%,  $p=0,001$ ) e tinham algum tipo de renda (32,6%). Dentre os que não bebem, a maior prevalência foi encontrada naqueles que se dedicam aos afazeres domésticos (75%,  $p=0,001$ ). Perceber a renda obtida como suficiente esteve associada ao consumo de álcool (38,2%,  $p=0,0004$ ).

**Tabela 10** - Características sociodemográficas segundo uso de álcool em amostra de idosos, Estudo SABE, São Paulo (1184).

|                                                             | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*     |
|-------------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|--------|
|                                                             | n        | %    | n    | %    | n     |        |
| <b><u>Sexo</u></b>                                          |          |      |      |      |       |        |
| Feminino                                                    | 581      | 78,9 | 138  | 21,1 | 719   | 0,001  |
| Masculino                                                   | 270      | 52,3 | 195  | 47,7 | 465   |        |
| <b><u>Idade</u></b>                                         |          |      |      |      |       |        |
| 60-64                                                       | 165      | 63,0 | 93   | 37,0 | 258   | 0,004  |
| 65-69                                                       | 144      | 65,2 | 71   | 34,8 | 215   |        |
| 70-74                                                       | 151      | 69,6 | 62   | 30,4 | 213   |        |
| 75-79                                                       | 150      | 74,7 | 48   | 25,3 | 198   |        |
| 80-84                                                       | 141      | 80,6 | 39   | 19,4 | 180   |        |
| 85 ou mais                                                  | 100      | 84,7 | 20   | 15,3 | 120   |        |
| <b><u>Cor da pele autodeclarada</u></b>                     |          |      |      |      |       |        |
| Branco                                                      | 531      | 63,8 | 246  | 36,2 | 777   | 0,002  |
| Pardo/Preto                                                 | 229      | 74,4 | 68   | 25,6 | 297   |        |
| Outro                                                       | 91       | 78,6 | 19   | 21,4 | 110   |        |
| <b><u>Sabe ler e escrever um recado</u><sup>1</sup></b>     |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                         | 717      | 65,4 | 312  | 34,6 | 1029  | 0,001  |
| Não                                                         | 133      | 87,0 | 21   | 13,0 | 154   |        |
| <b><u>Frequentou a escola</u><sup>1</sup></b>               |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                         | 701      | 65,6 | 308  | 34,4 | 1009  | 0,001  |
| Não                                                         | 149      | 84,8 | 25   | 15,2 | 174   |        |
| <b><u>Escolaridade (anos de estudo)</u><sup>2</sup></b>     |          |      |      |      |       |        |
| Analfabeto                                                  | 156      | 83,8 | 27   | 16,2 | 183   | 0,001  |
| 1-3                                                         | 251      | 78,1 | 58   | 21,9 | 309   |        |
| 4-7                                                         | 326      | 67,6 | 138  | 32,4 | 464   |        |
| 8 ou mais                                                   | 118      | 48,0 | 107  | 52,0 | 225   |        |
| <b><u>Situação de trabalho</u><sup>3</sup></b>              |          |      |      |      |       |        |
| Trabalhou                                                   | 126      | 53,5 | 97   | 46,5 | 223   | 0,001  |
| Aposentado                                                  | 359      | 69,6 | 127  | 30,4 | 486   |        |
| Afazeres domésticos                                         | 152      | 75,0 | 51   | 25,0 | 203   |        |
| Não trabalhou                                               | 128      | 72,1 | 43   | 27,9 | 171   |        |
| <b><u>Recebe alguma renda</u><sup>4</sup></b>               |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                         | 786      | 67,4 | 314  | 32,6 | 1100  | 0,21   |
| Não                                                         | 61       | 74,9 | 18   | 25,1 | 79    |        |
| <b><u>Percepção de suficiência da renda</u><sup>5</sup></b> |          |      |      |      |       |        |
| Suficiente                                                  | 378      | 61,8 | 190  | 38,2 | 568   | 0,0004 |
| Não                                                         | 466      | 73,1 | 141  | 26,9 | 607   |        |

<sup>1</sup> Sem informação de 1 sujeito; <sup>2</sup> sem informação de 3 sujeitos; <sup>3</sup> sem informação de 101 sujeitos; <sup>4</sup> sem informação de 5 sujeitos; <sup>5</sup> sem informação de 9 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott

No que se refere às características do arranjo e situação familiar (tabela 11), constatou-se que a prevalência de consumo de álcool foi maior dentre aqueles que vivem sozinhos (38,2%), comparando-se àqueles que compartilham o lar com mais alguém (26,9%), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Os casados/amasiados apresentaram maior prevalência de consumo de álcool (37,3%) comparados aos divorciados/separados (33%) e os viúvos (21,5%). Estes últimos, por sua vez, apresentaram menor prevalência de uso de álcool (78,5%), em comparação aos demais estados civis ( $p=0,001$ ). Não se observou associação com número de pessoas que residem na casa e consumo de álcool ( $p=0,66$ ). A funcionalidade familiar, avaliada pelos vários itens do APGAR de família também não se mostrou associada a consumo de álcool.

**Tabela 11** - Distribuição do arranjo e situação familiar de acordo com uso de álcool, na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184)

|                                                       | Não bebe |      | Bebe |      | Total |        |
|-------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|--------|
|                                                       | n        | %    | n    | %    | n     | p*     |
| <b><u>Vive sozinho ou acompanhado</u><sup>1</sup></b> |          |      |      |      |       |        |
| Sozinho                                               | 157      | 61,8 | 40   | 38,2 | 197   | 0,08   |
| Acompanhado                                           | 693      | 73,1 | 292  | 26,9 | 985   |        |
| <b><u>Estado Civil</u><sup>2</sup></b>                |          |      |      |      |       |        |
| Divorciado/Separado                                   | 58       | 67,0 | 25   | 33,0 | 83    | 0,0001 |
| Viúvo                                                 | 340      | 78,5 | 83   | 21,5 | 423   |        |
| Casado/Amasiado                                       | 460      | 62,7 | 216  | 37,3 | 626   |        |
| <b><u>Número de pessoas na casa</u><sup>1</sup></b>   |          |      |      |      |       |        |
| Até duas                                              | 450      | 67,8 | 169  | 32,2 | 619   | 0,66   |
| Três pessoas                                          | 173      | 66,1 | 76   | 33,9 | 249   |        |
| Quatro ou mais                                        | 227      | 70,0 | 87   | 30,0 | 314   |        |
| <b><u>Funcionalidade Familiar</u><sup>3**</sup></b>   |          |      |      |      |       |        |
| Boa funcionalidade                                    | 750      | 68,0 | 219  | 32,0 | 1047  | 0,98   |
| Moderada disfunção                                    | 38       | 68,6 | 14   | 31,4 | 52    |        |
| Disfunção                                             | 45       | 68,9 | 16   | 31,1 | 61    |        |

<sup>1</sup> Sem resposta de 2 sujeitos; <sup>2</sup> sem resposta de 52 sujeitos; <sup>3</sup> sem resposta de 24 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott; \*\* grau de satisfação com suporte oferecido pela família, avaliada pelo APGAR da família

Quanto às práticas religiosas (tabela 12), a maior prevalência de consumo de álcool foi encontrada naqueles que não possuíam religião (43,9%), seguidos pelos católicos (38,2%) ( $p=0,001$ ). A abstenção ao álcool foi maior dentre os protestantes/evangélicos (86%) ( $p=0,001$ ) apontando uma associação significativa entre ter uma religião e abster-se do álcool, quando comparado aos sujeitos sem religião alguma. A mesma tendência pôde ser percebida no aspecto que se relaciona à importância atribuída à religião e a percepção do auxílio que a mesma oferece para compreensão dos problemas: os que consideram a religião “nada importante” apresentaram maior prevalência de uso de álcool (65,5%,  $p=0,001$ ) enquanto o não consumo de álcool esteve associado à percepção da religião como “importante” (70,3%,  $p=0,001$ ). Ou seja, ter uma prática religiosa e considerá-la como importante aspecto no cotidiano parece estar relacionado ao não consumo de álcool nessa amostra de idosos.

**Tabela 12** - Distribuição de religião/práticas religiosas de acordo com uso de álcool, na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184).

|                                                                               | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|-------|
|                                                                               | n        | %    | n    | %    | n     |       |
| <b><u>Religião</u></b>                                                        |          |      |      |      |       |       |
| Católica                                                                      | 537      | 61,8 | 268  | 38,2 | 805   | 0,001 |
| Protestante/evangélica                                                        | 224      | 86,0 | 29   | 14,0 | 253   |       |
| Outras                                                                        | 78       | 72,3 | 28   | 27,7 | 106   |       |
| Nenhuma                                                                       | 12       | 56,1 | 8    | 43,9 | 20    |       |
| <b><u>Importância que dá à religião<sup>1</sup></u></b>                       |          |      |      |      |       |       |
| Importante                                                                    | 795      | 70,3 | 284  | 29,7 | 1079  | 0,001 |
| Regular                                                                       | 33       | 40,3 | 30   | 59,7 | 63    |       |
| Nada importante                                                               | 9        | 34,5 | 10   | 65,5 | 19    |       |
| <b><u>Auxílio da religião na compreensão das dificuldades<sup>2</sup></u></b> |          |      |      |      |       |       |
| Completamente                                                                 | 313      | 74,6 | 93   | 25,4 | 406   | 0,001 |
| Muito                                                                         | 432      | 68,5 | 166  | 31,5 | 598   |       |
| Não muito                                                                     | 70       | 53,9 | 45   | 46,1 | 115   |       |
| Nada                                                                          | 17       | 37,2 | 19   | 62,8 | 36    |       |

<sup>1</sup> Sem informação de 23 sujeitos; <sup>2</sup> sem informação de 29 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

A tabela 13 traz a distribuição da autoavaliação da memória dos idosos de acordo com o uso de álcool. A maior prevalência de uso de álcool situou-se naqueles que avaliaram sua

memória como “muito boa” (46,8%), “boa” (35,1%) e “excelente” (31,1%). A menor prevalência, por sua vez, foi percebida entre os que fizeram uma avaliação “regular” de sua memória (24,7%). Dentre os que declararam não beber, a maior prevalência foi encontrada entre os que avaliaram sua memória como “má”, seguidos pelos que avaliam esse aspecto cognitivo como excelente (68,9%) e má (67,3%) ( $p=0,0042$ ).

No que se refere a autoavaliação da saúde, observou-se maior prevalência de consumo de álcool dentre aqueles que tiveram “muito boa/boa” avaliação da saúde (51,3% e 39,7%, respectivamente) ( $p=0,001$ ). A maioria dos que declararam uso de álcool compararam seu estado de saúde como igual ao dos idosos de mesma idade (36,5%).

**Tabela 13** - Distribuição de autoavaliação do estado cognitivo e de saúde de acordo com uso de álcool na amostra de idosos do ESTUDO SABE ( $n=1184$ ).

|                                                                                            | Não Bebe |      | Bebe |      | Total |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|--------|
|                                                                                            | n        | %    | n    | %    | n     | p*     |
| <b><u>Autoavaliação da Memória<sup>1</sup></u></b>                                         |          |      |      |      |       |        |
| Excelente                                                                                  | 51       | 68,9 | 20   | 31,1 | 71    | 0,0042 |
| Muito boa                                                                                  | 67       | 53,2 | 45   | 46,8 | 112   |        |
| Boa                                                                                        | 349      | 64,9 | 149  | 35,1 | 498   |        |
| Regular                                                                                    | 353      | 75,3 | 106  | 24,7 | 459   |        |
| Má                                                                                         | 30       | 67,3 | 13   | 32,7 | 43    |        |
| <b><u>Autoavaliação do Estado de Saúde<sup>1</sup></u></b>                                 |          |      |      |      |       |        |
| Muito Boa                                                                                  | 33       | 48,7 | 29   | 51,3 | 62    | 0,001  |
| Boa                                                                                        | 304      | 60,3 | 169  | 39,7 | 473   |        |
| Regular                                                                                    | 436      | 74,9 | 121  | 25,1 | 557   |        |
| Ruim                                                                                       | 59       | 82,3 | 13   | 17,7 | 72    |        |
| Não sabe                                                                                   | 18       | 88,8 | 1    | 11,2 | 19    |        |
| <b><u>Comparação da saúde atual com a de outras pessoas da mesma idade<sup>1</sup></u></b> |          |      |      |      |       |        |
| Melhor                                                                                     | 162      | 73,6 | 46   | 26,3 | 208   | 0,0039 |
| Igual                                                                                      | 420      | 63,5 | 211  | 36,5 | 631   |        |
| Pior                                                                                       | 268      | 74,2 | 76   | 25,8 | 344   |        |

<sup>1</sup> sem resposta de 1 sujeito; \* Teste de Rao-Scott

No que se diz respeito à morbidade referida de doenças crônicas (tabela 14), maior prevalência de consumo de álcool foi encontrada entre os idosos que não referiram sofrer hipertensão arterial ( $p=0,03$ ), doenças osteoarticulares ( $p=0,0002$ ) e transtorno mental ( $p=0,02$ ).

A presença de doenças pulmonares ( $p=0,55$ ), doenças cardiovasculares ( $p=0,21$ ), AVE ( $p=0,08$ ) e neoplasias ( $p=0,80$ ) não se associaram a uso de álcool. No que se refere à ocorrência de depressão, aferida pela GDS, observou-se que a maior prevalência de consumo de álcool esteve entre aqueles que não foram identificados como possíveis casos de depressão (“normal” - 34%). A abstenção ao álcool foi maior entre aqueles que foram classificados como casos mais graves de depressão ( $p=0,002$ ).

**Tabela 14** - Distribuição de morbididade referida de acordo com uso de álcool na amostra de idosos do ESTUDO SABE (n=1184)

|                                                                | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*     |
|----------------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|--------|
|                                                                | n        | %    | n    | %    | n     |        |
| <b><u>HAS<sup>1</sup></u></b>                                  |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 571      | 70,7 | 189  | 29,3 | 760   | 0,03   |
| Não                                                            | 279      | 63,7 | 143  | 36,3 | 422   |        |
| <b><u>Diabetes<sup>2</sup></u></b>                             |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 183      | 73,4 | 55   | 26,6 | 238   | 0,08   |
| Não                                                            | 665      | 66,8 | 275  | 33,2 | 940   |        |
| <b><u>Doenças Pulmonares<sup>3</sup></u></b>                   |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 91       | 65,6 | 39   | 34,4 | 130   | 0,55   |
| Não                                                            | 758      | 68,5 | 292  | 31,5 | 1050  |        |
| <b><u>Doenças cardiovasculares<sup>4</sup></u></b>             |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 214      | 71,8 | 69   | 28,2 | 283   | 0,21   |
| Não                                                            | 630      | 67,0 | 261  | 33,0 | 891   |        |
| <b><u>Doenças osteoarticulares<sup>5</sup></u></b>             |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 327      | 76,5 | 87   | 23,5 | 414   | 0,0002 |
| Não                                                            | 516      | 64,3 | 241  | 35,7 | 757   |        |
| <b><u>AVE</u></b>                                              |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 66       | 78,9 | 14   | 21,1 | 80    | 0,078  |
| Não                                                            | 785      | 67,3 | 319  | 32,7 | 1104  |        |
| <b><u>Transtorno mental (exceto Depressão)<sup>1</sup></u></b> |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 109      | 77,9 | 30   | 22,1 | 139   | 0,017  |
| Não                                                            | 742      | 66,9 | 301  | 33,1 | 1043  |        |
| <b><u>Depressão<sup>6</sup></u></b>                            |          |      |      |      |       |        |
| Normal                                                         | 692      | 66,0 | 298  | 34,0 | 990   | 0,0017 |
| Depressão Leve                                                 | 106      | 76,3 | 29   | 23,7 | 135   |        |
| Depressão Severa                                               | 29       | 88,8 | 3    | 11,1 | 32    |        |
| <b><u>Neoplasias<sup>7</sup></u></b>                           |          |      |      |      |       |        |
| Sim                                                            | 44       | 66,5 | 17   | 33,5 | 61    | 0,80   |
| Não                                                            | 805      | 68,3 | 315  | 31,7 | 1120  |        |

<sup>1</sup> sem resposta de 2 sujeitos; <sup>2</sup> sem resposta de 6 sujeitos; <sup>3</sup> sem resposta de 4 sujeitos; <sup>4</sup> sem resposta de 10 sujeitos; <sup>5</sup> sem resposta de 13 sujeitos; <sup>6</sup> sem resposta de 27 sujeitos; <sup>7</sup> sem resposta de 3 sujeitos \* Teste de Rao-Scott.

A tabela 15 traz a distribuição de ocorrência e número de quedas e sua associação com uso de álcool. Não houve associação entre ocorrência de quedas e uso de álcool ( $p=0,51$ ), sendo que uso de álcool foi mais prevalente entre aqueles que tiveram duas quedas no período.

No que se refere à distribuição de uso de tabaco de acordo com consumo de álcool (tabela 16), a maior prevalência de consumo de bebidas (48,8%) foi encontrada entre aqueles que fumavam na ocasião do estudo ( $p=0,001$ ), do mesmo modo, não consumir álcool foi mais prevalente dentre os que nunca fumaram (72,7%).

**Tabela 15** - Distribuição de ocorrência e frequência de quedas segundo uso de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=1184).

|                                                      | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*   |
|------------------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|------|
|                                                      | n        | %    | n    | %    | n     |      |
| <b><u>Queda nos últimos 12 meses<sup>1</sup></u></b> |          |      |      |      |       |      |
| Sim                                                  | 272      | 72,6 | 86   | 27,4 | 358   | 0,51 |
| Não                                                  | 259      | 75,1 | 78   | 24,9 | 337   |      |
| <b><u>Número de Quedas<sup>2</sup></u></b>           |          |      |      |      |       |      |
| Uma                                                  | 163      | 70,1 | 61   | 29,9 | 224   | 0,01 |
| Duas                                                 | 43       | 63,2 | 15   | 36,8 | 58    |      |
| 3 ou mais                                            | 65       | 87,1 | 10   | 12,9 | 75    |      |

<sup>1</sup> Apenas 675 sujeitos responderam; <sup>2</sup> Apenas 357 responderam; \* Teste de Rao-Scott.

**Tabela 16** - Distribuição do uso de tabaco de acordo com uso de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=1184)

|                                           | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*    |
|-------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|-------|
|                                           | n        | %    | n    | %    | n     |       |
| <b><u>Hábito de fumar (tabagismo)</u></b> |          |      |      |      |       |       |
| Atualmente                                | 75       | 51,2 | 62   | 48,8 | 137   | 0,001 |
| Já fumou                                  | 291      | 68,0 | 121  | 32,0 | 412   |       |
| Nunca fumou                               | 485      | 72,7 | 150  | 27,3 | 635   |       |

\* Teste de Rao-Scott

A tabela 17 traz a distribuição da capacidade funcional em ABVD e AIVD e uso de álcool. Dentre os que bebiam, as prevalências de “necessidade de ajuda” e “dependência”, tanto para ABVD quanto para AIVD foram menores comparadas aos que não bebiam: enquanto 77,3% dos que não bebiam necessitavam de ajuda para realização de ABVD, apenas 22,7% dos que bebiam o faziam. A prevalência de dependência, por sua vez, foi maior entre os que não bebiam (75,6%) comparados aos bebedores (24,2%) ( $p=0,014$ ). O mesmo se repetiu para as AIVD: 66,6% dos não bebedores necessitavam de ajuda para realização de suas atividades em contraste à metade (33,4%) dos que bebiam. Por fim, 81,8% dos que não bebiam foram avaliados como dependentes em suas AIVD, enquanto apenas 18,2% foram avaliados da mesma forma ( $p=0,03$ ).

**Tabela 17** - Distribuição do desempenho em atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária segundo uso de álcool, em amostra de idosos do Estudo SABE (n=1184)

|                                           | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*    |
|-------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|-------|
|                                           | n        | %    | n    | %    | n     |       |
| <b><u>Atividades Básicas de Vida</u></b>  |          |      |      |      |       |       |
| <b><u>Diária</u></b>                      |          |      |      |      |       |       |
| Independente                              | 637      | 65,9 | 274  | 34,1 | 911   | 0,014 |
| Necessita de Ajuda                        | 155      | 77,3 | 47   | 22,7 | 202   |       |
| Dependente                                | 59       | 75,6 | 12   | 24,2 | 71    |       |
| <b><u>Atividades Instrumentais de</u></b> |          |      |      |      |       |       |
| <b><u>Vida Diária</u></b> <sup>1</sup>    |          |      |      |      |       |       |
| Independente                              | 250      | 67,2 | 110  | 32,8 | 360   | 0,03  |
| Necessita de Ajuda                        | 472      | 66,6 | 199  | 33,4 | 671   |       |
| Dependente                                | 123      | 81,8 | 21   | 18,2 | 144   |       |

<sup>1</sup> Sem resposta de 9 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

Por fim, no que se refere ao uso de medicações e uso de álcool, as prevalências de uso de medicação foram maiores entre aqueles que não bebiam ( $p=0,001$ ).

**Tabela 18** - Distribuição do uso de medicações de acordo com uso de álcool, em amostra de idosos do estudo SABE ( $n=1184$ )

|                                             | Não bebe |      | Bebe |      | Total | p*    |
|---------------------------------------------|----------|------|------|------|-------|-------|
|                                             | n        | %    | n    | %    |       |       |
| <b><u>Uso de medicações<sup>1</sup></u></b> |          |      |      |      |       |       |
| Nenhum                                      | 58       | 55,0 | 14   | 45,0 | 98    | 0,001 |
| Apenas um                                   | 83       | 54,5 | 54   | 45,5 | 137   |       |
| 2 ou 3                                      | 253      | 65,3 | 110  | 34,7 | 363   |       |
| 4 a 7                                       | 359      | 76,3 | 99   | 23,7 | 458   |       |
| 8 ou mais                                   | 96       | 75,0 | 30   | 25,0 | 126   |       |

1 sem resposta de 2 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

### 8.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA SEGUNDO USO DE RISCO DE ÁLCOOL

Por fim, seguem as características da amostra estudada de acordo com as variáveis escolhidas, no que se refere ao uso de risco de álcool, avaliado pelo instrumento SMAST-G. Vale ressaltar que, nesse momento da análise, foram considerados apenas os sujeitos que responderam positivamente à questão do consumo de álcool nos últimos três meses ( $n=333$ ).

Dentre as mulheres que bebem ( $n=138$ ), apenas 11 (7,5%) fazem consumo de risco, enquanto entre os homens ( $n=195$ ), 26,9% preencheram os critérios para este uso, mostrando uma associação positiva entre uso de risco de álcool e sexo masculino ( $p=0,001$ ). A prevalência de uso de risco entre os que bebiam foi de 20,9%.

O consumo de risco também diminuiu com a idade, tendo sido maior entre os que compreendem a faixa dos 60-64 anos (30,4%), havendo apenas um idoso com 85 anos ou mais (6,5%) com este padrão de consumo. Dessa forma, percebe-se que o consumo de risco tendeu a diminuir progressivamente com a idade, sendo sua prevalência menor dentre os idosos mais velhos, nessa amostra.

Pardos e negros também apresentam maior prevalência de uso de risco (44,6%) quando comparados à categoria outros (33,8%) e brancos (12,8%) ( $p=0,001$ ).

Não saber ler/escrever um recado e não ter frequentado a escola estiveram associados ao beber de risco (55,7% e 44,5%, respectivamente). Além disso, a prevalência de uso de

risco de álcool foi maior entre os analfabetos (42,2%) e menor entre aqueles que tinham oito ou mais anos de escolaridade (10,2%) ( $p=0,005$ ).

No que se refere à situação de trabalho, não houve diferenças significativas entre às diferentes formas de inserção no mundo do trabalho na ocasião do estudo e o uso de risco de álcool. Também não foram encontradas diferenças significativas entre receber algum tipo de renda e esse desfecho, embora aqueles que percebiam sua renda como insuficiente tenham apresentado maior prevalência de beber de risco (26,8%) ( $p=0,03$ ).

**Tabela 19** - Distribuição sociodemográfica de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333)

|                                                             | Uso       |      | Uso de Risco |      | Total |        |
|-------------------------------------------------------------|-----------|------|--------------|------|-------|--------|
|                                                             | Sem risco |      |              |      |       |        |
|                                                             | n         | %    | n            | %    | n     | p*     |
| <b><u>Sexo</u></b>                                          |           |      |              |      |       |        |
| Feminino                                                    | 127       | 92,5 | 11           | 7,5  | 138   | 0,001  |
| Masculino                                                   | 143       | 70,4 | 52           | 29,6 | 195   |        |
| <b><u>Idade</u></b>                                         |           |      |              |      |       |        |
| 60-64                                                       | 63        | 69,6 | 30           | 30,4 | 93    | 0,048  |
| 65-69                                                       | 61        | 84,6 | 10           | 15,4 | 71    |        |
| 70-74                                                       | 51        | 81,5 | 11           | 18,5 | 62    |        |
| 75-79                                                       | 40        | 82,8 | 8            | 17,2 | 48    |        |
| 80-84                                                       | 36        | 90,9 | 3            | 9,1  | 39    |        |
| 85 ou mais                                                  | 19        | 93,5 | 1            | 6,5  | 20    |        |
| <b><u>Cor da pele autodeclarada</u></b>                     |           |      |              |      |       |        |
| Branco                                                      | 218       | 87,2 | 28           | 12,8 | 246   | 0,001  |
| Pardo/Preto                                                 | 39        | 55,4 | 29           | 44,6 | 68    |        |
| Outros                                                      | 13        | 66,2 | 6            | 33,8 | 19    |        |
| <b><u>Sabe ler e escrever um recado</u></b>                 |           |      |              |      |       |        |
| Sim                                                         | 258       | 80,8 | 54           | 19,2 | 312   | 0,001  |
| Não                                                         | 12        | 44,3 | 9            | 55,7 | 21    |        |
| <b><u>Frequentou a escola</u></b>                           |           |      |              |      |       |        |
| Sim                                                         | 255       | 80,5 | 53           | 19,5 | 308   | 0,015  |
| Não                                                         | 15        | 55,5 | 10           | 44,5 | 25    |        |
| <b><u>Escolaridade (anos de estudo)<sup>1</sup></u></b>     |           |      |              |      |       |        |
| Analfabeto                                                  | 17        | 58   | 10           | 42   | 27    | 0,0054 |
| 1-3                                                         | 46        | 75,6 | 12           | 24,4 | 58    |        |
| 4-7                                                         | 108       | 74,3 | 30           | 25,7 | 138   |        |
| 8 ou mais                                                   | 96        | 89,8 | 11           | 10,2 | 107   |        |
| <b><u>Situação de trabalho<sup>2</sup></u></b>              |           |      |              |      |       |        |
| Trabalhou                                                   | 76        | 79,7 | 21           | 20,3 | 97    | 0,61   |
| Aposentado                                                  | 103       | 78,0 | 24           | 22,0 | 127   |        |
| Afazeres domésticos                                         | 45        | 84,6 | 6            | 15,4 | 51    |        |
| Não trabalhou                                               | 33        | 71,9 | 10           | 28,1 | 43    |        |
| <b><u>Recebe alguma renda<sup>3</sup></u></b>               |           |      |              |      |       |        |
| Sim                                                         | 253       | 78,5 | 61           | 21,5 | 314   | 0,48   |
| Não                                                         | 16        | 86,3 | 2            | 13,7 | 18    |        |
| <b><u>Percepção de suficiência da renda<sup>4</sup></u></b> |           |      |              |      |       |        |
| Suficiente                                                  | 163       | 83,8 | 27           | 16,2 | 190   | 0,03   |
| Insuficiente                                                | 106       | 73,2 | 35           | 26,8 | 141   |        |

<sup>1</sup> Sem resposta de 3 sujeitos; <sup>2</sup> sem resposta de 15 sujeitos; <sup>3</sup> sem resposta de 1 sujeito; <sup>4</sup> sem resposta de 2 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

Entre aqueles que vivem sozinhos ou acompanhados (Tabela 20), os primeiros apresentaram maior prevalência desse comportamento de beber (28,4%); todavia, quando se levou em conta a quantidade de pessoas residentes no domicílio, aqueles que vivem com quatro ou mais pessoas relataram maior consumo de risco (29,3%). Esse padrão de consumo também foi mais frequente entre os divorciados/separados (36,7%) quando comparados aos demais estados civis. Nenhuma destas categorias mencionadas mostrou diferenças significativamente estatísticas.

Não houve associação positiva entre consumo de risco e variáveis relacionadas ao grau de satisfação com o suporte familiar oferecido/disponível.

**Tabela 20** - Distribuição do arranjo familiar de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333)

|                                                       | Uso sem risco |      | Uso de risco |      | Total | p*   |
|-------------------------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|------|
|                                                       | n             | %    | n            | %    | n     |      |
| <b><u>Vive sozinho ou acompanhado<sup>1</sup></u></b> |               |      |              |      |       |      |
| Sozinho                                               | 31            | 71,6 | 9            | 28,4 | 40    | 0,29 |
| Acompanhado                                           | 238           | 79,9 | 54           | 20,1 | 292   |      |
| <b><u>Estado Civil<sup>2</sup></u></b>                |               |      |              |      |       |      |
| Divorciado/Separado                                   | 17            | 63,3 | 8            | 36,7 | 25    | 0,17 |
| Viúvo                                                 | 71            | 80,8 | 12           | 19,2 | 83    |      |
| Casado/Amasiado                                       | 175           | 80,3 | 41           | 19,7 | 216   |      |
| <b><u>Número de pessoas na casa<sup>1</sup></u></b>   |               |      |              |      |       |      |
| Até duas                                              | 144           | 81,9 | 25           | 18,1 | 169   | 0,13 |
| Três pessoas                                          | 64            | 82,5 | 12           | 17,5 | 76    |      |
| Quatro ou mais                                        | 61            | 70,7 | 26           | 29,3 | 87    |      |
| <b><u>Funcionalidade familiar<sup>3**</sup></u></b>   |               |      |              |      |       |      |
| Boa funcionalidade                                    | 244           | 79,9 | 53           | 20,1 | 297   | 0,61 |
| Moderada disfunção                                    | 9             | 73,5 | 5            | 26,5 | 14    |      |
| Disfunção elevada                                     | 12            | 70,4 | 4            | 29,6 | 16    |      |

<sup>1</sup> sem informação de 1 sujeito; <sup>2</sup> sem informação de 9 sujeitos; <sup>3</sup> sem informação de 6 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott; \*\* grau de satisfação com suporte oferecido pela família, avaliada pelo APGAR da família

Não houve associações significativas entre consumo de risco e religião (tabela 21). Embora a prevalência maior desse padrão de consumo ter sido identificada dentre aqueles que não tinham nenhuma religião (40,1%). Também não foram significativas as associações entre “importância atribuída” à religião e a “forma como a mesma é encarada como auxílio na resolução de problemas” e uso de risco de álcool.

**Tabela 21** - Distribuição de religião de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333)

|                                                                               | Uso sem risco |      | Uso de risco |      | Total |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|------|
|                                                                               | n             | %    | n            | %    | n     | p*   |
| <b><u>Religião</u></b>                                                        |               |      |              |      |       |      |
| Católica                                                                      | 217           | 78,5 | 51           | 21,5 | 268   | 0,21 |
| Protestante/Evangélica                                                        | 23            | 77,8 | 6            | 22,2 | 29    |      |
| Outra                                                                         | 25            | 92,6 | 3            | 7,4  | 28    |      |
| Nenhuma                                                                       | 5             | 59,9 | 3            | 40,1 | 8     |      |
| <b><u>Importância que dá à religião<sup>1</sup></u></b>                       |               |      |              |      |       |      |
| Importante                                                                    | 237           | 80,9 | 47           | 19,1 | 284   | 0,35 |
| Regular                                                                       | 21            | 70,0 | 9            | 30,0 | 30    |      |
| Nada importante                                                               | 6             | 70,2 | 4            | 29,8 | 10    |      |
| <b><u>Auxílio da religião na compreensão das dificuldades<sup>2</sup></u></b> |               |      |              |      |       |      |
| Completamente                                                                 | 82            | 85,4 | 11           | 14,6 | 93    | 0,34 |
| Muito                                                                         | 133           | 78,2 | 33           | 21,8 | 166   |      |
| Não muito                                                                     | 36            | 77,3 | 9            | 22,7 | 45    |      |
| Nada                                                                          | 12            | 66,8 | 7            | 33,2 | 19    |      |

1 sem informação de 18 sujeitos; 2 sem informação de 10 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott

Em relação à autoavaliação da memória e das condições de saúde (tabela 22), aqueles que tiveram pior autoavaliação da memória apresentaram maior prevalência de consumo de risco de álcool (46,8%). De forma geral, conforme houve melhora na avaliação da memória, houve diminuição na prevalência do beber de risco nessa amostra ( $p=0,014$ ). Além disso, pior avaliação do estado de saúde esteve associada a maior prevalência de uso de risco de álcool (39,3%). Conforme houve piora da autoavaliação da saúde, houve tendência ao aumento no consumo arriscado de álcool/diminuição na abstenção ao álcool ( $p=0,02$ ). Não houve diferenças significativas entre comparação do estado de saúde atual com a de seus pares e consumo de risco de álcool.

**Tabela 22** - Distribuição da avaliação do estado cognitivo e condições de saúde uso de risco de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333)

|                                                                                            | Uso sem<br>risco |      | Uso de<br>risco |      | Total |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|                                                                                            | n                | %    | n               | %    | n     | p*    |
| <b><u>Autoavaliação da memória</u></b>                                                     |                  |      |                 |      |       |       |
| Excelente                                                                                  | 18               | 92,6 | 2               | 7,4  | 20    | 0,014 |
| Muito boa                                                                                  | 42               | 92,9 | 3               | 7,1  | 45    |       |
| Boa                                                                                        | 120              | 78,0 | 29              | 22,0 | 149   |       |
| Regular                                                                                    | 84               | 73,8 | 22              | 26,2 | 106   |       |
| Má                                                                                         | 6                | 53,2 | 7               | 46,8 | 13    |       |
| <b><u>Autoavaliação do Estado de Saúde<sup>1</sup></u></b>                                 |                  |      |                 |      |       |       |
| Muito Boa                                                                                  | 24               | 83,6 | 5               | 16,4 | 29    | 0,02  |
| Boa                                                                                        | 144              | 84,7 | 25              | 15,3 | 169   |       |
| Regular                                                                                    | 93               | 72,2 | 28              | 27,5 | 121   |       |
| Ruim                                                                                       | 9                | 60,7 | 4               | 39,3 | 13    |       |
| <b><u>Comparação com estado de saúde atual (com<br/>outras pessoas da mesma idade)</u></b> |                  |      |                 |      |       |       |
| Melhor                                                                                     | 32               | 66,2 | 14              | 33,8 | 46    | 0,085 |
| Igual                                                                                      | 176              | 82,3 | 35              | 17,7 | 211   |       |
| Pior                                                                                       | 62               | 77,5 | 14              | 22,5 | 76    |       |

1 sem resposta de 1 sujeito; \* Teste de Rao-Scott.

Não houve associações significativas entre consumo de risco de álcool e as principais morbidades investigadas (tabela 23). A única exceção foi presença de transtorno mental que esteve associada a maior prevalência de consumo de risco de álcool (52,5%,  $p < 0,004$ ). Não houve associação significativa entre uso de álcool de risco e depressão, embora a prevalência desse padrão de consumo tenha sido maior dentre aqueles com diagnóstico de depressão severa (52,8%).

**Tabela 23** - Distribuição de morbilidade referida de acordo com uso problemático de álcool em amostra de idosos do Estudo SABE (n=333).

|                                                    | Uso sem risco |      | Uso de risco |       | Total |       |
|----------------------------------------------------|---------------|------|--------------|-------|-------|-------|
|                                                    | n             | %    | n            | %     | n     | p*    |
| <b><u>HAS<sup>1</sup></u></b>                      |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 150           | 77,5 | 39           | 22,5  | 189   | 0,42  |
| Não                                                | 120           | 81,6 | 23           | 18,4  | 143   |       |
| <b><u>Diabetes<sup>2</sup></u></b>                 |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 47            | 86,3 | 8            | 13,7  | 55    | 0,17  |
| Não                                                | 221           | 77,7 | 54           | 22,3  | 275   |       |
| <b><u>Doenças Pulmonares<sup>3</sup></u></b>       |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 31            | 76,0 | 8            | 24,0  | 39    | 0,62  |
| Não                                                | 238           | 79,7 | 54           | 20,3  | 292   |       |
| <b><u>Doenças cardiovasculares<sup>2</sup></u></b> |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 61            | 85,0 | 8            | 15    | 69    | 0,095 |
| Não                                                | 208           | 78,2 | 53           | 21,8  | 261   |       |
| <b><u>Doenças osteoarticulares<sup>4</sup></u></b> |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 76            | 88,6 | 11           | 11,4  | 87    | 0,095 |
| Não                                                | 190           | 75,8 | 51           | 24,2  | 241   |       |
| <b><u>AVE</u></b>                                  |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 10            | 75,8 | 4            | 24,2  | 14    | 0,76  |
| Não                                                | 260           | 79,1 | 59           | 20,9  | 319   |       |
| <b><u>Transtorno mental (exc. Depressão)</u></b>   |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 16            | 47,5 | 14           | 52,5  | 30    | 0,003 |
| Não                                                | 252           | 81,8 | 49           | 18,2  | 301   |       |
| <b><u>Depressão<sup>2</sup></u></b>                |               |      |              |       |       |       |
| Normal                                             | 245           | 80,3 | 53           | 19,7% | 298   | 0,17  |
| Depressão Leve                                     | 20            | 67,3 | 9            | 32,7% | 29    |       |
| Depressão Severa                                   | 2             | 47,2 | 1            | 52,8% | 3     |       |
| <b><u>Neoplasias<sup>1</sup></u></b>               |               |      |              |       |       |       |
| Sim                                                | 15            | 86,7 | 2            | 13,3  | 17    | 0,46  |
| Não                                                | 254           | 78,4 | 61           | 21,6  | 315   |       |

1 sem resposta de 1 sujeito; 2 sem resposta de 3 sujeitos; 3 sem resposta de 2 sujeitos, 4 sem resposta de 5 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott

A tabela 24 traz a distribuição de ocorrência e número de quedas e sua associação com uso de álcool de risco. Não houve associação positiva entre ocorrência e número de quedas e beber de risco. Aqueles que caíram duas vezes nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa tiveram maior prevalência (39,2%) em comparação com os demais.

**Tabela 24** - Distribuição de ocorrência/número de quedas de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333)

|                                                      | Uso sem risco |      | Uso de risco |      | Total |      |
|------------------------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|------|
|                                                      | n             | %    | n            | %    | n     | p*   |
| <b><u>Queda nos últimos 12 meses<sup>1</sup></u></b> |               |      |              |      |       |      |
| Sim                                                  | 69            | 76,9 | 17           | 23,1 | 86    | 0,76 |
| Não                                                  | 66            | 79,1 | 12           | 20,9 | 78    |      |
| <b><u>Número de Quedas<sup>2</sup></u></b>           |               |      |              |      |       |      |
| Uma                                                  | 51            | 82,5 | 10           | 17,5 | 61    | 0,24 |
| Duas                                                 | 10            | 60,8 | 5            | 39,2 | 15    |      |
| 3 ou mais                                            | 8             | 72,6 | 2            | 27,4 | 10    |      |

1 Resposta de apenas 169 sujeitos; 2 resposta de apenas 86 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott.

De modo geral, o aumento na frequência de consumo semanal de álcool esteve associado ao uso de risco dessa substância. Aqueles que bebiam de 4-6 dias/semana demonstraram maior prevalência (42,8%,  $p=0,002$ ). O uso sem risco esteve associado à baixa frequência no consumo, embora 34 sujeitos (64,6%) cujo hábito de beber foi classificado como “sem risco”, tenham relatado beber todos os dias na ocasião do estudo. No que se refere ao uso de tabaco, observou-se que o hábito de fumar na ocasião do estudo esteve associado ao beber de risco nessa amostra (30,3%,  $p=0,01$ ) (tabela 25).

No que se refere ao uso de tabaco, observou-se que o hábito de fumar na ocasião do estudo esteve associado ao beber de risco nessa amostra (30,3%,  $p=0,01$ ) (tabela 25).

**Tabela 25** - Distribuição de frequência de uso de álcool e uso de tabaco e uso de álcool de risco em amostra de idosos do estudo SABE (n=333).

|                                                 | Uso sem risco |      | Uso de risco |      | Total | p*    |
|-------------------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|-------|
|                                                 | n             | %    | n            | %    | n     |       |
| <b><u>Uso de álcool nos últimos 3 meses</u></b> |               |      |              |      |       |       |
| <b>(vezes na semana)</b>                        |               |      |              |      |       |       |
| Menos de 1 dia                                  | 111           | 91,7 | 9            | 8,3  | 120   | 0,002 |
| 1 dia                                           | 57            | 76,5 | 16           | 23,5 | 73    |       |
| 2-3 dias                                        | 57            | 76,3 | 16           | 23,7 | 73    |       |
| 4-6 dias                                        | 11            | 57,2 | 5            | 42,8 | 16    |       |
| Todos                                           | 34            | 64,6 | 17           | 35,4 | 51    |       |
| <b><u>Hábito de fumar (tabagismo)</u></b>       |               |      |              |      |       |       |
| Atualmente                                      | 43            | 69,7 | 19           | 30,3 | 62    | 0,01  |
| Já fumou                                        | 94            | 74,5 | 27           | 25,4 | 121   |       |
| Nunca fumou                                     | 133           | 87,0 | 17           | 13,0 | 150   |       |

\* Teste de Rao-Scott.

Quanto à capacidade funcional e consumo de risco de álcool (tabela 26), embora a associação não tenha se mostrado ( $p=0,18$ ) significativa, observa-se que a prevalência deste último é maior entre os sujeitos independentes (21,9%), diminuindo gradativamente conforme há aumento da dependência do sujeito. Já no que se refere às AIVD, a relação foi inversa com maiores prevalências de uso de álcool de risco entre os sujeitos dependentes para AIVDs, embora do mesmo modo, não sejam associações estatisticamente significativas ( $p=0,14$ ).

**Tabela 26** - Distribuição da capacidade Funcional e uso de risco álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333)

|                                                                   | Uso sem risco |      | Uso de risco |      | Total | p*   |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------|------|
|                                                                   | n             | %    | n            | %    | n     |      |
| <b><u>Atividades básicas de vida diária</u></b>                   |               |      |              |      |       |      |
| Independente                                                      | 220           | 78,1 | 54           | 21,9 | 274   | 0,18 |
| Necessita de Ajuda                                                | 39            | 80,7 | 8            | 19,2 | 47    |      |
| Dependente                                                        | 11            | 96,9 | 1            | 3,1  | 12    |      |
| <b><u>Atividades instrumentais de vida diária<sup>1</sup></u></b> |               |      |              |      |       |      |
| Independente                                                      | 96            | 85,2 | 14           | 14,8 | 110   | 0,14 |
| Necessita de Ajuda (1-4)                                          | 155           | 75,7 | 44           | 24,3 | 199   |      |
| Dependente                                                        | 16            | 68,9 | 5            | 31,1 | 21    |      |

<sup>1</sup>Sem resposta de 3 sujeitos; \* Teste de Rao-Scott; \*\* Excluídos os que não costumavam fazer

Por fim, o uso de risco foi maior dentre aqueles que não consomem nenhuma medicação (42,8%), seguidos dos que consomem dois ou três (22,6%) ou oito ou mais (20,5%) (p=0,001).

**Tabela 27** - Distribuição do uso de medicações de acordo com uso de risco de álcool em amostra de idosos do estudo SABE (n=333)

|                          | Uso sem<br>risco |      | Uso de<br>risco |      |       |       |
|--------------------------|------------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|                          | n                | %    | n               | %    | Total | p*    |
| <u>Uso de medicações</u> |                  |      |                 |      |       |       |
| Nenhum                   | 24               | 57,2 | 16              | 42,8 | 40    | 0,001 |
| Apenas um                | 44               | 78,0 | 10              | 22,0 | 54    |       |
| 2 ou 3                   | 88               | 77,4 | 22              | 22,6 | 110   |       |
| 4 a 7                    | 89               | 91,7 | 10              | 8,3  | 99    |       |
| 8 ou mais                | 25               | 79,5 | 5               | 20,5 | 30    |       |

\* Teste de Rao-Scott;

## 8.4 ANÁLISE MULTIVARIADA

Na análise multivariada foram construídos modelos para cada um dos desfechos, tendo sido utilizada regressão logística (tipo *stepwise*), incluindo nos modelos as variáveis explicativas na seguinte sequência (todas aquelas com  $p \geq 0,25$ ). Para o modelo de uso de álcool (tabela 28) foram as seguintes variáveis, na ordem que segue: sociodemográficas, arranjo e situação familiar, aspectos religiosos, autoavaliação da memória, morbidade referida e uso de tabaco. Permaneceram no modelo final para uso de álcool, as variáveis relacionadas ao: sexo, idade, escolaridade e uso de tabaco, sendo que ser do sexo masculino, ter quatro anos ou mais de escolaridade e ser tabagista esteve associado a esse desfecho, elevando o risco de ocorrência do mesmo.

**Tabela 28** - Odds Ratio brutas e ajustadas para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para uso de álcool na amostra de idosos participantes do ESTUDO SABE, São Paulo/SP (n=333).

|                            | OR bruta | IC 95%      | OR <sub>ajustada</sub> | IC 95%      | p     |
|----------------------------|----------|-------------|------------------------|-------------|-------|
| <b><u>Sexo</u></b>         |          |             |                        |             |       |
| Feminino                   | 1,00     | -           | -                      | -           |       |
| Masculino                  | 3,41     | 2,54 – 4,58 | 3,71                   | 2,62-5,26   | 0,000 |
| <b><u>Idade</u></b>        |          |             |                        |             |       |
|                            | 0,96     | 0,94 – 0,98 | 0,97                   | 0,95-0,99   | 0,009 |
| <b><u>Escolaridade</u></b> |          |             |                        |             |       |
| Analfabeto                 | 1,00     | -           | -                      | -           |       |
| 1-3 anos                   | 1,45     | 0,80-2,64   | 1,31                   | 0,74-2,33   | 0,349 |
| 4-7 anos                   | 2,49     | 1,44 – 4,28 | 2,21                   | 1,30-3,73   | 0,003 |
| 8 anos ou mais             | 5,61     | 3,17 – 9,95 | 5,20                   | 2,96-9,15   | 0,000 |
| <b><u>Tabaco</u></b>       |          |             |                        |             |       |
| Nunca fumou                | 1,00     | -           | -                      | -           |       |
| Ex-tabagista               | 1,25     | 0,91 – 1,72 | 0,68                   | 0,46-0,99   | 0,050 |
| Tabagista                  | 2,54     | 1,66 – 3,85 | 1,89                   | 1,17 – 3,05 | 0,010 |

Já para o modelo final de regressão logística para uso de risco de álcool foram incluídas as seguintes variáveis, nesta ordem: sociodemográficas, arranjo e situação familiar, aspectos religiosos, autoavaliação da memória, morbidade referida e uso de tabaco. Permaneceram no modelo final: sexo, idade, cor da pele autorreferida, saber ler e escrever um recado, satisfação com o apoio dado pela família em relação aos projetos de vida e transtorno mental, sendo que ser do sexo masculino, ter referido cor da pele parda/negra, não saber ler e escrever um recado, estar às vezes/nunca satisfeito com o apoio oferecido pela família estiveram associados ao uso de risco de álcool.

**Tabela 29** - Odds Ratio brutas e ajustadas para variáveis que permaneceram no modelo final de regressão logística para Uso de Risco de Álcool na amostra de idosos participantes do ESTUDO SABE, São Paulo/SP (n=333).

|                                              | OR <sub>bruta</sub> | IC 95%       | OR <sub>ajustada</sub> | IC 95%     | p      |
|----------------------------------------------|---------------------|--------------|------------------------|------------|--------|
| <b><u>Sexo</u></b>                           |                     |              |                        |            |        |
| Feminino                                     | 1                   | -            | -                      | -          | <0,001 |
| Masculino                                    | 5,15                | 2,42 – 10,93 | 11,73                  | 4,38-31,38 |        |
| <b><u>Idade</u></b>                          | 0,93                | 0,88 – 0,98  | 0,93                   | 0,87-0,99  | 0,02   |
| <b><u>Cor da pele autorreferida</u></b>      |                     |              |                        |            |        |
| Branco                                       | 1,00                | -            | -                      | -          | <0,001 |
| Preto/Pardo                                  | 5,46                | 2,79-10,68   | 6,28                   | 2,83-13,94 |        |
| Outros                                       | 3,47                | 1,12 – 10,75 | 2,43                   | 0,70-8,44  | 0,19   |
| <b><u>Saber ler e escrever um recado</u></b> |                     |              |                        |            |        |
| Sim                                          | 1,00                | -            | -                      | -          | 0,02   |
| Não                                          | 5,30                | 1,80-15,63   | 4,13                   | 1,21-14,09 |        |
| <b><u>Transtorno Mental</u></b>              |                     |              |                        |            |        |
| Sim                                          | 1,00                | -            | -                      | -          | <0,001 |
| Não                                          | 0,20                | 0,09 – 0,47  | 0,08                   | 0,03-0,25  |        |

## 9. DISCUSSÃO

---

De modo geral, este estudo evidenciou que os idosos da amostra eram em sua maioria mulheres (59,2%), estavam na faixa dos 60-64 anos (29,7%), brancos (63,7%), com escolaridade média de 4-7 anos (40,4%), aposentados (40,0%) e casados (61,9%).

A prevalência ponderada do uso de álcool nos últimos três meses anteriores à pesquisa foi de 21,1% entre as mulheres e 47,7% entre os homens, com prevalência ponderada global de 31,9%. Dentre os que bebiam, 20,9% faziam uso de risco, sendo que, como esperado, a prevalência desse padrão de uso alterou-se significativamente entre os gêneros: 7,5% das mulheres e 29,6% dos homens ( $p < 0,001$ ).

Na análise multivariada, identificou-se que, para *uso de álcool*, ser do sexo masculino, ter escolaridade maior que 4 anos e ser tabagista estiveram associados a um maior risco para o consumo de álcool na amostra de idosos estudada. Em relação aos fatores protetores para o não consumo foram identificados o aumento da idade e ser ex-tabagista.

Já no que se refere ao *uso de risco de álcool*, constatou-se que ser do sexo masculino, ter se autodeclarado como preto/pardo e não saber ler/escrever um recado (ser analfabeto) estiveram associados a um maior risco para uso de risco de álcool nessa população. Por outro lado, ser mais velho e não ter transtorno mental apresentaram-se como fatores de proteção para esse desfecho.

A seguir, serão discutidos os resultados identificados nesse estudo.

### 9.1 PREVALÊNCIA DE USO DE ÁLCOOL E DE USO DE RISCO EM IDOSOS

Embora as prevalências encontradas sejam elevadas, especialmente no que se refere às taxas observadas entre os idosos do sexo masculino, as mesmas situam-se em um patamar intermediário, comparadas aos vários estudos encontrados e conforme será descrito adiante. Vale ressaltar, porém, como afirmam Lopes et al. (2010) que comparar os diversos achados dos estudos acerca do uso de álcool na velhice torna-se tarefa difícil na medida em que tais levantamentos muitas vezes adotam diferentes conceitos, critérios diagnósticos e padrões de consumo bem como distintos instrumentos de rastreio, diferenças nas faixas etárias estabelecidas, etc.

A prevalência global de uso de álcool encontrada foi menor do que aquelas encontradas em estudos com idosos norte-americanos: 44% (período: últimos três meses, questões acerca de quantidade e a primeira questão do CAGE) (TURVEY et al., 2006); 52%

(consumo de álcool atual, através de padrão de consumo semanal:nenhuma, menos de uma, 1-6, 7-13 e >14 doses) (MENON et al., 2010) e 58% (período de tempo não descrito pelos autores, questão acerca de uso de álcool e sua frequência) (McDOUGALL Jr. et al., 2006). Lopes et al. (2010), em uma população de idosos de Ribeirão Preto/SP, também encontraram prevalências mais altas para uso de álcool (questões acerca do uso e frequência para uso de álcool e CAGE para beber problemático) - 51,1% para a amostra total, 69,2% nos homens e 40,8% nas mulheres. A prevalência global assemelha-se àquela encontrada por HOUDONG et al. (2003), que obteve prevalência de 32,1% de uso de álcool em idosos chineses (não foram estabelecidos os critérios utilizados para coleta dos dados de uso de álcool) e por Almeida & Coutinho (1993) – 37,6% de uso de álcool (50 anos e mais, utilizando o CAGE), em uma amostra populacional brasileira. E foi menor do que aquela encontrada por estudo brasileiro de Mendoza-Sassi & Beria (2003) – 4,3%.

Já no que se refere às prevalências encontradas para uso de risco, Johnson-Greene et al. (2009) (critérios da OMS para uso de risco) e Barnes et al. (2010) (instrumento *Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool* - CARET) encontraram prevalência semelhantes - 28% e 29% , respectivamente, em amostra de idosos norte-americanos. Bem como Nadkarni et al. (2011), em idosos da República Dominicana: 4,0% entre as mulheres e 23,5% entre os homens (critério de frequência e quantidade: 21 doses/semana para homens e 14 para mulheres). Chan et al. (2009), adotando critérios de frequência de uso de álcool, encontraram prevalência de consumo de risco de álcool em 18% dos homens e 7,5% das mulheres, em amostra de idosos norte-americanos.

Prais et al. (2008), em estudo somente com idosos homens no Brasil, encontram prevalência de 27% de consumo episódico excessivo (*binge*, estabelecido como uso de 5 ou mais doses por ocasião, nos últimos 30 dias) e Hirata et al. (2009), também no Brasil, de dependência de álcool (CAGE) em 20,7% nos homens e 3,1% nas mulheres.

Moore et al. (2001) encontraram baixas prevalências (2%) de uso de risco em idosos norte-americanos, assim como Kirchner et al. (2007), que em serviço de atenção primária à saúde encontraram prevalências de beber de risco (critério de frequência e quantidade consumo de 8 a 14 doses/semana, no último ano) em 4,6% dos idosos e 1,5% das idosas, prevalências sensivelmente menores que a encontrada por esses estudo, embora em outro contexto (serviço de saúde) e com outra forma de avaliação deste padrão de consumo.

Já Kim et al. (2007), em estudo realizado com idosos de sete capitais de países da América Latina e Caribe (SABE/2000) encontraram prevalências de uso de risco (avaliada pelo AUDIT-C, quatro ou mais doses/semana) maiores às encontradas por esse estudo em

homens e mulheres, respectivamente em Buenos Aires (39,1% e 13,3%); semelhantes em Montevideu (34,0% e 8,6%) e menores no restante das demais capitais, incluindo São Paulo (15,1% e 1,9%), Santiago (14,7% e 4,0%); Bridgetown (10,9% e 2,7%), Havana (7,4% e 1,1%) e México (4,3% e 1,1%). Para os autores, as diferenças no uso de álcool entre as cidades da América Latina podem ser atribuídas, em parte, às diferenças socioeconômicas e culturais vividas por cada região.

## **9.2 FATORES ASSOCIADOS AO USO E AO USO DE RISCO DE ÁLCOOL**

No que se refere aos fatores associados ao uso de álcool entre idosos, inúmeros estudos têm demonstrado a forte relação entre sexo masculino e uso de álcool nessa fase da vida (GOODWIN et al., 1987; DUNNE, 1994; FINK et al., 2002; ALMEIDA-FILHO et al., 2004; MOORE et al., 2005; KIRCHNER et al., 2007; CASTILLO et al., 2008; MERRICK et al., 2008; CASTRO-COSTA et al., 2008; BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009; HALME et al., 2010; NADKARNI et al., 2011). No que se refere à questão do gênero e sua influência no consumo de álcool, dados de um relatório do Banco Mundial (PYNE et al., 2002) afirmam que há maior tendência dos homens beberem mais e terem mais prejuízos em relação ao álcool comparados às mulheres. Por outro lado, as mulheres, especialmente as mais velhas, têm riscos e vulnerabilidades específicas relacionadas ao uso de álcool, incluindo uma progressão mais rápida dos problemas relacionados ao beber, maior sensibilidade ao álcool e drogas psicoativas, além de uma maior estigmatização social comparadas aos homens mais velhos (BLOW, 2000).

Corroborando os achados da literatura, no presente estudo, ser do sexo masculino esteve fortemente associado tanto ao uso de álcool quanto ao uso de risco de álcool.

Resultados semelhantes foram encontrados por Castillo et al. (2008), em uma amostra de idosos da cidade de Monterrey (México) na qual 31,3% das mulheres e 62,2% dos homens relataram uso de álcool, sendo o uso moderado maior nas mulheres (90,4%), e o de risco e abusivo, maior entre os homens (42,8% e 28,6%, respectivamente).

Merrick et al. (2008), nos Estados Unidos, encontram prevalência de beber problemático em 9% dos idosos, com maior prevalência também entre os homens (16%), em comparação às mulheres (4%). Na Finlândia, Halme et al. (2010) também encontraram grandes disparidades na prevalência de consumo excessivo de álcool em idosos no que se refere ao gênero: 20,3% em homens e 1,2% em mulheres.

Diante desse achado, Holbert e Tueth (2004), afirmam que uma vez instalado o consumo de álcool, muitas vezes ainda na juventude, esse tende a persistir muito mais entre os homens do que entre as mulheres. Fatores biológicos relacionados ao sexo feminino como menor tolerância ao álcool e maior concentração do mesmo no sangue para a mesma quantidade de álcool consumido bem como maior sensibilidade aos efeitos dessa substância além de fatores sociais e culturais, tais como maior restrição do consumo de álcool por mulheres podem, de certa forma, explicar o baixo risco de dependência de álcool no sexo feminino (KERR-CORREA et al., 2007; ANDRADE et al., 2009 ; HIRATA et al., 2009).

Para alguns autores (GLYNN et al., 1985; HIRATA et al., 2009), o padrão de consumo de álcool na velhice e os valores morais e sociais associados a este hábito seriam determinados ainda no início da juventude, ou seja, receberia influência dos padrões de uso de álcool desenvolvidos durante toda uma vida. Aliado a isso, a pressão social para que os homens iniciem o consumo de bebida ainda na juventude é elevada (BRASIL, 2008). Nesse sentido, sugere-se que as mulheres idosas participantes desse estudo tenham vivido sua juventude em uma época na qual talvez esse hábito fosse pouco valorizado para o sexo feminino, o que pode ter contribuído para uma menor iniciação ao consumo de álcool na vida adulta e poderia ajudar a explicar a baixa prevalência de idosas consumidoras de álcool encontrada neste estudo.

Outra possível explicação para a disparidade de gêneros é a de que os homens partilhariam de maiores e diferentes oportunidades de exposição para o consumo de álcool comparados às mulheres, tais como consumo associado à eventos sociais, ocupacionais ou mesmo ao estresse advindo do trabalho (DAWSON & ARCHER, 1992; ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

Todavia, segundo Andrade et al. (2009), nas últimas décadas, muitos estudos têm levantado uma preocupação crescente com o comportamento de beber como um aspecto relacionado aos papéis do homem e da mulher na sociedade, visto que, em algumas culturas, a diferença entre os gêneros no uso de álcool tem diminuído. Para os autores, uma hipótese comum sobre esse aspecto é que as crescentes oportunidades para as mulheres desempenharem funções tradicionalmente masculinas, especialmente no trabalho, permitir-lhes-iam e encorajariam a beber mais.

Além disso, esse efeito do gênero sobre os padrões de consumo variaria com a idade: enquanto o gênero tem um efeito maior em grupos etários mais velhos, a diferença entre homens e mulheres diminui nos grupos etários mais jovens (WOLLE et al., 2011).

Nesse sentido, Wolle et al. (2011) buscaram levantar as diferenças de gênero no consumo de álcool em uma amostra representativa da população brasileira (que incluiu sujeitos com 14 anos ou mais). Os autores identificaram que, de forma geral, os homens apresentaram maiores taxas de prevalência para todos os padrões de beber investigados em todos os grupos etários, com uma diferença menor entre homens e mulheres na faixa etária mais jovem; a maior diferença, por sua vez, foi encontrada entre os idosos. Essa tendência de diminuição da diferença entre os gêneros parece ser cada vez mais evidente na medida em que as regras sociais acerca do consumo de álcool vêm favorecendo o mesmo por parte das mulheres: em poucas décadas, a prevalência de consumo de álcool entre as idosas poderá ser muito mais aproximada da que é observada entre os homens de mesma idade (WOLLE et al., 2011). Os autores desse estudo afirmam que hoje, as mulheres mais jovens vivenciam uma relação diferente com o álcool daquela que as idosas tiveram em sua juventude: comportamentos anteriormente considerados como exclusivo para os homens, como sair para bares, têm sido observados entre as jovens. As mulheres também não têm sido estigmatizadas por beber álcool tanto quanto em décadas anteriores; têm integrado o mercado de trabalho com mais frequência, aumentando suas oportunidades de controle de natalidade e outros indicadores de igualdade de gênero.

No que se refere à variável idade na análise dos fatores associados a ambos os desfechos (uso de álcool e uso de risco) ter menor idade esteve associado a maior chance tanto para uso quanto para uso de risco de álcool na presente amostra. Este achado é praticamente consenso geral na literatura: há diminuição do consumo de álcool na velhice e quanto maior a idade, menor a prevalência deste consumo (MOORE et al., 2005; TURVEY et al., 2006; HIRATA et al., 2009; KIRCHNER et al., 2007; BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009; PLATT et al., 2010).

Alguns autores afirmam que o uso de álcool diminui com a idade, provavelmente, devido a fatores como: morte precoce de sujeitos que beberam ao longo de toda uma vida, moderação ou interrupção do uso da substância, ou ainda, aspectos como a relutância dos idosos em relatar uso de álcool (seja por vergonha ou por acharem que esse consumo é inaceitável na velhice) bem como a pouca investigação por parte dos médicos e profissionais (subdiagnóstico) (GLYNN et al., 1985; HOLBERT & TUETH, 2004). Além disso, haveria nessa fase da vida um aumento da sensibilidade aos efeitos do álcool (MOOS et al., 2005). Kirchner et al. (2007), afirmaram ainda, que isto pode representar um aspecto de sobrevivência: os bebedores pesados podem interromper o uso de álcool devido à piora de saúde ou mesmo falecer precocemente. Logo, o uso crônico de álcool reduziria a expectativa

de vida fazendo com que muitos usuários com esse padrão de consumo não atinjam as idades mais avançadas (GLYN et al., 1985; BRADLEY et al., 2001; HALME et al., 2010).

Nesse sentido, em estudo longitudinal de Turvey et al. (2006), com idosos norte-americanos, observou-se que o declínio no consumo de álcool esteve fortemente associado a problemas de saúde.

Outra hipótese para essa redução deve-se ao fato de que os sujeitos que envelhecem vivenciando problemas com álcool são mais propensos a ter déficits cognitivos ou serem institucionalizados, tendo menor chance de serem selecionados a participar de inquéritos domiciliares (GLYNN et al., 1985). Esse aspecto aproxima-se bastante do caráter com o qual se configurou a presente pesquisa, a partir de uma amostra aleatória, de idosos não institucionalizados, tendo havido a exclusão daqueles com relevante declínio cognitivo, conforme descrito na metodologia.

Por outro lado, Glynn et al. (1985), em um estudo longitudinal que abrangeu várias coortes de idosos, constataram um “efeito geracional” no consumo de álcool nessa fase da vida: os idosos nascidos em épocas cuja restrição ao álcool era maior, beberam menos na juventude e conseqüentemente, bebiam menos na velhice comparados a idosos de outras coortes (mais novos) em que essa restrição havia sido diminuída, havendo assim uma maior liberalização do consumo. Nesse sentido, os idosos participantes do presente estudo viveram sua juventude em uma época na qual a publicidade, a variedade, a facilidade de acesso e aquisição provavelmente faziam-se muito menos presentes que em décadas atuais.

Platt et al. (2010), por outro lado, identificaram aumento no consumo de álcool em uma amostra de idosos norte-americanos; dentre a amostra total, um grupo específico de idosos investigados apresentou aumento no uso de álcool: homens, com maior educação, brancos, solteiros, sem religião e com excelente saúde; nessa mesma amostra, a manutenção ou aumento do uso de álcool na velhice estiveram associados a um histórico anterior de problemas com álcool ao longa da vida.

No que se refere ao aspecto da escolaridade e sua influência no consumo de álcool entre idosos, o presente estudo encontrou resultados distintos entre os desfechos investigados. No que se refere ao uso de álcool, foi encontrada associação do mesmo com maior escolaridade (oito ou mais anos) enquanto fazer uso de risco de álcool esteve associado a não saber ler nem escrever um recado (analfabetismo funcional). Tais resultados assemelham-se àqueles encontrados em vários outros estudos como será abordado a diante.

Questões relacionadas ao uso de álcool e sua associação com condições socioeconômicas, dentro das quais se insere a abordagem da escolaridade, vêm sendo

intensamente investigadas nas últimas décadas no cenário internacional (BLOOMFIELD et al., 2006). Porém, no Brasil, poucos estudos vêm investigando a associação de determinantes sociais e o consumo de álcool (ALMEIDA-FILHO et al., 2004), especialmente em idosos.

Em países desenvolvidos tem sido apontada a tendência de que aqueles com melhores condições socioeconômicas tendem a beber com mais frequência, porém, em menores quantidades, enquanto que aqueles com piores condições sociais tendem a ser mais abstêmios ou quando bebem, tendem a apresentar mais problemas com esse consumo (BLOOMFIELD et al., 2006). Na mesma direção, outros autores apontam a existência de associação entre pior escolaridade com uso de risco de álcool (KUNST et al., 1996; HIRATA et al., 2009).

Entretanto, não há consenso, havendo estudos que sugerem o inverso. Um estudo realizado no Brasil com a população geral constatou que melhores condições socioeconômicas e maior escolaridade estiveram associadas com maiores taxas de consumo de álcool e dependência (ALMEIDA-FILHO et al., 2004). Os autores, em estudo com população baiana, constataram que houve uma clara relação entre consumo de álcool e maior educação: ter ensino superior implicou em maior consumo e aumentou as chances para problemas com o álcool. O mesmo foi observado para classe social: sujeitos das classes média e alta apresentaram maior prevalência de consumo de alto risco e maior frequência e quantidade de uso de álcool.

Em consonância com esse achado, o uso de álcool associado a maiores níveis de escolaridade também foi encontrado em populações idosas (GOODWIN et al., 1987; FINK et al., 2002; PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2004, MOORE et al., 2005; STOTT et al., 2008; LOPES et al., 2010; NADKARNI et al., 2011).

Alguns autores, porém, afirmam que há uma diferença relacionada ao sexo no que se refere a esses padrões: Curran et al. (1999), por exemplo, em estudo com adultos norte-americanos, constataram que as variáveis relacionadas à escolaridade, ocupação e renda familiar foram preditores mais importantes de dependência de álcool em homens, enquanto para mulheres, especialmente as de baixa renda, a influência de um histórico familiar de dependência de álcool, foi significativamente mais forte na determinação deste padrão de comportamento por parte das mulheres.

Em estudo com idosos brasileiros, Lopes et al. (2010) observaram que, nas mulheres, o uso de álcool esteve associado à maior educação e nível socioeconômico; em contrapartida, uso pesado de álcool esteve associado à baixa educação apenas em mulheres e à baixo nível socioeconômico em ambos os gêneros. O consumo moderado, por sua vez, esteve associado à boa escolaridade e bom nível socioeconômico. Os autores concluíram que estes achados

reforçam a existência de um efeito social sobre o uso de álcool e o também sobre os padrões de uso problemático.

Estudo de Bloomfield et al. (2006), utilizando dados de vários países (Projeto GENACIS), identificou que mulheres com alta escolaridade tendiam a beber mais pesadamente, especialmente em países como Alemanha, Holanda, França, Suíça e Áustria. Contudo, um padrão oposto foi encontrado para os homens: aqueles com menor escolaridade foram mais propensos a beber pesadamente (em países como Noruega, França, Itália, Suíça, Áustria, Hungria, República Tcheca e Israel). Ao agruparem regionalmente os países estudados, os autores perceberam que os países nórdicos demonstram poucas desigualdades sociais nos padrões de consumo de álcool. Uma possível explicação para esse achado seria atribuída ao elevado nível de igualdade social e de gênero nesses países (SIAROFF, 1994 apud BLOOMFIELD et al., 2006).

Em países em desenvolvimento, as mulheres com ensino superior foram mais propensas a se envolver em beber em *binge* que as mulheres menos escolarizadas; a mesma tendência foi encontrada entre os homens brasileiros. Isto poderia estar associado a um aumento do acesso e disponibilidade de álcool para as classes ascendentes em tais países (ROOM et al., 2003). Bloomfield et al. (2006), em estudo já citado, também ressaltaram a questão do gênero na influência do fator escolaridade e consumo de álcool, identificando que homens com pior educação bebem mais que aqueles com maior nível de escolaridade. O mesmo padrão, todavia, não se repetiu entre as mulheres, em quem a melhor escolaridade esteve associada a um maior consumo de álcool. Logo, o aspecto social também seria relevante na determinação do uso de álcool: homens com piores condições sociais beberiam mais.

Ruchlin (1997 apud PRAIS et al., 2008) constatou que, para pessoas idosas, morar em grandes cidade e ter alto nível de escolaridade esteve associado de forma positiva com o padrão de beber em *binge*. Em estudo de Prais et al. (2008), com idosos mineiros (região metropolitana de Belo Horizonte e interior), a prevalência de consumo de álcool foi maior entre os moradores da região metropolitana e com maior nível de escolaridade; a mesma associação não foi encontrada nos idosos residentes no interior; o que levou os autores a afirmarem que a controvérsia desta associação pode ser observada entre populações do mesmo país.

Corroborando os achados desse estudo, outros apontam para o fato de que sujeitos com bons níveis de renda, educação e situação de emprego apresentam associação positiva

com beber atual, mas negativa com beber mais pesado/beber de risco (MIDANIK & CLARK, 1994; GREENFIELD et al., 2000; BLOOMFIELD et al., 2006).

Ainda em concordância com esse estudo, BARNES et al. (2010), em estudo com idosos norte-americanos, encontrou associação do uso de álcool em homens, mais jovens e com menor escolaridade (percentuais de uso de risco de álcool de acordo com escolaridade - ensino fundamental 51,4%; ensino médio 32,2%; ensino superior incompleto 31,6%; ensino superior 35,5%; pós-graduação 36,6%).

Já em um estudo brasileiro, Hirata et al. (2009) constataram que quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior o risco para dependência de álcool. Já Crum et al. (1994) afirmam que, tendo em vista que muitos idosos começaram a beber quando jovens, é possível que em alguns casos, a baixa escolaridade seja consequências do consumo de álcool iniciado ainda na juventude.

Crum et al. (1994) encontraram, em estudo norte-americano, que os indivíduos que não concluíram o ensino médio ou faculdade apresentaram maior risco para problemas com o álcool do que aqueles que concluíram nível universitário; para os autores os sujeitos que não conseguiram atingir seus objetivos ou as exigências sociais no que se refere à educação, podem ter um risco aumentado para abuso ou dependência de álcool desde a juventude.

Outro aspecto que parece interagir com a questão da escolaridade parece ser a etnia: Crum & Anthony (2000), em investigação da relação de abuso e dependência de álcool e sua relação entre escolaridade e etnia na população norte-americana, identificaram que ter deixado a escola ainda no ensino médio esteve associado a maiores problemas com álcool, tanto em brancos como em negros. Em contrapartida, não ter concluído o nível universitário esteve associado a um maior risco para abuso e dependência de álcool apenas para brancos.

Por fim, alguns autores afirmam que maior escolaridade seria um fator protetivo no abuso de álcool (HAMILTON & HAMILTON, 1997; NAIMI et al., 2003; FLOWERS et al., 2009; BARNES et al., 2010). Ou seja, essa questão permanece contraversa na literatura em geral e também naquela que aborda especificamente a população idosa.

De acordo com Almeida-Filho et al. (2004), na literatura que investiga as associações entre uso de álcool e os fatores a ele associados, aspectos como gênero e classe social já foram amplamente investigados, ao contrário do aspecto de cor da pele autodeclarada (etnia), que ainda permanecem pouco explorados.

Nesse estudo, ter referido cor da pele como parda/negra elevou em quase seis vezes a chance de uso de risco de álcool; embora essa associação não tenha permanecido no modelo

final para uso de álcool. Esse achado corrobora o encontrado por Blay et al. (2009), que identificaram maior prevalência de uso de álcool entre idosos brasileiros que se autodefiniram como tendo a cor da pele negra. Hirata et al. (2009), também no Brasil, identificaram que os idosos “mulatos” (termo utilizado pelos autores) tiveram chance duas vezes maior de serem dependentes de álcool do que os idosos de “cor branca”. Outros estudos encontraram resultados semelhantes em contexto internacional (CURTIS et al., 1989; HELZER et al., 1990; CALLAHAN & TIERNEY, 1995; KIRCHNER et al, 2007 ). Hasin & Grant (2004), em estudo com a população geral norte-americana, identificaram altas taxas de dependência de álcool entre as mulheres negras (48.5%) e hispânicas (55.2%). Por outro lado, muitos estudos encontraram associação entre consumo de álcool entre idosos e ser da cor branca (FINK et al, 2002; MOORE et al, 2005; TURVEY et al, 2006; STOTT et al, 2008). Em estudo com idosos norte-americanos, Kirchner et al. (2007) identificaram que o consumo de álcool foi mais comum entre os brancos (35%) e afro-americanos (23%) em detrimento de asiáticos e hispânicos; embora o consumo do tipo *binge* tenha sido mais comum entre afro-americanos.

Todavia, essa questão ainda parece bastante controversa. Em 1989, Curtis et al. sugeriram que o preconceito de entrevistadores poderia ser um dos aspectos que resultariam em um diagnóstico supervalorizado de dependência de álcool em indivíduos com baixa escolaridade e sujeitos afrodescendentes. Outra hipótese é que contextos sociais e econômicos mais desfavoráveis, aos quais historicamente estão mais expostos os sujeitos de descendência africana, poderiam contribuir para o abuso de álcool (HIRATA et al., 2009). Por outro lado, Hasin et al. (2007) sugerem que em muitos estudos a população negra apresenta menores taxas de prevalência de consumo de álcool, mesmo vivenciando situações socioeconômicas desfavoráveis, reforçando, mais uma vez, a controvérsia da temática.

No que se refere ao uso de tabaco, ser fumante atual esteve associado ao uso de álcool, embora não tenha permanecido no modelo final pra uso de risco. Esse achado vem ao encontro do observado em inúmeros estudos que, dentre outros fatores, buscaram compreender a associação entre uso de álcool e tabaco na velhice (MIRAND & WELTE, 1996; SCHUTTE et al., 1998; GUPTA et al., 2005; MOORE et al., 2005; TURVEY et al., 2006; KIM et al., 2007; KIRCHNER et al., 2007; BLAY et al., 2009). Em estudo conduzido com idosos mineiros (HIRATA et al., 2009) identificou-se que a prevalência de tabagismo foi maior entre aqueles que bebiam e o risco associado ao desenvolvimento de dependência de álcool foi aproximadamente quatro vezes maior entre os indivíduos com histórico de tabagismo.

Nesse sentido, Moore et al. (2005) identificaram em uma amostra de idosos norte-americanos que começar a fumar esteve associado a um aumento de 21% no consumo de álcool, e parar de fumar, por sua vez, esteve associado com uma redução também de 21% no consumo de álcool.

Por outro lado, em uma análise dos dados do ESTUDO SABE (2000/2001), Kim et al. (2007) analisaram as prevalências de tabagismo e de uso álcool na população idosa de sete países da América Latina, constatando que os idosos em Havana (Cuba) apresentaram, ao mesmo tempo, a maior prevalência de tabagismo (46,5% de homens e mulheres 21,5%) e a segunda menor prevalência de uso de álcool (2,3%). Todavia, os autores discutem essa disparidade a partir de diferenças culturais e sociais vivenciadas por esse país, onde a indústria de tabaco é destaque, havendo forte incentivo para o consumo do mesmo pela população e, por outro lado, forte restrição econômica e de acesso ao álcool pela grande maioria da população.

Leeman et al. (2008) sugerem que, de forma geral, a investigação da associação entre uso de álcool e tabaco deve-se a uma forte evidência de comorbidade entre o uso dessas duas substâncias. Ademais, o uso de tabaco aliado ao consumo de álcool configura-se como importantes fatores de risco para a morbimortalidade em diferentes países e em diferentes faixas etárias, especialmente na população idosa (KIM et al., 2007). De modo geral, o tabagismo não só facilitaria o consumo de bebidas como, também, seria um preditor de severos problemas com álcool (SHER et al., 1996; MOOS et al., 2004).

Além disso, foi encontrada associação negativa do uso de risco de álcool à presença de transtorno mental. Alguns autores também encontraram que a presença de transtorno mental esteve associada a uso de álcool (SMAIL et al., 1984; FARREL et al., 2001; PIRKOLA et al., 2006). Cabe dizer, porém, que a grande maioria dos estudos acerca da temática não tratam exclusivamente da população idosa, o que representa uma lacuna para a real compreensão no que se refere ao assunto e sua interface com a velhice.

Em um estudo com população idosa norte-americana, Kirchner et al. (2007) identificaram que, comparados aos bebedores moderados, os idosos que não faziam uso de álcool e aqueles que apresentavam um padrão de beber pesado ou binge tinham maior probabilidade de relatar sintomas de depressão/ansiedade, pior estado geral de saúde e menor apoio social. Todavia, não foram encontradas por esses autores diferenças significativas no que se refere a esses achados na amostra de idosos estudada, embora os autores sugiram que o beber moderado poderia representar um fator protetor nesse aspecto, enquanto padrões de beber de risco poderiam estar mais associados a piores condições de saúde, inclusive de saúde

mental. Achados de Turvey et al. (2006) vão ao encontro dessa hipótese, de que beber moderado em idosos estaria associado a menor prevalência de sintomas depressivos. McDougall Jr. et al. (2006) encontraram, por sua vez, menor prevalência de sintomas depressivos entre idosos homens que relataram algum consumo de álcool (os autores não descrevem critérios de quantidade nem frequência). Já em um estudo norte-americano de Goodwin et al. (1987), que também buscou avaliar essa associação em idosos, não foi encontrada relação entre nenhum padrão de consumo e aspectos psicológicos. Nota-se, porém, que alguns dos estudos que se dedicaram à compreensão do uso de álcool entre idosos e os fatores associados ao mesmo, investigaram essa relação entre consumo de álcool e sintomas psicológicos ou mesmo transtornos mentais, embora poucos tenham explorado ou levantado discussões acerca da temática.

Ainda acerca do tema, estudo com população geral realizado na Finlândia encontrou associação entre dependência de álcool e fobia social (6%) e distímia (7%). Segundo os autores, o uso de álcool nesses sujeitos poderia se dar, inclusive, como forma de automedicação a fim de controlar/amenizar os sintomas advindos dos transtornos mentais sofridos (amenizar a ansiedade de permanecer em público, por exemplo) (PIRKOLA et al., 2006). Em estudo com população inglesa, Farrel et al. (2001) verificaram que, dentre os sujeitos investigados, apenas 12% daqueles diagnosticados com algum transtorno mental não apresentaram dependência de álcool, nicotina ou drogas, enquanto 22% foram diagnosticados como dependentes de nicotina, 30% de álcool e 45% de outras substâncias psicoativas, encontrando uma clara associação entre uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais. Especialmente em relação ao uso de álcool, foi encontrada maior associação com ansiedade (7,3%) e depressão (9,9%). Buckner et al. (2008) também ressaltaram associação entre uso de álcool e transtornos de ansiedade a partir de um estudo que buscou verificar técnicas de terapia para tratamento de ambas problemáticas.

Crum et al. (1994) afirmam que é difícil determinar a relação temporal entre a ocorrência de transtorno mental e o uso e abuso de álcool a partir de dados transversais, ou seja, se um transtorno mental resultou em um padrão de beber abusivo ou se os problemas com álcool podem ter causado sintomas psicopatológicos. Peace & Mellsop (1987) corroboram com a hipótese de que problemas psiquiátricos têm sido encarados tanto como causas e consequências da dependência de álcool.

### 9.3 LIMITAÇÕES

No que se refere às limitações deste estudo, embora o caráter transversal do mesmo tenha sido adequado à investigação dos objetivos estabelecidos (estimar a prevalência de uso e uso de risco de álcool e os fatores a eles associados), esse delineamento não nos permite estabelecer relações de causalidade; embora nos possibilite explorar as associações encontradas; assim, limita-nos conhecer as relações temporais entre o uso e uso de risco e as variáveis independentes (PRAIS et al., 2008). Desse modo, estudos de caráter longitudinal, como o elaborado para o Estudo SABE em suas fases subsequentes serão fundamentais para preencher esta lacuna.

Em contraposição a outros resultados encontrados na literatura (GOODWIN et al., 1987; ANTILLA et al., 2001; LOPES et al., 2010) não foi encontrada associação entre uso ou uso de risco de álcool e alterações cognitivas (benéficas ou não) na população idosa estudada. Esse desfecho pode ter sofrido a influência do fato de que a população com maior declínio cognitivo participante do Estudo SABE ter sido excluída nessa análise, o que, embora tenha excluído o viés de memória, não nos possibilitou investigar a real associação entre esses fatores.

Os estudos de consumo de álcool que levam em conta o autorrelato dos sujeitos pesquisados pode ter um viés de informação, já que muitos sujeitos, por vergonha, medo ou simplesmente por subestimarem ou pouco valorizarem seu consumo, acabam por não responder com fidedignidade o padrão real de consumo de álcool que adotam em seu cotidiano. Não houve também a mensuração das quantidades ingeridas, parâmetro usado em alguns estudos como forma de identificação do beber de risco em idosos (KIRCHNER et al., 2007; BLOW et al., 2000). O fato de não se ter questionado o uso de álcool durante a vida ou em um período maior que os três meses anteriores à pesquisa, conforme o questionário utilizado, não nos permite saber se os idosos que não relataram nenhum consumo são aqueles que nunca beberam ou deixaram de beber por conta de problemas de saúde, por exemplo.

Embora o SMAST-G seja um instrumento específico para rastreio do uso de álcool na população idosa, o mesmo ainda não foi validado para uso no Brasil em sua versão abreviada, embora sua versão completa (MAST-G) tenha sido recentemente validada no país por KANO et al (2011).

Outra limitação desse estudo a ser considerada é que, embora tenham sido utilizados pesos para corrigir as taxas de não resposta é possível que os sujeitos que não responderam tenham características diferentes dos que responderam e, se analisados, poderiam ter

influenciado nas medidas de prevalência encontradas e também, nos fatores associados ao consumo de álcool nessa população.

Algo que pode influenciar na medida de prevalência encontrada é a não inclusão de idosos residentes em áreas rurais. Sabe-se que os idosos que residem nessas regiões vivenciam uma vulnerabilidade acentuada: menor renda, maiores problemas de saúde e consomem maior quantidade de álcool além de terem menor acesso a tratamentos já que os serviços de saúde nessas regiões são escassos. (GOMEZ, 2004 apud MORAIS et al., 2008).

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Com relação às hipóteses estabelecidas no início deste estudo, observou-se que de fato, uso de álcool entre os idosos está associado ao sexo masculino, a ser mais jovem e a ser tabagista. No entanto, melhores condições socioeconômicas associaram-se a uso de álcool, mas não a uso de risco, sugerindo que desigualdades sociais possam ser determinantes na prevalência deste último. De qualquer modo, os resultados desse estudo apontaram para importantes taxas de prevalência de uso de álcool entre a população idosa estudada. Além disso, as taxas de uso de risco dentre os que bebiam, especialmente entre idosos homens, sugerem a necessidade de qualificar as ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde direcionadas aos homens em todas as faixas etárias, tendo em vista que, historicamente, a população masculina é falha no cuidado da própria saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008, p.3) explicita a necessidade do “reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde”, o que se faz ainda mais relevante diante de uma população que envelhece. Assim, “a tendência ao uso abusivo de álcool e tabaco devem ser compreendidas à luz da crença na invulnerabilidade do homem, que deve ser informado sobre os malefícios dessas práticas por meio de ações preventivas e de promoção da saúde e de hábitos saudáveis” (BRASIL, 2008, p. não disponível), o que ressalta a relevância, a partir de dados como os obtidos nessa pesquisa, de fomento de ações em saúde específicas e qualificadas, bem como do diagnóstico do uso e de uso de risco de álcool, especialmente na velhice e nos homens nessa fase da vida.

A partir dos fatores associados ao uso de álcool entre idosos identificados nessa pesquisa, pode-se concluir que o uso de álcool de risco não é um problema de saúde irrelevante, havendo a necessidade de pensar em estratégias de prevenção e educação em saúde direcionadas a essa população. Ainda, os profissionais que atuam nas áreas de saúde e assistência à velhice deveriam estar atentos para o questionamento/investigação e conduta acerca do diagnóstico do uso de álcool nessa faixa etária, especialmente entre os idosos homens e mais jovens, em quem o consumo se faz mais frequente.

Os achados obtidos reforçam a relevância de estudos com delineamento semelhante (inquéritos domiciliares), já que os mesmos proporcionam importantes informações e indicadores no âmbito da saúde pública, propiciando o desenvolvimento de métodos, técnicas e conhecimentos que respondam com mais sintonia às necessidades do campo da Saúde Coletiva (BARROS et al., 2008), permitindo, assim, a formulação de estratégias e políticas adequadas ao diagnóstico populacional obtido, a fim de que tenham o impacto sobre uma determinada parcela da população e suas reais demandas. Faz-se relevante a compreensão de que um envelhecimento saudável requer não só acesso aos cuidados médicos disponíveis, de forma equitativa, mas também, a promoção de saúde e estilos de vida saudáveis através da redução de comportamentos/hábitos de risco pelas pessoas que vivenciam essa fase da vida.

Outro aspecto relevante levantado por Kim et al. (2007) é a de que o custo médico e econômico relacionado ao impacto do tabagismo e do consumo de álcool por idosos pode se tornar insustentável nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, onde a população idosa aumenta drasticamente e os serviços de saúde e cuidado, bem como as políticas públicas de saúde e assistência não acompanham o mesmo ritmo.

Ampliar as pesquisas acerca do uso de álcool na velhice torna-se necessário, especialmente no contexto brasileiro, onde os estudos que tratam desse assunto ainda são restritos e as proporções de idosos crescem sobremaneira, exigindo um sólido conhecimento acerca de seu perfil e suas necessidades.

Tendo em vista que o Estudo SABE busca fornecer informações acerca do perfil e características da população idosa do município de São Paulo/SP, acredita-se que o presente estudo pôde contribuir para a ampliação e qualificação da obtenção desses dados, possibilitando o conhecimento de um campo ainda pouco explorado na população em questão e, também, em contexto nacional. Permitiu, ainda, compreender os fatores associados ao uso de álcool e também, ao uso de risco dessa substância, oferecendo relevantes informações para o âmbito das políticas e estratégias de cuidado e planejamento em saúde pública. De todo modo, não pretendeu encerrar essa importante questão, mas incentivar uma maior elucidação do assunto, suscitando novas pesquisas e questionamentos, em prol de uma melhor velhice.

## 11. REFERÊNCIAS

---

ADAMS, W.L.; BARRY, K.L.; FLEMMING, M.F. Screening for problem drinking in older primary care patients. **J. Am. Med. Assoc.**, v.276, p.1964-1967, 1996.

AIRA, M.; HARTIKAINEN, S.; SULKAVA, R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication—a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.20, p.680-685, 2005.

AIRA, M.; HARTIKAINEN, S.; SULKAVA, R. Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75: a community-based interview study. **Fam. Pract.**, v. 25, p.445–449, 2008.

ALMEIDA, O.P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n.1, p.12-18, 1999.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, A.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, n.2b, p.421-426, 1999.

ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.1, p.23-29, 1993.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.1, p.45-54, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. 4.ed. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830 p.

ANSTEY, K.J. et al. Weekly alcohol consumption, brain atrophy, and white matter hyperintensities in a community-based sample aged 60 to 64 years. **Psychosom. Med.**, v.68, p.778–785, 2006.

ANDRADE, L.H.S.G. et al. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In. ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.

ANTTILA, T. et al. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. **BMJ**, v.329, p.539, 2004.

APRATTO JUNIOR, P.C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2983-2995, 2010.

BARNES, A.J. et al. Prevalence and correlates of at-risk drinking among older adults: The Project SHARE Study. **J. Gen. Intern. Med.**, v.25, n.8, p.840-846, 2010.

BARROS, M.B.A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, supl. 1, p. 6-19, 2008.

BARROS, M.B.A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.4, p.502-509, 2007.

BLAY, S.L. et al. Correlates of lifetime alcohol misuse among older community residents in Brazil. **Int. Psychogeriatr.**, v.21, p.384-391, 2009.

BLAY, S.L. et al. The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v.16, n.11, p.943-943, 2008.

BLAZER, D.G.; WU, L.T. The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. **Am. J. Psychiatr.**, v.166, p.1162–1169, 2009.

BLOOMFIELD, K. et al. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. **Alcohol Alcohol Suppl.**, v.41, n.1, p.i26-36, 2006.

BLOW, F. Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. **Alcohol. Clin. Exp. Res.**, v.24, n.8, p.1257-1266, 2000.

BLOW, F.C.; BARRY, K.L. Use and misuse of alcohol among older women. **Alcohol Res. Health**, v.26, n.4, p.308-315, 2006.

BLOW, F.C. et al. Brief screening for alcohol problems in elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAT-G). **Alcohol. Clin Exp. Res.**, v.22, suppl., p.131A, 1998.

BLOW, F.C. et al. The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.48, p.769-774, 2000

BOYLE, A.R.; DAVIS, H. Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications. **J. Addict. Nurs.**, v.17, p.95-103, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Justiça. **Informações sobre drogas/padrões de uso**. 2007. Disponível

em:<[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11251&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastra=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso)>.

Acesso em: 20 Jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 132p. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/material-informativo/serie-por-dentro-do-assunto/glossario.pdf>>. Acesso em: 23 Mar. 2012.

BRASIL. População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens, revela Censo. **Portal Brasil**, 29 abr. 2011. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/29/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>>. Acesso em: 20 Jan. 2012.

BREITLING, L.P. et al. Low-to-moderate alcohol consumption and smoking cessation rates: Retrospective analysis of 4576 elderly ever-smokers. **Drug Alcohol Depend.**, v.108, p.122–129, 2010.

BRENNAN, P.L.; MOSS, R.H. Late life drinking behavior. **Alcohol Health Res. World**, v.20, p.197-205, 1996.

BRENNAN, P.L.; SCHUTTE, K.K.; MOOS, R.H. Retired status and older adults' 10-year drinking trajectories. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v.71, p.165-168, 2010.

BUCKNER, J.D. et al. Treating comorbid social anxiety and alcohol use disorders: combining motivation enhancement therapy with cognitive-behavioral therapy. **Clin. Case Stud.**, v.7, n.3, p. 208-223, 2008.

BYLES, J. et al. A drink to healthy aging: the association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.1341–1347, 2006.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto para discussão, 858). Disponível em: <[http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\\_0858.pdf](http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf)>. Acesso em: 14 jun 2012

CARDIN, M.S. et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, p.191-211, 1986.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil – 2001**. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional, 2002. p. 480.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.725-733, 2003.

CARVALHO, J.A.M.; RODRIGUEZ-WONG, L.L. The changing age distribution of the Brazilian population in the first half of the 21<sup>st</sup> century. **Cad. Saúde Pública**, v.24, p.597-605, 2008.

CASTILLO, B.A.A. et al. Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, Mexico. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.16, n.esp., p.509-515, 2008.

CASTRO-COSTA, E. et al. Alcohol consumption in late-life - The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). **Addict. Behav.**, v.33, p.1598-1601, 2008.

CAWTHON, P.M. et al. Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.1649-1657, 2006.

CAWTHON, P.M. et al. Alcohol Use, Physical Performance, and Functional Limitations in Older Men. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.55, p.212-220, 2007.

CHAN, A.M. et al. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. **Maturitas**, v.62, n.3, p. 294-300, 2009.

CHERPITEL, C.J.; YE, Y. Drug use and problem drinking associated with Primary care and emergency room utilization in the Us general population: data from the 2005 national Alcohol survey. **Drug Alcohol Depend.**, v.97, n.3, p.226-230, 2008.

COSTA, E.F.A.; MONEGO, E.T. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Rev. UFG**, v. 5, n.2, 2003. Disponível em :<[http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/aga.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

CRUM, R.M.; ANTHONY, J.C. Educational level and risk for alcohol abuse and dependence: differences by race-ethnicity. **Ethn. Dis.**, v.10, n.1, p.39-52, 2000.

CRUM, R.M.; HELZER, J.E.; ANTHONY, J.C. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. **Am. J. Public Health**, v.83, p.839-837, 1993.

CULBERSON, J.W. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: Screening instruments and treatment strategies. **Geriatrics**, v.61, n.11, p.20-26, 2006.

CURRAN, G.M. et al. Gender differences in the relationships among sex, family history of alcohol disorders and alcohol dependence. **J. Stud. Alcohol**, v.60, n.6, p.825-832, 1999.

CURTIS, J.R. et al. Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.37, p.310-316, 1989.

DAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Adv. Psychiatr. Treat.**, v.12, p.173-181, 2006.

DAWSON, D.A.; ARCHER, L. Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement. **Br. J. Addict.**, v.87, p.119-123, 1992.

DUARTE, Y.A.O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUARTE, Y.A.O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In. LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Orgs). **O Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.317-325, 2007.

DUNNE, F.J. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. **BMJ**, v.308, p.608-609, 1994.

DURU, O.K. et al. Correlates of alcohol-related discussions between older adults and their physicians. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.58, n.12, p.2369-2374, 2010.

EINGENBRODT, M.L. et al. Alcohol consumption with age: a cross-sectional and longitudinal study of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, 1987–1995. **Am. J. Epidemiol.**, v.153, p.1102–1111, 2001.

FABRICIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR, M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v.38, p.93-9, 2004.

FALK, D.E.; YI, H.Y.; HILLER-STURMHOFEL, S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. **Alcohol Res. Health**, v.29, p.162–171, 2006.

FARRELL, M. et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. **Br. J. Psychiatry**, v.179, p.432-437, 2001.

FINK, A. et al. Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 34, n.1, p.55-78, 2002a.

FINK, A. et al. The Alcohol-Related Problems Survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.50, p.1717-1722, 2002b.

FLOWERS, N.T. et al. Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v.32, n.4, p.639–644, 2008.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v.12, p.189-198, 1975.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica.** *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, abr. 2002, v.24, suppl.1, p.3-6.

GLYNN, R.J. et al. Aging and generational effects on drinking behaviors in men: results from the normative aging study. **Am. J. Public Health**, v.75, p.1413-1419, 1985.

GOODWIN, J.S. et al. Alcohol intake in a healthy elderly population. **Am. J. Public Health**, v.77, p.173-177, 1987.

GREENFIELD, T.K.; MIDANIK, L.T.; ROGERS, J.D. 10-Year National Trend Study of Alcohol Consumption, 1984–1995: Is the Period of Declining Drinking Over? **Am. J. Public Health**, v.90, p.47-52, 2000.

GROVER, S. et al. Drug dependence in the geriatric age group: a clinic-based study. **German J. Psychiatry**, v.11, p.10-15, 2008.

GUPTA, P.C. et al. Concurrent alcohol and tobacco use among a middle-aged and elderly population in Mumbai. **Natl. Med. J. India**, v.18, n.2, p.88-91, 2005.

HAKKI-ONEN, S. et al. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.41, p.191–200, 2005.

HALME, J.T. et al. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland. **Drug Alcohol Depend.**, v.106, n.2-3, p.212-218, 2010.

HAMILTON, V.; HAMILTON, B.H. Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium? **Can. J. Econ.**, v.30, p.135-151, 1997.

HASIN, D.S.; GRANT, B.F. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.61, n.9, p.891-896, 2004.

HASIN, D.S. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the United states results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.64, n.7, p.830-842, 2007.

HELZER, J.E. et al. Alcoholism-North America and Asia. A comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.47, p.313–319, 1990.

HIRATA, E.S. et al. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, p.1045-1053. 2009.

HOLBERT, K.R.; TUETH, M.J. Alcohol abuse and dependence. A clinical update on alcoholism in the older population. **Geriatrics**, v.59, n.9, p.38-40, 2004.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley & Sons, 1989.

LEE, E.S.; FORTHOFFER, R.N. **Analyzing complex survey data**. 2.ed. Beverly Hills: Sage, 2006.

HUGHES, J.R.; KALMAN, D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? **Drug Alcohol Depend.**, v.82, p.91–102, 2006.

ICAZA, M.C.; ALBALA, C. **Projeto SABE**. Minimental State Examination (MMSE) del studio de dementia em Chile: analisis estatístico. Brasília: OPAS, 1999. p. 1-18.

ILOMÄKI, J. et al. Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the Fin drink study. **Eur. J. Public Health**, v.20, n.2, p.133-138, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Projeção de expectativa de vida para 2050**. Dados de 2005. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estatistica/população/projecao>>. Acesso em : 13 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 256p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. 2010b. <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf)>. Acesso em: 1 Abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010:** população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 01 Maio 2011.

JOHNSON-GREENE, D.; MCCAUL, M.E.; ROGER, P. Screening for hazardous drinking using the Michigan Alcohol Screening Test–Geriatric Version (MAST-G) in elderly persons with acute cerebrovascular accidents. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v.33, n.9, p.1555-1561, 2009.

KANO, M.Y. **Uso de álcool em idosos:** validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-919, 1963.

KEMM, J. An analysis by birth cohort of alcohol consumption by adults in Great Britain 1978–1998. **Alcohol Alcohol.**, v.38, n.2, p. 142–147, 2003.

KERR-CORRÊA, F. et al. Patterns of alcohol use between genders: a cross-cultural evaluation. **J. Affect Disord.**, v.102, n.1-3, p.265-275, 2007.

KIM, S. et al. Prevalence of smoking and drinking among older adults in seven urban cities in Latin America and the Caribbean. **Subst. Use Misuse**, v.41, p.1455-1475, 2007.

KIM, K.W. et al. Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, p. 1420 -1428, 2009.

KIRCHNER, J.E. et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. **J. Gen. Intern. Med.**, v.22, n.1, p.92-97, 2007.

KUNST, A. et al. **Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Europe: a comparative study**. Volume 1: Main Report. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 1996.

LANG, I. et al. What Level of Alcohol Consumption Is Hazardous for Older People? Functioning and Mortality in U.S. and English National Cohorts. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.55, p.49-57, 2007.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, p.179-186, 1969.

LAWTON, M.P. et al. A Research and service-oriented multilevel assessment instrument. **J. Gerontol.**, v.37, p. 91-99, 1982.

LEBRÃO, M.L. **Estudo SABE – 2005: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - Estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo**. Processo Fapesp nº 2009/53778-3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n.7, p.135-140, 2007.

LEBRÃO, M.L. Epidemiologia do envelhecimento. **Bol. Inst. Saúde**, n.47, p.23-26, 2009.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Desafios de um estudo longitudinal – O projeto SABE. **Saúde Coletiva**, v.5, n.24, p.166-167, 2008.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, p.127-124, 2005.

LEE, E.S.; FORTHOFER, R.N. **Analyzing complex survey data**. 2.ed. Beverly Hills: Sage, 2006.

LEE, S.J. et al. Functional Limitations, Socioeconomic Status, and All-Cause Mortality in Moderate Alcohol Drinkers. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.57, p.955-962, 2009.

LEEMAN, R.F. et al. Risk factors for treatment failure in smokers: relationship to alcohol use and to lifetime history of an alcohol use disorder. **Nicotine Tob. Res.**, v.10, n.12, p.1793-1809, 2008.

LETENNEUR, L. Moderate alcohol consumption and risk of developing dementia in the elderly: the contribution of prospective studies. **Ann. Epidemiol.**, v.17, p.S43–S45, 2007.

LIBERTO, J.G.; OSLIN, D.W. Early versus late onset of alcoholism in the elderly. **Int. J. Addict**, v.30, p.1799-818, 1995.

LIEB, B. et al. Unhealthy alcohol use in the elderly - Current screening and treatment strategies **Fortschr. Neurol. Psychiatr.**, v.76, n.2, p.75-85, 2008.

LIMA, M.C.P. et al. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.12, p.2603-2612, 2009.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R.P. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.3, p.700-701, 2003.

LIN, J.C. et al. Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use disorders in U.S. Adults aged 65 years and older: data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v.19, n.3, p.292-299, 2011.

LIN, Y. et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly japanese men and women. **Ann. Epidemiol.**, v.15, p.590–597, 2005.

LOPES, M.A. et al. Prevalence of alcohol-related problems in an elderly population and their association with cognitive impairment and dementia. **Alcohol. Clin. Exp. Res.**, v.34, n.4, p.726-733, 2010.

LOURENCO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. 4, p.712-719, 2006.

LUCHSINGER, J.A. et al. Alcohol intake and risk of dementia. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.52, p.540–546, 2004.

MARALDI, C. et al. Moderate Alcohol Intake and Risk of Functional Decline: The Health, Aging, and Body Composition Study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.57, p.1767-1775, 2009.

MAYFIELD, D.; McLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **Am. J. Psychiatry**, v.131, n.10, p.1121-1123, 1974.

McCAUL, K.A. et al. Alcohol use and mortality in older men and women. **Addiction**, v.105, n.8, p.1391-400, 2010.

McDOUGALL JR, G.J.; BECKER, H.; AREHEART, K.L. Older males, cognitive function, and alcohol consumption. **Issues Ment Health Nurs.**, v.27, n.4, p.337-353, 2006.

McGRATH, A.; CROME, P.; CROME, I.B. Substance misuse in the older population. **Postgrad. Med. J.**, v.81, p.228–231, 2005.

McINNES, E.; POWELL, J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? **BMJ**, v.308, p.444-446, 1994.

MEHTA, M.M. et al. Alcohol misuse in older people: heavy consumption and protean presentations. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v.60, p.1048-1052, 2006

MENDOZA-SASSI, R.A.; BERIA, J.U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v.98, p.799-804, 2003.

MENON, V. et al. Alcohol consumption and kidney function decline in the elderly. **Nephrol. Dial. Transplant.**, v.25, p. 3301-3307, 2010.

MERRICK, E.L. et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, p.214-223, 2008.

MERRICK, E.L. et al. Unhealthy Drinking Patterns and Receipt of Preventive Medical Services by Older Adults. **J. Gen. Intern. Med.**, v.23, n.11, p.1741-1748, 2008a.

MIDANIK, L.T.; CLARK, W.B. The demographic distribution of US drinking patterns in 1990: descriptions and trends from 1984. **Am. J. Public Health**, v.84, p.1218-1222, 1994.

MINTO, E.C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n.3, p.207-220, 2007.

MIRAND, A.L.; WELT, J.W. Alcohol Consumption among the Elderly in a General Population, Erie County, New York. **Am. J. Public Health**, v.86, p.978-984, 1996.

MOORE, A.A. et al. Are older hazardous and harmful drinkers less likely to participate in health-related behaviors and practices as compared with non-hazardous drinkers? **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.49, p.421-430, 2001.

MOORE, A.A. et al. Are there differences between older persons who screen positive to CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version? **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.50, p. 858-862, 2002a.

MOORE, A.A. et al. Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. **J. Stud. Alcohol**, v.63, n.3, p.316-324, 2002b.

MOORE, A.A. et al. Is there a relationship between excessive drinking and functional impairment in older persons? **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.51, p.44-49, 2003.

MOORE, A.A. et al. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. **Am. J. Public Health**, v.95, n.3, p.458-465, 2005.

MOORE, A.A. et al. Alcohol Use, Comorbidity, and Mortality. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.757-762, 2006.

MOORE, A.A. et al. Alcohol, Tobacco, and nonmedical drug use in older u.s. adults: data from the 2001/02 national epidemiologic survey of alcohol and related conditions. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.57, p.2275-2281, 2009a.

MOOS, R.H. et al. Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20-year perspective. **Addiction**, v.104, n.8, p.1293-1302, 2009b.

MOOS, R.H. et al. Late-Life and Life History Predictors of Older Adults of High-Risk Alcohol Consumption and Drinking Problems. **Drug Alcohol Depend.**, v.108, n.1-2, p.13–20, 2010a.

MOOS, R.H. et al. Spouses of Older Adults With Late-Life Drinking Problems: Health, Family, and Social Functioning. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v.71, p.506-514, 2010b.

MORAES, C.L.; APRATTO JÚNIOR, P.C.; REICHENHEIM, M.E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.10, p.2289-2300, 2008.

MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.2, p. 374-83, 2008.

MORTON, J.L. et al. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. **Am. J. Med.**, v.101, n.2, p.153-159, 1996.

MUKAMAL, K.J. et al. Alcohol consumption and subclinical findings on magnetic resonance imaging of the brain in older adults the cardiovascular health study. **Stroke**, v.32, p.1939-1946, 2001.

MUKAMAL, K.J. et al. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the cardiovascular health study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.52, p.1174-1179, 2004.

MUKAMAL, K.J. et al. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the cardiovascular health study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.30–37, 2006.

NADKARNI, A. et al. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: The 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. **Drug Alcohol Depend.**, v.114, n.1, p. 82–86, 2011.

NAEGLE, M.A. Alcohol use screening and assessment for older adults. Try this: best practices in nursing care to older adults. **Med. Surg. Nurs.**, v.17, p.1-2, 2007.

NAEGLE, M.A. Screening for alcohol use and misuse in older adults. Using the Short Michigan Alcoholism Screening Test–Geriatric Version. **Am. J. Nurs.**, v.108, n.1, p.50-58, 2008.

NAIK, P.C.; JONES, R.G. Alcohol histories taken from elderly people on admission. **BMJ**, v.308, n.6923, p.248, 1994.

NAIMI, T.S. et al. Heavy episodic drinking among US adults. **JAMA**, v.289, p.70-75, 2003.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. (NIAAA) **Helping patients who drink too much: A clinician's guide** NIH Publication No. 07-3769. Bethesda: US Department of Health and Human Services, US Government Printing Office Health, 2005. Disponível em: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/guide.pdf>>. Acesso em: 29 Abr. 2011.

NEAFSEY, E.J.; COLLINS, M.A. Moderate alcohol consumption and cognitive risk. **Neuropsychiatr. Dis. Treat.**, v.7, p.465-484, 2011.

NGUYEN, K. et al. Feasibility of Using an Alcohol-Screening and Health Education System With Older Primary Care Patients. **J. Am. Board Fam. Pract.**, v.14, p.7-15, 2001.

O'CONNELL, H. et al. Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. **BMJ**, v.327, n.7416, p.664-667, 2003.

OLIVEIRA, J.B. et al. Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.33, n.4, p.347-352, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Décima Revisão (CID-10)**. São Paulo: EDUSP/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 1993.

PALLONI, A.; PELAÉZ, M. **Estudo SABE: relatório de trabalho**. Washington, 2000.

PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELAÉZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **Int. J. Epidemiol.**, v.31, p. 762-771, 2002.

PAVARINI, S.C.I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev. Eletrôn. Enferm.**, v. 8, n. 3, p.326-335, 2006. Disponível em:<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm)>. Acesso em: 25 Nov. 2011.

PEACE, K.; MELLISOP, G. Alcoholism and Psychiatric Disorder. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, v.21, n.1, p.94-101, 1987.

PETERS, R. et al. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. **Age Ageing**, v.37, p.505–512, 2008.

PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I. et al. Alcohol Screening Results in Elderly Male Veterans: Association with Health Status and Mortality. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.52, p.1510–1517, 2004.

PILLON, S.C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.4, p.742-748, 2010.

PIRKOLA, S.P.; POIKOLAINEN, K.; LONNQVIST, J.K. Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population—results from the finnish health 2000 study. **Alcohol Alcohol.**, v. 41, n. 3, p.315-320, 2006.

PLATT, A.; SLOAN, F.A.; COSTANZO, P. Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v.71, p.169-179, 2010.

PORTAL DO ENVELHECIMENTO. **O envelhecimento em São Paulo** - Redação Portal do Envelhecimento – Junho 2010. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/zjun10d.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2012.

PRAIS, H.A.C. et al. A population-based study on binge drinking among elderly Brazilian men: evidence from the Belo Horizonte and Bambuí health surveys. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.30, n.2, p.118-123, 2008.

PRINGLE, K.F. et al. Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.53, p.1930-1936, 2005.

PYNE, H.H.; CLAESON, M.; CORREIA, M. **Gender dimensions of alcohol Consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean**. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2002. (World Bank Discussion) Paper No. 433

RAO, R.; CROME, I. **Substance misuse in older people**. London: The Royal College of Psychiatrists, 2012. (CPD Online). Disponível em: <<http://www.psychiatrycpd.co.uk/learningmodules/substancemisuseinolderpeop.aspx>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

RIGLER, S.K. Alcoholism in the elderly. **Am. Fam. Physician**, v.61, n.6, p.1710-1716, 2000.

RIGO, J.C. et al. Trauma associado com uso de álcool em idosos. **Bras. Méd.**, v.42, n.1/2, p. 35-40, 2005.

ROOM, R. et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Finnish Foundation for Alcohol Studies in collaboration with the World Health Organization. **The Globe**, n.1, p. 79-114, 2003.

ROSS, S. Alcohol use disorders in the elderly. **Prim. Psychiatry**, v.12, n.1, p. 32-40, 2005.

RUSSELL, M. New Assessment tools for risk drinking during pregnancy. T-ACE, TWEAK and others. **Alcohol Health Res. World**, v.18, n.1, p.55-61, 1994.

RUSSELL, M.; BIGLER, L. Screening for alcohol related-problems in an outpatient obstetric- gynecologic clinic. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.134, p.4-12, 1979.

SAMSHA TIP 26: Substance abuse among older adults. Rockville: US. Department of Health and Human Services, 1998. Disponível em: <[http://www.quantumunitsed.com/materials/0135\\_substanceabuseamongolderadults.pdf](http://www.quantumunitsed.com/materials/0135_substanceabuseamongolderadults.pdf)>. Acesso em: 24 Abr. 2011.

SATRE, D.D. et al. Predictors of alcohol treatment seeking in a sample of older veterans in the GET SMART Program. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.51, p.380-386, 2003.

SATRE, D.D.; AREÁN, P.A. Effects of gender, ethnicity, and medical illness on drinking cessation in older primary care patients. **J. Aging Health**, v.17, p.70-84, 2005.

SAUNDERS, J.B. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. **Addiction**, v.88, n.6, p.791-804, 1993.

SCHMALL, V.L.; GOBELI, C.L.; STIEHL, R.E. **Alcohol problems in later life**. Washington: A Pacific Northwest Extension, 2009

SCHNEEKLOTH, T.D. et al. Point prevalence of alcoholism in hospitalized patients: continuing challenges of detection, assessment, and diagnosis. **Mayo Clin Proc.**, v.76, n.5, p.460-466, 2001.

SHAHPE SANDY, H. et al. Alcoholism in the elderly: A study of elderly alcoholics compared with healthy elderly and young alcoholics. **Neuroendocrinol. Lett.**, v.27, n.5, p.651-657, 2006.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **J. Aging Mental Health**, v.5, n.1-2, p.165-173, 1986.

SHER, K.J. et al. Alcohol outcome expectancies and alcohol use: A latent variable cross-lagged panel study. **J. Abnorm. Psychol.**, v.105, n.4, p.561-574, 1996.

SILVA, N.N. Aspectos Metodológicos – Processo de Amostragem. In. LEBRÃO, M.L; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento**. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

SMAIL, P. et al. Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. **Br. J. Psychiatry**, v.144, p.53-57, 1984.

SMITH, J.W. Medical manifestations of alcoholism in the elderly. **Int. J. Addict.**, v.30, n.13, p.1749-1798, 1995.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. **J. Fam. Pract.**, v.6, n.6, p.1231-1239, 1978.

SOROCCO, K.H.; FERRELL, W. Alcohol use among older adults. **J. Gen. Psychol.**, v.133, p.453-467, 2006.

SOUSA, R.L. et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, n.2, p.102-107, 2007.

STATACORP. **Stata Statistical Software**: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP, 2007.

STOPPE JÚNIOR, A.; JACOB FILHO, W.; LOUZÃ NETO, M. R. Avaliação de Depressão em Idosos através da Escala de Depressão em Geriatria: resultados Preliminares. **Rev. ABP-APAL**, v. 16, n. 4, p. 149-153, 1994.

STOTT, D.J. et al. Does low to moderate alcohol intake protect against cognitive decline in older people? **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, p.2217-2224, 2008.

SUELVES, J.M.; MARTINEZ, V.; MEDINA, A. Injuries from falls and associated factors among elderly people in Cataluna, Spain. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.27, n.1, p.37-42, 2010.

SUN, W. et al. Moderate alcohol use, health status, and mortality in a prospective chinese elderly cohort. **Ann. Epidemiol.**, v.19, p. 396-403, 2009.

SUWALA, M.; GERSTENKORN, A. Detection of alcohol problems among elderly people **Psychiatr. Polska**, v.41, n.5, p.703-713, 2007.

THOBABEN, M. Elderly home health clients who abuse alcohol. **Home Health Care Manage. Pract.**, v.18, p. 413, 2006.

THOMAS, V.S.; ROCKWOOD, K.J. Alcohol abuse, cognitive impairment, and mortality among older people. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.49, p.415-420, 2001.

TURVEY, C.L.; SCHULTZ, S.K.; KLEIN, D.M. Alcohol use and health outcomes in the oldest old. **Subst. Abuse Treat. Prevent. Policy**, v.1, p.8, 2006.

VAN DER POL, V. et al. Does alcohol contribute to accident and emergency department attendance in elderly people? **J. Accid. Emerg. Med.**, v.13, p.258-260, 1996.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v.21, p.225-233, 1987.

WALLACE, C. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. **Nurs. Stand.**, v.24, n.33, p.51-7; quiz 58, 2010.

WEYERER, S. et al. At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, n.12, p.1376-1385, 2009.

WILSON, S.R. et al. Adding an Alcohol-Related Risk Score to an Existing Categorical Risk Classification for Older Adults: Sensitivity to Group Differences. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.55, p.445-450, 2007.

WOLLE, C.C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.33, p.367-373, 2011.

WU, S. et al. Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. **Alcohol Alcohol.**, v.43, n.5, p.577-582, 2008.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiat. Res.**, v.17, n.1, p. 37-49, 1983.

ZANUTO, E. et al. Idosos. In.: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZHANG, Y. et al. Secular Trends in Alcohol Consumption over 50 Years: The Framingham Study. **Am. J. Med.**, v.121, n.8, p. 695–701, 2008.

ZIMMERMAN, T.; McDOUGALL JUNIOR, G.H.; BECKER, H. Older women's cognitive and affective response to moderate drinking. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.19, n.11, p.1095-1102, 2004.

ZOHOORI, N. Recent patterns of alcohol consumption in the Russian elderly, 1992-1996. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.66, p.810-814, 1997.

## 12. ANEXOS

---

### ANEXO 1



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica • CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil  
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

---

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Helena Akemi Wada Watanabe".

**Helena Akemi Wada Watanabe**

**Professora Doutora**

**Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP**

## ANEXO 2



**ESTUDO S A B E:**  
**SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO**  
**Estudo longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do**  
**Município de São Paulo**

---

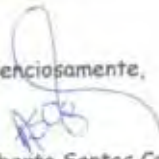
**DECLARAÇÃO**

Declaro que tenho conhecimento e aprovo o uso dos dados do Estudo S A B E pela aluna **Roberta Justel do Pinho**, orientanda da Profa. Dra Maria Cristina Pereira Lima. Declaro, ainda, que o projeto da aluna faz parte dos objetivos do projeto original.

São Paulo, 28 de maio de 2010

Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão  
Coordenadora

## ANEXO 3

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Universidade Estadual Paulista</b><br><b>Faculdade de Medicina de Botucatu</b><br><br>Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.<br>CEP: 16.618-970<br>Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143<br>e-mail secretaria: capelluppi@fmb.unesp.br<br>e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br |  | <br><small>Registrado no Ministério da Saúde<br/>em 30 de Abril de 1997</small> |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
| Botucatu, 05 de julho de 2010.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Of. 322/10-CEP                                                                    |                                                                                                                                                                   |
| <br><br>Ilustríssima Senhora<br>Prof.ª. Dr.ª. Maria Cristina Pereira Lima<br>Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da<br>Faculdade de Medicina de Botucatu                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
| <br><br>Prezada Dr.ª. Maria Cristina,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
| <br><br>De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3613-2010) "Uso nocivo de álcool entre idosos na cidade de São Paulo-SP: Prevalência e fatores de risco", a ser conduzido por Roberta Justel do Pinho, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/07/2010.           |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
| <br>Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
| <br><br>Atenciosamente,<br><br><br><br>Alberto Santos Capelluppi<br>Secretário do CEP                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                                                   |