

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MARIANA SILVA FREITAS GUIMARÃES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS DA ZONA URBANA DO
MUNICÍPIO DE UBERABA-MG**

UBERABA - MG
2016

MARIANA SILVA FREITAS GUIMARÃES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS DA ZONA URBANA DO
MUNICÍPIO DE UBERABA-MG**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Darlene Mara dos Santos Tavares.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA - MG
2016

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

G979p Guimarães, Mariana Silva Freitas
Prevalência e fatores associados ao abuso e provável dependência de
álcool entre idosos da zona urbana do município de Uberaba-MG / Mariana
Silva Freitas Guimarães. -- 2016.
97 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Alcoolismo. 2. Idoso. 3. Prevalência. 4. Enfermagem geriátrica. I.
Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo
Mineiro. III. Título.

CDU 613.81

MARIANA SILVA FREITAS GUIMARÃES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS DA ZONA URBANA DO
MUNICÍPIO DE UBERABA-MG**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Uberaba, ____ de _____ de 2016.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a Luciana Kusumota
Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

Prof^a. Dr^a Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Carlos e Ivanilde por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e acreditando em mim. Obrigada pelo incentivo constante! Minha eterna gratidão e amor. Foi difícil, mas eu consegui!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela presença constante, guiando-me sempre para o melhor caminho, por me conceder serenidade nos momentos difíceis, sabedoria para enfrentar obstáculos, força e crescimento ao longo deste percurso.

Aos meus pais Carlos e Ivanilde, pelo incentivo e apoio incondicionais, por nunca pouparem esforços para o alcance dos meus sonhos. Que vivenciaram toda minha trajetória, com palavras de amor, carinho e compreensão. Vocês são minha vida, e agradeço sempre pelo apoio imprescindível para esta conquista. Obrigada pai, pelo amor incondicional, por me ensinar a lutar pelos sonhos e acreditar no meu potencial! Obrigada mãe, por estar sempre ao meu lado, pelos incentivos, conselhos, pelas preces e por ser essa mãe tão amorosa, carinhosa e amiga.

Aos meus irmãos Daniel, Danilo e Lucília, pelo carinho, amor e companheirismo que sempre me proporcionaram ao longo dessa trajetória. Obrigada pela amizade e incentivo!

Ao Jonas, por todo amor e carinho, pela compreensão, motivação, paciência e cumplicidade essencial ao longo desta trajetória e para que este momento se tornasse realidade.

A todos os familiares, pela torcida, pela compreensão e pelo apoio no decorrer desta caminhada.

À minha orientadora, professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, por todas as oportunidades concedidas e pela amizade. Por acreditar nesta temática, pelo incentivo, pela convivência e pelo apoio incondicional e aprendizado.

À Professora Doutora Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, pelas contribuições durante o exame de qualificação, correções e sugestões da versão final desse trabalho e por fazer parte da banca examinadora desta dissertação.

À Professora Doutora Luciana Kusumota, pela gentileza de avaliar este trabalho, contribuir para sua melhoria e aceitar o convite de participar da banca examinadora.

Aos professores do PPGAS, em especial ao Profº Drº Vanderlei José Haas, pelos ensinamentos estatísticos desafiadores e preciosos, pelas orientações, apoio e amizade.

Aos amigos do Grupo de Saúde Coletiva, pela troca de conhecimentos, apoio e carinho essenciais para minha trajetória; em especial, agradeço à Flávia, Gianna, Nayara Gomes e Nayara Martins.

Aos colegas e amigos de mestrado, pelas experiências compartilhadas, em especial aos meus amigos Renata, Raquel, Samantha, Ana Luisa, Emmanuel, Juliana, Grazielle e Érica, obrigada pela convivência, amizade e risadas durante toda essa trajetória.

As minhas amigas Milene, Andreza e Sabrina, pelas orações, por todo amor, cuidado e apoio dedicado a mim; vocês foram fundamentais para que essa etapa da minha carreira se concretizasse. Obrigada pela amizade e palavras de incentivo!

Ao programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, pela oportunidade e aprendizado.

À Secretaria do PPGAS, Daniela e Fábio, obrigada pela assistência, disponibilidade, auxílio e amizade.

À FAPEMIG, pelo auxílio financeiro.

Aos idosos que se dispuseram a colaborar com esta pesquisa; agradeço pela confiança em compartilhar as suas histórias e experiências de vida e pela disponibilidade.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta etapa gratificante, meus sinceros agradecimentos!

*“Depois de algum tempo a gente aprende...
Aprende que nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a compreender que não
se deve comparar com os outros, mas com o melhor que se pode ser. Descobre que leva-se
muito tempo para se tornar a pessoa que deseja ser, e que o tempo é curto. E você
aprende que realmente pode suportar; que realmente é forte e que pode ir muito mais
longe, mesmo tendo pensado não ser capaz.”*

(William Shakespear)

RESUMO

GUIMARÃES, Mariana Silva Freitas. **Prevalência e fatores associados ao abuso e provável dependência de álcool entre idosos da zona urbana do município de Uberaba-MG**. 2016. 96f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2016.

O alcoolismo é uma doença crônica, caracterizada pela dependência à substância alcoólica. No idoso o consumo vem aumentando substancialmente a cada dia, contribuindo para o desenvolvimento de morbidades, número de mortalidades e internações hospitalares. As alterações fisiológicas devido à idade avançada fazem aumentar os efeitos do álcool no organismo, com isto os idosos ficam mais propensos a enfermidades. Desta forma, torna-se fundamental conhecer os fatores associados à sua ocorrência em idosos, a fim de contribuir para elucidação deste fenômeno e contribuir com a sua prevenção. Este estudo objetivou verificar a prevalência do abuso e provável dependência do álcool em idosos; descrever as características sociodemográficas, econômicas, indicativo de presença de sintomas depressivos e morbidades dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG; e verificar a associação entre o abuso e provável dependência do álcool com as variáveis: sexo, faixa etária, renda, escolaridade, indicativo de presença de sintomas depressivos e número de morbidades. Trata-se de inquérito domiciliar, transversal e analítico conduzido com 614 idosos que vivem na zona urbana do município de Uberaba-MG. Foram utilizados: formulário para caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos; Mini Exame do Estado Mental; Questionário *Older Americans Resources and Services*; Escala de Depressão Geriátrica Abreviada; e *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version*. Procedeu-se à análise descritiva, testes qui-quadrado, razão de prevalência, razão de chances de prevalência e modelo de regressão logística binomial múltipla ($p < 0,05$), por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFTM, N° 573.833. A prevalência do abuso e provável dependência do álcool em idosos foi de 26,5%. As características sociodemográficas e econômicas dos dois grupos, com e sem abuso e provável dependência do álcool, foram semelhantes, predominando idosos com 60 |- 70 anos, que moravam com esposo (a) ou companheiro (a) e com escolaridade de 1 |- 5 anos de estudo. As exceções se fazem para os sexos, em que entre os idosos com abuso do álcool predominou o masculino e, para os sem abuso, o feminino; e renda mensal individual, em que a maioria dos idosos com

abuso do álcool recebiam 1 -| 3 salários mínimos, e os sem abuso do álcool até um salário mínimo. Tanto os idosos com abuso e provável dependência do álcool quanto os que não possuíam abuso apresentaram maior percentual para cinco ou mais morbidades e ausência de indicativo de presença de sintomas depressivos. O abuso e provável dependência do álcool foram associados ao sexo masculino e a presença de indicativo de sintomas depressivos. Estes resultados contribuíram para o conhecimento acerca do uso, abuso e provável dependência do álcool em idosos, bem como os fatores a ele associados. Além de propiciar subsídios para o desenvolvimento de estratégias de ações de saúde com a finalidade de promoção a saúde, a prevenção de doença e reabilitação do idoso que faz uso abusivo do álcool.

Palavras-chave: Idoso; Alcoolismo; Uso de álcool; Prevalência; Enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

GUIMARÃES, Mariana Silva Freitas. Prevalence and factors associated with alcohol abuse and probable alcohol dependence among the elderly in the urban area of Uberaba-MG. 2016. 96f. Dissertation (Master in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2016.

Alcoholism is a chronic disease characterized by addiction to alcohol. Among the elderly, the consumption is increasing substantially each day, contributing to the development of morbidities, number of mortalities and hospitalizations. Physiological changes due to old age increase the effects of alcohol on the body, so the elderly are more prone to illness. Thus, it is essential to know the factors associated with its occurrence in the elderly, in order to contribute to the elucidation of this phenomenon and contribute to its prevention. This study aimed to verify the prevalence of alcohol abuse and probable dependence in the elderly; describing the sociodemographic and economic characteristics as well as indicatives of the presence of depressive symptoms and morbidities of the elderly living in the urban area of the city of Uberaba-MG; and to verify the association between abuse and probable alcohol dependence with the variables: gender, age, income, schooling, indicatives of the presence of depressive symptoms and number of morbidities. This is a household, cross-sectional and analytical survey conducted with 614 elderly people living in the urban area of the city of Uberaba-MG. We used: form for characterization of socio-demographic and economic data; Minor Mental State Examination; Older Americans Resources and Services Questionnaire; Geriatric Depression Scale; And Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version. Chi-square tests, prevalence ratio, prevalence odds ratio and multiple binomial logistic regression model ($p < 0.05$) were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 21.0. The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of UFTM, N° 573.833. The prevalence of abuse and probable alcohol dependence in the elderly was 26.5%. The sociodemographic and economic characteristics of the two groups with and without abuse and probable dependence on alcohol were similar, predominantly in elderly with 60 | 70 years old, who lived with husband, wife or partner and with schooling of 1 | 5 years of study. Exceptions are made for the genders in which the elderly men with alcohol abuse predominated the male and for the non-abusive the female; And individual monthly income, in which the majority of elderly people with alcohol abuse received 1 | 3 minimum wages, and those without alcohol abuse up to a minimum wage. The elderly with

alcohol abuse and probable dependence and those who did not have abuse both presented a higher percentage for five or more morbidities and absence of an indication of the presence of depressive symptoms. Abuse and probable alcohol dependence were associated with males and the presence of an indication of depressive symptoms. These results contributed to the knowledge about the use, abuse and probable dependence of alcohol in the elderly, as well as the associated factors. In addition to providing subsidies for the development of health action strategies for the purpose of health promotion, disease prevention and rehabilitation of the elderly who abuse alcohol.

Keywords: Elderly; Alcoholism; Alcohol use; Prevalence; Geriatric nursing.

RESUMEN

GUIMARÃES, Mariana Silva Freitas. **Prevalencia y factores asociados al abuso y la probable dependencia de alcohol entre mayores de la zona urbana del municipio de Uberaba-MG.** 2016. 96f. Disertación (Máster en Atención a la Salud)- Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por la dependencia a la sustancia alcohólica. En las personas mayores, el consumo viene aumentando substancialmente a cada día, contribuyendo para el desarrollo de morbilidades, número de mortalidades e internaciones hospitalarias. Las alteraciones fisiológicas debido a la edad avanzada hacen aumentar los efectos del alcohol en el organismo, con eso los mayores se quedan más propensos a enfermedades. En esa forma, se vuelve fundamental conocer los factores asociados a la ocurrencia del alcoholismo en los mayores, a fin de contribuir para elucidación de ese fenómeno y contribuir con la prevención de él. Este estudio tuvo como objetivo verificar la prevalencia del abuso y probable dependencia del alcohol en personas mayores; describir las características sociodemográficas, económicas, indicativo de presencia de síntomas depresivos y morbilidad de los mayores que viven en la zona urbana del municipio de Uberaba-MG; y verificar la asociación entre el abuso y probable dependencia del alcohol con las variables: sexo, franja etaria, renta, escolaridad, indicativo de presencia de síntomas depresivos y numero de morbilidades. O sea, es una averiguación domiciliar, transversal y analítica conducida con 614 personas mayores que viven en la zona urbana del municipio de Uberaba-MG. Fueron utilizados: formulario para caracterización de los datos sociodemográficos y económicos; Mini Examen del Estado Mental; cuestionario *Older Americans Resources and Services*; Escala de Depresión Geriátrica Abreviada; y *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version*. Fue procedido al análisis descriptivo, testes qui-cuadrado, razón de prevalencia, razón de chances de prevalencia y modelo de regresión logística binominal múltipla ($p < 0,05$), por medio del programa *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versión 21,0. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética em Investigación con Seres Humanos de la UFTM, N° 573.833. La prevalencia del abuso y probable dependencia del alcohol en mayores fue de 26,5%. Las características sociodemográficas y económicas de los dos grupos, con e sin abuso y probable dependencia del alcohol, fueron semejantes, predominando mayores con 60 |- 70 años, que vivían con esposo(a) o compañero(a) y con escolaridad de 1 |- 5 años de estudio. Las excepciones se

hacen para los sexos, en que los mayores con abuso de alcohol predominó el masculino e, para los sin abuso, el femenino; y renta mensual individual, en que la gran mayoría de los mayores con abuso del alcohol recibían 1 -| 3 salarios mínimos, y los sin abuso del alcohol hasta un salario mínimo. Tanto los mayores con abuso y probable dependencia del alcohol cuanto los que no poseían abuso presentaron mayor porcentual para cinco o más morbilidades y ausencia de indicativo de presencia de síntomas depresivos. El abuso y probable dependencia del alcohol fueron asociados al sexo masculino y la presencia de indicativo de síntomas depresivos. Eses resultados contribuyeron para el conocimiento acerca del uso, abuso y probable dependencia del alcohol en personas mayores, así como los factores asociados a él. Además de propiciar subsidios para el desarrollo de estrategias de acciones de salud con la finalidad de promoción a la salud, la prevención de enfermedad y rehabilitación del mayor que hace uso abusivo del alcohol.

Palabras-clave: Mayores, Alcoholismo, Uso de alcohol, Prevalencia, Enfermería geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Doenças e prejuízos totais ou parciais decorrentes do uso do álcool.....	28
Figura 2 - Composição final da amostra.....	41
Figura 3 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.....	42
Figura 4 - Prevalência do abuso e provável dependência do álcool em idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	48
Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas e indicativo de sintomas depressivos dos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	49
Tabela 3 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos segundo o abuso e provável dependência de álcool, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	50
Tabela 4 - Distribuição das variáveis morbidades autorreferidas e indicativo de sintomas depressivos dos idosos segundo abuso e provável dependência de álcool, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	51
Tabela 5 - Modelo final de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao abuso e provável dependência do álcool em idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.....	52

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

BA - Bahia

BPE - Beber Pesado Episódico

CAGE - Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eyeopener

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID-10 - Classificação Internacional das Doenças

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de confiança

MAST-G - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MG - Minas Gerais

NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

OARS - *Older Americans Resources and Services*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PPGAS – Programa de pós-graduação em atenção à saúde

RCP - *Odds Ratio*

RP – Razão de prevalência

RS - Rio Grande do Sul

SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SP - São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	21
1.2 ALCOOLISMO.....	23
1.3 ALCOOLISMO EM IDOSOS.....	31
2 OBJETIVOS	38
3 MATERIAL E MÉTODOS	39
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
3.3 POPULAÇÃO.....	39
3.3.1 Definição da População	39
3.3.2 Procedimentos para amostragem conglomerado em múltiplos estágios	39
3.3.3 Critérios de inclusão	42
3.3.4 Critérios de exclusão	42
3.4 COLETA DE DADOS.....	42
3.4.1 Procedimentos para coleta dos dados	42
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.5.1 Dados sociodemográficos e econômicos	43
3.5.2 Questionário <i>Older Americans Resources and Services (OARS)</i>	43
3.5.3 Mini Exame do Estado Mental	43
3.5.4 Escala de depressão geriátrica	44
3.5.5 <i>Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version</i>	44
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	44
3.6.1 Sociodemográficos e econômicos	44
3.6.2 Declínio cognitivo	44
3.6.3 Número de morbidades autorreferidas	45
3.6.4 Indicativo de sintomas depressivos	45
3.6.5 Abuso e possível dependência de álcool em idosos	45
3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	45

3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	45
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4 RESULTADOS.....	47
4.1 PREVALÊNCIA DO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS.....	47
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	47
4.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos.....	47
4.2.2 Perfil clínico e indicativo de sintomas depressivos dos idosos.....	48
4.3 FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS.....	49
5 DISCUSSÃO.....	53
5.1 PREVALÊNCIA DO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS.....	53
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	55
5.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos.....	55
5.2.2 Perfil clínico e indicativo de sintomas depressivos dos idosos.....	62
5.3 FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS.....	66
6 CONCLUSÃO.....	73
7 REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS.....	89
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
ANEXO A - MORBIDADES AUTORREFERIDAS.....	91
ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	92
ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA.....	94
ANEXO D - MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC VERSION (MAST-G).....	95
ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO.....	96

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresentado em três tópicos, será abordado o envelhecimento populacional, que discutirá o processo de transição demográfica e algumas estimativas e projeções referentes a esse fenômeno; o alcoolismo, incluindo o contexto histórico, a epidemiologia, os fatores de risco, a classificação, o diagnóstico e o tratamento; e as repercussões do alcoolismo nos idosos, trazendo também dados epidemiológicos, os fatores de risco, o diagnóstico, o tratamento e a importância da assistência qualificada em saúde, em especial da enfermagem.

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é uma vitória da humanidade e decorre dos avanços social e tecnológico (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Especificamente, nos países em desenvolvimento está relacionado às melhorias nas condições alimentares e sanitárias, a evolução da medicina e dos cuidados com a saúde, educação e bem-estar econômico (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Este processo que iniciou nos países desenvolvidos, ocorre atualmente de forma mais exacerbada nos países em desenvolvimento, que vem apresentando altos índices de envelhecimento da população (LEBRÃO; DUARTE, 2009; APRATTO JÚNIOR, 2010; AZIZ; CALVO; DORSI, 2012). No Brasil é considerado um dos maiores desafios contemporâneos para o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de fazer frente às novas demandas geradas (APRATTO JÚNIOR, 2010; AZIZ; CALVO; DORSI, et al., 2012).

Neste contexto, o envelhecimento populacional se tornou um fenômeno mundial (VERAS, 2009), sendo o aumento da população idosa uma das mais significativas tendências do século XXI (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

A definição cronológica de idoso se distingue entre os países. Assim, no Brasil, país em desenvolvimento, as pessoas com 60 anos ou mais de idade são considerados idosos e nos países desenvolvidos aqueles com 65 anos ou mais (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando a proporção de idosos de um país atinge 7% e com tendência ao crescimento, este país é considerado como envelhecido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989). Deste modo, o Brasil pode ser considerado um país com população envelhecida, uma vez que em dados demográficos

obtidos no ano de 2012 verificaram-se que 11,77% da população eram idosos (BRASIL, 2012).

Houve nas últimas décadas um grande crescimento do número de idosos no Brasil, levando a um rápido processo de envelhecimento populacional. No ano de 2012, as pessoas com 60 anos ou mais correspondiam a 23,5 milhões dos brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Estima-se que em 2050 esta porcentagem aumentará consideravelmente, chegando a representar 30% da população total dos brasileiros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). No *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária o Brasil ficará em sexto lugar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Atribui-se a este fato a interação dinâmica das taxas de mortalidade e de fecundidade, levando a uma maior concentração na população idosa, repercutindo desta forma, na elevação da expectativa de vida. Em vários outros países em desenvolvimento, bem como no Brasil, evidencia-se que o envelhecimento populacional é resultante das modificações ocorridas nos indicadores de saúde, em consequência dos progressos tecnológicos, o que proporcionou a diminuição nas taxas de fecundidade e de natalidade, relacionadas à redução da mortalidade precoce (CIOSAK et al., 2011).

A expectativa de vida no Brasil em 2002 era de 71 anos de idade e passou para 72,9 anos em 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Ao analisar este indicador em relação aos sexos, verifica-se que as mulheres se dispõem em condição mais favoráveis comparadas aos homens. De 1999 para 2009 a expectativa de vida aumentou de 73,9 para 77,0 anos para o sexo feminino e para o masculino de 66,3 para 69,4 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Paralelo à transição demográfica ocorreu a epidemiológica, num período inferior a 40 anos no Brasil (VERAS, 2009). Nesse contexto, aconteceram mudanças no padrão de adoecimento que, anteriormente, prevaleciam às doenças infecciosas e parasitárias, característica da população mais jovem, e atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (CARMO; SILVA JÚNIOR; BARRETO, 2003).

O processo transição demográfica e epidemiológica brasileira institui um desafio e um compromisso para os gestores públicos e a sociedade. Com isto, torna-se essencial investir na promoção da autonomia e na melhora da qualidade de vida dos idosos, bem como fornecer cuidados adequados às suas necessidades. Esse novo cenário brasileiro demanda de

planejamentos, logísticas, capacitação de cuidadores e, principalmente, sensibilidade e percepção para compreender que a população idosa continuará crescendo (SOUZA; MINAYO, 2010).

Este processo também ocorreu no bojo de novas formas de arranjos familiares e domiciliares, acarretando uma reorganização da estrutura familiar. Torna-se então, imprescindível a criação de ambiente em que a velhice seja entendida de maneira positiva, permitindo ao idoso acompanhar o ritmo e estilo de vida dos demais membros da família (VERAS, 2009).

Considerando os aspectos supra citados e que, ao longo do processo de envelhecimento humano, a pessoa passa por alterações em várias dimensões (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011), representando um “processo dinâmico, progressivo, sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas” (PAPALÉO NETTO, 2006, p. 12), reforça-se a necessidade de se desenvolver estudos voltados a esta população, visando compreender o processo do envelhecimento e suas características (TAVARES; DIAS, 2011).

Soma-se a estes aspectos duas questões que denotam a necessidade de aprofundamento do conhecimento científico, quais sejam, no município de Uberaba-MG, local do presente estudo, o percentual de idosos corresponde a 12,62% sendo superior ao descrito para o país (11,77%) (BRASIL, 2012) e a melhor compreensão das questões do envelhecimento relacionadas à saúde, dentre elas, o alcoolismo (PINHO, 2012).

1.2 ALCOOLISMO

Há milhares de anos os efeitos das bebidas alcoólicas são de conhecimento do homem. Arqueólogos e historiadores descrevem que o consumo das bebidas fermentadas com teor alcoólico remete ao período pré-cristão, ou seja, muitos anos antes de Cristo o homem já conhecia e fazia uso do álcool (MELLO; BARRIAS; BREDA, 2002; VARGAS, 2011).

De acordo com estes registros históricos por volta de 6.000 antes de Cristo a cerveja e o vinho já eram utilizados de modo indiscriminado. O consumo destas bebidas estava relacionado aos aspectos religiosos desde a era mitológica até o advento do cristianismo. Além de estarem presentes nas cerimônias religiosas, o vinho e a cerveja também estavam evidentes em festividades e comemorações, como forma de estar próximo aos deuses (TOWNSEND, 2002; VARGAS, 2005).

Com o surgimento do procedimento de destilação, na idade média, introduzido em diversas culturas, pelos árabes, houve aumento do teor alcoólico nas bebidas, acarretando em episódios de intoxicação mais intensos e frequentes (DOTTO BAU, 2002).

Devido às alterações comportamentais e afetivas, resultantes do estado alcoolizado, o uso irrestrito do álcool passou a ser visto como algo indigno e como um comportamento pecador e fraco. Este novo conceito foi aderido às regras morais em várias civilizações. Este modelo moral, construído pela sociedade pode ser considerado como a primeira tentativa de se controlar o consumo em demasia do álcool (MARQUES, 2001).

No início do século XIX o conceito do alcoolismo como doença consolida-se, almejando tratar os agravos do uso contínuo e crônico do álcool e tentando abolir o estigma moral e a vergonha que impossibilitavam a procura de tratamento (MELLO; BARRIAS; BREDA, 2002).

As divergências a respeito do uso e abuso do álcool continuaram a existir servindo como estímulo para produção de pesquisas acerca dos efeitos a curto e longo prazo e, sobre a natureza das desordens fisiológicas e psicológicas causadas pelo seu uso (MARQUES, 2001).

Já no século XX surgiu um dos movimentos mais conhecidos, denominado de “temperança”. Esse movimento surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) e resultou na proibição da venda e produção de bebidas com teor alcoólico expresso na lei seca que vigorou de 1920 a 1933. Após esse longo período o Governo decretou o fim dessa lei, uma vez que o comércio paralelo de bebidas alcoólicas não deixou de existir, e o mesmo estava deixando de arrecadar milhões com impostos e taxas. Logo, a liberação do comércio das bebidas alcoólicas traria muitos benefícios financeiros ao país (TOWNSEND, 2002).

Embora os esforços para conter o abuso de bebidas alcoólicas tenham se intensificado apenas no século XX, ainda no século XIX, Magno Huss, foi o primeiro pesquisador a descrever o alcoolismo como doença. Contudo, apenas em 1960, já no século XX, que Jellinek propagou o conceito de alcoolismo como doença perante a sociedade. A publicação de Jellinek dizia que a pessoa tem ou não tem o alcoolismo de forma empírica, assim como ou se é de uma cor ou de outra. Destaca que a única forma de tratamento para o alcoolista é manter-se abstinência para sempre (JELLINEK, 1960; RAMOS; WOITOWITZ, 2004; BRASIL, 2007).

Jellinek considerava a pessoa como dependente alcoólico somente quando apresentava tolerância ao álcool, síndrome de abstinência e/ou perda de controle do consumo do álcool. Assim, a tolerância se refere à necessidade de ingerir doses cada vez maiores na busca pelos efeitos da substância. Já a síndrome de abstinência era entendida como o desconforto

biológico e mental decorrente da não ingestão de álcool e/ou sua diminuição. De modo simplificado, Jellinek diferenciava os transtornos relacionados ao abuso do álcool entre os dependentes da substância e os não dependentes (JELLINEK, 1960; GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O alcoolismo é uma doença crônica (BRASIL, 2003), caracterizada pela dependência à substância alcoólica, que tende a piorar com o passar dos anos (CAMPOS, 2009; HERMAN; SADOVSKY, 2010); provocando a compulsão pelo consumo periódico de álcool (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008) e casos de intoxicações frequentes (BRASIL, 2003), levando a consequências biopsicossociais graves e irreversíveis (SILVA et al., 2007; CAMPOS, 2009; ; HERMAN; SADOVSKY, 2010), alterações comportamentais significativas (BRASIL, 2003; HERMAN; SADOVSKY, 2010) e em casos mais graves ao óbito (CAMPOS, 2009; HERMAN; SADOVSKY, 2010); não sendo definida exclusivamente como uma doença de cunho biológico ou social isoladamente (SILVA et al., 2007).

O álcool atua no organismo como depressor do Sistema Nervoso Central (SNC) (SENAD, 2012), proporcionando efeitos farmacológicos e tóxicos sobre o cérebro, causando alterações comportamentais e afetivas, interferindo diretamente nas relações sociais e no cotidiano da pessoa, além de predispor à dependência. Além da ação no SNC o álcool atua também sobre o Sistema Nervoso Periférico (SNP) e principalmente sobre o Sistema Cardiovascular, mas de maneira geral, traz consequências aos demais sistemas orgânicos do corpo direta ou indiretamente (RIBEIRO; ANDRADE, 2007; FIGLIE; BORDINO; LARANJEIRA, 2010).

Por intervir no SNC, o álcool é conceituado como uma droga psicotrópica que provoca transformação de comportamento, discernimento, cognição, respiração, coordenação psicomotora e sexualidade, e pode acarretar dependência quando utilizado em doses excessivas durante um longo período de tempo (LARANJEIRA et al., 2003; WASHTON; ZWEBEN, 2009; FIGLIE; BORDINO; LARANJEIRA, 2010).

Em 1977 a OMS divulgou o relatório que diferenciava o abuso do álcool da síndrome da dependência. Essa distinção favoreceu a concretização do conceito de dependência alcoólica, sendo fundamental para a elaboração dos instrumentos diagnósticos subsequentes, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), reduzindo os sintomas pertinentes para o diagnóstico da dependência, sendo imprescindível para definir a instalação da síndrome (MACHADO; COSTA JUNIOR, 2011).

A partir da inclusão da dependência alcoólica ou alcoolismo como doença nos instrumentos diagnósticos como o DSM-IV e a CID-10, houve maior preocupação com a síndrome em si e o estigma moral negativo da dependência começou a perder força (ANDRADE; ANTHONY, 2009).

Contudo, um dos fatores que mais contribui para o aumento de dependentes alcoólicos e que dificulta a aceitação do alcoolismo como doença, é a classificação do álcool como uma droga lícita e de fácil acesso, levando a sociedade a aceitar o seu consumo como algo rotineiro e integrante da vida social, ao contrário das outras drogas (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

O fato de algumas pessoas ingerirem bebidas alcoólicas com frequência e não se tornarem dependentes é, de certo modo, um estímulo ao consumo, fato que dificulta em alguns momentos o combate ao uso do álcool (SILVA et al., 2007; ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009; PUIG-NOLASCO; CORTAZA-RAMIREZ; PILLON, 2011).

O fácil acesso à bebida, a legalidade do consumo e o estímulo das propagandas podem estar associados com as porcentagens significativas da quantidade de usuários e dependentes da substância, contribuindo não só para o crescimento da prevalência quanto ao uso, mas também, para os distúrbios advindos do consumo (CARLINI et al., 2001; BRASIL, 2010; OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

É considerada bebida alcoólica toda bebida que contém 0,5 graus *Gay-Lussac* ou mais de concentração, incluindo as bebidas destiladas, fermentadas e outras composições, além de preparações farmacêuticas que incluam em suas receitas a quantidade descrita da substância (BRASIL, 2010).

Em 2012, o Brasil foi o país com maior produção de cerveja mundialmente, levando-o ao terceiro lugar no *ranking* de maior produtor mundial de cerveja, sendo inferior somente para China e EUA, com um diferencial agravante de destinar 90% da sua produção ao mercado interno (CERVIERI JÚNIOR et al., 2014).

O álcool é a droga mais consumida no mundo, independentemente de esse uso ser frequente ou eventual, por dependência do usuário (SENA et al., 2011).

Atualmente, o consumo do álcool tem sido um dos principais problemas de saúde pública no mundo (VARGAS, 2014), tornando-o um dos maiores responsáveis por gerar gastos e por levar à co-morbidades e lesões permanentes (CHAIMOWICZ et al., 2013). É um dos fatores que mais causam a inaptidão entre seus usuários, levando ao absentéismo laboral, além de contribuir para alta incidência de acidentes automobilísticos e de trabalho (BRASIL, 2003).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) estima-se que mundialmente dois bilhões de pessoas façam uso de substâncias alcoólicas, frente a isso, a carga global relacionada à morbidade e mortalidade é relevante em várias partes do mundo (WHO, 2011).

Nessa perspectiva, estudos cada vez mais abrangentes visam identificar não só as possibilidades de terapia, mas também métodos de prevenção para a dependência, buscando dados epidemiológicos que ajudem a traçar o perfil dos dependentes e dos grupos de risco (DIAS et al., 2015).

Em 2002, de acordo com relatório mundial de saúde, o uso indevido de álcool foi constatado como o maior fator de risco à saúde nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Na região das Américas o álcool foi identificado como principal fator de risco quanto ao surgimento de morbidades entre outras 27 causas. Na América Latina cerca de 50% das morbidades são oriundas do uso de bebidas alcoólicas de modo desordenado. Essa porcentagem corresponde a, aproximadamente, 30 milhões de pessoas, das quais somente 25% recebem algum tipo de assistência psiquiátrica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007; VARGAS; OLIVEIRA; LUIS, 2010).

Cerca de 90% da população ocidental faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas. Deste, estima-se que 10% apresentará alguma consequência patológica oriunda do álcool, e outros 10% se tornará dependente alcoólico (MIRANDA et al, 2006).

Segundo a OMS o consumo de bebidas alcoólicas vem aumentando significativamente nos últimos anos, sendo responsável por 1,8 milhões de mortes em todo o mundo, correspondendo a 4% das doenças que levam ao óbito mundialmente. Os países das Américas e Europa possuem maiores incidências, sendo prevalente nos homens, contudo, dados sugerem o uso cada vez mais frequente também entre as mulheres (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

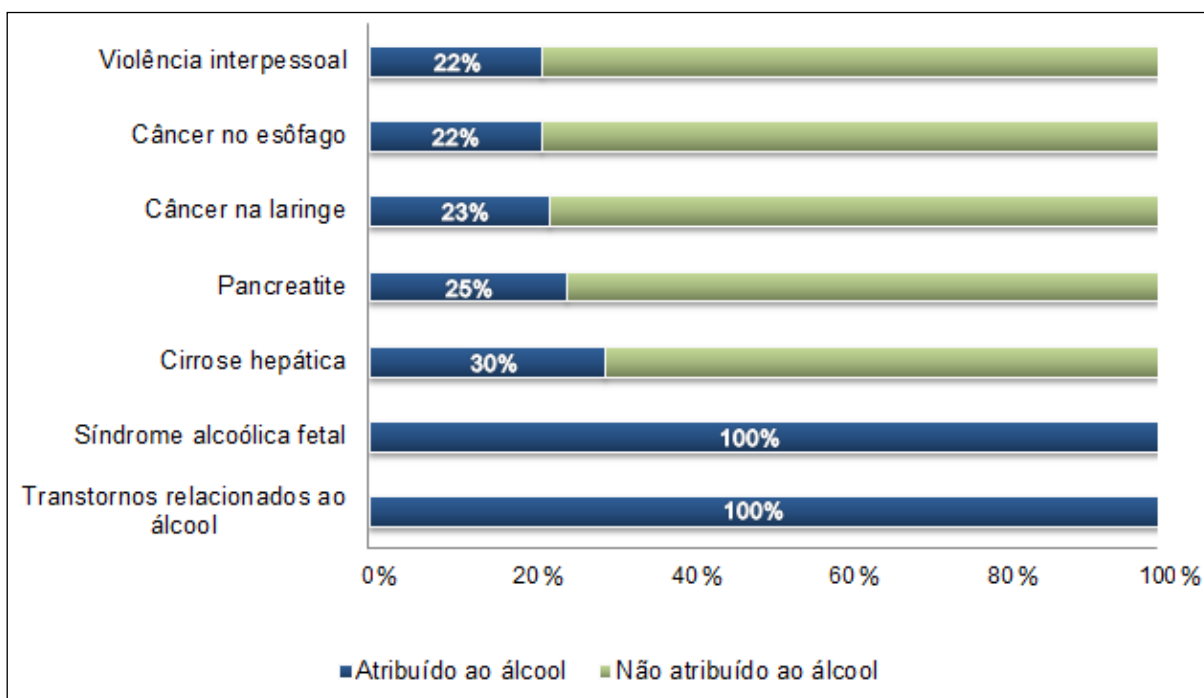
De acordo com o relatório global sobre álcool e saúde divulgado recentemente pela OMS a substância psicoativa mais consumida na atualidade é o álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

O consumo de bebida alcoólica no Brasil corresponde a 8,7 litros por pessoa, quantia superior à média mundial que é de 6,2 litros de álcool por pessoa por ano, que corresponde a cerca de 13,5 g por dia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). O estudo também evidencia que o uso irrestrito do álcool é um dos fatores de risco que causam maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo mundo. Em 2012, cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram em decorrência do consumo exacerbado de álcool em todo

mundo, correspondendo a 5,9% das doenças que levam ao óbito. Tal percentual é superior à mortalidade relacionado ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), que teve índice de 2,8%, a tuberculose que foi de 1,7% e à violência que correspondeu a 0,99% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Na Figura 1 a seguir, verificam-se as principais doenças e prejuízos vinculados ao álcool em diferentes níveis, sendo que os prejuízos totais são aqueles atribuídos exclusivamente (100%) ao consumo do álcool; e os parciais, os que o álcool detém alguma parcela nos prejuízos totais, ou seja, são intensificados com a ingestão da substância alcoólica:

Figura 1 - Doenças e prejuízos totais ou parciais decorrentes do uso do álcool



Fonte: Organização mundial da saúde, 2014.

A ingestão do álcool se torna mais constante a cada dia, estimativas evidenciam que 74,6% de toda população brasileira consomem a bebida alcoólica (VARGAS; BITTENCOURT, 2013). Pesquisas estimam ainda que, no Brasil, cerca de 12,3% da população, entre 12 e 65 anos, sejam dependentes alcoólicos. Além disso, o álcool é responsável por cerca de 10% do total de problemas de saúde em todo país (FALCÃO; RANGEL-S, 2010).

O alcoolismo tem se tornado uma preocupação não apenas dos profissionais de saúde, mas também do poder público, devido a sua alta incidência e gravidade. Além disso, outro fator preocupante é o alto índice de internações relacionadas ao álcool e suas comorbidades,

fato que não contribui para mudanças no hábito de consumo das bebidas alcoólicas por parte da população e nem na recuperação efetiva dessas pessoas (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008).

Quanto à classificação do uso, o costume de consumir bebidas alcoólicas em grandes quantidades em um período pequeno de tempo se caracteriza como Beber Pesado Episódico (BPE) ou “*binge drinking*”. É determinado para os homens como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, e para as mulheres de quatro ou mais doses, com frequência de pelo menos uma vez nas últimas duas semanas (SENAD, 2007). Segundo o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), uma dose de bebidas alcoólicas contém aproximadamente 14 g de álcool puro, o equivalente a uma lata de cerveja de 355 ml, uma taça de vinho de 150 ml ou uma dose de destilado de 45 ml (NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, 2008; WAGNER et al., 2014).

O BPE, no ano de 2010, foi constatado em 16% dos bebedores no mundo, e no Brasil, em 22%, distinguindo o consumo entre as mulheres (11%) e homens (30%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A definição de BPE foi empregada a partir de crescentes evidências científicas de que essas determinadas quantidades de consumo aumentam o risco da pessoa apresentar problemas como acidentes e violência, comorbidades psiquiátricas e alterações do SNC, dentre outras doenças (WECHSLER; NELSON, 2001; WAGNER et al., 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

O termo “uso nocivo” ou “de risco” de consumo do álcool indica um padrão de utilização que expõe a pessoa a maiores disposições a prejuízos físicos e psicológicos (WANG; ANDRADE, 2013).

O tratamento ao alcoolista abrange alguns serviços como avaliação diagnóstica, aconselhamentos e cuidados de saúde em geral, além de outros modelos como os hospitais, ambulatórios e grupos de autoajuda. Independentemente do lugar, ou da conduta realizada, todos os sistemas visam à recuperação, e ela não está exclusivamente relacionada à total abstinência, mas sim, à conquista da autonomia dessas pessoas (BRASIL, 2004; PILLON; LUIS, 2004; MONTEIRO, 2011).

Por se tratar de uma substância admitida no âmbito social, o álcool tem seu consumo permitido e estimulado pelos meios de divulgação em massa, que o mencionam como elemento de socialização, entretenimento e comunicação social (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

Vários elementos colaboram para o uso da substância alcoólica, como a disponibilidade da bebida, possibilidade de escape dos problemas e da realidade, percepção de sensações prazerosas resultantes do consumo e as eventualidades de ocultar dificuldades pessoais especialmente às ligadas à família e relacionamentos interpessoais (GIGLIOTTI; BESSA, 2004; SPRICIGO; ALENCASTRE 2004; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Os danos causados pelo abuso dessa droga chegam, de maneira geral, a toda a sociedade, ocasionando vários problemas, tais como, desemprego, violência, complicações físicas e mentais, danos à família, insegurança no trânsito, mortalidade, entre outros (FERREIRA FILHA, et al., 2012).

O alcoolismo é uma das doenças que mais traz consequências ao seu portador, visto que gera desordens de ordem física, mental e social. As repercussões do consumo do álcool diretamente na saúde física são as principais responsáveis por levar o alcoolista aos serviços de saúde (VARGAS; LABATE, 2006; OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013).

Para compreender um pouco a complexidade dessa doença é necessário conhecer algumas dessas consequências, para que seja possível trabalhar tanto na prevenção quanto no tratamento do alcoolismo. Essas consequências podem ser consideradas também como os efeitos adversos do uso abusivo do álcool sendo divididos em três grandes grupos, os efeitos fisiológicos ou biológicos, psicológicos e sociais, compondo, desse modo, as consequências biopsicossociais (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

O alcoolismo, como citado acima, é uma doença grave que gera inúmeras comorbidades, ou seja, doenças secundárias a ele (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013). Essas comorbidades são os efeitos oriundos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. As principais consequências fisiológicas são: hepatopatias, distúrbios cardiovasculares, gastrite, anemia, desnutrição, hipoglicemia, imunodepressão, surgimento de úlceras, desidratação, hemorragias digestivas, pancreatite, distúrbios psiquiátricos, entre outras (SANTOS; MARQUES, 2005).

Já os transtornos psiquiátricos mais associados ao alcoolismo são: depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e de estresse pós-traumático. O tratamento adequado para tais doenças é extremamente importante, visto que a não adesão ao tratamento pode levar ao consumo mais frequente e em grande quantidade da substância alcoólica, gerando maior intensificação dos problemas pré-existentes e relacionados com o álcool (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016), sendo também esses problemas mentais os principais fatores de risco para a ocorrência do suicídio (WHO, 2014).

O consumo e uso exacerbado do álcool avançam de forma astuciosa e lenta causando diversos problemas no processo saúde-doença da pessoa, da família e da sociedade. Deste modo, percebe-se que as consequências psicológicas, sociais e econômicas da dependência do álcool geram danos incalculáveis, com perda da capacidade do manejo do processo produtivo, social, afetivo e familiar (MIRANDA et al., 2006; FERREIRA FILHA, et al., 2012).

Ao passo que o alcoolismo progride, as relações familiares sofrem diretamente suas consequências. Os vínculos afetivos sofrem um processo de desgaste devido a frequentes brigas e discussões, muitas vezes decorrentes também de agressões físicas (SÁ et al., 2012). Além do desgaste afetivo, o alcoolista passa a ser visto pela família como alguém que não merece respeito, pois muitas vezes ele não o reconhece como doença (FILIZOLA et al., 2006).

Como visto, o álcool traz inúmeras consequências físicas, psíquicas e sociais as pessoas, deste modo mostra-se de suma importância para os profissionais da saúde compreender suas implicações para que possam traçar ações eloquentes às necessidades dessas pessoas, de modo a assisti-las de forma integral promovendo o tratamento eficaz a esses pacientes.

1.3 ALCOOLISMO EM IDOSOS

O consumo exacerbado da substância alcoólica habitualmente é considerado como um problema de saúde que geralmente acomete as pessoas na fase adulta, entretanto, estimativas indicam que o uso da bebida alcoólica e outras drogas entre os idosos vem aumentando a cada dia, seu consumo contribui substancialmente para morbidades, mortalidades e internações hospitalares (OLIVEIRA et al., 2011).

Embora o consumo total da bebida em idosos seja, normalmente, inferior ao consumo nos jovens, as alterações fisiológicas devido à idade avançada fazem aumentar os efeitos do álcool no organismo. Assim, os idosos ficam mais propensos a enfermidades, tais como cirrose, pancreatite, afecções do SNC, comorbidades psiquiátricas, inúmeros tipos de cânceres e agravamentos de sintomas preexistentes (HULSE, 2002; PILLON, 2005; HERMAN; SADOVSKY, 2010).

O álcool atua no organismo dos idosos levando ao aumento da gordura corporal e redução do volume de água total, bem como a diminuição do metabolismo hepático. Consequentemente, os níveis da substância alcoólica no sangue tendem a aumentar, com isto, o idoso começa a vivenciar as consequências negativas, ainda que não aumente seu consumo

(HULSE, 2002). O envelhecimento fisiológico causa alterações no metabolismo do álcool, deixando os idosos mais propensos às intoxicações alcoólicas (SANTOS, et al., 2014).

O NIAAA sugere, no caso de idosos saudáveis, que não consumam mais de três doses de bebida alcoólica por dia. Ressalta-se que essa determinada quantidade é definida para os idosos que não estejam utilizando nenhum tipo de medicamento, com a finalidade de prevenir problemas como a depressão, acidentes e quedas decorrentes do uso de álcool, enfatizando que não devem ultrapassar sete doses da bebida por semana. Além disso, segundo a Sociedade Americana de Geriatria, a ingestão de cinco doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião é caracterizada como BPE (WANG; ANDRADE, 2013).

O processo de envelhecimento provoca diversas situações que podem levar ao consumo do álcool, com o afastamento da vida laboral o idoso pode vir a sofrer transformações significativas, e como consequência poderá iniciar ou aumentar sua compulsão pela substância alcoólica (MARTINS, 2007).

O crescimento populacional dos idosos em relação à geral vem aumentando a cada dia, por isto, a prevalência de distúrbios psiquiátricos, tais como o abuso de álcool e drogas, os transtornos depressivos e demências também poderão ser proporcionalmente maiores nesse grupo etário (CASTRO, 2000). Deste modo, entende-se que é fundamental compreender os padrões de consumo de álcool no idoso e os distúrbios que lhe são inerentes, e estabelecer medidas preventivas, levando em consideração o impacto negativo que esta substância pode acarretar no envelhecimento (SOROCCO; FERRELL, 2006).

Pesquisa multicêntrica realizada em 143 municípios do Brasil verificou que 12% dos idosos entrevistados com 60 anos ou mais foram considerados bebedores pesados (ingestão acima de sete doses de bebida alcoólica por semana), 10,4% BPE (estipulado como a ingestão de mais de três doses da bebida em uma única ocasião) e 2,9% como dependentes alcoólicos (WANG; ANDRADE, 2013).

Outro estudo brasileiro constatou que consumir cinco ou mais doses de bebidas alcoólica por dia pode estar associado a quedas, uma preocupação muito importante em idosos. Homens com 65 anos ou mais de idade que tenham consumido de maneira pesada o álcool em alguns momentos de suas vidas por cinco anos ou mais tiveram quase seis vezes maior risco de sofrer de transtornos psiquiátricos. O risco de depressão foi quase quatro vezes maior e a demência foi de aproximadamente cinco vezes mais alta do que em idosos sem histórico de consumo de álcool na vida (SAUNDERS et al., 1991; BEULLENS; AERTGEERTS, 2004; LIMA et al., 2009).

O idoso que faz uso constante da bebida alcoólica poderá passar por uma dupla exclusão no seu cotidiano, a primeira devido ao fato de ser considerado por várias pessoas como incapaz de efetuar suas funções e ofícios, e a segunda devido à própria condição de alcoolista. Desta forma, torna-se cada vez mais relevante a realização de estudos que venham a divulgar as várias formas de restrição a que estão submetidos os idosos usuários do álcool (MARTINS, 2007).

Ressalta-se que a aposentadoria é apontada como um fator de risco, por ser um momento no qual o idoso vivencia mais profundamente a perda de papéis sociais, o isolamento social, as restrições financeiras, o afastamento de amigos e familiares, e com isto a saúde fica predisposta a entrar em declínio (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013).

O uso do álcool e outras drogas entre os idosos é um assunto que vem gerando inquietação nos profissionais da área da saúde em virtude do elevado número de admissões nas unidades de pronto-atendimento e a procura por tratamento associados ao uso dessas substâncias (WANG; ANDRADE, 2013). Entretanto, estudos científicos que tratam sobre essa temática de forma abrangente ainda são escassos (BRASIL, 2003; BARROS; PILLON, 2007b; GONÇALVES; TAVARES, 2007; WANG; ANDRADE, 2013).

Estudos realizados em amostras clínicas demonstraram um crescimento significativo do uso de álcool na população idosa. As pesquisas demonstram que 6 a 11% dos pacientes com 60 anos ou mais de idade admitidos em hospitais gerais expressam sintomas de dependência alcoólica. Destaca, também que as estimativas de admissões nas unidades de urgência e emergência por alcoolismo se igualam às provenientes de infartos que são de aproximadamente 400 mil ao ano (SENGER et al., 2011).

Dados do primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população idosa demonstraram que 7% consomem bebida alcoólica frequentemente, 8% muito frequentemente, 10% ocasionalmente, 8% raramente e 68% nunca beberam ou consumiram álcool, no máximo, uma única vez no período de um ano (LARANJEIRA et al., 2007). Em pesquisa populacional realizada na região metropolitana de São Paulo com uma amostra de 169 homens idosos apontou elevada taxa de abstinência atual (61,6%) e, desse total, 38% eram ex-bebedores (OLIVEIRA et al., 2011).

Estima-se que na população geral 10% dos idosos consumam álcool (SANTOS et al., 2014); nas unidades de urgências hospitalares correspondem a 14% do total de atendimentos, nas internações em enfermarias chegam a 18% e nas unidades psiquiátricas de 23 a 40% (BOGSTRAND et al., 2013). Em serviços de atendimento especializados este percentual

correspondeu de 2 a 4%, sendo o distúrbio mais frequente entre os homens (SENGER et al., 2011; BOGSTRAND et al., 2013; PILLON et al., 2010).

Em estudo, realizado na cidade de São Paulo pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, identificou que 9,1% dos idosos da capital eram “*bebedores pesados*”, o que corresponde a 88 mil idosos (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013).

Em pesquisa sobre a abrangência da problemática alcoolismo e outras drogas em idosos realizada no Brasil, constata-se que, dos 21 milhões de idosos da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), 20% tem envolvimento com o uso de álcool e drogas; e estima-se que em 2020 teremos o dobro do número atual de idosos com hábitos de consumo abusivo de álcool e drogas (ZANOTTI, 2013).

De acordo com estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD), entre 1996 e 2009, no interior do Estado de São Paulo, dentre os participantes, 3,3% eram idosos, destes 83,8% referiram o álcool como a substância psicoativa mais consumida entre eles; e declararam que o uso do álcool faz parte do seu dia a dia (PILLON et al., 2010). Esta prática vem se intensificando entre os idosos e se tornando um problema de saúde pública, com consequências explícitas na qualidade de vida da pessoa, na família e na sociedade (SILVA, 2012).

Diante destes números, o problema do uso abusivo e crônico do álcool em idosos vem preocupando os pesquisadores, além dos profissionais de saúde, em relação a procedimentos mais eficazes para obtenção de resultados mais eficientes perante os idosos nestas condições (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013).

Em relação à identificação do alcoolismo nos idosos, alguns fatores podem contribuir para dificultar esse diagnóstico, tais como a negação do consumo, o abuso e/ou dependência do álcool (HERMAN; SADOVSKY, 2010).

O uso nocivo e dependência do álcool em idosos muitas vezes não são detectados na prática médica (CULBERSON, 2006). Isso pode ocorrer porque suas manifestações, geralmente, são confundidas com os sintomas evidenciados pelo processo de envelhecimento, tais como: depressão, sono em demasia ou insônia, perda de peso, diarreia, disposição para quedas e comprometimento cognitivo. Tais manifestações tendem a diminuir com a interrupção do consumo do álcool (CARVALHO FILHO, 2003).

O consumo abusivo de álcool dispõe os idosos a maiores riscos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes não são detectados pelos profissionais nos diferentes serviços de saúde. Desta forma, as estimativas do

consumo atual de álcool na população idosa são variadas, porém seus efeitos nesta etapa da vida, além da gravidade dos problemas, têm causado grande impacto nos cuidados de saúde (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Os sintomas do consumo abusivo do álcool podem ser observados por distorções de pensamento, visível negação quanto à dependência da substância alcoólica e aos efeitos prejudiciais de sua ingestão sobre a saúde e bem-estar (HERMAN; SADOVSKY, 2010).

A ausência de protocolos que auxiliam tanto os médicos quanto os demais profissionais de saúde também pode dificultar o diagnóstico, e ainda o fato de familiares, cuidadores e amigos ajudarem, inconscientemente, com os idosos em negar a presença de problemas relacionados ao álcool (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). Além disto, os programas efetivos nas clínicas de desintoxicação e reabilitação ainda são inexperientes no que diz respeito de temas específicos relacionados à população idosa (HERMAN; SADOVSKY, 2010; BOMMERSBACH et al., 2015).

A descoberta de problemas ligados ao álcool em idosos levou os investigadores a desenvolverem e padronizarem instrumentos de rastreamento para serem utilizados especificamente com esta população (CULBERSON, 2006; KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Os avanços das tecnologias médicas foram um dos principais motivos que levaram as transformações demográficas e que refletem no aumento da expectativa de vida. Porém, as mudanças nos papéis sociais podem contribuir para o consumo excessivo e crônico do álcool entre os idosos, resultando em prejuízos à saúde (quadros demenciais, cirrose, pancreatite, agravamento de sintomas preexistentes), a curto e longo prazo, assim como alterações de comportamento (HERMAN; SADOVSKY, 2010).

A prática de ingestão do álcool em idosos deve ser observada com atenção, pois muitas das vezes eles voltam ou dão início ao consumo desta substância como substituto dos seus desajustes psíquicos e sociais (SÃO PAULO, 2009).

Por várias razões os idosos não expõem o consumo do álcool (seja por vergonha, medo, demência, estilo de vida, isolamento), o que prejudica ainda mais a identificação e dificulta o início de intervenção precoce (PILLON et al., 2010).

O uso da substância alcoólica dificilmente é identificado como um problema para os idosos, o que faz com que eles resistam à procura de tratamento (WANG; ANDRADE, 2013).

Outro fator que dificulta é a identificação dos sinais e sintomas inerentes do uso do álcool, uma vez que eles estão associados à suas consequências e por si só não são tão específicos, tais como acidentes, transtornos mentais (depressão, ansiedade, demência)

insônia e autonegligência, manifestações que podem estar mistificados aos do processo de envelhecimento (DAR, 2006).

Dentre os fatores associados ao uso do álcool, estudos destacam que, embora com o amadurecimento o idoso tenha menor probabilidade de consumir a substância, porém uma vez submetido ao consumo, é particularmente suscetível ao desenvolvimento da dependência (DAR, 2006; O'CONNELL, 2003; MENNINGER, 2002).

A assistência a essa clientela no contexto atual tem enfrentado grandes limitações no campo da atenção à saúde, estas barreiras envolvem o campo do conhecimento da temática das drogas e álcool, o campo social, psicológico e clínico. Perante tais situações, as ações de saúde estão comprometidas impossibilitando a assistência qualificada (VARGAS, 2010; GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Uma das maiores limitações a serem encaradas na abordagem e no tratamento dessas pessoas está relacionada à visão negativa dos profissionais da saúde frente a eles, e das expectativas evolutivas frente ao problema, demonstrada pelas atitudes negativas dirigidas aos mesmos, o que atrapalha por vezes a obtenção de resultados positivos diante das atividades prestadas (ROSENSTOCK; NEVES, 2010; VARGAS, 2011).

Deste modo, partindo dessa constatação, é de extrema relevância analisar as atitudes elaboradas pelos profissionais da saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, posto que, uma vez que as atitudes podem influenciar diretamente na qualidade da assistência proporcionada, e na resposta dos usuários frente ao tratamento (BARROS; PILLON, 2007a; VARGAS, 2011).

A falta de conhecimento acerca do alcoolismo é um dos fatores que dificultam a assistência de enfermagem ao dependente do álcool, esta falta de informação gera uma percepção negativa frente a essas pessoas levando-as ao insucesso do tratamento (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

O paciente alcoolista possui um estigma negativo frente à sociedade e principalmente frente à equipe de saúde, pois é visto como uma pessoa chata, inconveniente, suja e com odor desagradável (BRASIL, 2003).

A equipe de enfermagem é maioria nos serviços de saúde, e conseqüentemente é responsável por gerir o atendimento ao paciente alcoolista, em todos os aspectos, tendo condições de auxiliar no processo de recuperação e reabilitação, entretanto para que isso ocorra é necessário que essa equipe esteja apta a prestar assistência adequada a essa clientela (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008).

Tal percepção é fundamental na implementação de medidas preventivas frente ao alcoolismo e a compreensão da enfermagem nesse setor, visando assim, colaborar no direcionamento da atenção qualificada à saúde dos idosos usuários do álcool.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem refletir sobre o envelhecimento e a qualidade deste envelhecer, e como estruturar planos de ações que tragam melhores condições de saúde e de vida para os idosos, especialmente no que se refere aos estigmas que ainda existem em relação à velhice e a perspectiva de que sintomas típicos do alcoolismo são inerentes da idade (CARVALHO FILHO, 2003).

O conhecimento sobre o alcoolismo em idosos, bem como os fatores a ele associados é fundamental para o planejamento de estratégias de ação, pois pode colaborar para a diminuição das internações hospitalares e do uso de medicamentos.

É necessário que os idosos considerem o consumo do álcool como uma droga que causa efeitos maléficos ao organismo, assim como definem as outras drogas. Embora o consumo do álcool esteja enraizado na cultura da sociedade, é preciso que haja mudanças no comportamento dessas pessoas antes que a dependência alcoólica assim como o consumo se torne algo comum e integrante da vida social.

Portanto, com a realização desse estudo pretende-se colaborar para o conhecimento do perfil sociodemográfico e econômico bem como da situação de saúde dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG, sob a perspectiva da identificação do abuso e provável dependência do álcool nessa faixa etária. A fim de favorecer a realização de planos de ação voltados para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação do idoso alcoolista e assim colaborar no direcionamento da atenção melhor qualificada à saúde dos idosos e promover o envelhecimento saudável.

2 OBJETIVOS

- Verificar a prevalência do abuso e provável dependência do álcool em idosos;
- Descrever as características sociodemográficas, econômicas, indicativo de sintomas depressivos e morbidades dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG;
- Verificar a associação entre o abuso e provável dependência do álcool com as variáveis: sexo, faixa etária, renda, escolaridade, indicativo de sintomas depressivos e número de morbidades.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa caracteriza-se como inquérito domiciliar, com delineamento analítico, e observacional de corte transversal. Integra um projeto maior que foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), intitulado como: Dependência para as atividades de vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG.

3.3 POPULAÇÃO

3.3.1 Definição da População

Para a definição da população da área urbana utilizou-se a amostra por conglomerado em múltiplo estágio.

3.3.2 Procedimentos para amostragem conglomerado em múltiplos estágios

A população foi composta por idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG. Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se como desfecho principal a prevalência do abuso e provável dependência do álcool de 37,5% (DIAS et al., 2015; KANO; SANTOS; PILLON, 2014; BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013; CASTILLO et al., 2008), com precisão de 4,0% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 idosos, chegando-se a uma amostra de 769 idosos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de entrevistas máximo foi de 855.

Para a seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município, por meio de amostragem sistemática, organizando uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbano no município de Uberaba-MG é de

409, sendo selecionados 204. O Intervalo Amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir:

$$IA = N_{sc}/n_{cs}.$$

Onde:

N_{sc} é o número total de setores censitários;

n_{cs} o número setores censitários sorteados.

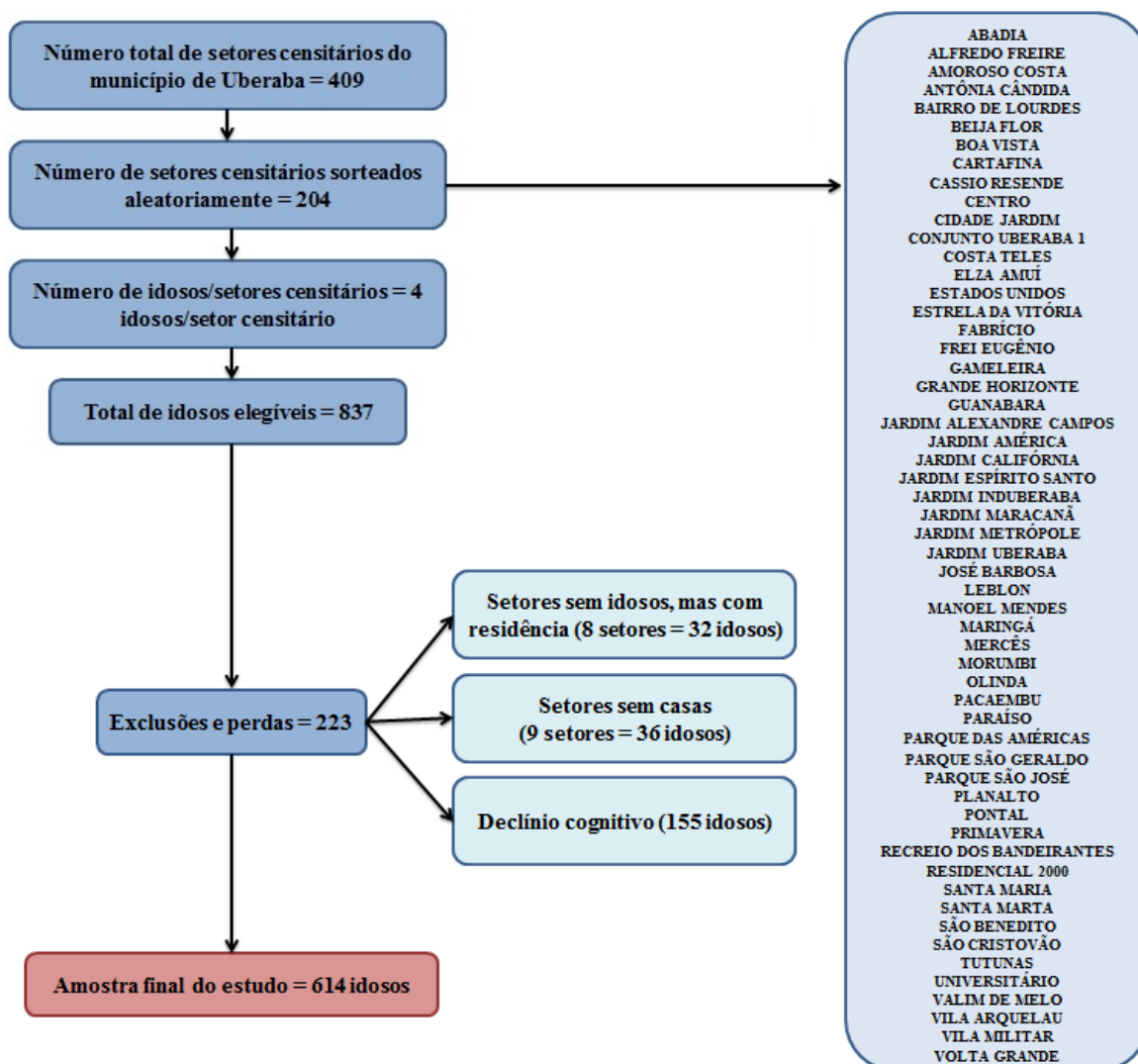
Sendo $IA = \frac{409}{204}$; $IA = 2$

204

O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais, conforme IA; a listagem dos setores foi ordenada por ordem numérica crescente, para fins do sorteio.

No segundo estágio, o número de idosos a ser entrevistado, segundo cálculo amostral (769) foi dividido pela quantidade de setores censitários do município (204), obtendo-se um valor aproximadamente semelhante dentro de cada setor censitário. A quantidade de domicílios/idosos em Uberaba foi de 3,76 idosos, sendo arredondado para 4 idosos por setor censitário. Ressalta-se que havia bairros com mais de um setor censitário. Neste contexto, considerando o cálculo amostral, 204 setores censitários e quatro pessoas por setor, partiu-se de uma amostra de 837 idosos, Figura 2.

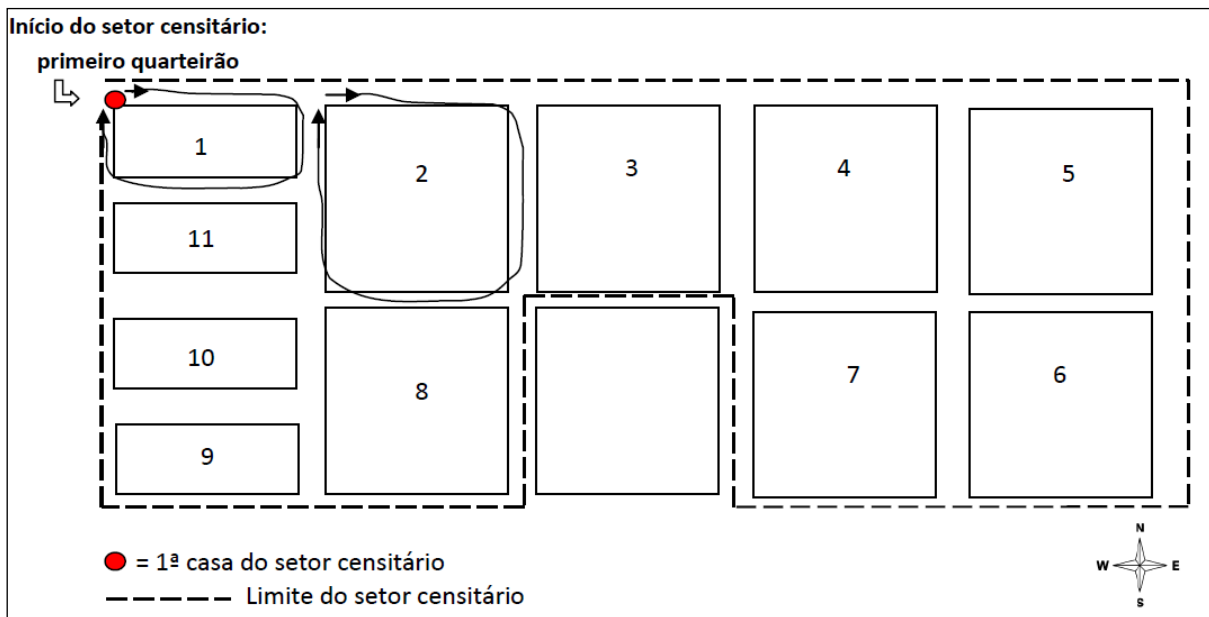
Figura 2 - Composição final da amostra



Fonte: a autora, 2016.

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, e sorteada aleatoriamente a rua na qual deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Uberaba ou pelo *Google Earth*, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário. Visitaram-se todos os domicílios sequencialmente, conforme Figura 3, até obter o número de idosos por setor, que atenderam aos critérios de inclusão.

Figura 3 - Mapa da seqüência de coleta de dados dentro de cada setor censitário



Fonte: a autora, 2016.

3.3.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais de idade e residir na zona urbana do município de Uberaba-MG.

3.3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa aqueles que não foram encontrados no momento da entrevista, estavam institucionalizados e hospitalizados ou apresentaram declínio cognitivo segundo o instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Desta forma a população de estudo foi composta por 769 idosos sendo excluídos 155 por apresentarem declínio cognitivo. Portanto, participaram 614 idosos.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista nas respectivas residências dos idosos, em um único momento. Os entrevistadores (grupo constituído por mestrandos e

discentes de graduação) com experiência prévia em coleta de dados passaram por uma capacitação para: aplicação dos instrumentos, abordagem do idoso e questões éticas da pesquisa. Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas e outras) em planilha de campo.

As entrevistas foram revisadas por supervisores de campo (doutorandos e docentes), e na identificação de dados incompletos ou inconsistentes, retornaram ao entrevistador para correções.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Dados sociodemográficos e econômicos

Para coleta dos dados referentes ao perfil sociodemográfico e econômico (APÊNDICE A), foi utilizado instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.

3.5.2 Questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS)

As morbidades autorreferidas (ANEXO A) foram extraídas do questionário Questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), composto por vinte e seis componentes em que se pondera se o idoso apresenta ou não determinadas doenças e se for confirmado se interfere ou não na vida diária (RAMOS, 1987).

3.5.3 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Este instrumento foi utilizado para a avaliação cognitiva, que se compõe em um dos critérios de exclusão (ANEXO B). Proposto por Folstein (1975), o MEEM foi adaptado à realidade brasileira por Bertollucci (1994). É constituído por questões que totalizam trinta pontos que compreendem orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. O score do MEEM varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte considerado de acordo com a escolaridade do idoso foi: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para acima de 11 anos de estudo (BERTOLLUCCI et al., 1994).

3.5.4 Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15)

Esta escala foi utilizada para rastreio de indicativo de sintomas depressivos em idosos. Foi elaborada por Yesavage (1986) e validada por Almeida e Almeida (1999) no Brasil, sendo constituída por quinze perguntas fechadas com respostas objetivas (sim ou não), com escore que pode alternar de zero a quinze pontos (ANEXO C). Neste estudo considerou-se indicativo de sintomas depressivos quando o escore for maior que cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

3.5.5 *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G)

O instrumento foi elaborado por Blow e colaboradores (1992) segundo versão original para adultos. Foi criado para detecção de abuso e provável dependência de álcool em idosos, sendo validado no Brasil por Kano e colaboradores (2014) (ANEXO D). Este instrumento permitiu a primeira abordagem específica do abuso e provável dependência de álcool em idosos. As propriedades psicométricas deste instrumento se mostraram elevadas, com sensibilidade de 94,9%, especificidade de 77,8%, valor preditivo de 89,4% e valor preditivo negativo de 88,6%. Possui 24 questões e sua sensibilidade para o valor de corte é de cinco respostas positivas. A pontuação entre 0 a 4 pontos significa que não há indício de alcoolismo, ao passo que a soma igual ou acima de cinco pontos caracteriza problemas relacionados com o abuso e provável dependência de álcool (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.6.1 Sociodemográficos e econômicos:

- Sexo: feminino, masculino;
- Idade: 60 |- 70; 70 |- 80; 80 ou mais anos;
- Estado conjugal: nunca se casou ou morou com companheiro (a); mora com esposo (a) ou companheiro (a); viúvo (a); separado (a), desquitado (a) ou divorciado (a)
- Renda individual, em salários mínimos: sem renda; <1; 1; 1 -| 3; 3 -| 5; >5);
- Escolaridade (em anos): sem escolaridade; 1 |- 5; 5 |- 9; 9 ou mais.

3.6.2 Declínio cognitivo: sim, não.

3.6.3 Número de morbidades autorreferidas: nenhuma; 1 |- 5; 5 ou mais.

3.6.4 Indicativo de sintomas depressivos: sim, não.

3.6.5 Abuso e provável dependência de álcool: sim, não.

3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Excel®, e os dados foram digitados em dupla entrada e posteriormente foram submetidos à verificação da consistência entre os dois bancos. Quando constatada inconsistência retornou-se a entrevista original para correção. Em seguida, o banco de dados foi importado para o programa estatístico SPSS, versão 21.0 para proceder à análise.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para atender ao primeiro objetivo, foi estimada a prevalência, obtida segundo a fórmula:

$$\frac{\text{número de casos existentes em dado local/momento/período} \cdot 10^n}{\text{População do mesmo local e período}}$$

A fim de responder ao segundo objetivo foi realizada estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitudes e desvio padrão).

Para responder o terceiro objetivo, a análise bivariada incluiu medidas de associações brutas em tabelas de contingência, utilizando os testes qui-quadrado, razão de prevalência e razão de chances de prevalência. Já a análise da influencia dos fatores associados (sexo, faixa etária, renda, escolaridade, indicativo de sintomas depressivos e número de morbidades) para ocorrência ou não de abuso e provável dependência utilizou-se a regressão logística binomial múltipla. Sendo considerado significativo para todos os testes quando $p \leq 0,05$.

É importante destacar que a inserção desses fatores associados no modelo de regressão utilizou como base a literatura específica.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por meio do Protocolo N° 573.833 (ANEXO E).

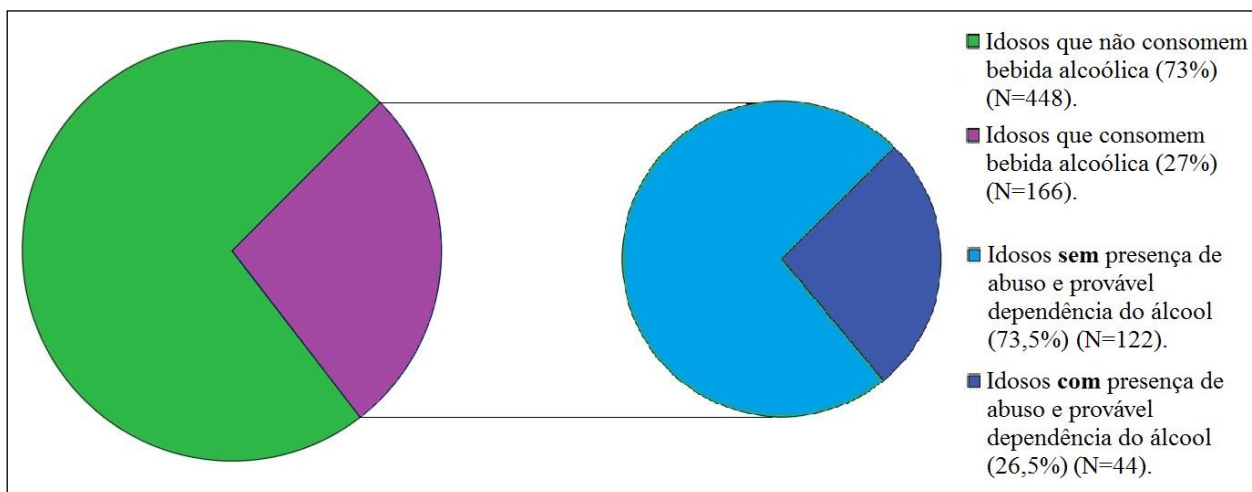
Os participantes foram contatados e convidados a participar após informações sobre a natureza e objetivos da pesquisa. A partir da anuência do entrevistado e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a entrevista foi conduzida.

4 RESULTADOS

4.1 PREVALÊNCIA DO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS

Na amostra (614), observa-se que 73% (N=448) dos idosos referiram não consumir nenhum tipo de bebida alcoólica e 27% (N=166) relataram fazer uso de álcool regularmente e/ou haviam cessado consumo da bebida no último ano. Destes identificou-se a prevalência de abuso e provável dependência do álcool em 26,5% (N=44) dos idosos (Figura 4).

Figura 4 - Prevalência do abuso e provável dependência do álcool em idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016



Fonte: a autora, 2016.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

4.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos

Entre os idosos com abuso e provável dependência de álcool (N=44) verificou-se que a maioria era do sexo masculino (77,3%); com 60 |- 70 anos (54,5%); morava com esposo (a) ou companheiro (a) (47,7%); tinha 1 |- 5 anos de escolaridade (54,5%) e renda mensal individual de 1 |- 3 salários mínimos (52,3%), (Tabela 1).

Na estratificação dos idosos que não possuíam abuso e provável dependência de álcool (N=570) verificou-se, maior percentual do sexo feminino (71,4%), com 60 |- 70 anos (43%);

morava com esposo (a) ou companheiro (a) (46,5%); tinha 1 |- 5 anos de escolaridade (52,3%) e renda mensal individual de um salário mínimo (44,6%), (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos com e sem abuso e provável dependência de álcool.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Com abuso e provável dependência de álcool (N=44)		Sem abuso e provável dependência de álcool (N=570)	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	34	77,3	163	28,6
Feminino	10	22,7	407	71,4
Faixa etária (em anos)				
60 - 70	24	54,5	245	43,0
70 - 80	15	34,1	225	39,5
80 ou mais	5	11,4	100	17,5
Estado Conjugal				
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	5	11,4	40	7,0
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	21	47,7	265	46,5
Viúvo(a)	12	27,3	208	36,5
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	6	13,6	57	10,0
Escolaridade (em anos)				
Sem escolaridade	4	9,1	89	15,6
1 - 5	24	54,5	298	52,3
5 - 9	6	13,6	90	15,8
9 ou mais	10	22,7	93	16,3
Renda (em salários mínimos)				
Sem renda	2	4,5	53	9,3
< 1 salário mínimo	2	4,5	8	1,4
1 salário mínimo	11	25,0	254	44,6
1 - 3 salários mínimos	23	52,3	205	36,0

3 - 5 salários mínimos	5	11,4	32	5,6
> 5 salários mínimos	1	2,3	18	3,2

Fonte: a autora, 2016.

4.2.2 Perfil clínico e indicativo de sintomas depressivos dos idosos

Tanto os idosos com abuso e provável dependência de álcool (68,2%) quanto os que não possuíam abuso e provável dependência de álcool (62,5%) apresentaram maior percentual para cinco ou mais morbidades. Prevaleram, em ambos os grupos, a ausência de indicativo de sintomas depressivos. Apesar disto, cabe destacar que os idosos com abuso e provável dependência de álcool apresentaram maior percentual de indicativo de sintomas depressivos (36,4%) em relação aos que não possuíam tal dependência (26,1%) (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta as variáveis clínicas e indicativo de sintomas depressivos dos idosos.

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis clínicas e indicativo de sintomas depressivos dos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Com abuso e provável dependência de álcool (N=44)		Sem abuso e provável dependência de álcool (N=570)	
	N	%	N	%
Numero de morbidades autorreferidas				
Nenhuma	1	2,3	11	1,9
1 - 5	13	29,5	203	35,6
5 ou mais	30	68,2	356	62,5
Indicativo de sintomas depressivos				
Sim	16	36,4	149	26,1
Não	28	63,6	421	73,9

Fonte: a autora, 2016.

4.3 FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS

Para proceder à análise dos fatores associados, às variáveis estudadas foram dicotomizadas. Desta forma, na análise bivariada, verificou-se que os idosos do sexo masculino tiveram quatro vezes mais chance de apresentar abuso e provável dependência do

álcool ($p=0,001$). Não se observou diferença significativa, entre os grupos, nas variáveis: grupo etário ($p=0,577$), escolaridade ($p=0,663$), renda ($p=0,323$) e estado conjugal ($p=0,314$), (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas de acordo com o abuso e provável dependência de álcool.

Tabela 3. Distribuição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos segundo o abuso e provável dependência de álcool, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Abuso e provável dependência de álcool				RP*	(IC)**	RCP***	(IC)**	p****
	Sim (N=44)		Não (N=122)						
	N	%	N	%					
Sexo									
Masculino	34	37,8	56	62,2	2,87	(1,52-5,42)	4,00	(1,81-8,82)	0,001
Feminino	10	13,2	66	86,8					
Grupo Etário									
60 - 80 anos	39	27,3	104	72,7	1,25	(0,55-2,84)	1,35	(0,46-3,88)	0,577
80 ou mais	5	21,7	18	78,3					
Escolaridade									
Com escolaridade	40	27,0	108	73,0	1,21	(0,49-3,0)	1,29	(0,40- 4,17)	0,663
Sem escolaridade	4	22,2	14	77,8					
Renda									
> 1 salário mínimo	29	29,3	70	70,7	1,30	(0,76-2,24)	1,43	(0,70-2,94)	0,323
≤ 1 salário mínimo	15	22,4	52	77,6					
Estado conjugal									
Sem companheiro	23	30,3	53	69,7	1,29	(0,78-2,15)	1,42	(0,71-2,84)	0,314
Com companheiro	21	23,3	69	76,7					

Fonte: a autora, 2016.

Nota: *RP: Razão de prevalência; **IC: Intervalo de confiança; ***RCP: Odds Ratio; ****p <0,05.

Os idosos com indicativo de sintomas depressivos tiveram três vezes mais chance de apresentar abuso e provável dependência do álcool ($p=0,004$). Não se observou diferença significativa, entre os grupos, para a variável número de morbidades autorreferidas ($p=0,284$), (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das variáveis morbidades autorreferidas e indicativo de sintomas depressivos dos idosos segundo abuso e provável dependência de álcool, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Abuso e provável dependência de álcool				RP*	(IC)**	RCP***	(IC)**	p****
	Sim (N=44)		Não (N=122)						
	N	%	N	%					
Numero de morbidades autorreferidas									
0 - 5	14	21,9	50	78,1	1,34	(0,77-2,33)	1,48	(0,71-3,08)	0,284
5 ou mais	30	29,4	72	70,6					
Indicativo de sintomas depressivos									
Sim	16	45,7	19	54,3	2,13	(1,31-3,48)	3,09	(1,41-6,79)	0,004
Não	28	21,4	103	78,6					

Fonte: a autora, 2016.

Nota: *RP: Razão de prevalência; **IC: Intervalo de confiança; ***RCP: *Odds Ratio*; ****p <0,05.

No modelo final de regressão logística, consolidaram-se como fatores associados ao abuso e provável dependência do álcool em idosos: sexo masculino ($p=0,001$), e possuir com indicativo de sintomas depressivos ($p=0,023$).

Verificou-se que os idosos do sexo masculino possuem seis vezes mais risco de abuso e provável dependência do álcool (RCP=6,67; $p=0,001$); e apresentar com indicativo de sintomas depressivos tem duas vezes mais chances de possuir abuso e provável dependência do álcool (RCP=2,74; $p=0,023$) (Tabela 5).

A Tabela 5 apresenta o modelo final de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao abuso e provável dependência de álcool. É importante destacar que as variáveis descritas nesse processo foram selecionadas com base na literatura específica (DIAS et al., 2015; KANO; SANTOS; PILLON, 2014; MARTINS, 2014; HOECK; VAN HAL,

2012; PINHO, 2012; HALME et al., 2010; PILLON et al., 2010; SENGER et al., 2011; BLAY et al., 2009; CASTILLO et al., 2008).

Tabela 5. Modelo final de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao abuso e provável dependência do álcool em idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis		RCP*	(IC) **	p***
Sexo	Masculino	6,67	(2,62-16,96)	0,001
	Feminino			
Estado conjugal	Sem companheiro	2,10	(0,93-4,74)	0,074
	Com companheiro			
Escolaridade	Com escolaridade	2,00	(0,55-7,28)	0,290
	Sem escolaridade			
Número de morbidades autorreferidas	0 - 5 doenças			
	5 doenças ou mais	2,28	(0,97-5,35)	0,058
Indicativo de sintomas depressivos	Sim	2,74	(1,15-6,55)	0,023
	Não			

Fonte: a autora, 2016.

Nota: *RCP: *Odds Ratio*; **IC: Intervalo de confiança; *** $p < 0,05$.

5 DISCUSSÃO

5.1 PREVALÊNCIA DO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS

A prevalência do abuso e provável dependência do álcool nos idosos (26,8%) obtida em investigação conduzida com 819 idosos, participantes de um estudo longitudinal com base nos dados do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), no Município de São Paulo/SP (DIAS et al., 2015) foi semelhante à da presente pesquisa.

Outra investigação obteve prevalência inferior (22%) em inquérito com 111 idosos residentes na zona urbana de cinco bairros de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos, São Paulo (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). Verificou-se, também, em estudo longitudinal que utilizou dados do Estudo SABE realizado com 1.184 idosos não institucionalizados, residentes no município de São Paulo/SP prevalência inferior (20,9%), porém o instrumento usado foi S MAST-G (*Short Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric*) que corresponde a uma versão abreviada do instrumento da atual pesquisa (PINHO, 2012). O mesmo se observou em inquérito de saúde de base populacional realizado com 1.432 idosos residentes na área urbana no município de Campinas, São Paulo, onde constatou-se prevalência de 20,3%, porém, o instrumento utilizado foi o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) que mensura o uso abusivo de bebidas alcoólicas (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Pesquisa com 1.563 idosos avaliou a prevalência do abuso de álcool entre os idosos residentes na cidade de São Paulo/SP e constatou que 9,1% dessa população faz o consumo abusivo do álcool, entretanto o instrumento utilizado foi o CAGE (*Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eyeopener*) (HIRATA et al., 2009). Estudo transversal com base populacional, que investigou aspectos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas da população residentes na zona urbana de Jequié/BA, demonstrou que dos 270 participantes estudados, 14% era composto por idosos e que estes obtiveram prevalência de uso abusivo para bebidas alcoólicas de 5,3% segundo o instrumento AUDIT e de 7,9% de dependência de bebidas alcoólicas de acordo com o instrumento CAGE (FERREIRA et al., 2013). Estudo de prevalência, realizado com 134 idosos em Água Comprida /MG, verificou que 9% dos idosos apresentaram abuso do álcool, contudo o instrumento utilizado foi o AUDIT (DINIZ; TAVARES, 2013).

Estudos internacionais também apresentaram prevalências inferiores aos achados desta pesquisa como os realizados na Finlândia (SOMMER et al., 2012) e no México (CASTILLO et al., 2008). Em Kuopio, Finlândia, dos 300 idosos entrevistados 9,7% apresentaram abuso de álcool (SOMMER et al., 2012). Já em Monterrey, México, dos 112 idosos verificou-se que 18,4% também apresentaram prevalência de abuso e provável dependência de álcool (CASTILLO et al., 2008).

Em contrapartida, prevalências superiores foram obtidas em inquérito de saúde de base populacional realizado com 1.432 idosos residentes na área urbana no Município de Campinas/SP, que constatou prevalência de 29,7%, porém o instrumento utilizado para rastreio foi o AUDIT (BORIM; BARROS; BOTEAGA, 2013). Na Finlândia outro estudo de base populacional com idosos com 75 anos ou mais, constataram também através do AUDIT que 36,5% da amostra fazia uso abusivo de álcool (AIRA et al., 2008) e em Portugal em pesquisa observacional transversal com 210 idosos com idade superior ou igual a 65 anos, a prevalência encontrada para consumo abusivo do álcool foi de 32,9% (MARTINS et al., 2016).

Apesar das diferenças metodológicas dos estudos supracitados e da tipologia do abuso da bebida alcoólica, os achados demonstram a relevância do abuso e provável dependência do álcool no cenário nacional e internacional. Ressalta-se, porém que há uma dificuldade de mensurar o uso e abuso do álcool na velhice uma vez que tais levantamentos muitas vezes apresentam diferentes definições e conceitos, padrões de consumo, critérios diagnósticos, bem como inúmeros instrumentos de rastreio para diversas faixas etárias (LOPES et al., 2010; KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Outro fato que se pode considerar são as condições de saúde em que se encontram os idosos em diferentes contextos. Apesar das diferenças descritas, observam-se no geral taxas elevadas de abuso de álcool entre os idosos.

A prática de consumo abusivo de substâncias alcoólicas entre os idosos vem se intensificando e se tornando um problema de saúde pública, com consequências nítidas na qualidade de vida dessas pessoas, na família e na sociedade (SILVA, 2012).

O consumo abusivo de álcool predispõe os idosos a maiores riscos de vulnerabilidades para o desenvolvimento de distúrbios físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes não são identificados pelos profissionais nos diferentes serviços de saúde. Desta forma, as estimativas do consumo atual de álcool na população idosa são variadas, porém suas consequências nesta etapa da vida têm causado grande impacto nos cuidados de saúde (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Diante das prevalências descritas, o problema do uso abusivo e crônico do álcool em idosos vem inquietando os estudiosos e pesquisadores, além dos profissionais de saúde, no que diz respeito a estratégias mais eficazes para resultados mais eficientes perante as pessoas nessas situações (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013). Além disto, o consumo do álcool dificilmente é identificado como um problema para os idosos, o que faz com que eles resistam à procura de tratamento (WANG; ANDRADE, 2013).

Em relação ao tema alcoolismo em idosos a carência de protocolos que auxiliem os profissionais de saúde na investigação adequada dos problemas relacionados ao álcool pode dificultar no diagnóstico, e até mesmo o fato de familiares, cuidadores e amigos contribuírem, inconscientemente, com os idosos em negar a presença de problemas relacionados ao álcool (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Uma estratégia para a identificação do abuso de álcool entre os idosos é a visita domiciliar realizada na atenção primária. A atenção domiciliária contribui com a compreensão do espaço social dos idosos e familiares e as principais dificuldades vivenciadas, aumentando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias para a realização do cuidado (OLIVEIRA; TAVARES, 2010), sendo capaz de intervir no ambiente por meio da promoção de alterações dinâmicas familiares, encaminhamentos para outros profissionais e o acompanhamento contínuo. Diante disso, os profissionais de enfermagem destacam que a visita domiciliária é um espaço privilegiado na atenção à saúde dos idosos (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Sendo que as atitudes desenvolvidas pelos enfermeiros são fundamentais para a promoção da participação dos idosos e dos familiares na prática dos cuidados domiciliares (GAGO; LOPES, 2012).

Deste modo, torna-se fundamental em todos os níveis de atenção a interação entre a equipe multiprofissional de saúde, com a finalidade de identificar os idosos com histórico precedente de alcoolismo, e também aqueles com riscos potenciais para a sua ocorrência.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

5.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos

Entre os idosos com abuso e provável dependência de álcool, o maior percentual de pessoas do sexo masculino é condizente com investigações nacionais realizados na comunidade de São Paulo/SP (29,6%) (PINHO, 2012), Água Comprida/MG (19,3%) (DINIZ; TAVARES, 2013), Divinópolis/MG (67,9%) (CANTÃO et al., 2015), Rio Grande do Sul/RS

(25,3%) (BLAY et al., 2009) e no hospital das clínicas de São Paulo/SP (20%) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2010); e internacionais como as conduzidas na comunidade da Finlândia (20,3%) (HALME et al., 2010), Bélgica (43,3%) (HOECK; VAN HAL, 2012), México (77,3%) (CASTILLO et al., 2008) e Portugal (56,2%) (MARTINS et al., 2016). Em estudo transversal de base populacional realizado com 832 idosos no ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da cidade de Porto Alegre/RS, também constatou prevalência do sexo masculino em 28,8% dos idosos (SENGER et al., 2011).

Em contrapartida em pesquisa com idosos residentes na zona urbana de São Carlos/SP constataram o sexo feminino como o mais frequente (46,3%) (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). As mulheres idosas constituem um subgrupo que requer atenção específica, uma vez que para elas a progressão do consumo do álcool à dependência tende a acontecer com mais rapidez e as consequências adversas dão início mais previamente (LIMA, 2014; CEYLAN-ISIK, 2010). Outro fator importante são que as idosas estão mais propensas que os homens a fazerem uso de medicamentos de prescrição como analgésicos, tranquilizantes, sedativos, estimulantes e antidepressivos (WANG; ANDRADE, 2013), sendo essa interação medicamentosa com o consumo do álcool altamente prejudicial à saúde.

Os homens possuem algumas desvantagens em relação às mulheres, em virtude de trabalharem fora de casa, possuem restrições de horário para comparecerem aos serviços de saúde, além de serem mais predispostos a hábitos como alcoolismo, uso de drogas, tabagismo e maior risco de envolvimento de acidentes de trabalho e de trânsito (CHAIMOWICZ et al., 2013). Geralmente, os homens não possuem o hábito de realizar consultas e exames de rotina que auxiliem no diagnóstico e até mesmo para a prevenção de alguns distúrbios (LIMA, 2014), o que os levam a comparecerem nos serviços de saúde já nos estágios mais avançados das doenças.

Um dos argumentos apontados pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está relacionada à sua posição de provedor. Eles relatam que o horário de funcionamento dos serviços coincide com a carga horária de trabalho. A preocupação masculina com a atividade laboral tem bastante relevância, principalmente naqueles com baixa condição social, o que intensifica o papel historicamente imposto ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Entretanto, destaca-se que em muitos casos as mulheres também estão inseridas no mercado de trabalho, e este fato não interfere que elas procurem os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Outra questão empregada é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, argumenta-se que, para marcar as consultas é necessário enfrentar filas extensas e que em muitas das vezes, os fazem perder o dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente resolvam suas demandas em uma única consulta (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; KALCKMANN; BATISTA; SOUZA, 2005; SCHRAIBER, 2005).

Ainda em relação aos sexos, evidencia-se no Brasil o processo de envelhecimento humano com maior longevidade para a mulher. Em 1950 encontrava-se, aproximadamente, 100 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 65 a 69 anos, mas em 2000 eram 81 e em 2020 deverão ser 78 homens para cada 100 mulheres (CAMARANO, 2004; CHAIMOWICZ et al., 2013).

Um fator importante para esse achado é o fato de se ter a presença, mais frequente, de mulheres nos serviços de saúde comparados aos homens. As mulheres fazem acompanhamentos ginecológicos periodicamente, rastreamento de neoplasias e ainda possuem a tarefa de acompanhar os filhos nestes serviços. Portanto, as visitas aos serviços de saúde representam oportunidades de diagnóstico precoce para várias doenças ainda em estágios assintomáticos (CHAIMOWICZ et al., 2013).

A propensão de consumo abusivo de álcool pelos homens pode ser consequência da sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e para a maioria das causas de morte. Provavelmente relaciona-se a este fato à maior exposição dos homens a fatores de risco, tais como o álcool, fumo, aos acidentes de trânsito e de trabalho, e ao aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (CHAIMOWICZ et al., 2013; BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ressalta 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” (BRASIL, 2008, p.7), o que se torna ainda mais relevante diante da população idosa. Desta forma, avaliar os determinantes de vulnerabilidade do homem para os problemas relacionados com o álcool torna-se de extrema importância, sendo imprescindível para a criação de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com essa realidade, os idosos constituem a cada dia uma parcela maior dos usuários a serem atendidos nos serviços de saúde de uma forma geral. As necessidades de saúde equivalentes se diversificam desde a promoção da saúde e prevenção primária de

doenças, bem como acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, dado que pode ser considerado o caso da dependência de álcool (SAIDEL, 2010).

Se os homens realizassem com frequência as medidas de prevenção primária, inúmeros agravos poderiam ser evitados. A resistência masculina diante do atendimento intensifica não somente a sobrecarga financeira da comunidade, mas também, a preocupação física e emocional destes homens e de seus familiares, na luta pelo cuidado da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

Diante disso, os idosos, especialmente os homens devem ser conscientizados sobre os malefícios da prática do uso do álcool nessa faixa etária e fixadas ações preventivas e de hábitos saudáveis por meio de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, torna-se necessário mais estudos, capacitação e conscientização por parte dos profissionais de saúde que são essenciais para a melhoria na identificação e implementação de intervenções mais eficientes junto a essas pessoas. Propõe-se, portanto, que haja uma articulação mais efetiva entre os serviços de saúde, principalmente a atenção primária que é primordial para a promoção dos cuidados, sobretudo nos programas de geriatria e gerontologia e nos serviços qualificados no tratamento do uso de substâncias psicoativas (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

Em relação à faixa etária, assim como na presente investigação, o predomínio de idosos entre 60 |- 70 anos também foi obtido entre participantes de estudo longitudinal com base nos dados do Estudo SABE, no município de São Paulo/SP (83,4%) (DIAS et al., 2015); em estudo transversal de base populacional no Rio Grande do Sul/RS (44,8%) (SENGER et al., 2011); em pesquisa com idosos da comunidade também no Rio Grande do Sul/RS (56,8%) (BLAY et al., 2009); e em estudo epidemiológico, retrospectivo realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Divinópolis/MG (56,5%) (CANTÃO et al., 2015). Verificou-se também em estudo desenvolvido com idosos residentes no município de São Paulo/SP, prevalências nas faixas etárias de 60 |- 65 anos (37,0%) e 65 |- 70 anos (34,8%) (PINHO, 2012), condizendo com a presente pesquisa.

Em São Carlos/SP em pesquisa com idosos residentes na zona urbana, a idade média foi de 70 anos (DP±6,9) (KANO; SANTOS; PILLON, 2014). Já em Ribeirão Preto/SP em estudo realizado com idosos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a média de idade foi de 64 anos (DP±4,62), com variação de 60 a 81 anos (PILLON et al., 2010).

Em relação à idade foi constatado aumento na abstinência ao álcool conforme elevação da idade, isto é, as maiores prevalências de uso de álcool, foram encontradas dentre

os idosos mais novos (PINHO, 2012). Assim como na presente pesquisa o abuso e provável dependência do álcool tende a diminuir com a idade, sendo sua prevalência menor dentre os idosos mais velhos. Destaca-se que o consumo abusivo de álcool é mais frequente em determinados grupos sociodemográficos, como sexo masculino e idosos mais jovens (BLAY et al., 2009).

Alguns autores afirmam que o índice de consumo de álcool é menor na velhice, eventualmente, devido a fatores como: morte precoce dessas pessoas que por beberem no decorrer de suas vidas não atingem a terceira idade, diminuição ou interrupção do consumo da substância alcoólica, ou ainda, a resistência dos idosos em mencionar o uso de álcool, seja por vergonha ou por pensarem que o consumo é inadmissível nesta idade. Alegam ainda a existência de poucos estudos conduzidos por profissionais da saúde (HOLBERT; TUETH, 2004; KIRCHNER et al., 2007).

Portanto, o uso crônico da substância alcoólica diminuiria a expectativa de vida fazendo com que várias pessoas com esse padrão de consumo não alcancem as idades mais avançadas (HALME et al., 2010).

Diante disso, durante a assistência de enfermagem, é necessário considerar a faixa etária do idoso, bem como as limitações decorrentes da idade. E a partir dessas referências, o enfermeiro deve desenvolver atividades visando o tratamento mais eficiente do abuso do álcool, tornando o atendimento mais rápido e mais resolutivo (LIMA, 2014).

No que refere ao estado conjugal, os achados na literatura nacional (PINHO, 2012; KANO; SANTOS; PILLON, 2014; DIAS et al., 2015; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2010; SENGER et al., 2011; PILLON et al., 2010; DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007) e internacional (CASTILLO et al., 2008), corroboram com o resultado desta pesquisa que obtiveram maior percentual de idosos casados com abuso e provável dependência de álcool. Uma explicação provável para a prevalência de idosos casados não está associado exclusivamente ao vínculo matrimonial, mas também aos fatores a ele associados, como é o caso da situação econômica, que pode levar em momentos difíceis a uma desordem na convivência familiar e no relacionamento com o cônjuge e filhos (CASTILLO et al., 2008); desta forma o álcool serve como uma “válvula de escape” para tais problemas.

Resultados divergentes foram identificados em estudo com idosos residentes na zona urbana de Jequié/BA (FERREIRA et al., 2013) do Rio Grande do Sul/RS (BLAY et al., 2009) e dos EUA (MERRICK et al., 2008; LIN et al., 2011), em que a maior frequência dos entrevistados não era casado. Pesquisa traz que o vínculo matrimonial serve como apoio social à persistência dessas pessoas nos grupos de abstinentes (ALVARES, 2013), ou seja, os

casados recebem maior apoio dos cônjuges e familiares para permanecerem nos serviços especializados de saúde para o tratamento da doença e recebem também suporte emocional, que faz com que o mesmo dê continuidade e permaneçam abstêmios.

Eventos que levam ao estresse psicossocial, como a separação, viuvez, perda de amigos e solidão, podem ser evidenciados como motivos para o aumento da ingestão de bebidas alcoólicas (MARTINS, 2014). Pesquisadores descrevem que, habitualmente, um dos fatores que podem levar os idosos a se renderem à dependência alcoólica é a perda dos companheiros, seja por morte ou término do relacionamento. Destaca-se ainda que essas pessoas que se envolvem com o álcool, com o passar do tempo podem perder suas casas, seus empregos, a dignidade e passarem a viver em situação de rua. Há de se considerar também a falta de estrutura familiar concreta e de ferramentas advindas da própria comunidade, como internações ou tratamentos ambulatoriais, que apoiem o idoso e seus familiares nesta situação (OLIVEIRA; GONÇALVES; LODOVICI, 2013).

Porém, em relação ao estado conjugal, não há um consenso na literatura científica sobre o estado civil e sua possível associação com álcool, na medida em que há estudos que verificaram maiores chances entre os casados (PINHO, 2012; KANO; SANTOS; PILLON, 2014; DIAS et al., 2015; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2010; SENGER et al., 2011; PILLON et al., 2010; DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007; CASTILLO et al., 2008) e outros que direcionam maior risco para divorciados/separados/viúvos/solteiros (BLAY et al., 2009; MERRICK et al., 2008; LIN et al., 2011).

Quanto à escolaridade, dados de pesquisa realizada na comunidade do município do Rio Grande do Sul/RS apresentaram maior percentual de idosos com abuso de álcool com escolaridade de 1 | 5 anos (66%) (BLAY et al., 2009), condizendo com achados do presente estudo. Resultados divergentes com maior escolaridade foram encontrados em pesquisas nacionais (SENGER et al., 2011; PINHO, 2012; PILLON et al., 2010) e internacional (CASTILLO et al., 2008). Em contrapartida estudos nacionais (DIAS et al., 2015; DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007) obtiveram menor escolaridade do que a apresentada na atual pesquisa.

No município de São Carlos/SP em pesquisa com idosos residentes na zona urbana, foi observada uma média de escolaridade de três anos de estudo ($Dp \pm 3$) (KANO; SANTOS; PILLON, 2014).

O processo de envelhecimento está associado de particularidades como alterações na cognição, que envolve a memória e o comprometimento no registro de novas informações (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Menores níveis educacionais estão geralmente

associados a maiores prevalências de problemas relacionados com o álcool (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2003).

Entre idosos, o baixo nível de escolaridade é uma resposta advinda da estrutura social na qual ele está inserido, influenciando os hábitos de vida e o acesso à informação e aos serviços preventivos de saúde (SÁNCHEZ-GARCÍA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), sendo capaz de repercutir em uma pior compreensão de saúde e qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

A literatura científica descreve que o baixo nível de escolaridade é classificado como um fator de risco potencial para o abuso e dependência de substâncias psicoativas (HIRATA et al., 2009). Por vezes, essas pessoas não compreendem como o uso dessas substâncias psicoativas atuam no organismo causando graves consequências à sua saúde, principalmente em relação às drogas lícitas (que é o caso do álcool) e as medicações prescritas com potenciais de risco para o abuso (PILLON et al., 2010). Uma das formas de prover o êxito em relação ao autocuidado nos idosos é por meio do desenvolvimento de educação em saúde pelo enfermeiro, dispondo de ferramentas apropriadas à sua escolaridade, desempenhando, ainda, testes para detectar a assimilação do conhecimento perante estas pessoas.

A média de anos de estudo no Brasil é de 4,7 anos entre os idosos, com diferenças entre as regiões brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Este é mais um desafio que o país enfrenta, considerando que a maior escolaridade está relacionada à melhores entendimentos de diagnósticos médicos e precauções com a saúde (LOURENÇO; LENARDT; KLETEMBERG, 2012), procedendo em melhores possibilidades de prevenção de doença e promoção de saúde quanto aos resultados adversos do abuso do álcool.

O percentual da renda mensal individual de 1 -| 3 salários mínimos obtido nessa pesquisa também foi encontrado em investigação entre idosos na comunidade do município de São Paulo/SP (21,5%) (PINHO, 2012). Resultado divergente foi identificado no inquérito entre idosos no Rio Grande do Sul/RS, no qual, a maioria dos idosos com abuso de álcool declarou receber menos de um salário mínimo mensalmente (62,1%) (BLAY et al., 2009). Estudo transversal de base populacional também realizado no Rio Grande do Sul/RS obteve resultado superior, com maior percentual de renda de 2 a 5 salários mínimos (38%) (SENGER et al., 2011).

Os cuidados com a saúde envolvem a influência de diversos fatores, entre eles, a renda. No Brasil, 41,6% dos idosos apresentavam renda *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo, sendo a principal fonte de rendimento a aposentadoria ou pensão (67,6%)

(INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Considera-se que a renda é um fator que influencia no acesso aos serviços de saúde, assim como na satisfação com os rendimentos (LEVORATO et al., 2014). Além disso, a dificuldade na obtenção de medicamentos (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011) e de alimentação (VIEBIG et al., 2009) pode ocasionar em déficits na saúde e maior vulnerabilidade a resultados adversos.

Diante disso, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é possível contribuir para a reafirmação da equidade, princípio do SUS que objetiva minimizar as desigualdades existentes entre grupos que apontam diferentes condições socioeconômicas, levando em conta a necessidade na atenção à saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). Neste contexto, as assistências prestadas na saúde pública devem ser pertinentes às condições econômicas dos idosos, visando oferecer um tratamento efetivo e com qualidade.

Neste contexto, os idosos usuários do álcool merecem atenção especial dos profissionais de saúde e, em especial da enfermagem, e uma estratégia para a melhoria dos atendimentos a essa população é a visita domiciliar. Pois, no decorrer da visita é necessário que o profissional tenha uma visão minuciosa voltada para o âmbito familiar e para as condições desses idosos, com propósito de identificar possíveis sinais que possam ser associados ao abuso e provável dependência de álcool.

5.2.2 Perfil clínico e indicativo de sintomas depressivos dos idosos

Condizendo com os achados do presente estudo, pesquisas nacionais verificaram que os idosos que tiveram abuso e provável dependência de álcool apresentaram cinco ou mais morbidades (DIAS et al., 2015; PINHO, 2012).

Muitos idosos da presente pesquisa demonstraram preocupação em relação ao consumo do álcool por razões de saúde e por orientações de profissionais de saúde como médicos e enfermeiros. Problemas resultantes do uso de álcool estão na lista dos maiores causadores de problemas de saúde no mundo, sendo que o álcool afeta praticamente todos os sistemas orgânicos do corpo em diferentes níveis (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

O álcool funciona no organismo como depressor do SNC (SENAD, 2012), proporcionando efeitos farmacológicos e tóxicos sobre o cérebro, causando alterações comportamentais e afetivas, interferindo diretamente nas relações sociais e no cotidiano da pessoa, além de predispor à dependência. Além da ação no SNC o álcool atua também sobre o SNP e sobre o Sistema Cardiovascular principalmente, mas de maneira geral, causa

consequências aos demais sistemas orgânicos do corpo direta ou indiretamente (RIBEIRO; ANDRADE, 2007; FIGLIE; BORDINO; LARANJEIRA, 2010).

É importante salientar que, entre os idosos, o abuso de fármacos é mais frequente devido às várias comorbidades existentes nesta faixa etária, principalmente de medicamentos para tratamento de depressão, ansiedade e outras doenças (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016). Evidencia-se que 90% dos idosos tomam algum tipo de medicação diariamente, sendo que muitos fármacos prescritos para situações cotidianas possuem um potencial de interação com o álcool, que resultam em prejuízos a saúde dessas pessoas (OLIVEIRA, 2016).

Os idosos em sua maioria estão polimedicados, tornando-os mais suscetíveis às reações adversas que possam decorrer da interação entre o álcool e os fármacos; como por exemplo, o álcool potencializa o efeito sedativo das benzodiazepinas (grupo de fármacos ansiolíticos utilizados como sedativos, hipnóticos, relaxantes musculares, dentre outros), aumentando a probabilidade de quedas e fraturas, que são uma das principais causas de morte nos idosos (COUSINS et al., 2014; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007). Verifica-se que, mesmo o consumo considerado moderado pode ser perigoso para os idosos, visto que constantemente eles apresentam diversas comorbidades crônicas (OLIVEIRA, 2016).

Já o abuso de álcool e drogas vem aumentando, especialmente, nas pessoas que iniciaram o uso ainda quando jovens. Devido às transformações fisiológicas que ocorrem na velhice, os efeitos do álcool e das drogas são diferentes, podendo acarretar problemas mais graves mesmo se consumidos em poucas quantidades (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Desta forma, os idosos usuários de álcool podem ficar mais propensos a enfermidades, tais como cirrose, pancreatite, afecções do SNC, comorbidades psiquiátricas, inúmeros tipos de cânceres e agravamentos de sintomas preexistentes (HULSE, 2002; PILLON, 2005; HERMAN; SADOVSKY, 2010).

Há também nos idosos especificamente, alguns problemas que predispõem ao abuso de substâncias psicotrópicas. Diversas doenças crônicas, que ocorrem com mais prevalência nessa faixa etária podem estar relacionadas a um maior consumo de álcool e outras drogas. Problemas auditivos e de visão correspondem a perdas funcionais frequentes, que podem surgir com o envelhecimento e provocam sentimentos de isolamento, solidão e tristeza. Deste modo, o álcool e outras drogas podem se tornar meios para enfrentar estes sentimentos desagradáveis ou um modo de esquecer tais distúrbios (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Uma das maiores dificuldades encontrada na abordagem das pessoas com comorbidades está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas. Um distúrbio pode expandir ou encobrir o outro; por exemplo, intoxicação por consumo abusivo de álcool ou estimulantes, pode gerar sintomas de mania ou hipomania à medida que se manifesta à abstinência da substância, sintomas de ansiedade e depressão também podem ser revelados com frequência. Contudo, não é fácil, no começo, determinar diferenças entre a presença de comorbidade psiquiátrica e abuso de substâncias psicoativas (FEITOSA et al., 2016; SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Em relação ao indicativo de sintomas depressivos, a atual pesquisa apresenta maior percentual de idoso com ausência de tais sintomas, dados condizentes com investigações nacionais (DIAS et al., 2015; PINHO, 2012) e internacionais (HOECK; VAN HAL, 2012; FLOWERS et al., 2008).

Resultado divergente foi encontrado entre idosos na comunidade do município de Rio Grande do Sul/RS, em que a maior frequência dos idosos usuários de álcool tinha indicativo de sintomas depressivos (BLAY et al., 2009). Outros estudos nacionais também obtiveram maiores percentuais de sintomas depressivos (CANTÃO et al., 2015; SAIDE, 2011).

Houve prevalência maior de tais sintomas também em estudos realizados nos Estados Unidos com idosos com 65 anos ou mais, beneficiários do plano de saúde *Medicare* que vivem na comunidade (MERRICK et al., 2008), os atendidos no programa de atenção primária (KIRCHNER et al., 2007) e em outros estudos internacionais (CAPUTO et al., 2012; NADKARNI et al., 2011; AIRA et al., 2008).

Os transtornos psiquiátricos mais relacionados ao alcoolismo são: depressão, transtornos de ansiedade, alimentares e de estresse pós-traumático. E tratamentos apropriados para estas doenças são essenciais para a superação dos problemas relacionados com álcool (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

A associação entre uso de substâncias alcoólicas e indicativo de sintomas depressivos requer atenção no que diz respeito à saúde (CANTÃO et al., 2015). Revisão de literatura verificou o indicativo de sintomas depressivos como recorrente precursora do abuso de álcool, mas também o consumo abusivo do álcool como agravante desse transtorno (POMPILI et al., 2010).

O consumo do álcool acontece muitas das vezes como meio de fuga ou canalização dos sintomas do diagnóstico de depressão podendo provocar sintomatologia mais grave como a presença de um quadro agudo de depressão juntamente com os efeitos do abuso do álcool, bem como desfechos mortais, como o autoextermínio, sendo esses problemas mentais os

principais fatores de risco para a ocorrência do suicídio (WHO, 2014). Desta forma, reafirmar-se a importância de averiguar as características de risco dos idosos com o propósito de desempenhar as atividades de forma adequada, dando suporte psicossocial e evitando a antecipação do término da vida (CANTÃO et al., 2015).

A depressão é uma das principais causas de incapacitação mundialmente e aparece em quarto lugar entre as dez principais causas patológicas no mundo (OMS, 2001). De acordo com as projeções, nos próximos 20 anos a depressão será a segunda das principais causas de doenças mundialmente. Cerca de 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool em todo o mundo, outros 24 milhões sofrem de esquizofrenia e um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente sendo que entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (OMS, 2001), tais eventos são relativos ao indicativo de sintomas depressivos. Diante disso, cabe a equipe de enfermagem na atenção primária realizar o rastreamento do indicativo de sintomas depressivos nos idosos, especialmente nos que fazem uso abusivo de álcool, visando identificar a síndrome ainda nos estágios iniciais e instaurar programas de tratamento voltados para as necessidades desses idosos.

A prática de ingestão do álcool em idosos deve ser observada com atenção, pois muitas vezes eles voltam ou dão início ao consumo desta substância como substituto dos seus desajustes psíquicos e sociais (SÃO PAULO, 2009).

Por vários motivos os idosos não assumem o consumo do álcool, seja por constrangimento; insegurança; medo; demência, estilo de vida e/ou isolamento, o que prejudica ainda mais a identificação do abuso e impossibilita o início de intervenções precoce (PILLON et al., 2010).

Deste modo, é de suma importância que o usuário de álcool e outras drogas seja tratado de maneira holística, dando destaque na prevenção de doenças e promoção da saúde, do mesmo modo que promova o acompanhamento deste idoso por meio de diferentes redes e linhas de cuidados, com a finalidade de reduzir os danos à sua saúde (MOREIRA et al., 2016).

Em síntese, reforça-se a necessidade de avaliar sistematicamente todos os idosos em relação ao consumo de álcool por meio de instrumentos de rastreamento de fácil utilização nas consultas de rotina. Além disso, para este grupo, pode ser necessário reduzir o limiar diagnóstico para identificar o uso nocivo do álcool e instalar programas de tratamento consistentes com suas necessidades específicas (WANG; ANDRADE, 2013).

5.3 FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL EM IDOSOS

A associação de abuso e provável dependência do álcool ao sexo masculino esteve presente em pesquisas nacionais (CANTÃO et al., 2015; DINIZ; TAVARES, 2013; PINHO, 2012; BLAY et al., 2009; CASTRO-COSTA et al., 2008; HIRATA et al., 2009; ALMEIDA-FILHO et al., 2004) e internacionais (MARTINS et al., 2016; HOECK; VAN HAL, 2012; NADKARNI et al., 2011; HALME et al., 2010; CASTILLO et al., 2008; MERRICK et al., 2008; KIRCHNER et al., 2007; MOORE et al., 2005; FINK et al., 2002; DUNNE, 1994).

Estudo realizado em um CAPSAD detectou que 90,6% dos registros verificados na instituição eram referentes ao sexo masculino (PILLON et al., 2010). Outra pesquisa, com a finalidade de relacionar atividade física, etilismo e tabagismo entre os idosos, demonstrou associação do sexo masculino com o consumo de álcool e tabaco (SANTOS, 2014) constatando a prevalência do gênero em relação ao consumo da substância alcoólica (CANTÃO et al., 2015).

Nota-se na presente pesquisa que ser do sexo masculino está fortemente associado ao abuso de álcool, corroborando com os achados da literatura. Esta associação foi previamente demonstrada em diversas populações idosas e presume-se estar diretamente ligada com os fatores socioculturais (MARTINS et al., 2016; CANTÃO et al., 2015; CASTILLO et al., 2008).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo epidemiológico, retrospectivo, realizado no CAPS da cidade de Divinópolis/MG no qual 39,9% da amostra que consumiam o álcool de forma abusiva eram compostas por homens e 22,9% por mulheres (CANTÃO et al., 2015). Em Portugal, encontram prevalência de consumo de risco do álcool em 32,9% dos idosos, com maior prevalência também entre os homens (56,2%), em comparação com as mulheres (15,7%) (MARTINS et al., 2016). Na Finlândia também encontraram grandes diferenças na prevalência de consumo abusivo de álcool em relação ao gênero, com 20,3% dos homens e 1,2% em mulheres (HALME et al., 2010).

No que diz respeito à questão do gênero e sua influência no consumo de álcool, observa-se que existe uma tendência maior dos homens beberem abusivamente e terem mais prejuízos em relação ao álcool se comparados às mulheres (PYNE; CLAESON; CORREIA, 2002). Em contrapartida, as mulheres, sobretudo as mais velhas, dispõe de riscos e vulnerabilidades específicas referentes ao consumo de álcool, incluindo o desenvolvimento mais acelerado dos problemas relativos ao beber, maior sensibilidade a substâncias alcoólicas

e drogas psicoativas, bem como, maior estigmatização social comparadas aos homens mais velhos (BLOW, 2000).

O consumo do álcool é diferente entre os gêneros e várias características biológicas, psicológicas e psicossociais contribuem para este fato. O corpo da mulher possui menor quantidade de água (51%) em relação ao do homem (65%) o que estabelece que, com o consumo da mesma quantidade de álcool, a concentração no organismo feminino será maior (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

Estudo destaca que, uma vez inserido o consumo de álcool, mesmo ainda quando jovens, os mesmos tendem a perdurar mais entre os homens do que nas mulheres (HOLBERT; TUETH, 2004). Além disso, os fatores biológicos relativos ao sexo feminino, como baixa tolerância ao álcool e maior concentração da substância no sangue para a mesma quantidade de álcool ingerida, bem como maior suscetibilidade aos efeitos do álcool, e também os fatores socioculturais, como por exemplo, maior moderação do consumo do álcool pelas mulheres, de certa forma pode explicar o baixo risco de dependência de álcool evidenciado por elas (KERR-CORREA et al., 2007; ANDRADE et al., 2009; HIRATA et al., 2009).

De acordo com Hirata et al. (2009), o padrão de consumo de álcool no idoso e os princípios morais e sociais referentes a esta prática seriam definidas ainda no início da juventude, isto é, no decorrer de toda sua vida ele receberia essa influência dos padrões do uso de álcool. Aliado a este fato, há também uma excessiva pressão social para que os homens iniciem o consumo o álcool ainda na juventude (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, supõe-se que as idosas do sexo feminino que participaram deste estudo tenham vivido sua puberdade durante um período em que, talvez, o hábito de consumo de álcool fosse pouco estimado para as mulheres, o que pode ter colaborado para uma menor ingestão da substância durante sua vida adulta podendo justificar a pouca frequência de mulheres consumidoras de álcool descritas no presente estudo.

O álcool sendo identificado como a principal droga de abuso do sexo masculino pode estar vinculada também à acessibilidade desta droga pela população (CANTÃO et al., 2015). Por se tratar de uma substância admitida pela sociedade, o álcool tem seu consumo permitido e estimulado pelos meios de divulgação em massa, que o mencionam como elemento de socialização, distração, diversão e comunicação social (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

Outra explicação plausível para a diferença de gêneros encontrada no estudo é a de que os homens partilhariam de inúmeras e diferentes ocasiões e oportunidades de exposição para o consumo da bebida alcoólica se comparados com as mulheres, tais como uso do álcool

em eventos sociais, ocupacionais ou até mesmo decorrente do estresse proveniente do trabalho (DAWSON; ARCHER, 1992; ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

O fato de algumas pessoas consumirem bebidas alcoólicas constantemente e não se tornarem dependentes é, de certo modo, um estímulo ao consumo, fato que prejudica em algumas ocasiões o combate ao uso do álcool (SILVA et al., 2007; ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009; PUIG-NOLASCO; CORTAZA-RAMIREZ; PILLON, 2011).

Em relação às questões de gênero e sua influência no abuso do álcool constata-se que ocorre maior tendência de os homens ingerirem maior número de bebida alcoólica e terem mais danos à saúde se comparados com as mulheres (CANTÃO et al. 2015).

As consequências do consumo abusivo do álcool nos idosos podem ser extremamente preocupantes, dada maior suscetibilidade aos seus efeitos e relação com os riscos acrescidos de disfunção cognitiva e demência. Nesse aspecto, destaca-se a importância de ações voltadas para os cuidados primários de saúde na avaliação e acompanhamento do padrão de consumo do álcool e das características específicas desta população (BRASIL, 2013).

Tratar de forma mais humana e livre de preconceitos pode ser um dos fatores que venham a garantir uma prestação de serviço qualificada para essas pessoas, além de contribuir para a recuperação dos mesmos. Esse apelo se torna necessário, uma vez que o problema do abuso do álcool vem crescendo e a procura pelos serviços de saúde tende a aumentar gradativamente, sendo que é a enfermagem que acolhe e identifica as necessidades dessas pessoas (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008).

Pesquisadores descrevem o consumo abusivo do álcool como o mais prevalente entre os idosos do sexo masculino, com incidência de um ou mais transtornos associados, como por exemplo, o indicativo de sintomas depressivos (WANG; ANDRADE, 2013).

Em estudo epidemiológico, retrospectivo realizado com 218 idosos do CAPS referência em saúde mental da cidade de Divinópolis/MG, o diagnóstico de depressão e uso de drogas, representaram uma taxa de 1,5% do total de idosos da instituição, sendo esta associação mais frequente no sexo masculino. Evidenciando a predominância do gênero em relação ao consumo de álcool (CANTÃO et al., 2015), como observado na presente pesquisa.

Preocupa-se neste contexto com a importância de acompanhar a saúde mental dos idosos principalmente dos homens e as comorbidades clínicas e psiquiátricas que podem intensificar alguns sintomas relacionados à doença (CANTÃO et al., 2015).

Assim como na presente pesquisa, o indicativo de sintomas depressivos esteve associado ao abuso e provável dependência do álcool em pesquisas nacionais (CANTÃO et al., 2015; BLAY et al., 2009; SAIDE, 2011) e internacionais (CAPUTO et al., 2012;

NADKARNI et al., 2011; MERRICK et al., 2008; AIRA et al., 2008; KIRCHNER et al., 2007).

Na Itália estudo demonstrou que 20% dos idosos com 65 anos ou mais que obtiveram abuso de álcool avaliado pelo instrumento CAGE também apresentaram diagnóstico de indicativo de sintomas depressivos (CAPUTO et al., 2012). Em contradição outros estudos (HOECK; VAN HAL, 2012; PINHO, 2012; FLOWERS et al., 2008) não apresentaram tal associação.

Manifestações de sintomas depressivos resultantes do número elevado de tarefas e do desgaste emocional são frequentes nos idosos, cuidadores e familiares, com consequências negativas para a saúde física, psicológica e para a qualidade e perspectiva de vida. Dessa maneira, cada vez mais estudiosos e pesquisadores tem demonstrado interesse sobre a identificação de fatores preventivos e tratamentos eficazes dessa doença (DIAS et al., 2015).

Nos idosos os cenários psiquiátricos abrangem, destacadamente, a demência, estados depressivos, transtornos de ansiedade, quadros psicóticos, sendo, no entanto, a depressão o problema de saúde mental mais importante nessa faixa etária (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

A OMS, em 1989, estimava que um a cada 10 idosos apresentava o diagnóstico de depressão, ou seja, 10% da população total de idosos (OMS, 1989; CARVALHO; FERNANDES, 1996; MORAES, 2008).

A depressão é a doença psiquiátrica mais prevalente entre os idosos, regularmente ela não é diagnosticada e, conseqüentemente, não é tratada pelos mesmos. Contudo, ela influencia na qualidade de vida, elevando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e, por conseguinte, pode levar a tendências suicidas (MELLO; TEIXEIRA, 2011; MORAES, 2008; JACOB FILHO; GORZONI, 2008; FREITAS et al., 2002). Esta doença não é habitualmente exclusiva do envelhecimento; ela pode ser tratada e cabe aos profissionais de saúde esta responsabilidade (MELLO; TEIXEIRA, 2011).

Todos os profissionais devem estar aptos a identificar os sintomas da depressão e encaminhar tanto os pacientes quanto os familiares para o tratamento especializado. As atividades conduzidas pelos profissionais devem guiar os idosos de tal forma que possam retomar suas vidas e administra-las normalmente, dentro de suas capacidades e limitações. É de suma importância também, a assistência terapêutica que proporciona apoio emocional aos idosos, diminuindo sua ansiedade e aumentando sua confiança e autoestima. (MELLO; TEIXEIRA, 2011).

Estudiosos relatam que o período de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas devem ter extrema atenção no que diz respeito à aceitação do usuário ao serviço, bem como a eficiência do tratamento. Este dado repercute uma problemática importante nos serviços de atenção à saúde mental, tendo em conta o risco que o abandono do tratamento pode apresentar para essas pessoas. É preciso desempenhar e acompanhar o processo terapêutico, sendo esses fatores fundamentais para a recuperação e manutenção da saúde física e mental dessas pessoas diagnosticadas com indicativo de sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas (CANTÃO et al., 2015).

Assim, destaca-se que o consumo abusivo do álcool nos idosos é prevalente. Desta maneira, considera-se necessária a promoção de ações voltadas para a prevenção do consumo excessivo do álcool nos serviços de saúde primários, em concordância com as atividades preconizadas pelo programa de intervenção governamental (BRASIL, 2015).

O conhecimento sobre o abuso do álcool em idosos, bem como os fatores a ele associados é imprescindível para a criação de estratégias de ação, visto que tais intervenções podem auxiliar para a diminuição das internações hospitalares e número de medicamentos utilizados.

A assistência às pessoas que fazem uso abusivo de álcool, atualmente, tem enfrentado inúmeras limitações no campo da atenção à saúde, estes obstáculos envolvem o campo do conhecimento do tema álcool e idosos, o campo social, psicológico e clínico. Diante de tudo, as intervenções de saúde estão comprometidas dificultando uma assistência qualificada (VARGAS, 2010; GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Outro fator que dificulta é a identificação dos sinais e sintomas característicos do uso do álcool, uma vez que os mesmos estão relacionados à suas consequências e por si só não são tão precisos, como por exemplo, acidentes, transtornos mentais (depressão, ansiedade, demência) insônia e autonegligência, sintomas que podem estar mistificados aos do processo de envelhecimento (DAR, 2006).

As pessoas que consomem o álcool abusivamente possuem um estigma negativo perante a sociedade e, principalmente, frente à equipe de saúde, pois podem ser vistos como uma pessoa importuna, inconveniente, suja e com mau odor (BRASIL, 2003).

Deste modo, é de extrema relevância averiguar as atitudes executadas pelos profissionais da saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, posto que, uma vez que as atitudes podem influenciar diretamente na qualidade da assistência proporcionada, e na resposta dos usuários frente ao tratamento (BARROS; PILLON, 2007b; VARGAS, 2011).

Encontra-se a necessidade de maior consideração com o tema, visto que, como citado anteriormente, as atitudes interferem diretamente na qualidade de atenção dos profissionais de saúde para com os alcoolistas. Desta forma, todos os profissionais devem estar aptos para atender essa clientela adequadamente, uma vez que se trata de um problema de saúde pública mundial (SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Ao final foi possível compreender os diversos aspectos que cercam os idosos com abuso e provável dependência do álcool e o papel da enfermagem nesse contexto. São inúmeras as consequências geradas pelo alcoolismo no idoso, contudo, foram encontrados inúmeros empecilhos em aprofundar o tema, visto que o número de publicações na literatura científica voltadas para o assunto é bastante restrita. Desse modo faz-se necessário a realização de novos estudos acerca da temática com a intenção de melhorar a qualidade na assistência prestada ao idoso usuário de álcool, propondo que o enfermeiro assuma o papel de gestor no cuidado a essa clientela.

A partir dos dados obtidos percebe-se que a enfermagem não apresenta uma única função ou representa um único papel durante a assistência ao idoso alcoolista. É preciso que o enfermeiro identifique as dificuldades encontradas na assistência ao idoso dependente alcoólico e busque soluções para tais dificuldades procurando oferecer um atendimento eficaz, igualitário e digno ao paciente. Além disso, o enfermeiro deve saber trabalhar com sua equipe essas dificuldades, visando um atendimento de boa qualidade e de forma contínua.

É importante ressaltar que a família é fundamental no processo de reabilitação, pois ela interfere e também é afetada pelos idosos que abusam do álcool. Visto isto, é importante que o enfermeiro compreenda que a redução de danos e até mesmo a abstinência não depende unicamente do idoso, mas também do ambiente e das pessoas ao seu redor. Portanto a assistência de enfermagem deve ser voltada a todo o seu universo biopsicossocial e espiritual, dessa maneira, não é suficiente apenas tratar os sintomas físicos e encaminhar ao serviço adequado. Com o intuito de promover uma assistência mais integral é necessário trazer a família desses idosos para o processo de reabilitação. Desta forma, a educação em saúde deve ser usada como uma importante ferramenta dentro da assistência de enfermagem para aproximar a família do idoso usuário do álcool criando um vínculo terapêutico sólido, tendo em vista que o conhecimento acerca da doença e suas consequências contribuem para que a família não o abandone frente às recaídas e crises de abstinência, proporcionando chances melhores de recuperação.

Evidencia-se que existem poucos estudos semelhantes que abordem o tema abuso e provável dependência do álcool em idosos no ambiente domiciliar, a partir das buscas

realizadas nas bases de dados (PUBMED, LILACS, SCIELO e no portal de teses e dissertações da CAPES). Desse modo faz-se necessário a realização de novos estudos acerca da temática com a intenção de melhorar a qualidade na assistência prestada ao idoso alcoolista, propondo que o enfermeiro assuma o papel de gestor no cuidado a essa clientela.

Em relação às limitações o fato da ocorrência do consumo do álcool ter sido autorreferido pelos idosos, pode subestimar as informações coletadas.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de abuso e provável dependência do álcool entre os idosos residentes na zona urbana de Uberaba – MG foi de 26,5%.

O perfil sociodemográfico e econômico dos dois grupos (com e sem abuso e provável dependência do álcool) foram semelhantes, predominando idosos mais jovens (60 |- 70 anos), que moravam com esposo (a) ou companheiro (a) e com escolaridade de 1 |- 5 anos de estudo. As exceções se fazem para os sexos, em que entre os idosos com abuso do álcool, predominou o sexo masculino e, para os sem abuso, o feminino; e renda individual, na qual os idosos com abuso do álcool tiveram predomínio de renda mensal individual de 1 |- 3 salários mínimos, e os sem abuso do álcool obtiveram renda individual de até um salário mínimo.

Em relação às características clínicas, tanto os idosos com abuso e provável dependência do álcool quanto os que não possuíam abuso apresentaram maior percentual para cinco ou mais morbidades. Prevaleram também, em ambos os grupos, a ausência de indicativo de sintomas depressivos. Porém, os idosos com abuso e provável dependência de álcool apresentaram maior percentual de presença de indicativo de sintomas depressivos em relação aos que não possuíam tal dependência.

O abuso e provável dependência do álcool foram associados ao sexo masculino e a presença de indicativo de sintomas depressivos. Não se obteve associação entre as variáveis estudadas: grupo etário, escolaridade, renda, estado conjugal e número de morbidades autorreferidas.

O presente estudo contribui para o conhecimento acerca do uso, abuso e provável dependência do álcool em idosos, bem como os fatores a ele associados. Nessa perspectiva, esta pesquisa propiciará subsídios para o desenvolvimento de estratégias de ações de saúde com a finalidade de proporcionar a realização de planos voltados para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação do idoso que faz uso abusivo do álcool.

Além disso, tal conhecimento é fundamental na implementação de medidas preventivas frente ao alcoolismo nos idosos e a compreensão da enfermagem nesse setor, sendo que equipe de enfermagem é maioria nos serviços de saúde, e conseqüentemente responsável por gerir o atendimento a essas pessoas, em todos os aspectos; deste modo elas devem ter condições de auxiliar no processo de recuperação e reabilitação, visando assim, colaborar no direcionamento da atenção bem qualificada à saúde e promover um envelhecimento saudável.

7 REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L.; DONATO, M.; DOMINGOS, A. M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. **Escola Anna Nery: Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 566-570, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a26.pdf>>. Acesso em: 10 Fev. 2016.
- 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-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.
- ALMEIDA O.P.; ALMEIDA S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, vol. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>>. Acesso em: 28 Out. 2015.
- ALVARES, A. A. Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 60-80, 2013.
- ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **Lancet**, Maastricht, v. 373, p. 2234-2246, 2009.
- ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Manole, p. 37-66. 2009.
- 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.
- APRATTO JUNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>>. Acesso em: 20 Ago. 2015.
- AZIZ, M.M; CALVO, M.C.M; DORSI, E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p.52-64, 2012.
- BARROS, M. A; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 261-266, Jun. 2007a.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Escola Anna Nery: Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 655-662, 2007b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2015.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>>. Acesso em: 25 Nov. 2015.

BEULLENS, J.; AERTGEERTS, B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. **Aging Ment Health**, v. 8, n. 1, p. 76-82, 2004.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BOGSTRAND, S.T. et al. Studying psychoactive substance use in injured patients: does exclusion of late arriving patients bias the results? **Drug Alcohol Depend.**, v. 127, n. 1-3, p. 187-92, 2013.

BOMMERSBACH, T. J. et al. Geriatric alcohol use disorder: a review for primary care physicians. **Mayo Clinic Proc.**, v. 90, n. 5, p. 659-66, 2015.

BORIM, F.S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, Jul. 2013.

BORIM, F.S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, Abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, n. 192, seção 1, p. 1, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 04 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF, 2004.

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

_____. Secretaria de Política sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Estudantes/328293.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em:

<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Toxicodependências. Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências, 2013-2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf>. Acesso em: Out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Relatório do Grupo de Trabalho de elaboração do Programa de detecção precoce e intervenções breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e tabaco nos Cuidados de Saúde Primários: relatório do subgrupo (álcool). Lisboa: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C17E8534-6D1A-4FE9-9371-43782CF2C590/0/Relat%C3%B3rioGT_Dete%C3%A7%C3%A3oInterven%C3%A7%C3%B5esbreves_CSP_alcool_final3.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2016.

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

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.

CAMARANO, A. A. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

CAMPOS, E. A. Porque os alcoólicos são anônimos?: Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 19-30, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Out. 2014.

CANTÃO, L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**. v. 16, n. 3, p. 355-62, Mai-Jun. 2015.

CAPUTO, F. et al. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. **Exp Gerontol.**, v. 47, n. 6, p. 411-416, Jun. 2012.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: O que são e Como agem. **Revista IMESC**, São Paulo, n.3, p.9-35, 2001.

CARMO, E. H.; SILVA JÚNIOR, J. B.; BARRETO, M. L. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742003000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 Ago. 2015.

CARVALHO FILHO, E. T. Medicina preventiva no idoso. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 8-18, jan. 2003.

CARVALHO, V. F. C, FERNANDES, M. E. D. Depressão no idoso. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996.

CASTILLO, B. A. A. et al. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 Out. 2016.

CASTRO, L. A. P. G. Abuso de drogas no idoso. In: Orestes Vicente Forlenza; Paulo Caramelli. (Org.). Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 447-455.

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.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. São Paulo, BR: CISA, 2003. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/index.php>>. Acesso em: 12 Out. 2016.

CERVIERI JÚNIOR, O. et al. O setor de bebidas no Brasil. **BNDES Setorial**, v. 40, p. 93-130, 2014. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3462/1/BS%2040%20O%20setor%20de%20bebidas%20no%20Brasil_P.pdf> Acesso em: 13 Ago. 2015.

CEYLAN-ISIK, A. et al. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development o alcoholic complication? **Life Sciences**, v. 86, p. 136-138, 2010.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. Spe2, p. 1763-1768, Dez. 2011.

COUSINS, G. et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. **BMC Geriatrics.**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.

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.

CHAIMOWICZ, F. et al. Saúde do idoso. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 167 p. 2013.

DAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Adv. Psychiatr. Treat.**, v. 12, p. 173-81, 2006. Disponível em: <<http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/12/3/173.full.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2015.

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

DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, Ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1623.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2016.

- DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 885-92, Out-Dez., 2013.
- DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 34, n. 1, p. 13-7, 2007.
- DOTTO BAU, C. H. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 183-190, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n1/a17v07n1.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2015.
- DUNNE, F.J. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. **BMJ**, v.308, p.608-609, 1994.
- FALCÃO, I. C. L.; RANGEL-S, M. L. Controle sanitário da propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo dos projetos de lei de 1988 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3433-3442, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63017302018.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2014.
- FEITOSA, A. N. C. et al. O uso de substâncias psicoativas em idosos. **Id on Line Rev. Psic.** v. 10, n. 30, Jul. 2016.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p.595-603, 2009.
- FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3409-3418, 2013.
- FERREIRA FILHA, M. O., et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 26-35, 2012.
- FIGLIE, N.B.; BORDINO, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.
- FILIZOLA, C. L. A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 181-186, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/07.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2015.
- 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, 2002.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>>. Acesso em: 04 Out. 2015.

FLOWERS, N. T. et al. Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 32, p. 639–44, 2008.

FREITAS, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

GAGO, E. A.; LOPES, M. J. Cuidados domiciliares – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 74-80, 2012.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol.26, n. 1, p. 11-13, mai. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004>. Acesso em: 12 Fev. 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, Mar. 2007.

GONÇALVES, S.S.P. M; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.586-592, 2007. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br>> Acesso em: 10 Dez. 2014.

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.

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.

HERMAN, S.; SADOVSKY, R. Psychosocial health screening and recognizing early signs of psychosocial distress. **J. Mens Health**, v. 7, n. 1, p. 73-82, 2010.

HOECK, S.; VAN HAL, G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 6, p. 1069–1075, 2012. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/23/6/1069.full.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2016.

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.

HULSE, G. K. Alcohol, drugs and much more in later life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 34-41, abr. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500008>>. Acesso em: 02 Out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília, DF, 2004. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF, 2010.

_____. Informação Demográfica e Socioeconômica número 29. Síntese de Indicadores Sociais. **Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf>. Acesso em: 01 out. 2015.

_____. (Estudos e Pesquisas: 32). Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

JACOB FILHO, W.; GORZONI, M. L. Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber. São Paulo: Roca; 2008.

JELLINEK, E.M. The disease concept of alcoholism. New York: Hillhouse Press; 1960.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; p. 199-217, 2005.

KANO, M. Y.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 648-55, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-648.pdf>. Acesso em: 10 Dez. 2014.

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.

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.

LARANJEIRA, R. et al. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. LARANJEIRA, R. (Coord.). 2º Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Desafios do envelhecimento na reorganização da Sociedade Brasileira. **Revista Jurídica Consulex**, v. 304, p. 33-36, 2009.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, Rio de Janeiro, Abr., 2014.

LIMA, M. C. P. et al. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2603-11, 2009.

LIMA, J. S. Atenção psicossocial: acolhimento de enfermagem a pacientes usuários de álcool e outras drogas em unidade de urgência e emergência. 2014. 21 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção

Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

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.

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.

LOURENÇO, T. M.; LENARDT, M. H.; KLETEMBERG, D. F. et al. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.176-185, 2012.

MACHADO R. M.; COSTA JUNIOR M. L. Evolução histórica do uso e abuso de álcool e os serviços de saúde mental. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 3, p. 407-421, Jul./Set. 2011.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, São Paulo, v.2, n. 3, p. 73-86, out. 2001. Disponível em:< <http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev3.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

MARTINS, R. R. As relações sociais e o uso da rede de apoio no cotidiano do Idoso dependente do álcool. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

MARTINS, K. D. A dependência do álcool na dialética do envelhecimento. **Revista Cocar**. Belém-Pará, v. 8, n. 16, p. 25-37, Ago./Dez., 2014.

MARTINS, A. et al. Prevalência do consumo de risco de álcool no idoso: estudo numa unidade dos cuidados primários da região de Braga. **Rev Port Med Geral Fam**. v. 32, n. 4, p. 270-74, 2016.

MELLO, M. L. M.; BARRIAS, J.; BREDA, J. J. Alcoolismo. In: CORDEIRO, J.C. Dias. Manual de psiquiatria clínica. 2º Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Cap. 3.3, p. 287-360, 2002.

MELLO, E.; TEIXEIRA, M. B. Depressão em idosos. **Revista Saúde**, v.5, n.1, 2011.

MENNINGER, J. Assessment and treatment of alcoholism and substance related disorders in the elderly. **Bull Menninger Clin.**, v. 66, n. 2, p. 166-83, 2002.

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.

MIRANDA, F. A.N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 8, p.222-232,

2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm>. Acesso em: 14 Mai. 2015.

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.; WHITEMAN, E. J.; WARD, K.T. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. **Am J Geriatr Pharmacother**, v. 5, n. 1, p. 64–74. 2007.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. **Escola Anna Nery: Revista Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 90-95, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2015.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.67-73, 2010.

MORAES, E. N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. São Paulo: COOPMED, 2008.

MOREIRA, W. C. et al. Educação em saúde para a redução do uso abusivo de álcool na terceira idade. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 254-259, jan. fev. mar. 2016.

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.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Older Adults. 2008. Disponível em: <<http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults>>. Acesso em: 20 Nov. 2015.

O'CONNELL, H. et al. Alcohol use disorders in elderly people redefining an age old problem in old age. **BMJ: British Medical Journal**, v. 327, p. 664-67, 2003.

OLIVEIRA, A. P. N. Alcoolismo no idoso. 2016. 58 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2016.

OLIVEIRA, B.; GONÇALVES, C.M. S.; LODOVICI, F.M.M. Idosos etilistas crônicos-indicações para uma mudança de clave em seu atendimento. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 261-275, 2013.

OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre o álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 623-633, mai./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a20v18nspe.pdf> >. Acesso em: 15 Out. 2015.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, Set., 2010.

OLIVEIRA, J. B. et al. Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/12385>>. Acesso em: 20 Ago. 2015.

OLIVEIRA, D. R. et al. Prevalence of frailty syndrome in old people in a hospital institution. **Rev Lat Am Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, p. 891-98, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)**: um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, Suíça, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde global e envelhecimento**. Genebra, Suíça, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2014**. Genebra, Suíça, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde nas Américas: 2007. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M.; GUERRA, R. O. Funcionalidade e envelhecimento. In: PERRACINI, M.R; FLÓ, C. M. **Fisioterapia: teoria e prática. Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 3-24.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a14.pdf>>. Acesso em: 07 Set. 2015.

PILLON, S.C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery: Revista Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 742-748, Out-Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a13.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2015.

PILLON, S.C. Atitudes dos Enfermeiros com Relação ao Alcoolismo: Uma avaliação de Conhecimentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 03, p. 303-307, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 10 Set. 2015.

PINHO, R. J. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool entre idosos do município de São Paulo/SP, Estudo SABE. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2012.

POMPILI, M., et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. **Int J Environ Res Public Health**, v. 7, p. 1392–431, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872355/>>. Acesso em: 17 Out. 2016

PUIG-NOLASCO, A; CORTAZA-RAMIREZ, L; PILLON, C. S. Consumo de álcool entre estudantes Mexicanos de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Ago. 2015.

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.

RAMOS, S. P.; WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 18-22, mai. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 Set. 2014.

RAMOS, L.R. Growing old in São Paulo, Brazil: Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. 327 f. Tese (Doutorado) London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Inglaterra, 1987.

RIBEIRO, P. L.; ANDRADE, A. G. Transtornos Mentais Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas. In: Mario Rodrigues Louzã Neto e Hélio Elkis. (Org.). **Psiquiatria Básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2007, p. 195-210.

ROSENSTOCK, K.I. V; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4,. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 Jun. 2016.

SÁ, A. N. P. et al. Conflitos familiares abordados na Terapia Comunitária Integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 786-93, 2012.

SAIDEL, M G. B. Representações sociais de membros de equipes de saúde da família sobre o uso problemático de álcool por idosos. 2010. 169 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2010.

SAIDE, O. L. Depressão e uso de drogas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, v. 10, n. 2, Jan./Mar., 2011.

SÁNCHEZ-GARCÍA, S. et al. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. **Geriatr Gerontol Int**, Japão, v. 14, n. 2, p. 395-402, 2013.

SANTOS, A. S., et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **REFACS** (online), v. 2, n. 1, p. 06-13, 2014. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1142/996>>. Acesso em: 20 Jan. 2016.

SANTOS, J. R. P.; MARQUES, I. R. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em síndrome da abstinência alcoólica no pronto socorro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 3, p.76-83, dez. 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5399/3972>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Boletim do Instituto de Saúde Nº 47. Envelhecimento & Saúde. São Paulo, SP, 2009. 103 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n47.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2015.

SAUNDERS, P. A. et al. Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men: findings from the Liverpool Longitudinal Community Study. **Br J Psychiatry**, v. 159, p. 213-6, 1991.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Governo do Estado de São Paulo. HC traça mapa do abuso de álcool em idosos de SP. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2010/marco/hc-traca-mapa-do-abuso-de-alcool-em-idosos-de-sp>. Acesso em: Out. 2016.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 9. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

_____. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. – 9. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

_____. Atenção integral na rede de saúde: módulo 5. – 9. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

_____. Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 9. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

SENA, E L., et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-8, Abr./Jun. 2011.

SENAD. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2014.

SENAD. Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional sobre Políticas sobre Drogas – SENAD, 2012.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, Out./Dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400010>>. Acesso em: 06 Dez. 2015.

SILVA, S. É. D. et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Escola Ana Nery: Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 699-705, Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a23.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2015.

SILVA, A. R. Fatores de risco e proteção para dependência química em idosos: desafios para a psicologia da saúde. **Psicologia**, Nov. 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/fatores-de-risco-e-protecao-para-dependencia-quimica-em-idosos-desafios-para-a-psicologia-da-saude/98719/>>. Acesso em: 07 de Abr. 2016.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. SMAD, **Revista Eletrônica em Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 1, p. 45-52, Jan./Abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38739>>. Acesso em: 02 Dez. 2015.

SOMMER, I. et al. Alcohol consumption and bone mineral density in elderly women. **Public Health Nutrition**, v. 16, n. 4, p. 704–712, 2012.

SOROCCO, K. H.; FERRELL, S. W. Alcohol use among older adults. *J Gen Psychol*, v. 133, n. 4, p. 453–67, 2006. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33298/1/ALCOOLISMO.pdf>>. Acesso em: 07 de Set. 2016.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 Ago. 2015.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.

SPRICIGO, J.S; ALENCASTRE, M.B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700019> Acesso em: 10 Dez. 2014.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Texto & contexto – enfermagem**, v. 20, n. spe, p. 205-2013,

2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500026&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Out. 2015.

TOWNSEND, Mary. Distúrbios relacionados a drogas. In: ____. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2002. Cap. 24, p. 323-359.

VARGAS D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2015.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-79, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/12.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2015.

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p.190195, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2015.

VARGAS, D. Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2015.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, Fev. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450013>>. Acesso em: 06 Jul. 2015.

VARGAS, D. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 41, n. 4, p. 105-110, 2014. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol41/n4/106.html>>. Acesso em: 10 Out. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 Ago. 2015.

VIEBIG, R. F. et al. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 806-13, 2009.

ZANOTTI, D. Idosos caem no vício do crack. UNIAD-Unidade de pesquisa de álcool e drogas. Set. 2013. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/blogs/dependencia-quimica/19386 - idosos-caem-no-vicio-do-crack](http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/blogs/dependencia-quimica/19386-idosos-caem-no-vicio-do-crack)>. Acesso em: 07 Abr. de 2016.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. **PLoS One**, v. 9, n. 1, p. e85548, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/>>. Acesso em: 15 Dez. 2014.

WANG, Y. P.; ANDRADE, L. H. Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. **Curr Opin Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 343-348, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23689545>>. Acesso em: 02 Nov. 2015.

WASHTON, A.M.; ZWEBEN, J.E. Prática Psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed. 2009.

WECHSLER, H.; NELSON, T. F. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? **Review Psychology of Addictive Behaviors**, v. 15, n. 4, p. 287-291, 2001. Disponível em: <http://archive.sph.harvard.edu/cas/Documents/Five_Drinks/five_drinks-1.pdf>. Acesso em: 09 Dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Genebra: WHO; 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66529/1/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf3>. Acesso em: Out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2011. Genebra, Suíça: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: WHO, 2014.

APÊNDICE A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____
 Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da coleta: _____
 Bairro: _____ Endereço: _____ Tel: _____
 Setor Censitário: _____

--	--	--

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

1) DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

--	--	--

ATENÇÃO:

- O entrevistado deve ter 60 anos ou mais de idade. Solicite ao entrevistado um documento de identificação que mostre a data de nascimento.

2) SEXO.....

1- Masculino 2- Feminino

3) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a) 3- Viúvo(a)
 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

4) ESCOLARIDADE:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.
 99- Ignorado

5) QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL:.....

1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo
 4 - De 1 a 3 salários mínimo 5 - De 3 a 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Prevalência e Fatores Associados ao Uso de Álcool entre Idosos da Zona Urbana do Município de Uberaba-MG”, os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência do abuso e provável dependência a substância alcoólica em idosos e descrever as características sociodemográficas, econômicas, morbidades e indicativo de sintomas depressivos dos idosos alcoolistas residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG; e verificar a associação entre o abuso e provável dependência do álcool com as variáveis: sexo, faixa etária, renda, escolaridade, indicativo de sintomas depressivos e número de morbidades. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável
Mariana Silva Freitas Guimarães

Assinatura do pesquisador orientador
Profª Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318-5867

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO A - MORBIDADES AUTORREFERIDAS

6) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas atividades da vida diária?

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benígnos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99
Z) Outras (gripe, diarreia, dor...)	1	2	3	99
Especifique				

7) Número de doenças autorreferidas.....

--	--

ANEXO B - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

8) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

9) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? _____
 Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que lugar estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

10) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

11) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peça-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 9 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

12) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

13) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio ____
 Coloca onde deve ____
Nota: ____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

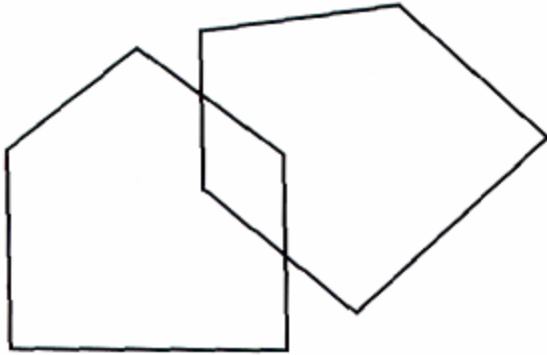
Fechou os olhos ____
Nota: ____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: ____
Nota: ____

14) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: ____

15) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo:

- analfabetos \leq 13 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 18
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 26

16) Idoso apresentou declínio cognitivo, segundo o MEEM:.....

(1) Sim (2) Não

ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

(O idoso deve responder sozinho)

17) Para cada questão abaixo responda (circule) Não ou Sim. Em Total coloque a pontuação final obtida pelo idoso.

	Questões	Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4	Você se aborrece com frequência?	0	1
5	Você se sente com bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13	Você se sente cheio de energia?	1	0
14	Você acha que a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos **maior que 5** é indicativo de sintomas depressivos.

18) Presença indicativo de sintomas depressivos:.....

(1) Sim (2) Não

ANEXO D - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)

Instrução: Segue a lista de questões sobre seu hábito de beber no passado ou no presente. Por favor, responda SIM ou NÃO para cada questão.		
Quando você terminar de responder a questão, por favor, some quantos “Sim” você respondeu e coloque no espaço abaixo.	Sim	Não
1. Após beber você percebe um aumento no batimento do coração ou bateadeira no peito?	1	0
2. Quando você conversa com outras pessoas, alguma vez disseram que bebe menos que realmente bebe?	1	0
3. O álcool deixa você tão sonolento(a) a ponto de adormecer enquanto está sentado(a)?	1	0
4. Depois de você beber um pouco, alguma vez você ficou sem comer ou pulou alguma refeição por não sentir fome?	1	0
5. Beber um pouco, ajuda a reduzir os tremores (que acontecem quando você fica sem beber algum tempo)?	1	0
6. Alguma vez o álcool te impediu de lembrar alguma coisa que você fez durante o dia ou a noite?	1	0
7. Você coloca regras de que não vai beber em algum período do dia?	1	0
8. Você perdeu o interesse em passatempos ou atividades de que você costumava fazer?	1	0
9. Quando você acorda de manhã, tem dificuldade de lembrar o que aconteceu na noite anterior?	1	0
10. Beber ajuda a você dormir?	1	0
11. Você esconde garrafas de bebidas alcoólicas da sua família?	1	0
12. Depois de uma festa, você se sente envergonhado(a) porque bebeu demais?	1	0
13. Você tem ficado preocupado(a) de que beber seja prejudicial a saúde?	1	0
14. Você gosta de terminar a noite bebendo?	1	0
15. Você acha que aumentou o consumo da bebida depois que alguém próximo a você morreu?	1	0
16. Em geral, você prefere beber em casa a sair encontrar pessoas?	1	0
17. Você está bebendo mais agora do que você costumava a beber no passado?	1	0
18. Você geralmente bebe para relaxar ou “acalmar os nervos”?	1	0
19. Você bebe para esquecer dos problemas?	1	0
20. Você alguma vez já aumentou o consumo de bebidas alcoólicas após ter sofrido uma perda na sua vida?	1	0
21. Você às vezes dirige depois de ter bebido bastante?	1	0
22. Alguma vez, o médico ou uma enfermeira demonstrou preocupação com o seu consumo de bebidas alcoólicas?	1	0
23. Alguma vez estabeleceu regras para controlar seu consumo de bebidas alcoólicas?	1	0
24. Quando você se sente sozinho(a), tomar uma bebida alcoólica te ajuda?	1	0
TOTAL DE RESPOSTAS ‘SIM’		

Considere: A soma total de pontos ≥ 5 relaciona-se a provável abuso ou dependência de álcool.

ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26148813.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 573.833

Data da Relatoria: 11/04/2014

Apresentação do Projeto:

Coerente e pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Coerente e pertinente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente parecer é emitido para aprovar o pedido de inclusão de avaliação da violência contra idosos, quedas e a síndrome do medo. Foram apresentados os instrumentos de coleta de dados que serão utilizados para alcançar o novo objetivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Coerentes e pertinentes.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações.

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H

CEP: 38.025-180

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5854

Fax: (34)3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 573.833

Situação do Parecer:

Aprovado

▪ **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Foi aprovada a solicitação de inclusão do novo objetivo ao projeto.

UBERABA, 28 de Março de 2014

Assinado por:
ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)