

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BEATRIZ PRADO NORONHA

**PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
IDOSOS BRASILEIROS: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE
SAÚDE (2013)**

BELO HORIZONTE, 2018

Beatriz Prado Noronha

**PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
IDOSOS BRASILEIROS: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE
SAÚDE (2013)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. Sérgio William Viana Peixoto

BELO HORIZONTE

2018

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

N852p
2018

Noronha, Beatriz Prado

Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013/ Beatriz Prado Noronha – Belo Horizonte, 2018.

XIII, 78 f.; il; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 57 – 64

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Saúde do idoso 2. Bebidas alcoólicas 3. Fatores epidemiológicos 4. Inquéritos e questionários I. Título. II. Peixoto, Sérgio William Viana (Orientação).

CDD – 22. ed. – 616.861

Beatriz Prado Noronha

**PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
IDOSOS BRASILEIROS: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE
SAÚDE 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração Epidemiologia

Orientador: Prof. Sérgio William Viana Peixoto

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (Instituto René Rachou) - Presidente

Profa. Dra. Mery Natali Silva Abreu (UFMG) - Titular

Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos (UFMG) - Titular

Profa. Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva (UNIFAL) - Suplente

Dissertação/Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 08/02/2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto René Rachou – IRR/FIOCRUZ MINAS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Ata da vigésima quarta defesa de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da aluna Beatriz Prado Noronha sob orientação do Dr. Sérgio William Viana Peixoto.

Aos oito dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezoito às 09:00 horas, realizou-se no Auditório do Ensino do Instituto René Rachou, o exame da vigésima quarta defesa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou/FIOCRUZ MINAS, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Epidemiologia. A dissertação da aluna Beatriz Prado Noronha intitula-se "Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013)". A banca examinadora foi constituída pelos professores: Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto - IRR/FIOCRUZ MINAS (Orientador - Titular); Profª. Drª. Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva - IRR/FIOCRUZ MINAS (Titular); Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos – UFMG (Titular). Após arguir a aluna, a Banca Examinadora assim se pronunciou: de acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a aluna foi considerada:

APROVADA

APROVADA COM RESTRIÇÕES: Quando o trabalho final necessitar de elaboração adicional ou revisões parciais.

NÃO APROVADA

Uma vez encerrado o exame, eu, Sérgio William Viana Peixoto, presidente da Banca, assino a presente ata juntamente com os membros da Banca Examinadora. Belo Horizonte, 08 de fevereiro de 2018.



Dr. Sérgio William Viana Peixoto



Drª. Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva



Drª. Mirela Castro Santos Camargos

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, minha maior fonte de inspiração, pelo amor incondicional e motivação diária.

Ao Dr. Sérgio Viana Peixoto, pela competente, cuidadosa e paciente orientação deste trabalho e a contribuição valiosa para minha formação acadêmica e de vida pessoal.

À Fundação Oswaldo Cruz, ao Instituto René Rachou e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade ofertada.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou pelas contribuições para minha formação.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou pela amizade e companheirismo, aqui representados pela Jéssica, Gislaine, Cecília, Mary Anne e Juleimar.

Aos meus familiares e amigos pela compreensão nos momentos de ausência e pelo carinho e incentivo.

Ao querido Dr. Márcio Sobreira e aos colegas do Grupo Integrado de Pesquisas em Biomarcadores do Instituto René Rachou pelo apoio e torcida de sempre.

Aos funcionários do Instituto René Rachou pela amabilidade e colaboração prestada sempre que solicitada, aqui representados pela Patrícia, Núzia, Aline, Andréia e Ana Paula.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pela concessão da bolsa de mestrado e financiamento deste projeto.

À Deus por mais essa conquista.

RESUMO

O álcool figura entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, ao lado do tabagismo, inatividade física e alimentação não saudável. Entre idosos, seu consumo pode aumentar a gravidade das doenças, afetar negativamente as relações pessoais o envolvimento social e a qualidade de vida, aumentando o risco de morte. Portanto, em um cenário de crescente envelhecimento populacional, o estudo dos padrões de consumo e identificação de grupos vulneráveis pode favorecer o desenvolvimento de políticas de promoção da saúde para esse segmento da população. O objetivo foi analisar o padrão de consumo de álcool entre idosos (60 anos ou mais) brasileiros e sua associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 10.537 idosos (90,1%) participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. O consumo de bebidas alcoólicas foi classificado em não uso, uso leve/moderado e uso de risco. Utilizou-se o modelo de regressão multinomial para o estudo dos fatores associados. A prevalência para uso leve/moderado e de risco foi de 9,4% (IC95%: 8,4-10,6%) e 4,6% (IC95%: 4,0-5,3%), respectivamente. Os dois padrões de consumo foram inversamente associados à idade, mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticavam atividade física. O consumo leve/moderado foi menos frequente entre não brancos e entre aqueles com relato de AVC e diabetes, enquanto o consumo de risco foi menos frequente entre idosos com diagnóstico para doenças do coração e mais frequentes entre os que reportaram depressão. Esse resultado identifica perfis de maior vulnerabilidade, com pequenas diferenças entre os padrões de consumo. Essas informações devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis e controle do abuso de álcool em idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Bebidas alcoólicas; Fatores epidemiológicos; Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Alcohol is one of the main risk factors for the development of chronic noncommunicable diseases, beside smoking, physical inactivity and unhealthy diet. Among the older adults, this consumption can increase the severity of diseases, negatively affect personal relationships, social involvement and quality of life, increasing the risk of death. Therefore, in a scenario of increasing population aging, the study of patterns of consumption and identification of vulnerable groups may contribute to the development of health promotion policies for this segment of the population. The aim was to analyze the pattern of alcohol consumption among elderly Brazilians (60 years and over) and their association with sociodemographic factors, life habits and health conditions. This is a cross-sectional study of 10,537 elderly (90.1%) participants from the National Health Survey of 2013. The consumption of alcoholic beverages was classified as non-use, mild / moderate use and risk use. The multinomial regression model was used to study the associated factors. The prevalence for mild / moderate and risk use was 9.4% (95%CI: 8,4-10,6%) and 4.6% (95%CI: 4,0-5,3%), respectively. The two consumption patterns were inversely associated with age and more frequent among men, more educated, smokers and physical activity practitioners. Mild / moderate consumption was less frequent among non-whites and those with a history of stroke and diabetes, whereas risk use was less frequent among older adults diagnosed for heart disease and more frequent among those reporting depression. This result identifies profiles of greater vulnerability, with small differences between two patterns of consumption. This information should be considered in the preparation of proposals to promote healthy habits and control of alcohol use in the elderly.

Keywords: Health of the elderly; Alcoholic beverages; Epidemiologic factors; Survey and questionnaires.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do arranjo dos participantes da pesquisa em grupos conforme perfil o de consumo de álcool (PNS, 2013).....	31
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência do consumo de álcool, por sexo, entre idosos brasileiros (PNS, 2013).....	41
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição da composição das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.....	32
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra estudada, de acordo com o consumo de álcool (PNS 2013).....	44
Tabela 2 – Fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados ao consumo de álcool entre idosos brasileiros (PNS, 2013).....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

ARPS - *Alcohol Related Problems Survey*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAGE - *'Cut-down', 'Annoyed', 'Guilty' e 'Eye-opener'*

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças versão número 10

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSM-I - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-III- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-III-R - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revisado*

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais quarta versão

ELSA - Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

MAST - *Michigan Alcoholism Screening Test*

MAST-G - *Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version*

NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDA - *Personal Digital Assistance*

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

SAMSHA - *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SDA - Síndrome de Dependência do Álcool

SMAS-T-G - *Short Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version*

SNC – Sistema Nervoso Central

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL - Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	12
2 OBJETIVO.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Envelhecimento populacional e alterações no organismo.....	15
3.2 Álcool: contexto histórico.....	18
3.3 Padrões de consumo de álcool	19
3.4 Instrumentos de rastreio para uso de álcool.....	22
3.5 Prevalência e características do consumo de álcool entre idosos	24
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Desenho do estudo e fonte de dados.....	27
4.2 Variáveis.....	29
4.3 Análise dos dados	33
5 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	34
6 CONCLUSÃO.....	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERENCIAS.....	57
APÊNDICE - A: Quadro Resumo com os principais resultados dos artigos utilizados na Revisão de Literatura	61
ANEXO - A: Comprovante de aceite do artigo.....	70
ANEXO - B: Homepage do artigo publicado na Revista Ciências & Saúde Coletiva	71

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O envelhecimento da população brasileira tem sido alavancado pelo aumento da expectativa de vida, diminuição da natalidade e avanços dos serviços de saúde, incluindo o acesso e a disponibilidade de tratamentos (CAMARANO, 2002). Uma consequência desse fenômeno é a transformação do perfil de saúde da população, com aumento da frequência de doenças crônicas não transmissíveis. Estima-se que parte considerável dos idosos brasileiros consome bebidas alcoólicas, de maneira semelhante a idosos de outras nacionalidades, e este comportamento na terceira idade pode aumentar os riscos de complicações da saúde e mortes, especialmente quando excessivo e frequente (GRANT, 2004).

Do ponto de vista da Saúde Pública, o álcool está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), juntamente com o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável, entre outros (NELSON & KOLLS, 2002; SENGER et al., 2011). No Brasil, esse grupo de causas ganha relevância, já sendo responsável por cerca de 70% das mortes (BRASIL, 2011), sobretudo devido ao acelerado processo de envelhecimento da população, se constituindo um novo desafio para a gestão em saúde, com importantes impactos econômicos e sociais (VERAS, 2009).

Dados do primeiro levantamento sobre os padrões de consumo de álcool entre idosos brasileiros demonstraram que 12,0% dos idosos bebiam pesado (mais de 7 doses por semana), 10,4% bebiam em excesso (mais de 3 doses em uma ocasião) e 2,9% dependiam do álcool (CASTRO-COSTA et al., 2008). Estudos posteriores registraram uma variação entre 1,1% e 12,4%, considerando outros padrões de consumo (moderado, excessivo, pesado, *binge*, abusivo e dependência). Quando investigado no contexto hospitalar, observou-se uma prevalência de 10% de alcoolistas idosos, sendo 14% presente nas urgências hospitalares, 18% internações em enfermarias, 23 a 40% em unidades psiquiátricas e de 2 a 4% em serviços especializados (BARRY, 2012). Acredita-se que diferenças metodológicas e particularidades sociais, culturais e econômicas das populações estudadas podem explicar as variações nas prevalências apresentadas.

A associação entre consumo de álcool e saúde tem sido um tema de grande debate nas últimas décadas e como esse consumo está relacionado com hábitos sociais, religião, cultura e histórias de vida pessoal, o significado e as definições do

consumo de álcool devem ser investigados dentro do contexto de cada população. O abuso de álcool entre idosos é um problema em crescimento dado o aumento desse segmento populacional e a necessidade de cuidados que lhe estão associados, além da evidente contribuição desse hábito para elevadas taxas de mortalidade, morbidades e custos de saúde relacionados (CASTRO-COSTA et al., 2008; KUERBIS; SACCO, 2013).

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo investigar padrões do consumo de álcool entre idosos brasileiros e os fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Um quadro resumo com os principais resultados dos artigos consultados para a composição desse tópico pode ser visualizado no Apêndice 1.

Para a seleção dos artigos realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline) e o BANCO DE TESES DA CAPES. Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Saúde do idoso”; “Bebidas alcoólicas”; “Fatores epidemiológicos” e “Inquéritos e questionários”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratem a temática e publicados e indexados nos referidos bancos de dados, totalizando 61 artigos. Foram selecionadas Revistas de Saúde Pública, de Ciência da Saúde, de Saúde Coletiva, de Geriatria e Gerontologia, de Psicologia e Neuropsiquiatria do Envelhecimento e de Alcoolismo.

3.1 Envelhecimento populacional e alterações no organismo

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental e espalhou-se entre os países mais desenvolvidos no século passado. Nas últimas décadas, o envelhecimento estendeu-se por vários países em desenvolvimento, sendo hoje uma realidade mundial (CARVALHO et al., 2003; WONG et al., 2006). No mundo, a cada segundo, duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário, em um total anual de 58 milhões de aniversários de 60 anos (HELPAGE INTERNATIONAL, 2012) e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 o Brasil terá 30% de sua população com idade acima dos 60 anos (IBGE, 2004).

O processo de envelhecimento da população ocorre devido à queda da fecundidade, em que um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens, na mesma, diminua (KALACHE, 1987). No Brasil, o declínio da fecundidade começou no final da década de 60 e no ano de 2000 o nível de

fecundidade já estava bem próximo ao de reposição (CARVALHO et al, 2003). Estimativas recentes indicam que a fecundidade continuará a cair e que a população brasileira encontra-se em um sustentado processo de desestabilização de sua pirâmide, com um estreitamento da base, devido à queda da fecundidade, e alargamento do topo, em consequência do aumento da expectativa de vida (CARVALHO, 2003; IBGE, 2013).

As populações de países europeus vivenciaram a transição demográfica, característica do processo de envelhecimento, num longo período de tempo no qual apresentavam níveis socioeconômicos elevados capazes de proporcionar a grande parte de suas populações, condições satisfatórias de envelhecer com qualidade de vida e com infraestrutura adequada (KALACHE, 1987). No Brasil, o envelhecimento da população ocorre num ritmo significativamente mais acelerado, em um período de tempo mais curto e concomitante com problemas sociais graves, como a economia frágil do país, os níveis crescentes de pobreza e as desigualdades sociais que agravam a qualidade de vida dos idosos (PALLONI et al., 2002; WONG et al 2006).

Nesse contexto, a saúde da população idosa é uma preocupação constante e atual. O processo de envelhecer decorre do somatório de fatores intrínsecos (genética, sexo, alterações dos sistemas circulatório e metabólico) e extrínsecos (o ambiente, o sedentarismo, as drogas e as radiações) (CANÇADO & HORTA, 2002). O consumo de álcool é um fator extrínseco de risco à saúde, e em idosos o uso dessa substância é ainda mais preocupante devido a alterações biológicas naturais do processo de envelhecimento que podem predispor os indivíduos mais velhos a maiores eventos adversos relacionados à saúde, mesmo em pequenas quantidades ingeridas (SAMSHA, 1998; HOGAN, 2005).

Durante o envelhecimento, observa-se que o sistema cardiovascular apresenta diminuição biológica da capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos frente a algum esforço físico intenso (DE VITTA, 2000). Essa alteração leva a uma redução da frequência cardíaca e da resistência vascular em repouso no idoso (HAYFLICK, 1997).

No sistema pulmonar, ocorre uma diminuição da ventilação pulmonar com redução da elasticidade dos alvéolos e da massa ventricular (GORZONI & RUSSO, 2002; SHEPHARD, 2003), de modo que os idosos passam a apresentar um

rendimento físico menor, com limitações à prática de exercícios físicos (STRATTON et al, 1994; LINDLE et al., 1997).

O sistema muscular é um dos mais visivelmente atingidos pelo processo de envelhecimento (DE VITTA, 2000). Após os 50 anos o organismo começa a apresentar um declínio entre 12 a 15% de massa muscular por década, além da redução da elasticidade dos tendões, ligamentos e da viscosidade dos fluidos sinoviais (LINDLE et al, 1997). Em 2000, Janssen et al, detectaram, por meio de ressonância magnética e tomografia computadorizada, um declínio de massa muscular iniciada por volta da 5ª década de vida, corroborando os achados de Lindle et al. A perda de massa e força , contribui para outras alterações relacionadas à idade, destacando-se a diminuição da densidade óssea e menor sensibilidade à insulina, capacidade aeróbia, taxa de metabolismo basal, força muscular, contribuindo para níveis baixos de atividades físicas diárias e maior incidência de quedas.

No Sistema Nervoso Central (SNC) é possível observar redução no número de neurônios, da velocidade de condução nervosa, da intensidade dos reflexos e restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações (DE VITTA, 2000; CANÇADO & HORTA, 2002). Além do mais, à medida que o cérebro envelhece, a atividade bioquímica (mantida por neurotransmissores) é afetada frequentemente provocando alterações que variam desde uma mínima perda celular local, até prejuízos acentuados em outras regiões cerebrais, caracterizando um declínio cognitivo (CANÇADO & HORTA, 2002; GALLAHUE & OZMUN, 2005). As alterações cognitivas estão inseridas no contexto do envelhecimento psicológico e social pelo qual os idosos passam e podem modificar a qualidade de vida pessoal e as relações que esses estabelecem (PILLON et al., 2010).

As alterações fisiológicas características do envelhecimento resultam em uma redução do percentual de massa corpórea e níveis mais altos de tecido adiposo que modificam o metabolismo do álcool e levam a uma maior concentração de álcool no sangue (NIAAA, 2005) aumentando os quadros de intoxicação por essa substância em idosos. Essas particularidades levam os idosos a uma maior ocorrência de eventos adversos à saúde, relacionados ao consumo de álcool.

3.2 Álcool: contexto histórico

O consumo de álcool é um hábito milenar presente na cultura de diversas sociedades. Os primeiros achados da utilização dessa substância datam da Pré-História, durante o período Neolítico, quando houve aparição da agricultura e a invenção da cerâmica (VIALA-ARTIGUES & MECHETTI, 2003). Nesse período, os povos celtas, gregos, romanos, egípcios e babilônios já registraram de alguma forma o uso de álcool (MCGOVERN & PATRICK, 2001).

Diferentes significados eram atribuídos ao consumo de álcool. Na medicina, seu uso foi empregado como alternativa para obter efeitos tranquilizantes, analgésicos, diuréticos e até mesmo para prevenir gastrenterocolites e tratar úlceras. Os egípcios acreditavam que as bebidas fermentadas eliminavam os germes e parasitas e podiam ser usadas como medicamentos, especialmente na luta contra algumas parasitoses provenientes das águas do rio Nilo (VIALA-ARTIGUES & MECHETTI, 2003).

Na idade média, o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente destiladas, já estava massificado e estabeleceu-se a crença de que o abuso dessa substância era reconhecido pela Igreja e o Estado como uma espécie de “pecado social” (VIALA-ARTIGUES & MECHETTI, 2003). Para além dos prejuízos sociais, os prejuízos físicos e psíquicos associados ao álcool foram responsáveis por caracterizar o consumo abusivo como doença ou desordem, durante a idade Contemporânea (JEROME, 1993).

Foi nesse contexto que a palavra “alcoolicismo” surgiu e estabeleceu-se na Europa do século XIX, como o consumo abusivo de álcool, capaz de gerar desordem, desagregação, promiscuidade, indisciplina e ameaça a produtividade, ao Estado-nação e até a integridade da espécie humana. Inclusive por acreditar que essa doença poderia ser adquirida e transmitida à prole (SOURNIA, 1986).

Nos anos seguintes, pode-se observar esforços contínuos para conter o abuso de álcool. Durante o século XX, a França, passou a estabelecer a maioridade de 18 anos para o uso de álcool, e em janeiro de 1920 o Estado Americano decretou a Lei Seca, que durante quase doze anos, proibiu a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebidas

alcoólicas (CARDIN et al., 1986).

No ano de 1952, com a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) o alcoolismo foi de fato reconhecido como doença (JEROME, 1993). Em 1967, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também incluiu o alcoolismo na Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde (OMS, 1993).

Na CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria ampla de agravos à saúde que incluía, inclusive, transtornos de personalidade e de neuroses. Nessa classificação, os problemas foram divididos em três padrões: episódios de beber excessivo (abuso), beber excessivo habitual e a dependência, caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso dessa substância (NIAAA, 1995).

3.3 Padrões de consumo de álcool

Atualmente os sistemas classificatórios para diagnóstico do consumo de álcool, contam com a Classificação Internacional de Doenças em sua versão número 10 (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta versão (DSM-IV). Ambos são reconhecidos pela OMS e baseiam-se na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância mediante suas consequências negativas (OMS, 1993).

O uso moderado de álcool é um padrão difícil de ser estabelecido, na medida em que países e instituições de pesquisa consideram diferentes quantidades de álcool para uma dose padrão. O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) considera consumo moderado ou de baixo risco aquele que não ultrapassa os seguintes limites: para homens, no máximo 4 doses em um único dia e não mais que 14 doses por semana; para mulheres, no máximo 3 doses em um único dia e não mais que 7 doses por semana. A OMS preconiza as mesmas doses por dia para o consumo moderado, mas não estabelece valores semanais de referência. Mesmo dentro dos limites estabelecidos para o consumo moderado, alerta-se para o fato de que o indivíduo pode ter problemas quando beber muito rápido ou se apresentar problemas de saúde. Sobretudo, ressalta-se que algumas pessoas devem evitar

completamente o consumo de álcool (por exemplo, aqueles que planejam dirigir um veículo automotor ou operar máquinas, mulheres grávidas ou que estão tentando engravidar e indivíduos que fazem uso de medicamentos cujos efeitos possam interagir com o álcool ou que tenham alguma condição médica que pode ser agravada pelos efeitos do álcool) (NIAAA, 1995).

De modo geral, a literatura registra diversos estudos que discutem benefícios para a saúde de pessoas que fazem uso moderado de álcool (ZIMMERMAN et al., 2004; LUCHSINGER et al., 2004; McDOUGALL Jr. et al., 2006; STOTT et al., 2008; PETERS et al., 2008; NEAFSY & COLLINS, 2011). Sobre os possíveis efeitos benéficos, estudos apontam a associação positiva entre beber moderado e diminuição do risco de doença cardiovascular (ASNTEY et al., 2006; MUKAMAL et al., 2006), risco reduzido de infarto do miocárdio (KABAGAMBE et al., 2005), melhor desempenho cognitivo em mulheres (STAMPFER et al., 2005), menor prevalência de sintomas depressivos em homens idosos (ZIMMERMAN et al., 2004; McDOUGALL Jr et al., 2006), melhor estado geral de saúde (ZIMMERMAN et al., 2004; McDOUGALL Jr et al., 2006), menor risco de acidente vascular cerebral (AVC) (MUKAMAL et al., 2001), maior densidade mineral óssea (CAWTHON et al., 2006), menor prevalência de anormalidades da substância branca cerebral (MUKAMAL et al., 2001), aumento da substância cinzenta (ANSTEY et al., 2006), melhor desempenho funcional (CAWTHON et al., 2007; LEE et al., 2009) e menor prevalência de limitação física (CAWTHON et al., 2007; MARALDI et al., 2009), além de melhor qualidade de vida, em homens e mulheres (CHAN et al., 2009). Os efeitos benéficos do consumo moderado de álcool em idosos também já foram descritos em relação à mortalidade por um estudo realizado na China, em que foi identificada associação entre o uso ocasional e moderado de álcool e menores taxas de mortalidade por todas as causas, tanto em homens quanto em mulheres com piores condições de saúde (SUN et al.; 2009). Esse achado foi corroborado por estudos realizados com idosos americanos (LANG et al.; 2007), ingleses (MCCAUL et al.; 2010) e japoneses (LIN et al., 2005).

O uso de álcool acima do moderado é caracterizado como consumo de risco, ou seja, padrão de consumo que pode trazer riscos psicológicos, físicos e sociais à saúde do indivíduo em diferentes níveis de comprometimento. Os sistemas classificatórios reconhecem vários padrões de consumo de risco, baseado nas

associações negativas com o álcool, como: uso nocivo, uso perigoso, uso problemático, uso em *binge* e o quadro de dependência alcoólica.

O uso nocivo (*harmful use*) faz referência ao consumo de qualquer substância psicoativa que causa dano físico, mental e/ou social para a saúde (OMS, 2014). Entretanto, há diferenças entre os sistemas quanto à sua classificação. Enquanto a CID-10 faz referência apenas aos efeitos físicos e mentais para classificar o “uso nocivo”, a DMS-IV também considera as consequências sociais e ocupacionais na ausência de compulsividade para avaliar fenômenos como tolerância e abstinência (BRASIL, 2010, pp. 11-12).

Por outro lado, o consumo alcóolico perigoso (*hazardous use*) menciona o padrão de uso de substâncias psicoativas que aumenta a chance de consequências prejudiciais para o usuário. Ao contrário do uso nocivo (ou abusivo), este padrão é considerado um problema de saúde pública, pois suas consequências não se restringem ao indivíduo, e são consideradas perturbações sociais de ordem pública (BRASIL, 2010, p.125).

O padrão de consumo problemático refere-se ao uso que causa prejuízos físicos, mentais e/ou sociais, que tem potencial para se prolongar em um processo contínuo, e que podem variar desde um padrão de beber excessivo até quadros de dependência. Assim, o conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente ou ao paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais para o indivíduo, como beber excessivamente todos os dias ou repetidos episódios de intoxicação pelo álcool também podem ser considerados como problemáticos (WHO, 1992).

O uso *binge*, também conhecido pelas expressões “porre” e “pileque”, trata-se de um padrão caracterizado pelo consumo de grande quantidade de álcool em um período curto de tempo. Prática descrita na literatura como *binge drinking*, ou beber em *binge*. Esse termo é empregado para definir o “uso pesado e episódico do álcool”, classificado como o consumo de risco elevado e frequentemente associado a uma série de problemas físicos, sociais e mentais (NIAAA, 2015). Este padrão é caracterizado por importantes modificações neurofisiológicas, como desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, perda da capacidade de julgamento e diminuição da coordenação motora (WHO, 2011).

Mesmo sabendo que os bebedores desse padrão, em geral, intercalam esses períodos com períodos de abstinência, o consumo em *binge* é descrito como um comportamento que potencializa os danos associados ao uso do álcool, representando risco para a saúde e elevados custos econômicos e sociais associados (BRASIL, 2010; p.45).

E por fim, a dependência alcóolica, definida pela CID-10 como Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), apresenta entre os principais sintomas: estreitamento do repertório de beber; saliência do comportamento de busca pelo álcool; sensação subjetiva da necessidade de beber; desenvolvimento da tolerância ao álcool; sintomas repetidos de abstinência; alívio ou repulsa aos sintomas de abstinência, caso o consumo aumente ou na reinstalação da síndrome de dependência (BRASIL, 2010, p. 49).

3.4 Instrumentos de rastreio para uso de álcool

Atualmente têm sido propostos e desenvolvidos instrumentos que possibilitam rastrear o consumo alcóolico de risco, entretanto, poucos são direcionados para a população idosa (OLIVEIRA et al., 2011). Os instrumentos convencionais apresentam em sua composição uma série de perguntas voltadas para a rotina de um adulto jovem, que podem não refletir efetivamente a prevalência do consumo de álcool entre idosos.

Entre os principais instrumentos de rastreio utilizados, o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) é comumente empregado no mundo e conhecido por sua fácil aplicabilidade. É constituído por um questionário de autoavaliação que contém 25 perguntas com respostas dicotômicas (sim/não) e aborda múltiplos aspectos associados ao uso prejudicial do álcool, com duração média estimada entre 10 a 15 minutos (SELZER, 1971). Em 1992 o MAST teve sua versão adaptada para idosos na versão *Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version* (MAST-G), primeira abordagem específica do uso de álcool em idosos. Essa versão foi composta por 24 questões também dicotômicas elaboradas segundo critérios do DSM-III Revisado (DSM-III-R) e validada no Brasil por KANO (2011). Além de identificar o uso e a provável dependência do álcool, apresenta uma ampla configuração e percepção dos prejuízos advindos desse consumo nos mais

diferentes contextos de vida dos idosos, como nas relações sociais, condições de saúde, de sono, solidão e perdas (FINK et al., 2002; KANO, 2011). Além disso, para facilitar a aplicabilidade dos testes em idosos nos serviços de urgência e emergência, foi desenvolvida a versão curta do MAST-G, conhecida por *Short Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version* (SMAST-G), que apresenta um número reduzido de perguntas (10 questões).

Outro instrumento muito utilizado é o CAGE (da sigla em inglês: ‘*Cut-down*’, ‘*Annoyed*’, ‘*Guilty*’ e ‘*Eye-opener*’), desenvolvido por MAYFIELD et al (1974) e atualmente é a técnica de triagem mais utilizada na prática clínica, caracterizada por ser rápida e com escore facilmente calculado. É composto por quatro itens e a pontuação de dois ou mais indica provável abuso ou dependência de álcool em adultos.

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores colaboradores da OMS na década de 1980 (SAUNDERS et al., 1993). Esse instrumento fornece informações sobre frequência e quantidade atual de consumo, além de permitir a identificação do consumo de risco. É constituído por questionário com 10 questões consideradas de fácil aplicabilidade.

E, por último, o *Alcohol-Related Problems Survey* (ARPS), desenvolvido especificamente para a avaliação de uso de álcool em idosos, buscando associar a avaliação do consumo de álcool às condições consideradas de risco advindos desse uso na velhice (declínio de saúde, comorbidades psiquiátricas, doenças crônicas, uso de medicações, incapacidade funcional, etc.) (FINK et al, 2002).

Considerando o uso de álcool na população idosa, um agravante dessa discussão é o difícil diagnóstico do abuso dessa substância (SCHMALL et al., 2009). Alguns estudos sugerem possíveis causas, como: confusão diagnóstica entre sintomas do abuso de álcool e sintomas de doenças clínicas comuns nessa fase da vida (hipertensão arterial, transtornos cognitivos, depressão e outras); incredulidade quanto à eficiência do tratamento de álcool entre os idosos; ao fato de que a própria subidentificação e a prevalência subestimada levariam os profissionais de saúde a acreditar que este é um problema infrequente acima dos 60 anos; preconceito por parte dos idosos e suas famílias em relação aos transtornos mentais, tendendo a negá-los ou a não encarar o abuso de álcool como um problema de saúde mental; ao fato de os parâmetros de diagnósticos em geral considerarem consequências

sociais pouco prevalentes na população idosa, como acidentes no trânsito e problemas no trabalho; a aceitação passível do abuso de álcool nessa etapa da vida, na qual, comumente, enfrentam-se muitas perdas e debilidades; à carência de profissionais especializados inseridos no sistema de saúde e a escassez de instrumentos específicos para triagem e identificação do uso de álcool entre idosos (THOBABEN, 2006; SUWALA & GERSTENKORN, 2007; ZANUTO et al., 2011).

Nesse contexto os serviços e programas de saúde precisam desenvolver novas abordagens e olhares voltados à problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriadas à população idosa (O'CONNELL et al., 2003; McGRATH et al., 2005; LIEB et al., 2008; PILLON et al., 2010; WALLACE, 2010).

3.5 Prevalência e características do consumo de álcool entre idosos

Uma avaliação realizada pela Pesquisa Nacional Americana sobre Uso de Drogas e Saúde demonstrou que 12,2% dos idosos que consumiam álcool eram bebedores pesados, 3,2% eram bebedores *binge* e 1,8% usaram mundos ilícitas (HUANG et al., 2006). Estudos posteriores demonstraram uma prevalência entre 12% e 14% na população idosa americana que fazia uso excessivo de álcool (GELL et al., 2015).

A literatura americana aponta para um número crescente de adultos mais velhos que abusam do álcool, simultaneamente com o crescimento dessa população. O abuso de álcool e de medicações prescritas entre indivíduos acima dos 60 anos é um dos problemas de saúde que mais cresce nos Estados Unidos (SAMSHA, 1998), além do que, 15% dos sujeitos com mais de 65 anos vive algum tipo de risco advindo do consumo excessivo de álcool (THOBABEN, 2006).

Um inquérito nacional australiano, conduzido em 2010, revelou que o consumo diário de bebidas alcoólicas era evidente em 13,3% dos idosos com idade entre 60-69 anos e em 14,8% dos idosos com 70 anos ou mais (AIHW, 2011). Na Inglaterra, um inquérito nacional demonstrou prevalência igual a 14,4% para pessoas mais velhas que bebiam acima dos limites recomendados (HENNI et al., 2013). Na Finlândia, as pesquisas demonstraram que 8,2% dos participantes faziam uso abusivo de álcool (WU & BLAZER, 2014). Na população africana em geral, as taxas encontradas foram menores, sendo que apenas 4% demonstrou beber

excessivamente (PELTZER, 2013), bem próximo à taxa encontrada na Tanzânia, estimada em 5,1% (NEGIN et al., 2011).

A primeira pesquisa nacional de consumo de álcool realizada com pessoas de 60 anos ou mais no Brasil estimou que 12,4% dos participantes eram indivíduos que bebiam intensamente, 10,4% apresentavam consumo excessivo de álcool e 2,9% dependiam do álcool (CASTRO-COSTA et al., 2008). Pesquisas posteriores realizadas em São Paulo (WAGNER et al., 2016) e Porto Alegre (GUIDOLIN et al., 2016) apresentaram uma prevalência de alcoolismo entre idosos de 9,1% e 11,7%, respectivamente. Uma pesquisa recente evidenciou que um em cada dez homens idosos brasileiros (9%) bebe todos os dias, cinco vezes a média do país (2%) e o dobro do percentual referente aos dependentes de álcool em todas as idades (4%) (Folha de São Paulo, 2018).

Algumas variações de prevalência ocorrem provavelmente por questões culturais, que refletem as particularidades do consumo de cada comunidade.

Quando comparados a jovens/adultos, os idosos podem apresentar prevalência do consumo de álcool inferior e algumas hipóteses são reconhecidas para esse evento, como: a hipótese de mortalidade precoce propõe que bebedores pesados morrem mais cedo e por isso não são identificados na velhice; a hipótese da morbidade sugere que idosos reduzem o consumo de álcool como resultado da deterioração da saúde; a hipótese biológica propõe que a quantidade de álcool que os adultos mais velhos bebem confortavelmente reduz devido a mudanças biológicas características da idade; hipótese de coorte postula que a coorte atual de adultos mais velhos bebe menos do que coortes anteriores

como resultado de experiências compartilhadas e das mudanças no contexto histórico; a hipótese de medição propõe que baixas prevalências em adultos mais velhos se devem a problemas na avaliação precisa do comportamento do uso de álcool nessa fase da vida, que não consideram as condições sociais, de sono, solidão e perdas, características na velhice (STALL, 1987).

Embora tenham papel fundamental na compreensão do uso de álcool por idosos, os fatores associados a essa ocorrência em cada padrão de uso, ainda não estão totalmente esclarecidos na literatura. Os dados populacionais sobre o consumo de álcool mostram que os adultos mais velhos (65 anos ou mais) podem consumir menos do que os grupos mais jovens, e tem menor probabilidade de

exceder os limites de bebida recomendado, no entanto, são mais propensos a beber regularmente (FRISHER, 2015). A idade apresenta-se, portanto, inversamente proporcional ao consumo de álcool, em ambos os padrões de consumo, moderado e de risco, e em praticamente todas as faixas etárias. Essa associação tem sido observada tanto em estudos transversais quanto longitudinais. Em estudo longitudinal realizado por MOOS et al. (2009) com sujeitos de idade entre 55 e 65 anos, verificou-se, em 20 anos de seguimento que houve diminuição no percentual de bebedores e na frequência do beber ao longo do estudo, para homens e mulheres

Além disso, estudos demonstram que o consumo e abuso de álcool está associado ao sexo masculino, em todas as faixas etárias, sendo, em muitos estudos, apenas a variável sexo associada ao comportamento de beber pesado (CASTRO-COSTA et al., 2008; DAMASCENA et al., 2016; BLAZER & WU, 2009).

Quanto à escolaridade há estudos que apontam associação positiva com maior nível de escolaridade (BRIDEVAUX et al., 2004; LIN et al., 2005; MERRICK et al., 2008; BLAZER & WU, 2009; NADKARNI et al., 2011), e outros que encontraram associação entre menor nível de escolaridade e uso de risco de álcool (BLAY et al., 2009; HIRATA et al., 2009, LOPES et al., 2010).

A associação com condições socioeconômicas é complexa. Há estudos que observaram que populações de países mais desenvolvidos economicamente tendem a consumir álcool em níveis mais elevados, especialmente no padrão de beber pesado episódico (*binge*). Por outro lado, nota-se que países com menor poder aquisitivo estão propensos a índices elevados de mortalidade e carga global de doenças atribuídas ao álcool (BELLIS et al., 2015).

Inúmeros estudos apontam que associações positivas entre o uso de álcool e tabaco são bastante comuns (LIN et al., 2005; FALK et al., 2006; KIM et al., 2007; BLAY et al., 2009; BREITLING et al., 2010). Em contrapartida, Breitling et al (2010) encontraram associação positiva entre consumo moderado de álcool e cessação do tabagismo, sugerindo que beber baixas/moderadas quantidades de álcool pode, de alguma forma, facilitar a cessação do consumo de tabaco.

Há ainda estudos que relatam a influência do consumo de risco de álcool no comprometimento psicológico de pessoas próximas. Estudo de Nadkarni et al. (2011) identificou que 16,3% dos familiares de idosos que consomem álcool tinham

alguma morbidade psicológica. Moos et al. (2010) compararam cônjuges de idosos com uso problemático de álcool com cônjuges de indivíduos que fazem uso sem problemas constatando que o primeiro grupo relatou saúde mais precária, maior quantidade de sintomas depressivos e menor envolvimento em tarefas domésticas e atividades sociais e religiosas. Da mesma forma, um estudo demonstrou que abstêmicos, bebedores pesados e *binge* tendem a relatar mais sintomas de depressão/ansiedade, apresentam pior estado geral de saúde, e menor apoio social quando comparados aos bebedores moderados (KIRCHNER et al., 2007).

Concomitante a isso, a literatura mostra que adultos mais velhos são mais propensos a serem admitidos e readmitidos em hospitais por condições relacionadas ao álcool (SARAH & PAPADOPOULOS, 2014). Um estudo americano avaliou a influência do uso de álcool em excesso e o tempo para recuperação de pacientes mais velhos após hospitalizações médicas ou cirúrgicas e observou que os pacientes internados com diagnósticos relacionados ao álcool tiveram maiores taxas de readmissões 30 dias após a alta (CHAVEZ et al. 2016).

Pesquisas apontam ainda que algumas características como morar sozinho e/ou ser divorciado, vivenciar situações de isolamento social e dispor de pouco tempo para o lazer, podem favorecer o consumo de risco de álcool para evitar o tédio e a solidão (BLOW et al., 2000; BOYLE & DAVIS, 2006). Características como o estado de saúde e o histórico de beber na vida adulta, parecem direcionar muito mais a trajetória de beber entre idosos do que aspectos como aposentadoria, que outrora foi considerada como importante evento traumático em idosos e que predisporia o uso/abuso de álcool (BRIDEVAUX et al., 2004; MERRICK et al., 2008; HOLAHAN et al., 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo e fonte de dados

Os dados do presente estudo foram provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Trata-se de um inquérito populacional, de abrangência nacional, que tem como principal objetivo produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira, e sobre a atenção à saúde, no que se refere ao acesso

e uso dos serviços de saúde, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência de saúde (IBGE, 2014; SZWARCOWALD et al., 2014).

A amostragem da PNS foi aleatória por conglomerados em três estágios, sendo os setores ou conjunto de setores censitários as unidades primárias de seleção, incluídos no estudo por amostragem aleatória simples. Os domicílios foram as unidades do segundo estágio, também selecionados pelos mesmos critérios de seleção utilizados na etapa anterior, e os moradores adultos constituíram as unidades do terceiro estágio, selecionados aleatoriamente com equiprobabilidade entre todos os elegíveis maiores de 18 anos (IBGE, 2014).

As informações foram coletadas por entrevista, e a construção do questionário seguiu a lógica de prover uma comparação com os dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), e com os dados coletados no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O questionário é composto por 16 módulos e subdividido em três partes: o domiciliar, o relativo a todos os moradores do domicílio e o individual (morador selecionado). A primeira parte do questionário aborda informações do domicílio e visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde da Família e agentes de endemias, e é respondida pela pessoa responsável pelo domicílio ou pela pessoa que detinha essas informações no momento da entrevista. A segunda parte trata sobre questões relativas às características gerais de todos os moradores do domicílio, incluindo nível de educação, trabalho, rendimento, deficiências, cobertura de plano de saúde, utilização dos serviços de saúde, saúde do idoso, cobertura de mamografia e características de crianças menores de dois anos de idade, e foi respondida por todos os moradores do domicílio. A terceira parte é individual e aplicada para um morador de 18 anos ou mais, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes adultos do domicílio e focaliza morbidade e estilos de vida (BRASIL, 2013; SZWARCOWALD et al., 2014).

O trabalho de campo foi organizado, coordenado e realizado pelo IBGE. Os agentes de coleta de informações, supervisores e coordenadores da PNS foram treinados e capacitados com a ajuda do Ministério da Saúde e de pesquisadores da Fiocruz. As entrevistas foram realizadas com a utilização de *Personal Digital*

Assistance (PDA), computadores de mão programados para o processo de crítica das variáveis, capacitados para emissão de aviso informando possível erro de digitação (IBGE, 2013; SZWARCOWALD et al., 2014).

Para este estudo, foram incluídos todos os indivíduos participantes da pesquisa com idade igual ou superior a 60 anos, que participaram da terceira etapa do plano amostral, ou seja, que responderam ao questionário do morador adulto selecionado. A resposta era dada pelo próprio indivíduo, com ressalva apenas no caso do entrevistado não ter condições de responder por motivo de saúde, física ou mental, em que outra pessoa do domicílio poderia, eventualmente, responder.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número 328.159, de 26 de junho de 2013. Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, assegurando aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, mediante a assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para cada caso.

4.2 Variáveis

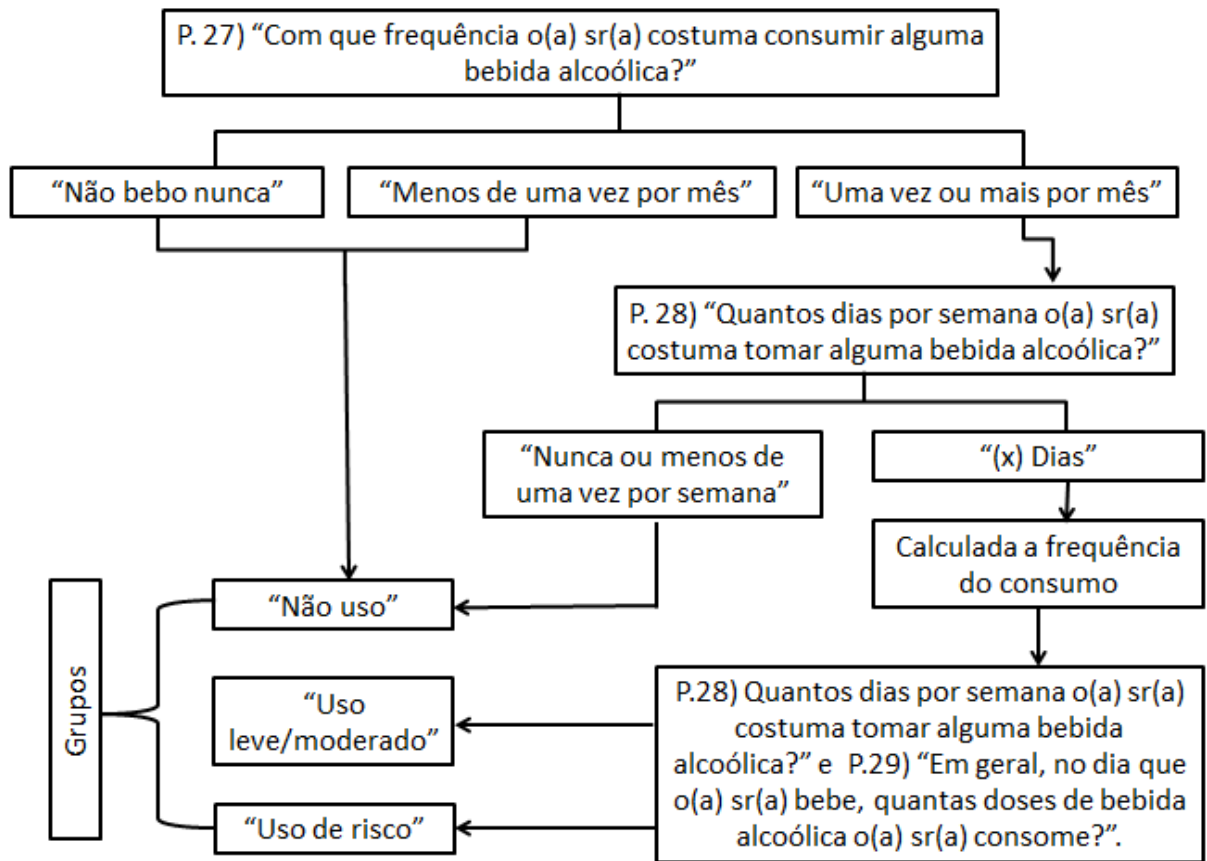
No presente estudo, o desfecho de interesse foi o uso de álcool, avaliado segundo três padrões de consumo: (1) não uso (abstinência); (2) uso leve/moderado e (3) uso de risco (ingestão superior ao consumo leve/moderado), estimados com base na quantidade ingerida, em doses por semana. Para classificação destes padrões de consumo, foram seguidos os valores de referência propostos pelo NIAAA: consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens) e o consumo de risco (mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens). De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, uma dose de bebida alcoólica corresponde ao consumo de 10 a 15 gramas de álcool, o equivalente a uma lata de cerveja (350 ml), uma taça de vinho (150 ml) ou uma dose de cachaça, uísque e qualquer outra bebida alcoólica destilada (45ml), que contenha entre 12 e 14 g de álcool (BRASIL, 2014).

O módulo sobre consumo de bebidas alcoólicas da PNS iniciava com a

pergunta “Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”. Os participantes que responderam “nunca ter bebido” e “menos de uma vez por mês” foram agrupados na categoria “não uso”. Os respondentes que relataram “uma vez ou mais por mês”, mas na questão seguinte “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?”, responderam a opção “Nunca ou menos de uma vez por semana”, também foram considerados não bebedores. Para os demais, foi calculada a frequência do consumo e os participantes agrupados nos padrões de consumo de acordo com a ingestão em doses/semana. Essa frequência foi obtida pela estimativa do número de doses por semana, obtida pela multiplicação das respostas a duas questões: “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?” e “Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome?”. Além disso, independente da classificação anterior, os idosos que apresentaram consumo *binge* (4 ou mais doses/dia para mulheres e 5 ou mais doses/dia para homens, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias) foram agrupados no “uso de risco”, considerando que o consumo *binge* não deve ser considerado na categoria leve/moderado.

As variáveis exploratórias foram agrupadas em três blocos: (1) sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade em anos (60-69, 70-79, 80 ou mais), estado civil (agrupado em casado e não casado), cor da pele (agrupada em branca e não branca), escolaridade (categorizada em primário ou menos e médio ou mais); (2) hábitos de vida: tabagismo (nunca fumou/ex fumante e fumante atual), atividade física nos últimos três meses (sim, não) e (3) condições de saúde autorreferidas: hipertensão arterial, doenças do coração, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes mellitus e depressão (não, sim); conforme descrito no Quadro 1.

Figura 1 - Fluxograma do arranjo dos participantes da pesquisa em grupos conforme perfil o de consumo de álcool (PNS, 2013).



FONTE: elaborado pelo autor.

Quadro 1- Descrição da composição das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

Variáveis Independentes	Categorias originais	Recategorização e codificação
Sexo	Masculino Feminino	0 = Masculino 1 = Feminino
Idade	Anos completos	0 = 60-69 1 = 70-79 2 = 80 ou mais
Estado civil	Casado(a) Separado(a)/desquitado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Solteiro(a)	0 = Casado 1= Não casado (separado/desquitado, divorciado, viúvo, solteiro)
Cor	Branca Preta Amarela Parda Indígena	0 = Branca 1 = Não branca (preta, amarela, parda e indígena)
Escolaridade	Sem instrução Fundamental incompleto/completo, ou equivalente Ensino médio incompleto/completo ou equivalente Superior incompleto/completo ou equivalente	0 = Primário ou menos (sem instrução; fundamental incompleto/completo, ou equivalente) 1 = Médio ou mais (ensino médio incompleto/completo ou equivalente; superior incompleto/completo ou equivalente)
Tabagismo	Nunca fumou Ex fumante Fumante atual	0 = Nunca fumou e ex fumante 1 = Fumante atual
Atividade física	Sim Não	0 = Sim 1 = Não
Hipertensão arterial	Sim Não	0 = Sim 1 = Não
Doenças do coração	Sim Não	0 = Sim 1 = Não
Acidente vascular encefálico (AVC)	Sim Não	0 = Sim 1 = Não
Diabetes <i>mellitus</i>	Sim Não	0 = Sim 1 = Não
Depressão	Sim Não	0 = Sim 1 = Não

FONTE: elaborado pelo autor.

4.3 Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva das características da população em estudo pelo perfil de consumo de álcool, além de verificar as possíveis associações entre as variáveis pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. Posteriormente, foi utilizada a regressão logística multinomial para obter estimativas de *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança, considerando como categoria de referência o grupo “não uso”. Nesta análise, o ajuste foi realizado por blocos de variáveis, de modo que o bloco 1 foi ajustado por todas as variáveis socio-demográficas (sexo, idade, estado civil, cor e escolaridade), o bloco 2 por todas as variáveis do bloco 1 acrescido das variáveis relacionadas aos hábitos de vida (tabagismo e atividade física), e, por último, o bloco 3 que foi ajustado por todas as variáveis dos blocos anteriores, além das variáveis referentes às condições de saúde do idoso (hipertensão arterial, doenças do coração, AVC, diabetes mellitus e depressão).

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Stata® versão 13.0 (StataCorp LLP, College Station, TX), incluindo os parâmetros do desenho amostral da PNS.

5 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

O artigo aceito para publicação pela Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo 1).

Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)

Alcohol consumption patterns and associated factors among Brazilian elderly: National Health Survey (2013)

Beatriz Prado Noronha¹
Mary Anne Nascimento - Souza¹
Maria Fernanda Lima - Costa¹
Sérgio Viana Peixoto^{1,2}

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Belo Horizonte, MG, Brasil

² Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência:

Sérgio Viana Peixoto
Instituto René Rachou – Fiocruz Minas
Av. Augusto de Lima, 1715 - 30190-009
Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: sergio@minas.fiocruz.br

RESUMO

O objetivo foi analisar o padrão de consumo de álcool entre idosos (60 anos ou mais) brasileiros e sua associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 10.537 idosos (90,1%) participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. O consumo de bebidas alcoólicas foi classificado em não uso, uso leve/moderado e uso de risco. Utilizou-se o modelo de regressão multinomial para o estudo dos fatores associados. A prevalência para uso leve/moderado e de risco foi de 9,4% (IC95%: 8,4-10,6%) e 4,6% (IC95%:4,0-5,3%), respectivamente. Os dois padrões de consumo foram inversamente associados à idade, mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticavam atividade física. O consumo leve/moderado foi menos frequente entre não brancos e entre aqueles com relato de AVC e diabetes, enquanto o consumo de risco foi menos frequente entre idosos com diagnóstico para doenças do coração e mais frequentes entre os que reportaram depressão. Esse resultado identifica perfis de maior vulnerabilidade, com pequenas diferenças entre os padrões de consumo. Essas informações devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis e controle do abuso de álcool em idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Bebidas alcoólicas; Fatores epidemiológicos; Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

The aim was to analyze the pattern of alcohol consumption among elderly Brazilians (60 years and over) and their association with sociodemographic factors, life habits and health conditions. This is a cross-sectional study of 10,537 elderly (90.1%) participants from the National Health Survey of 2013. The consumption of alcoholic beverages was classified as non-use, mild / moderate use and risk use. The multinomial regression model was used to study the associated factors. The prevalence for mild / moderate and risk use was 9.4% (95%CI: 8.4-10.6%) and 4.6% (95%CI: 4.0-5.3%), respectively. The two consumption patterns were inversely associated with age and more frequent among men, more educated, smokers and physical activity practitioners. Mild / moderate consumption was less frequent among non-whites and those with a history of stroke and diabetes, whereas risk use was less frequent among older adults diagnosed for heart disease and more frequent among those reporting depression. This result identifies profiles of greater vulnerability, with small differences between two patterns of consumption. This information should be considered in the preparation of proposals to promote healthy habits and control of alcohol use in the elderly.

Keywords: Health of the elderly; Alcoholic beverages; Epidemiologic factors; Survey and questionnaires.

INTRODUÇÃO

A associação entre consumo de álcool e saúde tem sido um tema de grande debate nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na perspectiva da Saúde Pública, o álcool está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹. Essas doenças vêm ganhando relevância nas faixas etárias mais velhas em função do acelerado processo de envelhecimento da população, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil². Nesse sentido, o uso de álcool por idosos é ainda mais preocupante devido a alterações fisiológicas relacionadas à idade, que podem aumentar a sensibilidade e reduzir a tolerância ao álcool, favorecendo o desenvolvimento de eventos adversos à saúde nessa parcela da população³.

No Brasil, dados do primeiro levantamento sobre os padrões de consumo de álcool em idosos demonstraram que 12,0% dos idosos bebiam pesado (mais de 7 doses por semana), 10,4% bebiam em excesso (mais de 3 doses em uma ocasião) e 2,9% dependiam do álcool⁴. Estudos posteriores registraram uma variação entre 1,1% e 12,4%, considerando outros padrões de consumo (moderado, excessivo, pesado, *binge*, abusivo e dependência)^{5,6}. Acredita-se que diferenças metodológicas e particularidades sociais, culturais e econômicas das populações estudadas podem explicar as variações nas prevalências apresentadas.

A ingestão excessiva de álcool é considerada uma epidemia, sendo a terceira causa de mortes no mundo, atrás somente do câncer e das doenças cardiovasculares¹. Além disso, o consumo alcoólico de risco é caracterizado pela progressão de doenças agudas e por afetar negativamente as relações pessoais, sociais e a qualidade de vida⁷. Por outro lado, a literatura também registra possíveis benefícios de um padrão de consumo leve/moderado de álcool entre homens e mulheres idosos^{8,9}. A maior parte dos resultados desses estudos está relacionada a condições de saúde, como a diminuição do risco de doença cardiovascular,

infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC)¹⁰ e menor prevalência de sintomas depressivos¹¹.

Portanto, diante do cenário de rápido crescimento da população idosa, pesquisas que avaliem os hábitos de vida desse segmento podem contribuir para o planejamento de ações em saúde voltado à promoção de comportamentos saudáveis. O controle do uso abusivo de álcool exige dos serviços e programas de saúde novas abordagens e olhares voltados a essa problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriados à população idosa. Deste modo, este estudo tem como objetivo investigar o padrão do consumo de álcool entre idosos brasileiros e os fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados a esse comportamento.

MÉTODOS

População de estudo e amostra

Estudo transversal, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A pesquisa emprega um amplo processo de amostragem e tem como principal objetivo produzir dados, sobre a situação de saúde, estilos de vida e atenção à saúde da população brasileira¹².

As informações foram coletadas por meio de entrevista e o questionário aplicado foi composto por 16 módulos, subdivididos em três partes: I) domiciliar, II) relativo a todos os moradores do domicílio e III) individual (aplicada para um morador de 18 anos ou mais, selecionado com a mesma probabilidade entre todos os residentes adultos do domicílio)¹².

Para o presente estudo, foram incluídos todos os indivíduos participantes da pesquisa com idade igual ou superior a 60 anos, que responderam à terceira etapa do plano amostral (morador selecionado) e que apresentaram resposta para todas as variáveis analisadas,

totalizando 10.537 participantes (90,1% dos respondentes dessa etapa). A resposta era dada pelo próprio indivíduo, exceto nos casos do entrevistado não estar em condições de participar por motivo de saúde, em que outra pessoa do domicílio poderia responder à entrevista.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número 328.159, de 26 de junho de 2013. Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa de acordo com a Resolução do CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, assegurando aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, mediante a assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Variáveis e procedimentos de coleta

No presente estudo, o desfecho de interesse foi o uso de álcool, avaliado segundo três padrões de consumo: (I) não uso (abstinência), (II) uso leve/moderado; e (III) uso de risco, estimados com base na quantidade ingerida em doses por semana. Para classificação destes padrões de consumo, foram seguidos os valores de referência propostos pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA): consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens) e o consumo de risco (mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens).

A classificação para a quantidade de álcool contida em uma dose de bebida seguiu a referência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Nesse caso, uma dose de bebida alcoólica contém o correspondente entre 10 a 15 gramas de álcool, e equiparase a uma lata de cerveja (350 ml), uma taça de vinho (150 ml) ou uma dose de cachaça, uísque e/ou outra bebida alcoólica destilada (45 ml)¹³.

As questões que investigam o consumo de álcool estão inseridas no módulo P do questionário que aborda o estilo de vida dos participantes. A primeira pergunta relacionada ao consumo foi

“Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”, os participantes que responderam “nunca ter bebido” ou “menos de uma vez por mês” foram alocados na categoria “não uso” (abstêmicos). Os idosos que responderam “Nunca ou menos de uma vez por semana” à seguinte questão “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?” também foram considerados abstêmicos. Todos os outros participantes seguiram para a questão “Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome?”. A partir dessas duas últimas questões, foi calculada a frequência do consumo, em doses por semana, e os participantes agrupados nos dois padrões de consumo “uso leve/moderado” e “uso de risco”. Além disso, os idosos que relataram consumo *binge* de álcool (4 ou mais doses/dia para mulheres e 5 ou mais doses/dia para homens nos últimos 30 dias) em pergunta específica inserida no questionário, foram também agrupados no “uso de risco”.

As variáveis exploratórias foram agrupadas em três blocos: (1) sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade em anos (60-69, 70-79, 80 ou mais), estado civil (agrupado em casado e não casado), cor da pele (agrupada em branca e não branca), escolaridade (categorizada em primário ou menos e médio ou mais); (2) hábitos de vida: tabagismo (nunca fumou/ex fumante e fumante atual), atividade física nos últimos três meses (sim, não) e (3) condições de saúde autorreferidas: hipertensão arterial, doenças do coração, acidente vascular encefálico (AVC), diabetes *mellitus* e depressão (não, sim).

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva das características da população em estudo pelo perfil de consumo de álcool, além de verificar as possíveis associações entre as variáveis pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. Posteriormente, foi utilizada a regressão logística multinomial para obter estimativas de *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança,

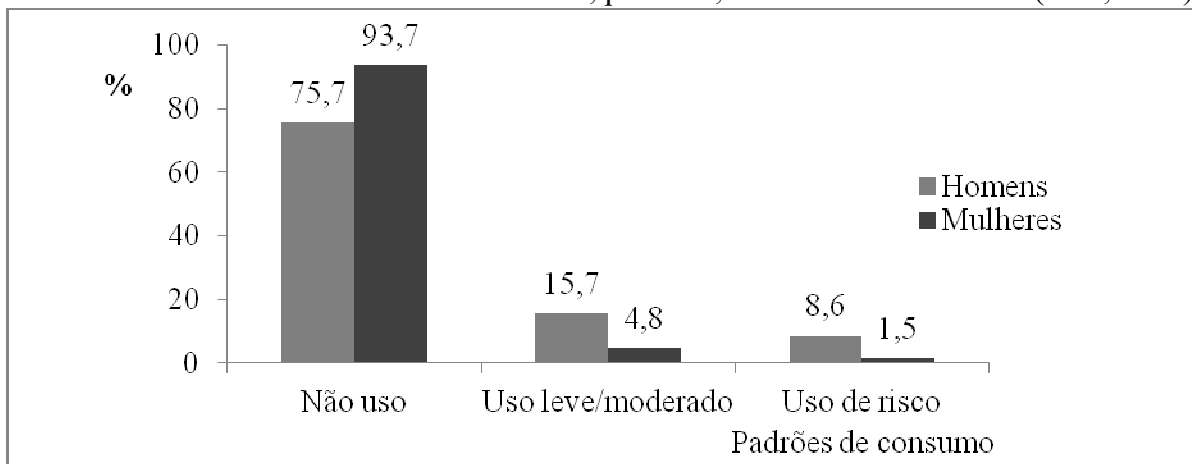
considerando como categoria de referência o grupo “não uso”. Nesta análise, o ajuste foi realizado por blocos de variáveis, de modo que o bloco 1 foi ajustado por todas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor e escolaridade), o bloco 2 por todas as variáveis do bloco 1 acrescido das variáveis relacionadas aos hábitos de vida (tabagismo e atividade física), e, por último, o bloco 3 que foi ajustado por todas as variáveis dos blocos anteriores, além das variáveis referentes às condições de saúde do idoso (hipertensão arterial, doenças do coração, AVC, diabetes *mellitus* e depressão).

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Stata[®] versão 13.0 (StataCorp LLP, College Station, TX), incluindo os parâmetros do desenho amostral da PNS.

RESULTADOS

Em relação ao padrão de consumo de álcool, 9,4% (IC95%: 8,4-10,6) apresentava consumo leve ou moderado e 4,6% (IC95%: 3,9-5,3) apresentava consumo de risco. Quando avaliada por sexo, a prevalência dos padrões de consumo leve/moderado e de risco foi maior entre os homens em comparação às mulheres (15,7% - IC95%: 13,8-17,9; 8,6% - IC95%: 7,3-10,3 e 4,8% - IC95%: 3,9-5,9; 1,5% - IC95%: 1,1-2,1, respectivamente) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência do consumo de álcool, por sexo, entre idosos brasileiros (PNS, 2013)



FONTE: elaborado pelo autor.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das características da amostra analisada para o total e de

acordo com os diferentes padrões de consumo avaliados. Dos 10.537 participantes do estudo, 57,4% eram do sexo feminino, a maioria tinha idade entre 60-69 anos (56,3%) e era casada (53,2%). Cerca da metade dos entrevistados se auto classificaram como brancos (54,8%) e menos de um quarto declarou ter concluído pelo menos o ensino médio (23,3%). Em relação aos hábitos de vida, 88,1% dos idosos relatou nunca ter fumado ou ser ex-fumante e 77,4% não ter praticado atividade física nos últimos três meses. Um pouco mais da metade da amostra tinha histórico de hipertensão arterial (52,3%), sendo as demais condições de saúde menos frequentes. De maneira geral, os participantes que reportavam consumo de bebidas alcoólicas apresentaram, significativamente, maior proporção de homens, mais jovens, casados, com maior escolaridade, fumantes, que praticavam atividades físicas e que não reportavam diagnóstico médico para todas as doenças, exceto depressão (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados da regressão logística multinomial da associação entre os padrões de consumo e as variáveis exploratórias incluídas no estudo. Na análise bruta, com exceção da depressão, todas as variáveis investigadas apresentaram associação significativa com pelo menos uma categoria de consumo de álcool. Na análise ajustada, os resultados mostraram que sexo feminino (OR: 0,24; IC95%: 0,40-0,76), idade entre 70-79 (OR: 0,55; IC95%: 0,40-0,76) e 80 ou mais (OR: 0,62; IC95%: 0,41-0,99), cor de pele não branca (OR: 0,48; IC95%: 0,37-0,63), escolaridade igual a ensino médio ou mais (OR: 2,08; IC95%: 1,61-2,70), tabagismo atual (OR: 1,68; IC95%: 1,13-2,50), não praticar atividade física (OR: 0,45; IC95%: 0,34-0,61) e histórico de AVC (OR: 0,41; IC95%: 0,21-0,82) e diabetes *mellitus* (OR: 0,55; IC95%: 0,36-0,85) foram associadas ao consumo leve/moderado de álcool. Em relação ao consumo de risco, sexo feminino (OR: 0,13; IC95%: 0,09-0,19), idade entre 70-79 (OR: 0,36; IC95%: 0,23-0,56) e igual ou superior a 80 anos (OR: 0,14; IC95%: 0,04-0,42), escolaridade igual a médio ou mais (OR: 1,74; IC95%: 1,23-2,46), tabagismo atual (OR: 3,91; IC95%: 2,68-5,72), não praticar atividade física (OR: 0,63; IC95%: 0,43-0,92) e relatos de

doenças do coração (OR: 0,31; IC95%: 0,17-0,59) e depressão (OR: 2,00; IC95%: 1,04-3,85) estiveram associadas a essa categoria.

Tabela 1: Características da amostra estudada, de acordo com o consumo de álcool (PNS 2013)

Variáveis	Total %	Não uso %	Consumo Leve/Moderado %	Consumo de risco %	Valor p*
Sexo					
Masculino	42,6	37,5	71,1	80,7	<0,001
Feminino	57,4	62,5	28,9	19,3	
Idade em anos					
60-69	56,3	53,8	67,5	79,9	<0,001
70-79	30,0	31,7	21,4	17,2	
80 ou +	13,7	14,5	11,1	2,9	
Estado civil					
Casado	53,2	51,4	65,9	60,7	<0,001
Não casado	46,8	48,6	34,1	39,3	
Cor					
Branco	54,8	53,1	71,9	50,4	<0,001
Não branco	45,2	46,9	28,1	49,6	
Escolaridade					
Primário ou menos	76,7	79,1	59,8	66,1	<0,001
Médio ou mais	23,3	20,9	40,2	33,9	
Tabagismo					
Nunca ou ex-fumante	88,1	89,8	83,9	63,7	<0,001
Fuma atualmente	11,9	10,2	16,1	36,3	
Atividade Física					
Sim	22,6	20,4	39,3	29,7	<0,001
Não	77,4	79,6	60,7	70,3	
Hipertensão					
Não	47,7	46,2	55,5	60,6	<0,001
Sim	52,3	53,8	44,5	39,4	
Doenças do coração					
Não	88,1	87,7	88,1	95,9	0,009
Sim	11,9	12,3	11,9	4,1	
AVC					
Não	94,9	94,4	97,8	97,1	0,010
Sim	5,1	5,6	2,2	2,9	
Diabetes					
Não	80,9	79,8	89,1	86,2	<0,001
Sim	19,1	20,2	10,9	13,8	
Depressão					
Não	90,1	90,0	91,9	88,6	0,568
Sim	9,9	10,0	8,1	11,4	

AVC- Acidente vascular cerebral.

*Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2: Fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados ao consumo de álcool entre idosos brasileiros (PNS, 2013)

Bloco	Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		Leve/Moderado OR (IC95%)	Risco OR (IC95%)	Leve/Moderado OR (IC95%)	Risco OR (IC95%)
1	Sexo				
	Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
	Feminino	0,24 (0,18-0,32)	0,14 (0,10-0,21)	0,24 (0,40-0,76)	0,13 (0,09-0,19)
	Idade				
	60-69	1,00	1,00	1,00	1,00
	70-79	0,54 (0,39-0,73)	0,36 (0,23-0,57)	0,55 (0,40-0,76)	0,36 (0,23-0,56)
	80 ou +	0,61 (0,40-0,94)	0,13 (0,04-0,40)	0,62 (0,41-0,99)	0,14 (0,04-0,42)
	Estado civil				
	Casado	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não casado	0,55 (0,43-0,70)	0,68 (0,49-0,96)	0,92 (0,70-1,20)	1,31 (0,90-1,90)
	Cor				
	Branco	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não branco	0,44 (0,34-0,58)	1,11 (0,81-1,53)	0,48 (0,37-0,63)	1,10 (0,78-1,56)
Escolaridade					
Primário ou menos	1,00	1,00	1,00	1,00	
Médio ou mais	2,55 (1,99-3,28)	1,95 (1,40-2,70)	2,08 (1,61-2,70)	1,74 (1,23-2,46)	
2	Tabagismo				
	Nunca ou ex-fumante	1,00	1,00	1,00	1,00
	Fumante atual	1,69 (1,19-2,41)	5,05 (3,53-7,22)	1,68 (1,13-2,50)	3,91 (2,68-5,72)
	Atividade Física				
	Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	0,39 (0,30-0,51)	0,60 (0,42-0,86)	0,45 (0,34-0,61)	0,63 (0,43-0,92)	
3	Hipertensão				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,69 (0,55-0,86)	0,56 (0,40-0,77)	0,88 (0,68-1,13)	0,80 (0,58-1,12)
	Doenças do coração				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,97 (0,64-1,46)	0,30 (0,17-0,54)	0,95 (0,59-1,53)	0,31 (0,17-0,59)
	AVC***				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,37 (0,20-0,71)	0,51 (0,19-1,37)	0,41 (0,21-0,82)	0,63 (0,23-1,68)
	Diabetes				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,48 (0,33-0,70)	0,63 (0,38-1,05)	0,55 (0,36-0,85)	0,80 (0,47-1,35)
Depressão					
Não	1,00	1,00	1,00	1,00	
Sim	0,79 (0,49-1,28)	1,15 (0,61-2,16)	1,11 (0,66-1,87)	2,00 (1,04-3,85)	

OR (IC95%): Odds ratio e intervalo de 95% de confiança, obtido pela regressão multinomial, considerando o não uso de álcool como categoria de referência. AVC: Acidente vascular cerebral.

Análise ajustada: Bloco 1 (variáveis sociodemográficas); bloco 2 (variáveis do bloco 1 + hábitos de vida); bloco 3 (variáveis do bloco 2 + condições de saúde).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que, apesar da maioria dos participantes relatar abstinência ao uso de álcool (86,0%), ainda observa-se uma prevalência considerável de idosos que apresentam um padrão que excede as atuais recomendações de consumo (até 1 dose por dia para mulheres e 2 doses por dia para homens) propostas pela OMS. Este achado está em consonância com outros estudos nacionais^{4,14} e de outros países como Estados Unidos, Austrália, Inglaterra e Finlândia^{15,18}.

O valor encontrado de prevalência para o consumo de risco (4,6%) foi semelhante ao observado em um estudo realizado na Alemanha, em uma amostra com idosos com 75 anos ou mais, em que a prevalência foi de 6,5%¹⁹ e outro realizado na Coreia, que encontrou uma taxa de 5,4% para bebedores de risco a partir de 60 anos²⁰. Em relação ao consumo moderado de álcool, são raros os estudos que abordam essa categoria em idosos. O valor de prevalência encontrado (9,4%) foi inferior ao de um estudo longitudinal com idosos irlandeses (43,1%)²¹, mas essa diferença é atribuída à definição adotada para o consumo moderado no estudo irlandês, que foi de até 4 doses por dia ou até 10 doses por semana.

Em relação aos fatores associados, o consumo de álcool, independente do padrão analisado, foi menos frequente entre as mulheres e nas faixas etárias mais altas. O maior consumo observado no sexo masculino é consistente com outros estudos populacionais^{22,23}, ocorrendo, provavelmente, devido a diferenças biológicas associadas ao sexo feminino, como menor quantidade de água, de enzimas digestivas e massa corpórea. Essas características interferem na absorção e metabolismo do álcool ingerido e podem predispor a severos efeitos adversos relacionados ao álcool, reduzindo o consumo entre as mulheres²⁴.

Além disso, apenas um terço da população idosa começa a fazer uso do álcool após os 60 anos de idade²⁵. A maioria parece seguir um comportamento no qual o consumo de álcool na velhice e os valores sociais e morais associados a este hábito, seriam determinados ainda no

início da juventude, ou seja, receberia influência dos padrões desenvolvidos durante toda a vida¹⁴. Nesse sentido, questões socioculturais, como participação mais efetiva dos homens em eventos sociais e ocupacionais associados ao álcool, podem ter influenciado no desenvolvimento de um padrão de consumo alcoólico mais acentuado em homens comparados às mulheres nessa população²².

Analisando-se as faixas etárias, acredita-se que o consumo de álcool em idosos é menor que a população mais jovem devido a algumas hipóteses: (1) a quantidade de álcool que os adultos bebem confortavelmente é alterada na velhice como consequência de mudanças fisiológicas relacionadas à idade^{26,18}, propiciando a redução desse consumo; (2) idosos podem reduzir o consumo de álcool como resultado da deterioração da saúde e surgimento de doenças; (3) bebedores de risco morrem mais cedo, reduzindo a prevalência em idades mais avançadas; (4) a coorte atual de idosos bebe menos que coortes anteriores, como resultado de experiências compartilhadas e de mudanças no contexto histórico que influenciam os padrões de consumo; (5) baixas prevalências do consumo álcool podem estar relacionadas a problemas na mensuração precisa do consumo de beber em idosos²⁶; e (6) pessoas que envelhecem vivenciando problemas com álcool são mais propensas a apresentar agravos de saúde relacionados a processos de hospitalização constante ou serem institucionalizadas, apresentando, portanto, menor chance de participar de inquéritos domiciliares²⁶. Essas hipóteses podem também explicar, pelo menos em parte, a redução da prevalência de consumo na população idosa com o aumento da idade, como observado no presente estudo, resultado consistente com outros achados²⁷⁻²⁹. Ressalta-se que a associação entre consumo de álcool e idade em estudos transversais pode sofrer efeito de coorte ou período devendo esses fatores serem considerados na interpretação desses resultados.

Neste estudo, ter cor de pele não branca foi um fator protetor na avaliação do consumo leve/moderado de álcool, achado que corrobora grande parte dos estudos que investigaram

essa associação^{30,8}. As causas para esse resultado não estão bem esclarecidas na literatura, mas acredita-se que essa menor prevalência possa estar associada à restrição econômica de acesso ao álcool pela grande maioria desse segmento populacional³¹. No entanto, este dado não é consenso na literatura, e estudos realizados no Brasil¹⁴ e em outros países^{32,28} já demonstraram a associação inversa, sugerindo que pessoas de pele não branca são mais propensas a fazer uso não moderado de álcool, resultado não evidenciado entre os participantes da PNS.

Embora alguns autores ainda apontem para a maior escolaridade como fator protetor para o consumo de álcool^{33,34}, sobretudo o de risco^{35,14}, a maioria dos estudos mostra associação semelhante ao observado entre idosos brasileiros participantes da PNS, com a maior escolaridade estando associada ao maior consumo^{36,23}. No Brasil, poucos estudos buscam investigar a associação entre determinantes sociais e o consumo de álcool, sobretudo em idosos, sendo essa ainda uma lacuna em aberto que precisa ser investigada²². De qualquer forma, a consistente associação observada entre idosos brasileiros, independente do padrão de consumo, mostra a importância de se considerar os segmentos de maior escolaridade como alvo para políticas de intervenções que visem à redução desse consumo.

As associações clássicas entre tabagismo e consumo de álcool foram replicadas neste estudo, para ambos os padrões de consumo investigados, porém mais evidente no consumo de risco. Esse resultado reforça outros inúmeros estudos^{27,20} e chama atenção para a importância dessa combinação de fatores de risco para a saúde entre idosos brasileiros. O uso de tabaco aliado ao consumo de álcool configura-se como uma importante causa de morbimortalidade em diferentes países e faixas etárias, em particular para a população idosa^{37,38}. Embora alguns estudos tenham encontrado associação positiva entre consumo moderado de álcool e cessação do tabagismo, sugerindo que beber leve/moderado pode, de alguma forma, facilitar a cessação do uso de tabaco³⁹, o presente estudo não demonstrou essa associação, indicando que o hábito

de fumar é mais frequente entre os bebedores, em qualquer quantidade.

Nossos resultados demonstraram que a inatividade física apresentou associação inversa com o consumo de álcool, corroborando outros realizados no Brasil⁴⁰ e no mundo⁴¹. Acredita-se que as possíveis limitações físicas que implicam na redução ou cessação da prática de atividade física podem estar relacionadas ao baixo consumo de álcool. Além disso, idosos que apresentam doenças ou lesões relacionadas ao consumo de álcool podem apresentar quadro de maior gravidade, como resultado de reservas fisiológicas diminuídas e outras morbidades associadas, resultando em uma menor prática de atividades físicas⁴², o que pode explicar as associações reportadas nesse estudo.

As associações com condições de saúde observadas nessa análise evidenciaram um padrão semelhante ao observado em outras populações¹⁰ em que idosos com relatos de doenças do coração, AVC e diabetes *mellitus* apresentavam menor consumo de álcool. Por outro lado, embora acredita-se que níveis moderados de consumo possam reduzir os riscos para doenças coronarianas em uma associação em forma de “U” ou “J”⁴³, nossos resultados mostraram associação significativa apenas entre relato de doenças do coração e consumo de risco, mas não com o consumo leve/moderado. De qualquer forma, é possível supor que os participantes com os eventos acima referidos sejam menos propensos a beber devido ao medo de interações negativas com medicamentos e acompanhamento médico mais frequente para estas condições crônicas, sendo que essa associação poderia ser explicada pela causalidade reversa entre essas variáveis. No entanto, para compreender melhor a associação entre beber e saúde é necessário considerar o desenvolvimento de perfis de consumo de álcool ao longo da vida (se houve moderação ou interrupção) e como esses estão associados aos eventos de saúde descritos acima²⁹, o que não pode ser considerado nesse estudo, dada sua natureza seccional.

O histórico de diagnóstico para depressão seguiu um padrão diferente das demais condições de saúde e revelou uma associação significativa e positiva para o consumo de risco de álcool,

resultado consistente com outros estudos^{28,44}. De modo semelhante, outro estudo realizado no Brasil evidenciou a associação entre o consumo de álcool e depressão apenas para o padrão de dependência alcoólica⁴. Apesar de evidências de pior prognóstico de depressão entre abstêmicos, em comparação aos indivíduos que bebem quantidades moderadas¹¹, nossos resultados não evidenciaram essa associação.

No que se refere às limitações deste estudo, embora o desenho transversal tenha sido adequado à investigação dos objetivos estabelecidos (estimar a prevalência de uso moderado e de risco de álcool, e os fatores a eles associados), esse delineamento não permite estabelecer relações temporais entre o uso de álcool e as variáveis independentes, podendo algumas dessas associações serem resultado de causalidade reversa. Outra limitação a ser considerada é a possibilidade de viés de informação, por omissão de dados, sobretudo no que se refere ao consumo de álcool, o que poderia ter reduzido a magnitude das associações reportadas. Por outro lado, trata-se de um estudo conduzido em uma amostra nacional, que se utilizou de procedimentos padronizados para a coleta das informações, assegurando sua validade interna¹².

Em resumo, acredita-se que esses achados possam contribuir para o conhecimento sobre o consumo de álcool entre idosos, visto que poucos estudos até o momento buscaram examinar a associação de diversos fatores com mais de um padrão de consumo de álcool entre mulheres e homens idosos. Os resultados apontaram para um conjunto de fatores associados ao consumo de álcool, que podem auxiliar nas investigações desse tema, bem como possibilitar subsídios ao planejamento de futuras intervenções, pela identificação de grupos mais vulneráveis a esse consumo. A partir desses resultados esforços devem ser direcionados para o controle do uso, principalmente no que diz respeito ao consumo de risco de álcool, visto que esse é um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse em conexão com as informações contidas nesse artigo. Os autores são os únicos responsáveis pelo conteúdo e pela redação do artigo.

AGRADECIMENTOS

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais pela concessão da bolsa de mestrado e financiamento deste projeto.

CONTRIBUIÇÕES

BPN trabalhou na concepção, realização da pesquisa e redação final;

MANS trabalhou nas análises estatísticas e redação final;

MFLC trabalhou na revisão crítica e redação final;

SVP trabalhou na concepção, orientação, revisão crítica e redação final.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; v.43, n.3, p. 548-554.
3. Substance abuse among older adults (SAMSHA). Rockville: US. *Department of Health and Human Services* 1998.
4. Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Laranjeira R. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav* 2008;33(12):1598-601.
5. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; v.21, n.1, p.12-18.
6. Lopes MA, Furtado EF, Ferrioli E, Litvoc J, Bottino CM. Prevalence of alcohol-related problems in an elderly population and their association with cognitive impairment and dementia. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; v.34, n.4, p.726-733.
7. Kuerbis A, Sacco PA. Review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommends for future directions. *Substance Abuse* 2013; n7, p.13-37.
8. Stott DJ, Falconer A, Kerr GD, Murray HM, Trompet S. Does low to moderate alcohol intake protect against cognitive decline in older people?. *J Am Geriatr Soc* 2008; v.56, p.2217-2224.
9. Neafsy EJ, Collins MA. Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011; v.7, p.465-484.
10. Mukamal KJ, Longstreth WT Jr, Mittleman MA, Crum RM, Siscovick DS. Alcohol consumption and subclinical findings on magnetic resonance imaging of the brain in older

- adults the cardiovascular health study. *Stroke* 2001; v.32, p.1939- 1946.
11. Zimmerman T, Mcdougall Junior GH, Becker H. Older women's cognitive and affective response to moderate drinking. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; v.19, n.11, p.1095- 1102.
 12. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Júnior PR, et al. National Health Survey in Brazil: design and methodology of application. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):333-42.
 13. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *The doctor's guide to help patients with alcohol problems*. Washington, DC; 1995.
 14. Hirata ES, Nakano EY, Junior JA, Litvoc J, Bottino CM. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; v.24, p.1045-1053.
 15. Roopali B, Parikh MD, Junquera P, Yusef C, Juan D. Predictors of Binge Drinking in Elderly Americans. *The American Journal on Addictions* 2015; 24: 621–627.
 16. Authoritative information and statistics to promote better health and wellbeing. (AIHW). *Australia's welfare* 2011. Australian of Institute Health and Welfare.
 17. Henni A, Bideau C, Routon X, Berrut G, Cholet J. Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement* 2013; 11: 33-42.
 18. Wu LT, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol* 2013; 43(2):304-17.
 19. Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, et al. At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; v.24, n.12, p.1376-1385.
 20. Kim KW, Choi EA, Lee SB, Park JH, Lee JJ, Huh Y, et al. Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; v.24, p. 1420 -1428.
 21. Cousins G, Galvin R, Flood M, Kennedy MC, Motterlini N, Henman MC, et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatrics* 2014; 14:57.
 22. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004; v.38, n.1, p.45-54.
 23. Nadkarni A, Acosta D, Rodriguez G, Prince M, Ferri CP. 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* 2011; v.114, n.1, p. 82–86.
 24. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. *Barueri (SP): Minha Editora* 2009; p. 67-87.
 25. Glynn RJ, Bouchard GR, LoCastro JS, Laird NM. Aging and generational effects on drinking behaviors in men: results from the normative aging study. *Am J Public Health* 1985; v.75, p.1413-1419.
 26. Stall R. Research issues concerning alcohol consumption among aging populations. *Drug Alcohol Depend* 1987; 19:195–213.
 27. Turvey CL, Schultz SK, Klein DM. Alcohol use and health outcomes in the oldest old.

Subst. Abuse Treat Prevent Policy 2006; v.1, p.8.

28. Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007; v.22, n.1, p.92-97.
29. Platt A, Sloan FA, Costanzo P. Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. *J Stud Alcohol Drugs* 2010; v.71, p.169-179.
30. Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S, et al. The Alcohol-Related Problems Survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; v.50, p.1717-1722.
31. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the United States results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; v.64, n.7, p.830-842.
32. Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1989; v.37, p.310-316.
33. Hamilton V, Hamilton BH. Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium? *Can J Econ* 1997; v.30, p.135-15.
34. Flowers NT, Naimi TS, Brewer RD, Elder RW, Shults RA, Jiles R. Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; v.32, n.4, p.639-644.
35. Crum RM, Helzer JE, Anthony JC. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *Am J Public Health* 1993; v.83, p.839-837.
36. Bridevaux IP, Bradley KA, Bryson CL, McDonnell MB, Fihn SD. Alcohol Screening Results in Elderly Male Veterans: Association with Health Status and Mortality. *J Am Geriatr Soc* 2004; v.52, p.1510-1517.
37. Sher KJ, Wood MD, Wood PK, Raskin G. Alcohol outcome expectancies and alcohol use: A latent variable crosslagged panel study. *J Abnorm Psychol* 1996; v.105, n.4, p.561-574.
38. Leeman RF, McKee SA, Toll BA, Krishnan-Sarin S, Cooney JL, Makuch RW, et al. Risk factors for treatment failure in smokers: relationship to alcohol use and to lifetime history of an alcohol use disorder. *Nicotine Tob Res* 2008; v.10, n.12, p.1793-1809.
39. Breitling LP, Müller H, Raum E, Rothenbacher D, Brenner H. Low-to-moderate alcohol consumption and smoking cessation rates: Retrospective analysis of 4576 elderly ever-smokers. *Drug Alcohol Depend* 2010; v.108, p.122-129.
40. Santos AS, Viana DA, Souza MC, Meneguci J, Silveira RE, Silvano CR, et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. *Rev Familia, Ciclos de Vida e Saude no Contexto Social* 2014; 2(1): 06-13.
41. Conroy DE, Ram N, Pincus AL, Coffman DL, Lorek AE, Rebar AL, et al. Daily Physical Activity and Alcohol Use Across the Adult Lifespan. *Health Psychol* 2015; 34(6): 653-660.
42. Wadd S, Papadopoulos C. Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. *BMC Research Notes* 2014; 7:741
43. Bo P, Marchioni E, Bosone D, Soragna D, Albergati A, Miceli G, et al. Effects of moderate and high doses of alcohol on carotid atherogenesis. *Eur Neurol* 2001; 45:97-103.
44. Choi NG, Dinitto D. Heavy/binge drinking and depressive symptoms of depression, excessive drug use in the elderly: differences in genders. *J Geriatric Psychiatry* 2011; 26:

860-868.

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a prevalência do consumo de álcool em diferentes padrões de uso entre os idosos brasileiros, bem como os fatores associados. Os resultados evidenciaram uma proporção de 9,4% de idosos com consumo leve/moderado e 4,6% com consumo de risco. Nesse sentido verificou-se que os dois padrões de consumo foram inversamente associados à idade, mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticavam atividade física. O consumo leve/moderado foi menos frequente entre não brancos e entre aqueles com relato de AVC e diabetes, enquanto o consumo de risco foi menos frequente entre idosos com diagnóstico para doenças do coração e mais frequentes entre os que reportaram depressão.

Esse resultado identifica perfis de maior vulnerabilidade, com pequenas diferenças entre os padrões de consumo. Essas informações devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis e controle do abuso de álcool em idosos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação epidemiológica dos segmentos sociodemográficos mais susceptíveis a problemas relacionados ao álcool é essencial para orientar a formulação de políticas e programas de controle efetivos. Também faz-se necessário que as políticas direcionadas ao consumo de álcool contemplem os idosos, uma vez observadas as tendências para o aumento do uso de álcool nessa população.

Falar sobre o consumo do álcool no Brasil ainda é muito difícil, pois o país está inserido em uma cultura em que as relações giram em torno da bebida alcoólica. Alguns esforços vêm sendo observados para mudar esse cenário, como a Política Nacional de Promoção da Saúde que imprime forte ênfase nas ações educativas e na veiculação de informações sobre os danos do uso abusivo do álcool e propõe iniciativas para a restrição do acesso à bebidas alcoólicas pelos segmentos vulneráveis, incluindo os idosos.

Para melhor avaliar e acompanhar o uso de álcool por idosos pode-se sugerir a avaliação regular do consumo da substância nessa população por meio de questionários curtos aplicados em consultas médicas de rotina e outros tipos de intervenções breves que auxiliem no monitoramento desse hábito. Além disso, o trabalho de conscientização pública através do planejamento dos serviços de saúde, campanhas de prevenção nas comunidades e mudanças políticas que levem em conta o perfil dos idosos são importantes medidas a serem adotadas.

REFERÊNCIAS

Authoritative Information and Statistics to promote better Health and Wellbeing. AIHW. **Australia's welfare**. Australian of Institute Health and Welfare. 2011.

ANSTEY, K.J. et al. Predicting driving cessation over 5 years in older adults: psychological well-being and cognitive competence are stronger predictors than physical health. **J Am Geriatr Soc**. Jan;54(1):121-6, 2006.

BELLIS, M.; JONES, L.; MORLEO, M. Understanding the alcohol harm paradox. **Alcohol Research UK Conference**, 2013. <http://alcoholresearchuk.org/conference-2/conference-2013-professor-mark-bellis-on-the-alcohol-harmparadox/> Accessed, July 17 2015.

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

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

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.

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

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. Disponível em <<http://www.pns.icict.fiocruz.br>>. Acesso em 11 Mar.2017.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas**. Glossário de álcool e drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 132p. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/materialinformativo/serie-pordentro-do-assunto/glossario.pdf>>. Acesso em: 12 Fev. 2017.

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

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

- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2002. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.
- CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.112-127, 2002.
- CARDIN, M.S. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, p.191-211, 1986.
- CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.19, n.3, p.725-733, mai-jun, 2003.
- CASTRO-COSTA, E. et al. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). **Addict Behav.** 2008.
- CAWTHON, P.M. et al. Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.1649-1657, 2006.
- CAWTHON, P.M. et al. Alcohol Use, Physical Performance, and Functional Limitations in Older Men. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.55, p.212-220, 2007.
- CHAN, A.M. et al. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. **Maturitas**, v.62, n.3, p.294-300, 2009.
- CHAVEZ, L.J. et al. Unhealthy alcohol use in older adults: Association with readmissions and emergency department use in the 30 days after hospital discharge. **Drug Alcohol Depend.** 2016 Jan 1; 158: 94–101.
- DAMACENA, G.N. et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(12):3777-3786, 2016.
- DE VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. E por falar em boa velhice. Campinas, SP: **Papirus**, p.25-38, 2000.
- FALK, D.E.; HILLER-STURMHOFEL, S. An epidemiologic analysis of cooccurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. **Alcohol Res. Health**, v.29, p.162–171, 2006.
- FINK, A. 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^a.

Folha de São Paulo, 2018.
<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/01/1951983-9-dos-idosos-do-pais-consomem-alcool-diariamente-diz-datafolha.shtml>
<https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/consumo-alcool-idosos-aumenta.aspx>

FRISHER, M. et al. Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. **BMC Public Health**. 2015 Jul 24;15:703.

GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J.C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3a Edição. São Paulo: **Phorte**, 2005.

Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. **Drug Alcohol Depend**. 2004;74:223–234.

GORZONI, M.L.; RUSSO, M.R. Envelhecimento respiratório. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 340-343, 2002.

GUIDOLIN, B.L. et al. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):27-35, 2016.

HAYFLICK, L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: **Campus**, 1997.

HELPAGE. 2012. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Disponível em <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em 8 Fev 2017.

HENNI, A. et al. Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit. **Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.**, 2013 Mar;11(1):33-41.

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

HOLAHAN, C.J. et al. Late-life alcohol consumption and 20-year mortality. **Alcohol Clin Exp Res**. 2010 Nov; 34(11):1961-71.

HOGAN, M. Physical and cognitive activity and exercise for older adults: a review. **Int Journal aging Hum Dev**, v. 60, n. 2, p.95-126.2005.

HUANG, B. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. **J Clin Psychiatry**. 2006;67:1062–73.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2013). **Pesquisa Nacional de**

Saúde. IBGE. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Accessed 10 april 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2013). **Projeções da População do Brasil.** IBGE. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Accessed 20 november 2017.

JANSSEN, I. et al. Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88 years. **Journal of Applied Physiology**, v.89, n.1, p.81-88, 2000.

JEROME, H.J. The concept of dependence: Historical Reflections. **Alcohol Health and Research World**. 1993. 17. 188-190.

KABAGAMBE, E.K. et al. Alcohol intake, drinking patterns, and risk of nonfatal acute myocardial infarction in Costa Rica. **Am J Clin Nutr**. 2005 Dec;82(6):1336-45.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 21:200-10, 1987.

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

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

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

KUERBIS, A.; SACCO, P.A. Review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendates for future directions. **Substance Abuse**, n7, p.13-37, 2013.

KYLE, U.G. et al. Fat free and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15 to 98 years. **Nutrition**, v.17, p.534-541, 2001.

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

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

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

- LIM, S.S.; FLAXMAN, A.D. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. **Lancet**. 2012;380:2224–2260, 2010.
- LIN, Y. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly Japanese men and women. **Ann. Epidemiol.**, v.15, p.590–597, 2005.
- LINDLE, R.S. et al. Age and gender comparisons of muscle strength in 654 women and men aged 20–93 yr. **Journal of Applied Physiology**, v.83, p.1581–1587, 1997.
- LOPES, M.A. 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.
- LUCHSINGER, J.A. Alcohol intake and risk of dementia. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.52, p.540–546, 2004.
- MARALDI, C. Moderate Alcohol Intake and Risk of Functional Decline: The Health, Aging, and Body Composition Study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.57, p.1767–1775, 2009.
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **Am. J. Psychiatry**, v.131, n.10, p.1121–1123, 1974.
- MCCAUL, K.A. Alcohol use and mortality in older men and women. **Addiction**, v.105, n.8, p.1391–400, 2010.
- MCDUGALL, G.J.; BECKER, H.; AREHEART, K.L. Older males, cognitive function, and alcohol consumption. **Issues Ment Health Nurs.**, v.27, n.4, p.337–353, 2006.
- MCGRATH, A.; CROME, P.; CROME, I.B. Substance misuse in the older population. **Postgrad. Med. J.**, v.81, p.228–231, 2005.
- MERRICK, E.L. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.56, p.214–223, 2008.
- MOOS, R.H. Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20-year perspective. **Addiction**, v.104, n.8, p.1293–1302, 2009b.
- MUKAMAL, K.J. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the cardiovascular health study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54, p.30–37, 2006.
- MUKAMAL, K.J. Alcohol consumption and subclinical findings on magnetic resonance imaging of the brain in older adults the cardiovascular health study. **Stroke**, v.32, p.1939–1946, 2001.

NADKARNI, A. 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.

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

NEGIN, J. et al. Risk factors for non-communicable diseases among older adults in rural Africa. **Tropical Medicine and International Health**, volume 16, no 5 pp 640–646 may 2011.

NELSON, S.; KOLLS, J.K. Alcohol, host defence and society. **Nat Rev Immunol.** Mar;2(3):205-9, 2002.

NIAAA. Diagnostic Criteria for Alcohol Abuse and Dependence – **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism** - Alcohol Alert, No 30, 1995. Disponível em <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm>>. Acesso em 15 de janeiro de 2017.

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

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014**. Genebra, Suíça, 2014.

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

PELTZER, K.; PHASWANA-MAFUYA, N. Problem drinking and associated factors in older adults in South Africa. **Afr J Psychiatry** (Johannesbg). 2013 Mar;16(2):104-9.

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

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

Substance abuse among older adults. SAMSHA. Rockville: US. **Department of Health and Human Services**.1998. Disponível

em<http://www.quantumunitsed.com/materials/0135_substanceabuseamongolderadults.pdf>. Acesso em: 24 Fev. 2017.

SARAH, W.; PAPADOPOULOS, C. Drinking behaviour and alcohol-related harm Amongst older adults: analysis of existing Uk datasets. **Wadd and Papadopoulos BMC Research Notes** 2014, 7:741, 2014.

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

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

SELZER, M.L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. **Am J Psychiatry**; 127:1653-8, 1971.

SHEPHARD, R.J. Envelhecimento, atividade física e saúde. BVS, São Paulo; **Phorte**; 496 p. ilus, tab, 2003.

SOURNIA, J. C. Histoire de l'alcoolisme. **Paris: Flammarion**, 1986.

STALL R. Research issues concerning alcohol consumption among aging populations. **Drug Alcohol Depend**, 1987; 19:195–213.

STAMPFER, M.J. et al. Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. **N Engl J Med** 2005;352:245-53.

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

STRATTON, J. et al. Cardiovascular responses to exercise effects of aging and exercise training in healthymen. **Circulation**, v.89, p.1648-1655, 1994.

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

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

SZWARCWALD, C.L. et al. National Health Survey in Brazil: design and methodology of application. **Cien Saude Colet**. 2014; 19(2):333-42.

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

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

VIALA-ARTIGUES, J.; MECHETTI, C. **Histoire de l'alcool archéologie**, partie 1, 2003.

WAGNER, G.A. et al. Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. **PLOS ONE** 9(1):e85548. doi:10.1371/journal.pone.0085548, 2014.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Lexicon of alcohol and drug terms**. Disponível em <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/>. Acesso em 3 de março de 2017.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WU, L.T.; BLAZER, D.G. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. **Int J Epidemiol.** Apr;43(2):304-17. Oct 24, 2014.

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

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

APÊNDICE - A: Quadro - Resumo com os principais resultados dos artigos utilizados na Revisão de Literatura.

Título	Autores	Fonte	Ano	País	Principais achados do estudo
O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico	CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A	Cad. Saúde Pública	2003	Brasil	O processo de envelhecimento populacional é resultado do declínio da fecundidade. Desde a década de 60 o Brasil apresenta generalizada queda da fecundidade e encontra-se em um acelerado processo de envelhecimento populacional.
O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas	WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A	Revista Brasileira Est. Pop.	2006	Brasil	A qualificação da futura força de trabalho da população torna-se componente imprescindível para um equilíbrio intergeracional, social e econômico mais justo frente ao evento de transição na estrutura etária característico do processo de envelhecimento populacional.
O envelhecimento da população mundial	KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS L.R	Rev. Saúde Públ.	1987	Brasil	A queda da taxa de fecundidade é a causa principal para o atual processo de envelhecimento da população. A redefinição do termo envelhecimento e outras características dão ênfase a revolução demográfica.
Physical and cognitive activity and exercise for older adults: a review	HOGAN, M	Int Journal aging Hum Dev.	2005	Irlanda	Associação positiva entre o ganho fisiológico e psicológico com a prática de exercícios físicos e cognitivos por meio da técnica de Tai Chi Chuan, em um programa projetado para promover a resiliência em idosos.
Como e por que envelhecemos?	HAYFLICK, L	Ed. Campus	1997	Brasil	Revela como o estudo do envelhecimento é uma das áreas mais dinâmicas da ciência hoje e explora as dimensões filosóficas de nossas crenças sobre o assunto. Discute a relação entre envelhecimento e enfraquecimento do coração, a prática de exercícios e o peso.
Cardiovascular Responses to Exercise Effects of Aging and Exercise Training in Healthy Men	STRATTON, J. et al.	Ver. Circulation	1994	EUA	Encontrou-se uma associação positiva entre o declínio da frequência cardíaca e idade em idosos.

Age and gender comparisons of muscle strength in 654 women and men aged 20-93 yr.	LINDLE, R.S. et al.	Journal of Applied Physiology	1997	EUA	Homens e mulheres apresentaram uma redução de massa muscular relacionada à idade. Porém mulheres mais velhas têm uma capacidade aprimorada para armazenar e utilizar energia elástica em comparação com homens de idade similar, bem como com mulheres e homens mais jovens.
Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88 years	JANSSEN, I. et al.	Journal of Applied Physiology	2000	EUA	Homens têm mais massa muscular esquelética do que as mulheres e as diferenças entre sexos são mais acentuadas quando verificadas na parte superior do corpo.
Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos	GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J.C	Ed. Phorte	2005	Brasil	Apresenta os processos e produtos dinâmicos do desenvolvimento motor, abrangendo todas as fases da vida.
Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas	PILLON, S.C.	Esc. Anna Nery	2010	Brasil	Dentre as drogas psicoativas de maior uso por idosos, destaca-se o álcool, a maconha, o crack e a cocaína. Observou-se que o número de idosos que buscam assistência especializada é muito baixo.
The concept of dependence: Historical Reflections	JEROME, H.J.	Alcohol Health and Research World	1993	EUA	O abuso de álcool como desordem psíquica foi considerado um problema de ordem moral e social no século XIX.
Older women's cognitive and affective response to moderate drinking	ZIMMERMAN, T.; MCDUGALL JUNIOR, G.H.; BECKER, H.	Int. J. Geriatr. Psychiatry	2004	EUA	Mulheres que bebem moderadamente foram associadas a menor depressão, melhor auto avaliação de saúde, desempenho de atividades instrumentais diárias e memória.
Alcohol intake and risk of dementia	LUCHSINGER, J.A.	J. Am. Geriatr. Soc	2004	EUA	O consumo de até três doses diárias de vinho foi associado a um menor risco de doença de Alzheimer em indivíduos idosos.
Older males, cognitive function, and alcohol consumption	MCDUGALL, J.R. et al	Issues Ment Health Nurs.	2006	EUA	Os bebedores relataram significativamente menos depressão, melhor auto avaliação de saúde geral e melhor desempenho cognitivo, flexibilidade cognitiva e condições de memória.

Does low to moderate alcohol intake protect against cognitive decline in older people?	STOTT, D.J.	J. Am. Geriatr. Soc.	2008	Inglaterra	Mulheres que relataram consumo moderado de álcool apresentaram melhor desempenho cognitivo do que mulheres que não bebiam. Resultados não significativos para homens.
Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review	PETERS, R.	Age Ageing	2008	EUA	Foram identificados 23 estudos. Os estudos de metanálises sugeriram que pequenas quantidades de álcool podem ser protetoras contra a demência e doença de Alzheimer, mas não para demência vascular ou declínio cognitivo.
Moderate alcohol consumption and cognitive risk	STOTT, D.J.	Neuropsychiatr. Dis. Treat	2008	EUA	O efeito protetor do consumo moderado de álcool para a cognição foi observado em ambos os sexos, embora a quantidade e o padrão de consumo tenha sido diferente. Observou-se também que bebedores leve/moderado de álcool apresentaram risco reduzido de danos cognitivos.
Moderate alcohol consumption and cognitive risk	NEAFSEY, E.J.; COLLINS, M.A.	Neuropsychiatr. Dis. Treat	2011	EUA	A história da pesquisa sobre consumo moderado de álcool e a função cognitiva pode ser dividida em duas épocas: 1977-1997 e 1998-atualmente. O benefício do álcool moderado para a cognição pode ser observado em homens e mulheres, embora a quantidade e o padrão de ingestão alcoólica sejam muito diferentes entre os dois sexos.
Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the cardiovascular health study	MUKAMAL, K.J. et al	J. Am. Geriatr. Soc	2006	EUA	O consumo de 14 ou mais doses de bebidas alcoólicas por semana foi associado a menor risco de doença cardíaca coronária.
Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients	FINK, A et al.	Arch. Gerontol. Geriatr.	2002	EUA	Comparação entre diferentes testes de triagem para uso de álcool. Os bebedores que foram positivos no teste CAGE, SMAST ou AUDIT também foram classificados corretamente pelo ARPS como bebedores perigosos ou que fazem uso prejudicial à saúde.
Moderate Alcohol Intake and Risk of Functional Decline: The Health, Aging, and Body Composition Study	Maraldi, C. et al.	J. Am. Geriatr. Soc.	2009	Itália	Durante um período de 6,5 anos de seguimento, os participantes que consumiram níveis moderados de álcool apresentaram menor incidência de limitação de mobilidade e deficiência de mobilidade.

Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil	OLIVEIRA, J.B. et al.	Rev. Bras. Psiquiatr	2011	Brasil	A taxa de abstinência atual foi alta (61,6%), dos quais 38% relataram terem sido ex-bebedores. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os instrumentos testados. No entanto, o TWEAK apresentou maior área sob a curva ROC.
The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument	SELZER, M.L.	Am J Psychiatry	1971	EUA	O instrumento de rastreio para uso de álcool Michigan alcoholism screening test é comumente empregado no mundo e conhecido por sua fácil aplicabilidade.
Uso de álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)	KANO, M.Y.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C.	Dissertação, USP	2011	Brasil	Validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version.
The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument	MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P.	Am. J. Psychiatry	1974	EUA	Validação do instrumento CAGE para rastreio do consumo de álcool.
Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II.	SAUNDERS, J.B. et al.	Addiction	1993	EUA	AUDIT fornece um método simples de detecção precoce de uso perigoso e prejudicial de álcool nas configurações de cuidados de saúde primários e é o primeiro instrumento de seu tipo a ser derivado com base em um estudo transnacional.
Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age	O'CONNELL, H. et al.	BMJ	2003	EUA	Os distúrbios do uso de álcool em pessoas idosas são comuns e estão associados a uma morbidade considerável.
Substance misuse in the older population	MCGRATH, A.; CROME, P.; CROME, I.B.	Postgrad. Med. J.	2005	Inglaterra	O uso indevido de substâncias entre a população mais velha é largamente ignorado e subestimado.

Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review	WU, L.T.; BLAZER, D.G.	Int J Epidemiol.	2014	EUA	Entre os adultos não institucionalizados com mais de 50 anos, cerca de 60% usaram álcool, 3% usaram drogas ilícitas e 1-2% usaram medicamentos não prescritos por médicos no ano anterior a pesquisa. Cerca de 5% dos homens e 1,4% das mulheres apresentaram transtorno do consumo de álcool no ano passado
Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS)	CASTRO-COSTA, E. et al.	Addict Behav.	2008	Brasil	Doze por cento dos participantes relataram um comportamento de beber pesado, enquanto 10,4% e 2,9% eram compulsivos e dependentes de álcool, respectivamente.
Alcohol Use among Older Adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil	WAGNER, G.A. et al.	PLOS ONE	2014	Brasil	O consumo de álcool foi inferior a um dia por semana entre 79,7% da amostra, um a três dias por semana entre 13,0% e quatro ou mais dias por semana entre 7,3%. O consumo de álcool foi mais frequente entre o sexo masculino, pessoas com maior escolaridade e renda e boa auto avaliação de saúde.
Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20- year perspective	MOOS, R.H. et al.	Addiction	2009	EUA	A probabilidade de beber excessivo diminuiu ao longo do intervalo de 20 anos à medida que os adultos envelheciam e completavam seus 70 e 80 anos.
The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health	BLAZER, D.G.; WU, L.T.	Am.J. Psychiatr.	2009	EUA	Para o sexo masculino, o consumo excessivo de álcool em comparação com o consumo moderado de álcool foi associado a maior renda e ser separado, divorciado ou viúvo. O uso de medicamentos não prescrito foi associado ao consumo compulsivo, em comparação com o consumo de álcool entre as mulheres.
Alcohol Screening Results in Elderly Male Veterans: Association with Health Status and Mortality	BRIDEVAUX, I.P. et al.	J. Am. Geriatr. Soc.	2004	EUA	Quase a metade dos entrevistados (48%) relatou ter bebido no ano anterior a pesquisa. Não bebedores apresentaram estado de saúde e condição de vida mais precários, enquanto os bebedores que não apresentaram problemas com o álcool tinham o melhor estado de saúde e condição de vida.
Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics	MERRICK, E.L. et al.	J. Am. Geriatr. Soc.	2008	EUA	Ser do sexo masculino, ter ensino superior, maior renda, melhor estado de saúde, ser mais jovem, fumar, ter cor de pele branca e ser divorciado/separado/solteiro foram associados com maior probabilidade de beber não saudável.

Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil	HIRATA, E.S. et al.	Int. J. Geriatr. Psychiatry	2009	Brasil	A prevalência de alcoolismo foi de 9,1%. A análise de regressão multivariada mostrou que o alcoolismo estava associado ao sexo masculino, a etnia "mulato", ao tabagismo e às deficiências cognitivas e funcionais. Além disso, quanto mais jovem e menor o nível de escolaridade, maior o risco de ser alcoolista.
Understanding the alcohol harm paradox	BELLIS, M.; JONES, L.; MORLEO, M.	Alcohol Research UK	2015	Inglaterra	Existe uma subnotificação do consumo de álcool em levantamentos populacionais em geral e parte desse problema pode estar relacionada a eficiência dos diferentes tipos de instrumentos de rastreio para consumo de álcool.
Prevalence of smoking and drinking among older adults in seven urban cities in Latin America and the Caribbean	KIM, S. et al	Subst. Use Misuse	2007	America Latina	Fumar e beber diariamente foi altamente prevalente entre idosos de sete países da América Latina.
Low-to-moderate alcohol consumption and smoking cessation rates: Retrospective analysis of 4576 elderly ever-smokers	BREITLING, L.P. et al.	Drug Alcohol Depend.	2010	Alemanha	Beber quantidades baixas ou moderadas de álcool, na população em geral, pode realmente facilitar a cessação do tabagismo em ambientes não clínicos.
Alcohol consumption among older adults in primary care	KIRCHNER, J.E. et al.	J. Gen. Intern. Med.	2007	EUA	Mais da metade dos participantes (70%) relatou consumo de álcool no último ano e o consumo excessivo de álcool mostrou associação positiva significativa com sintomas de depressão / ansiedade e menor suporte social.
Drinking behaviour and alcohol-related harm Amongst older adults: analysis of existing Uk datasets.	SARAH, W.; PAPADOPOULOS, C.	BMC Research Notes	2014	Inglaterra	Os adultos mais velhos (com idade igual ou superior a 65 anos) bebem menos e são menos propensos a exceder os limites recomendados da bebida do que os adultos mais novos. No entanto, eles são mais propensos a serem admitidos no hospital por uma condição relacionada ao álcool.
Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population.	BLOW, F.	Alcohol. Clin. Exp. Res.	2000	EUA	Problemas relacionados ao uso de álcool e uso indevido podem afetar condições de saúde comuns entre mulheres mais velhas, incluindo doenças crônicas e depressão.

Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications.	BOYLE, A.R.; DAVIS, H.	J. Addict. Nurs.	2006	EUA	Uma série de fatores de risco foram identificados no desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool, incluindo distúrbios médicos crônicos e do sono. O isolamento social, a solidão, o luto e a presença de dor aguda ou crônica foram identificados por aumentar o risco de problemas de álcool. O CAGE é discutido como um instrumento importante na avaliação e avaliação do uso indevido de álcool.
Weekly alcohol consumption, brain atrophy, and white matter hyperintensities in a community-based sample aged 60 to 64 years.	ANSTEY, K.J. et al.	Psychosom Med.	2006	Austrália	O consumo de álcool não foi associado a maior volume de substância branca, tamanho do corpo caloso, volume de hipocampo ou amígdala em análises ajustadas para variáveis de confusão.
Alcohol intake, drinking patterns, and risk of nonfatal acute myocardial infarction in Costa Rica.	KABAGAMBE, E.K. et al.	Am J Clin Nutr.	2005	Costa Rica	Menor risco de infarto do miocárdio foi associado ao consumo leve/moderado de álcool mesmo quando comparado ao grupo de abstêmico.
Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women.	STAMPFER, M.J. et al.	N Engl J Med	2005	EUA	Bebedores moderados apresentaram melhor desempenho cognitivo do que não bebedores.
Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men.	CAWTHON, P.M. et al.	J. Am. Geriatr. Soc.	2006	EUA	Homens que relataram problemas com o álcool apresentaram maior risco para fratura colo femoral e redução da densidade mineral óssea da coluna vertebral, além de risco duas vezes aumentado para quedas do que aqueles sem histórico de problemas com o álcool.
Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study.	CHAN, A.M. et al.	Maturitas	2009	EUA	Apenas 11% dos homens e 17% das mulheres não bebiam álcool. Além disso, 54% dos homens e 40% das mulheres relataram beber álcool > / = 3 vezes por semana.

Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly Japanese men and women	LIN, Y. et al	Ann. Epidemiol.	2005	Japão	Menor taxa de mortalidade foi associada ao consumo moderado de álcool e os principais eventos associados a mortalidade e ao consumo excessivo de álcool foram câncer, doenças cardiovasculares e lesões externas.
Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions.	HUANG, B. et al	J Clin Psychiatry.	2006	EUA	O abuso de medicamentos não prescritos e de outras substâncias foi mais frequente em homens de meia idade, americanos nativos e viúvos ou divorciados. A maioria dos indivíduos que relatou abuso de substância nunca recebeu tratamento.
Alcohol Consumption among the over 50s: International Comparisons	GELL, L.; MEIER, P.S.; GOYDER, E.	Alcohol and Alcoholism	2015	Inglaterra	Dos países desenvolvidos analisados neste estudo, Finlândia e Inglaterra apresentaram taxas mais baixas de abstenção ao álcool no último ano e EUA e Coréia as maiores taxas.
Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit.	HENNI, A. et al	Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.	2013	França	Estudo encontrou uma prevalência de 44% para pessoas com problemas com o álcool em uma Unidade Geriátrica de cuidados intensivos. Esses pacientes também utilizavam benzodiazepínicos mais frequentemente.
Problem drinking and associated factors in older adults in South Africa	PELTZER, K.; PHASWANA-MAFUYA, N.	Afr J Psychiatry	2013	Johannesbg	4% dos participantes relataram beber pesado e 3,7% em <i>binge</i> . Beber em risco foi associado a sexo masculino, cor de pele branca e tabagismo, na análise multivariada.
Risk factors for non-communicable diseases among older adults in rural Africa	NEGIN, J. et al	Tropical Medicine and International Health	2011	Malawi, Ruanda e Tanzânia	As taxas de tabagismo entre homens e mulheres mais velhos foram maiores do que entre os adultos com menos de 50 anos.
Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil	GUIDOLIN, B.L. et al.	Ciência & Saúde Coletiva	2016	Brasil	Em todos os padrões investigados, o consumo de álcool foi mais frequente em homens.

Research issues concerning alcohol consumption among aging populations	STALL R.	Drug Alcohol Depend	1987	EUA	Hipóteses para as alterações nos padrões de consumo de álcool ao longo da vida e discussão de como esses eventos influenciam o consumo na velhice.
Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing	FRISHER, M. et al.	BMC Public Health.	2015	Inglaterra	Vinte por cento da amostra relatou beber acima do nível recomendado para a população idosa. As taxas de auto avaliações de saúde como boa foram maiores entre aqueles que pararam de beber, seguidos por aqueles que nunca beberam.
Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013	DAMACENA, G.N. et al.	Ciência & Saúde Coletiva	2016	Brasil	A prevalência de envolvimento em acidentes de trânsito foi de 3,1% na população geral e de 6,1% entre aqueles que relataram abuso de álcool.
The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: The 10/66 group population based survey in the Dominican Republic.	NADKARNI, A. et al.	Drug Alcohol Depend.	2011	Inglaterra	A prevalência de consumo excessivo de álcool em idosos na República Dominicana foi de 10,6%.
Unhealthy alcohol use in older adults: Association with readmissions and emergency department use in the 30 days after hospital discharge	CHAVEZ, L.J. et al.	Drug Alcohol Depend.	2016	EUA	O consumo de álcool de risco foi associado a taxas de readmissões em serviços de emergência 30 dias após alta hospitalar, com base nos resultados de triagem realizados pelo teste AUDIT-C.
Late-life alcohol consumption and 20-year mortality.	HOLAHAN, C.J. et al.	Alcohol Clin Exp Res.	2010	EUA	Participantes abstêmicos e bebedores pesados demonstraram riscos de mortalidade aumentados de 51 e 45%, respectivamente, em comparação com bebedores moderados.

Fonte: elaborado pelo autor.

ANEXO - A: Comprovante de aceite do artigo

28-Mar-2018

Noronha, Beatriz; Souza, Mary Anne; Costa, Maria Fernanda; Peixoto, Sérgio:

It is a pleasure to accept your manuscript ID CSC-2017-3265 entitled "Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*. In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution and e-mail); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units). We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published. The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Thank you for your contribution.

From now on, we will highlight articles for special promotion monthly on the Journal's Facebook account. Therefore, if you have an account in this social network, we ask you to like the *Ciência & Saúde Coletiva* Page at [facebook.com/revistacienciasaudecoletiva](https://www.facebook.com/revistacienciasaudecoletiva)

Prezado(a) Dr. Peixoto:

É um prazer aceitar o seu manuscrito ID CSC-2017-3265 intitulado "Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição e e-mail); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades). Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada. O arquivo e as declarações em anexo devem ser enviados para o e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Obrigado pela sua contribuição.

A partir de agora, destacaremos mensalmente alguns artigos para divulgação especial no Facebook da Revista. Portanto, caso você possua conta nessa rede social, solicitamos que curta a página da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* em [facebook.com/revistacienciasaudecoletiva](https://www.facebook.com/revistacienciasaudecoletiva)

Sincerely, / Atenciosamente,
Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, *Ciência & Saúde Coletiva*
romaugo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author / Comentários para o Autor:
Recomendo que o artigo seja aceito, pois está bem escrito, tem objetivos claros, os resultados estão bem apresentados e a discussão é pertinente.

Entire Scoresheet:
Reviewer:
Recommendation: Accept / Aceito

Comments:
Manuscrito que traz contribuições à Saúde Coletiva, em especial no que tange a possibilidade de intervenções sócio políticas.

Additional Questions:
Does the manuscript contain new and significant information to justify publication? / O manuscrito contém informações novas e significativas para justificar a sua publicação? Yes/Sim

ANEXO - B: Homepage do artigo publicado na Revista Ciências & Saúde Coletiva



0233/2018 - Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

Alcohol consumption patterns and associated factors among Brazilian elderly: National Health Survey (2013):



Autor:

• Beatriz Prado Noronha - Noronha, BP - <pn.beatriz@gmail.com>

Coautor(es):

• Mary Anne Nascimento - Nascimento, MA - <maryannemoo@yahoo.com.br>
 • Maria Fernanda Costa - Costa, MF - <lima-costa@cpqrr.fiocruz.br>
 • Sérgio Viana Peixoto - Peixoto, S.V. - <peixotosv@gmail.com>

Resumo:

O objetivo foi analisar o padrão de consumo de álcool entre idosos (60 anos ou mais) brasileiros e sua associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 10.537 idosos (90,1%) participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. O consumo de bebidas alcoólicas foi classificado em não uso, uso leve/moderado e uso de risco. Utilizou-se o modelo de regressão multinomial para o estudo dos fatores associados. A prevalência para uso leve/moderado e de risco foi de 9,4% (IC95%: 8,4-10,6%) e 4,6% (IC95%:4,0-5,3%), respectivamente. Os dois padrões de consumo foram inversamente associados à idade, mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticavam atividade física. O consumo leve/moderado foi menos frequente entre não brancos e entre aqueles com relato de AVC e diabetes, enquanto o consumo de risco foi menos frequente entre idosos com diagnóstico para doenças do coração e mais frequentes entre os que reportaram depressão. Esse resultado identifica perfis de maior vulnerabilidade, com pequenas diferenças entre os padrões de consumo. Essas informações devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis e controle do abuso de álcool em idosos.

Palavras-chave:

Saúde do idoso; Bebidas alcoólicas; Fatores epidemiológicos; Inquéritos e questionários.

Abstract:

The aim was to analyze the pattern of alcohol consumption among elderly Brazilians (60 years and over) and their association with sociodemographic factors, life habits and health conditions. This is a cross-sectional study of 10,537 elderly (90.1%) participants the National Health Survey of 2013. The consumption of alcoholic beverages was classified as non-use, mild / moderate use and risk use. The multinomial regression model was used to study the associated factors. The prevalence for mild / moderate and risk use was 9.4% (95%CI: 8.4-10.6%) and 4.6% (95%CI: 4.0-5.3%), respectively. The two consumption patterns were inversely associated with age and more frequent among men, more educated, smokers and physical activity practitioners. Mild / moderate consumption was less frequent among non-whites and those with a history of stroke and diabetes, as risk use was less frequent among older adults diagnosed for heart disease and more frequent among those reporting depression. This result identifies profiles of greater vulnerability, with small differences between two patterns of consumption. This information should be considered in the preparation of proposals to promote healthy habits and control of alcohol use in the elderly.

Como Citar

Noronha, BP; Nascimento, MA; Costa, MF; Peixoto, S.V. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] (2018/Mai). [Citado em 15/05/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/padrones-de-consumo-de-alcool-e-fatores-associados-entre-idosos-brasileiros-pesquisa-nacional-de-saude-2013/167667?id=16766>

Últimos Artigos

Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: Revisão sistemática.

0262/2018

Alimentação saudável e sustentável: Uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas.

0261/2018

Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: Revisão da literatura.

0260/2018

Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil.

0259/2018

A prevenção à violência em programas interdisciplinares que atuam em escolas Brasileiras e portuguesas.

0255/2018

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/padroes-de-consumo-de-alcool-e-fatores-associados-entre-idosos-brasileiros-pesquisa-nacional-de-saude-2013/16766?id=16766>