

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCIA YUMI KANO

Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening
Test - Geriatric Version (MAST-G)

Ribeirão Preto
2011

MARCIA YUMI KANO

Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening
Test - Geriatric Version (MAST-G)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa Dra Sandra Cristina Pillon

Ribeirão Preto

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER OU MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

Kano, Marcia Yumi

Uso do álcool em Idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G).

Ribeirão Preto, 2011.

78p. .il.; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Pillon, Sandra Cristina.

1. Idoso 2. Envelhecimento 3. Intoxicação alcoólica 4. Alcoolismo

Marcia Yumi Kano

Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa Dra Sandra Cristina Pillon

Aprovado em//

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho

Ao Emerson,

À minha família,

À Minha Avó e ao meu Avô (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon pela orientação neste trabalho, pela confiança em minha capacidade e pela oportunidade de me aprofundar neste tema de fundamental importância.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica e aos funcionários deste Programa que me deram todo o suporte para concluir este trabalho.

À Prefeitura Municipal de São Carlos pelo acesso às USF – Unidades de Saúde à Família e aos funcionárias e funcionários destas Unidades que fizeram muito além de suas obrigações e em especial à Maria Tereza Claro, Diretora de Gestão do Cuidado Ambulatorial e a Denise Ap. Braga, Chefe da Administração Regional de Saúde São José da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Carlos.

À Edna Sayuri Kano, Emerson R. Camargo, Marcos Jeferson Zeppon e Ticiania Leão pela ajuda na aplicação dos questionários e na organização dos dados.

Ao Prof. Roberto Souza Molina pelo auxílio na Análise Estatística.

À CAPES pelo suporte dado ao sistema de Pós-graduação no Brasil.

As amigas que fizeram parte da minha história Regina F. Gergul, Rosângela H. Ikeda e Luciene Q. Macedo que me ensinaram, como profissional, a trilhar com segurança e respeito pelo caminho da Dependência Química.

À Vania, Sueli e Cristina, amigas que sempre estiveram comigo apoiando, participando e colaborando nas ricas discussões.

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado e aos meus amigos que conheci na pós graduação.

E a todos que de alguma maneira colaboraram de modo direto ou indireto para o sucesso deste trabalho de pesquisa.

RESUMO

KANO, Marcia Yumi. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G). 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esse estudo tem por objetivo validar o Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G) e identificar os problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica entre os idosos usuários da Unidade Saúde da Família (USF) do município de São Carlos (SP). O desenho metodológico do estudo é do tipo descritivo de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo as informações sociodemográficas e o MAST-G, seguindo as etapas de tradução e adaptação transcultural. A amostra foi constituída por 111 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados na USF do município de São Carlos. Do resultado, a idade média foi de 70 anos, sendo 45% do sexo masculino e 55% do sexo feminino, escolaridade média de 3 anos e 92% residem com a família. O MAST-G apresentou um bom índice de confiabilidade, com Alfa de Cronbach $\alpha = 0,7873$ e por meio da curva de ROC mostrou uma boa especificidade e sensibilidade no valor de corte de 5 respostas positivas, corroborando a literatura internacional. Pode-se concluir que o instrumento é de fácil aplicação e pouco intimidativo, além de ser possível averiguar diversas questões acerca do comportamento do beber do idoso e assim, possibilitando um atendimento especializado, pontual para que o idoso tenha uma assistência de qualidade.

Palavra-chave: idoso, envelhecimento, intoxicação alcoólica, alcoolismo

ABSTRACT

KANO, Marcia Yumi. **Alcohol use in the elderly: cross-cultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G). 2011. 78 f. Thesis (MA) - School of Nursing of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.**

This study aims to validate the Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G) and to identify the pattern of consumption and alcohol use among elderly users of Family Health Units (USF) in the municipality of São Carlos (SP), Brazil. The methodological design of the study is a descriptive quantitative approach. Data were collected using an instrument that contains sociodemographic information and the MAST-G, following the steps of translation and cultural adaptation. The sample consisted of 111 people aged over 60 years who were enrolled in the USF of São Carlos. The result, the average age was 70 years, 45% male and 55% female, average schooling for 3 years and 92% living with family. The MAST-G had a good level of reliability, with Cronbach's alpha $\alpha = 0.7873$ and shows a good specificity and sensitivity in cut-off of 5 positive answers, as observed by the ROC curve, in good agreement with the literature. It could be concluded that the instrument is easy to be applied and less intimidating, besides being able to ascertain other questions about the behavior of the life of the elderly so it can allow a specialized service, timely so that the elderly have a better quality of assistance.

Keyword: aged, aging, alcoholic intoxication, alcoholism

RESUMEN

KANO, Marcia Yumi. **Consumo de alcohol en los ancianos: la validación transcultural de la prueba de detección Michigan Alcoholism - Versión Geriátrica (MAST-G). 2011. 78 F. Tesis (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.**

Este estudio tiene como objetivo validar el Michigan Alcoholism Screening Test - Versión Geriátrica (MAST-G) identificar los problemas relacionados al uso de alcohol entre los usuarios ancianos de la Unidad de Salud Familiar (USF) en el municipio de São Carlos (SP), Brasil. El diseño metodológico del estudio es del tipo cuantitativo descriptivo. Los datos fueron obtenidos utilizando un cuestionario que contiene información sociodemográfica y el MAST-G, siguiendo los pasos de la traducción y adaptación cultural. La muestra consistió en 111 personas mayores de 60 inscritos en la USF de São Carlos. Resultados: la edad promedio fue de 70 años, sexo masculino, 45% y 55% de la educación fue promedio de 3 años y 92% vive con la familia. El MAST-G tuvo un buen nivel de confiabilidad, el alfa de Cronbach $\alpha = 0,7873$ y también por la curva ROC, una buena especificidad y sensibilidad, con la corte de 5 respuestas positivas, de acuerdo a la literatura. Puede concluirse que el instrumento es fácil de aplicar y poco intimidante, además de ser capaz de determinar otras preguntas sobre el comportamiento del uso de alcohol en los ancianos y por lo tanto, posibilitando un servicio especializado, puntual para que los ancianos tengan una mejor calidad de la asistencia.

Palabra clave: anciano, envejecimiento, intoxicación alcohólica, alcoholismo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pontuação relacionada à Escala de Katz para a classificação das atividades básicas da vida diária.....	39
Tabela 2	Pontuação relacionada ao Mini Exame de Estado Mental (MEEM).....	39
Tabela 3	Distribuição em número e porcentagem das informações sociodemográficas dos que concordaram em responder o questionário voluntariamente e que assinaram o TCLE (N=111), São Carlos SP, 2011.....	48
Tabela 4	Distribuição em número e porcentagem daqueles que declararam espontaneamente sobre seu hábito de consumo de álcool (N = 54)..	49
Tabela 5	Área sob as curvas (UAC) calculada para as cinco curvas ROC da figura 1 construídas a partir dos 111 questionários aplicados.....	50
Tabela 6	Área sob as curvas (UAC) calculada para as cinco curvas ROC da figura 2 relativa aos 54 questionários dos idosos que declaram espontaneamente seus hábitos de consumo de álcool.....	52

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Curvas ROC (receiver operating characteristic) calculadas para os 111 questionários aplicados. Foram testados cinco padrões de resposta, sendo (púrpura) para os questionários com 2 ou mais repostas SIM, 3 ou mais repostas sim (azul), 4 ou mais repostas (vermelho), 5 ou mais repostas (preto) e 6 ou mais repostas (verde). A diagonal representa 100 % de aleatoriedade nas respostas.....50
- Figura 2** Curvas ROC (receiver operating characteristic) calculadas para os 54 questionários nos quais os entrevistados se manifestaram espontaneamente sobre o consumo de álcool. Foram testados três padrões de resposta, sendo (vermelho) um os questionários com 3 ou mais repostas SIM, 5 ou mais repostas sim (preto) e 6 ou mais repostas (azul). A diagonal representa 100 % de aleatoriedade nas respostas.....51

SUMÁRIO

Página

Apresentação.....	13
Capítulo 1.....	16
População idosa e envelhecimento.....	16
Capítulo 2.....	22
Álcool e alcoolismo.....	22
Álcool e idoso.....	29
Justificativa.....	35
Objetivo.....	36
Capítulo 3.....	37
Metodologia.....	37
Análise estatística.....	42
Tradução e adaptação transcultural.....	43
Coleta de dados.....	45
Capítulo 4.....	47
Resultados	47
Capítulo 5.....	53
Discussão.....	53
Capítulo 6.....	62
Conclusão.....	62
Referências	63
Anexo 1.....	73
Anexo 2.....	75
Anexo 3.....	76
Anexo 4.....	77
Anexo 5.....	78

APRESENTAÇÃO

Quando ingressei em 1995 no Curso de Terapia Ocupacional (T.O.) da UFSCar-Universidade Federal de São Carlos, mesmo sem saber exatamente o significado da profissão que havia escolhido, recordei minha trajetória desde a escola rural na pequena cidade onde nasci e cresci, passando pelo ensino médio e cursinho preparatório, até chegar à Universidade, sempre amparada por meus pais e pelo orgulho contido de meus avós. Somente anos depois, quando já havia cursado muitas disciplinas e criado vínculos com alguns docentes e profissionais da saúde, é que pude compreender meu papel profissional.

A Terapia Ocupacional, segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - 3 (CREFITO-3), é “um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que apresentam, por razões ligadas à problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais ou sociais), temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção à participação na vida social”. Foi somente no terceiro ano de graduação que tive a oportunidade de trabalhar com idosos e, assim, iniciei um estágio voluntário com grupos de pessoas com mais de 60 anos que teve prosseguimento no estágio profissionalizante obrigatório do curso de T.O. ao longo de 1998. Paralelamente, o problema do alcoolismo e de outras dependências químicas me instigava a curiosidade e, mesmo sem ter uso de risco, comecei a ter contato com os Alcoólicos Anônimos e a fazer estágios voluntários com o objetivo de conhecer essas populações e ter a prática clínica. Ao concluir o curso de graduação no fim 1998, me inscrevi no aprimoramento em geriatria e gerontologia, que infelizmente acabou cancelado naquele ano, redirecionando minha trajetória para o Japão.

Recém formada, o primeiro desafio foi descobrir como era a minha profissão no Japão. Entrei em contato com o professor Ryuitaro Nagatami, então membro da World Federation of Occupation Therapy (WFOT), que se mostrou interessado em ajudar, me recebendo para uma entrevista em seu laboratório de reabilitação física na Escola em que lecionava na cidade de Odawara, próximo à Tokyo. Ao final da visita, consegui uma indicação para o hospital de geriatria psiquiátrica Tsurukawa

Sakura Hospital, de caráter privado, onde trabalhei por dois anos e meio como assistente de terapia ocupacional, pois havia a questão do reconhecimento do diploma de graduação e a dificuldade relacionada à fluência no japonês. Na época em que fui contratada, o hospital buscava profissionais de reabilitação (terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, assistentes e estagiários de terapia ocupacional) para atender pacientes com idade variando de 19 a 104 anos portadores de transtornos mentais e demências, sendo a maioria com histórico de várias internações ao longo da vida.

O que primeiro chamou a minha atenção foi a estrutura física e o cuidado com a privacidade de cada paciente. O trabalho da Terapia Ocupacional com os idosos focava na busca de autonomia e no resgate da individualidade por meio da exploração e do reconhecimento do espaço, havendo grande preocupação com o contato social, com a ressocialização dos pacientes e com a estimulação cognitiva. Para atingir alguns dos objetivos propostos, eram realizadas várias atividades que envolviam práticas manuais, como a confecção de artesanato, escrita japonesa, pintura, desenhos, bordados, etc. Também foram necessárias muitas adaptações no ambiente do hospital para estimular os pacientes a conquistarem sua independência e autonomia, como listar no lado externo das gavetas e armários todos os objetos guardados e organizar a biblioteca de tal forma que os pacientes tivessem livre acesso ao espaço para que pudessem escolher e utilizarem os materiais e livros sem a necessidade de permissão prévia. Os pacientes também participavam do planejamento de muitas atividades, como decidir o que iriam plantar e cultivar no jardim, escolhendo entre os tipos de flores, verduras ou legumes que mais interessassem, além de participar da organização da oficina de culinária. Havia uma preocupação em treinar previamente as habilidades sociais dos pacientes para utilizar transportes públicos, e a busca pela autonomia era feita pelo treinamento de escolha na ressocialização do idoso, por exemplo frequentando um restaurante e tendo que decidir sobre o que iriam comer ou entrar em uma loja para comprar roupas novas. Os pacientes também eram inseridos socialmente por meio de piqueniques em locais abertos (praças, parques ou nas beiras dos rios) ou dando suporte à realização de vários tipos de trabalho temporário, algo bastante comum e acessível às pessoas no Japão.

Durante esses anos no Tsurukawa Sakura Hospital, conheci pacientes com dependência de benzodiazepínicos e também atendi as primeiras pessoas (três homens e uma mulher) com síndrome de Korsakovi de origem alcoólica, o que para mim, naquele momento, foi marcante e determinaram muitas das minhas escolhas futuras.

Voltando ao Brasil em 2002, continuei a trabalhar com idosos em suas residências na cidade de São Carlos (SP) e mais tarde na cidade de São Paulo (Capital), onde pude atuar em uma clínica de reabilitação para dependentes químicos. Durante os anos em que trabalhei nessa clínica, notei que o número de internações de pessoas com mais de 60 anos era crescente, o que passou a me causar inquietação e incômodo. Desde então, cresceu minha preocupação sobre a relação entre idosos e o uso de bebida alcoólica, encontrando na linha de pesquisa Uso e Abuso de Álcool e Drogas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP o local e as pessoas ideais para estudar alcoolismo e o idoso.

A partir da minha observação clínica em terapia ocupacional desde que concluí a graduação, identifiquei um aumento no número de idosos que usam ou abusam da bebida alcoólica, ou mesmo que apresentam sinais de dependência química em relação ao álcool. Também identifiquei a necessidade de mobilizar os profissionais e cuidadores (familiares ou não) que estão mais próximos aos idosos para proporcionar um cuidado mais efetivo e de melhor qualidade de vida, seja agindo no atendimento, no cuidado ou nas questões de políticas públicas. A grande questão que surgiu foi como identificar um idoso que faz uso abusivo do álcool apesar dos problemas inerentes ao envelhecimento?

POPULAÇÃO IDOSA E ENVELHECIMENTO

A qualidade do envelhecimento é um dos maiores desafios do mundo atual. Em 2004, a parcela da população com mais de 60 anos foi a que mais cresceu em todas as faixas etárias. Estima-se que em 2025 haverá no mundo cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050, este número poderá chegar a dois bilhões de idosos (World Health Organization, 2004). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) obtidos no último Censo de 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, sendo que 20.590.599 (10,79%) com idade igual ou superior a 60 anos, um número maior ao da população absoluta de países europeus como Portugal, Bélgica ou Holanda. Em relação ao gênero, a população idosa feminina no Brasil era de 11.434.487 (55,6% dos idosos) e a masculina de 9.156.112 (44,4%) (IBGE, 2011).

Nas últimas décadas, a população idosa brasileira aumentou sistematicamente, passando de 4% do total em 1940 para 8,6% em 2000, atingindo 10,79% em 2010 (IBGE, 2011). Em 1960, havia no Brasil cerca de 3 milhões de idosos, passando para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos), estimando-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA, 2003), ou algo em torno de 15% da população brasileira terá idade igual ou superior à 60 anos (CANÇADO, 1996). O aumento da expectativa de vida do brasileiro reflete claramente como a população brasileira vem envelhecendo. Em 1950/1955 a expectativa de vida de era de apenas 33,7 anos (BELTRÃO et al., 2004), passando para 50,9 anos em 1990 e para 66,2 anos em 1995 (CANÇADO, 1996). Segundo os dados do IBGE, em 2009 a expectativa de vida do brasileiro era de 73,2 anos com perspectiva de alcançar 77 anos no quinquênio de 2020/2025, sendo este valor ligeiramente maior para a mulheres (IBGE, 2011).

Já se sabe desde a década de 1980 que esse aumento na expectativa de vida era, em grande parte, um resultado das inovações científicas e tecnológicas que ocorreram nos últimos anos, mas também uma consequência da melhoria nas condições de vida da população. Segundo Kalache (1987), o envelhecimento da população pode ser “(...) traduzido pela urbanização adequada das cidades,

melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, das condições ambientais no trabalho e nas residências muito melhores que antigamente” (KALACHE, 1987; KALACHE et al., 1996; KALACHE, 2008; OPAS, 2005).

É certo que a introdução de técnicas mais avançadas para o diagnóstico de muitas doenças e a descoberta de novas substâncias e métodos terapêuticos mais adequados à cura ou ao controle de processos tidos até então como letais, favoreceram muito a sobrevivência das pessoas (VERAS, 2004). Paralelamente a esse avanço tecnológico, houve uma ampliação nos últimos anos dos estudos sobre o envelhecimento em função da constatação do contínuo envelhecimento da população e da crescente preocupação com o impacto que isso terá sobre a sociedade, o que contribuiu decisivamente para a compreensão dos processos envolvidos no envelhecimento (FELICIANO et al., 2004; OPAS, 2003; PAPALETTO NETO, 2007).

Ao reconhecer que os fatores relacionados ao meio onde uma pessoa vive podem afetar a qualidade de seu envelhecimento, a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a classificar o idoso por um marcador cronológico associado à sua localização territorial. Isso significa que para aqueles que residem nos países em desenvolvimento, o limite etário para o idoso é igual ou superior a 60 anos, enquanto que prevalece o mínimo de 65 anos para aqueles que moram em países desenvolvidos. No Brasil, a promulgação da Política Nacional do Idoso em 1994 que foi regulamentada em 1996 (Lei n. 8.842/92 e Decreto n. 1.948/96) definiu o idoso como uma pessoa com 60 anos ou mais de idade, assegurando-lhes diversos direitos sociais, acesso à Seguridade Social e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, para Papaleto Neto (2007), o envelhecimento vai além do marcador cronológico. Para esse autor, a maturidade e o envelhecimento estão associados mais aos fatores socioeconômicos e legais do que aos fatores puramente biológicos. Ou seja, para ele “a velhice pode ser também quantificada em outros termos não-cronológicos e com maior precisão, como variações saúde-doença e

níveis de independência entre pessoas mais velhas na mesma faixa etária” (OPAS, 2005).

Para uma maior compreensão sobre o significado do envelhecimento, o idoso deve estar situado como um resultado final e a velhice como uma fase da vida onde o envelhecimento deve ser encarado como um processo no qual cada fase pertence ao mesmo conjunto de partes intimamente relacionadas. Portanto, pode-se entender o envelhecimento como um processo natural do crescimento do ser humano, caracterizado pelo processo dinâmico e progressivo no qual as modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que culminam por levar o idoso à morte (PAPALEO NETO, 2007). Entretanto, esta fase não precisa estar necessariamente acompanhada de doenças, de limitações sobre o desempenho de atividades cotidianas ou de incapacidades definitivas (PAPALEO NETO, 1996; VERAS, 1994), uma vez que o envelhecimento pode ser “... percebido e entendido de várias maneiras diferentes, levando sempre em conta as variações culturais, podendo se referir aos processos biológicos, aparência física e à eventos de desengajamento da vida social entre outros” (PASCUM, 2002).

Sabe-se também que o envelhecimento traz consigo perdas sociais importantes. Além das situações de vulnerabilidade, do aparecimento de novos papéis sociais e do agravamento das doenças crônicas e degenerativas, é normal que ocorram na vida do idoso perdas de entes queridos (CARAMANO, 2004). Um outro aspecto que pode afetar a qualidade de vida do idoso está relacionado à solidão, geralmente vista de modo negativo sobre a vida do idoso. Contudo, com as melhorias nas condições de saúde e a universalização da Seguridade Social, e a consequente independência financeira que isso trouxe aos idosos, muitos deles, sem distinção de gênero, passaram a morar sozinhos por opção. Com os avanços e a popularização dos meios de comunicação e o acesso à equipamentos específicos como elevadores e automóveis adaptados para idosos, viver só passou a representar para o idoso uma alternativa mais bem sucedida para um envelhecimento com qualidade do que o completo abandono e o descaso típico frequentemente associado aos estados de solidão (DEBERT, 1999). Por sua vez, a

viuvez que até então era apontada como sinônimo de solidão (CAMARANO, 2006), passou a ter para muitas idosas um significado de autonomia e liberdade que nunca haviam desfrutado durante o período em que estiveram casadas (DEBERT, 1999). Por exemplo, em 2000, 77% das mulheres idosas estavam recebendo algum tipo de benefício da Seguridade Social, subindo para 94% no caso específico de viúvas idosas (CAMARANO, 2003).

Tais mudanças em torno da vida do ser humano foram denominadas por Owran (1971) como sendo um tipo de transição epidemiológica. Esse tipo de transição está diretamente relacionado à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte características de uma população e ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. Essa transição epidemiológica, assim como as transições demográficas, ocorre de modo desigual entre as diversas classes sociais, determinando grande heterogeneidade nos padrões pelos quais os brasileiros adoecem, tornam-se dependentes e morrem (CHAIMOWICS, 2006). As causas de morte podem ser classificadas em três grandes grupos. No Grupo I são categorizadas as mortes decorrentes de doenças transmissíveis ou que resultaram de causas maternas e perinatais. O Grupo II engloba as doenças não transmissíveis, enquanto que as mortes que resultam por causas externas são colocadas no Grupo III. Nesta classificação, as mortes causadas exclusivamente pelo uso e abuso do álcool tanto no idoso quanto nos adultos jovens devem ser classificadas no segundo grupo relacionado às doenças não transmissíveis e não como consequência de causas externas.

Ainda no que se refere à morbimortalidade da população idosa, o fato mais marcante foi verificado a partir da segunda metade do século XX em relação ao declínio dos óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e o aumento dos óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), muito provavelmente em consequência da melhoria e da universalização do sistema de saúde e das condições de saneamento básico e de infraestrutura (BAYER, 1984). As mortes por DCNT significam uma multiplicidade de fatores de risco complexos nas quais ocorre uma forte interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, caracterizadas por um longo período de latência e longo curso assintomático, mas com um curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, com

manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, sendo que pode evoluir para graus variados de incapacidade e, em casos extremos, para a morte (JENICEK, 1987).

Estudos da OMS estimavam que cerca de um terço dos idosos em 1984 seriam portadores de algum tipo de doença crônica e que pelo menos 20% deles teriam algum grau de incapacidade associada (RAMOS, 1990), sendo que em países de baixa ou média renda, como o Brasil, o impacto dessas doenças sobre os custos relacionados à saúde do idoso teriam um peso muito maior do que em países ricos (SCHIMIDT et al., 2011). Apenas para comparar, segundo o sistema de informações DATASUS, a população idosa paulistana consome mais de 25% dos recursos públicos de internação hospitalar. Sobre o impacto da velhice sobre o sistema de saúde, Ramos (2003) é mais enfático quando salienta que a velhice é um período da vida com uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social.

O ano de 2005 é considerado o início do envelhecimento populacional brasileiro. Foi nesse ano que a população nascida na década de 40, caracterizada por uma elevada fecundidade e baixa mortalidade, alcançou a idade de 65 anos. Nesse ano foi feito um estudo em relação a idade e sobre o gasto *per capita* na rede hospitalar do SUS, sendo observado que o gasto com a saúde de homens entre 60 a 69 anos foi mais do que quatro vezes superior aos gastos com homens com idade entre 30 a 39 anos, mas ainda assim, apenas a metade do valor gasto com aqueles com mais de 80 anos.

Como consequência do aumento das doenças crônico-degenerativas na população idosa e suas sequelas, a dependência funcional poderá representar um desafio adicional não apenas para o sistema de saúde brasileiro, mas para toda a sociedade em vários aspectos. Atualmente, um número cada vez maior de domicílios contêm idosos (cerca de um quarto do total no Brasil) e muitas famílias são dependentes da renda proveniente do trabalho do idoso em cerca de 20% da receita total (PASCOS, 2002). Dessa forma, a perda da independência do idoso

representará uma perda em dobro para estas famílias, impactando no aumento das despesas e na redução da renda mensal.

Se por um lado o crescente envelhecimento populacional trouxe os benefícios da maior longevidade desejados por todos, por outro lado inseriu um novo perfil de morbi-mortalidade caracterizado por um aumento e por um acúmulo de doenças, dentre elas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Em uma análise da Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2002) dos números sobre morte e incapacidade na população de idosos, as doenças crônicas constituem as principais causas de óbito. A cada ano são incorporados cerca de 650 mil novos idosos no Brasil, sendo a maior parte com doenças crônicas e muitos com algum tipo de limitação funcional (VERAS, 2009).

Os dados levantados por Laranjeira (2003; 2007) confirmam que o alcoolismo entre idosos é responsável por problemas sociais graves, apresentando-se como uma questão de saúde pública. Considerando seu impacto financeiro sobre os recursos públicos e mesmo sobre o orçamento familiar, estrutura familiar e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos, percebe-se a necessidade urgente de se elaborar políticas públicas específicas direcionadas à população idosa, pois os modelos vigentes mostram-se ineficazes e de alto custo. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que tem como um dos objetivos garantir a atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional abordada de maneira multidimensional (BRASIL, 2006). Contudo, o que se observa é a prevalência do assistencialismo e a desarticulação dentro do sistema de saúde, dificultando a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso (CALDAS, 2004). Em especial sobre o impacto do consumo de álcool na saúde do idoso, seria importante que houvesse uma atenção diferenciada que envolvesse outras esferas de sua vida, como os aspectos de sua vida familiar, social, laboral, recreativa, educativa, mas também que ocorresse um aprimoramento das questões da política de saúde pública.

ÁLCOOL E ALCOOLISMO

O álcool é uma bebida rica em significado simbólico quando usada conforme os hábitos e rituais sociais, culturais e religiosos. Suas propriedades são conhecidas por milhões de pessoas em todo o mundo há milhares de anos. Contudo, ele também é uma droga com importantes efeitos farmacológicos e tóxicos, atuando sobre a mente e sobre quase todos os órgãos e sistemas do corpo humano (EDWARDS, 2005).

Há cada vez mais indícios de que a evolução da dependência do álcool possa ser explicada tanto em termos de processos psicológicos quanto de processos farmacológicos. Parece provável que a compulsão por beber, o aumento da tolerância, os sintomas de abstinências e as demais características da Síndrome de Dependência Alcoólica estejam envolvidas com mudanças relacionadas à neuroadaptação do cérebro. No entanto, nem todo mundo que bebe em excesso torna-se um dependente de álcool ou alcolista. Algumas pessoas podem ser mais vulneráveis devido à sua constituição genética, à sua personalidade ou até mesmo devido às influências ambientais e sociais. Alguns possíveis determinantes para o surgimento da dependência do álcool seriam a busca de um estimulante ou euforizante, a vontade de aliviar a ansiedade e o estresse do cotidiano ou simplesmente, o desejo ou a necessidade de sedação. Do ponto de vista médico, é relevante o fato de que as enzimas que metabolizam o álcool no organismo podem diferir de indivíduo para indivíduo, dificultando bastante a generalização de diagnósticos e tratamentos relacionados à dependência e ao alcoolismo (EDWARDS, 2005).

Normalmente, o nível do álcool no sangue tem sido tomado como a referência mais confiável para a quantificação de álcool ingerida por uma pessoa, podendo ser expresso em miligramas ou gramas de etanol por decilitro de sangue (100 mg/dL ou 0,10 g/dL). Para os homens adultos, a taxa máxima de consumo recomendada é de aproximadamente 60 g de álcool puro por dia e de 40 g por dia para as mulheres, sendo que para se garantir uma margem segura, a quantidade de álcool ingerida diariamente deve estar necessariamente abaixo desses valores.

Infelizmente, as consequências devastadoras que resultam da dependência ao álcool aparecem relativamente tarde na vida do indivíduo, geralmente após 4 ou 6 anos de consumo regular para o adolescente e após 6 ou 8 anos para o adulto. Isso significa que sua manifestação sobre o indivíduo se dá quando o processo de dependência ao álcool já está estabelecido e consolidado, dificultando bastante qualquer processo de reabilitação.

Em 1849, observando indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva durante longo tempo, o médico sueco Magnus Huss definiu o alcoolismo como “um conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”. Contudo, a definição consolidada empregada até hoje para o alcoolismo apareceu apenas em 1960 com a publicação, por Morton Jellinek, de *Disease Concept of Alcoholism* que reestruturou o termo alcoolismo, fazendo com que a dependência alcoólica passasse a ser classificado como doença. A partir deste momento, o alcoolista passou a ser descrito como todo indivíduo cujo consumo de bebida alcoólica viesse a prejudicá-lo, a prejudicar a sociedade na qual está inserido, ou mesmo que viesse a prejudicar a ambos simultaneamente (EDWARDS, 2005). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico. (EDWARDS, 2005; HECKMAN, 2009)

Ainda observando o alcoolismo como doença, o psiquiatra inglês Griffith Edwards (1976) descreveu a Síndrome de Dependência do Álcool pelo estreitamento do repertório de atividades e pela saliência do comportamento de busca do álcool por parte do alcoolista. A presença desta Síndrome passa pelo aumento da tolerância ao álcool e pela presença de sintomas repetidos de abstinência que podem ser aliviados ou evitados pelo aumento da ingestão da bebida alcoólica, além da percepção subjetiva por parte do alcoolista da sua necessidade de beber e da reinstalação dos sintomas após um período de abstinência.

Esses critérios serviram como base para a elaboração de um diagnóstico de alcoolismo descrita na Classificação Internacional de Doenças – CID – da Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente em sua décima versão (WHO, 2000). Deste modo, o alcoolismo passou a ser classificado como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido de uma dada bebida. Esses fenômenos de dependência incluem de uma maneira característica 1) um forte desejo de ingerir alguma bebida alcoólica, 2) um controle prejudicado sobre o uso da bebida alcoólica, 3) o uso persistente do álcool a despeito das conseqüências prejudiciais na vida do indivíduo, 4) a prioridade dada ao uso da bebida sobre outras atividades e obrigações, 5) um aumento da tolerância e 6) por reações físicas de privação quando o uso da bebida é interrompido. O diagnóstico de alcoolismo é feito quando pelo menos três dos seis critérios especificados ocorrerem no intervalo de um ano.

Os critérios da Síndrome de Dependência do Álcool também contribuíram para que a *American Psychological Association* –APA – (APA,1994) incluísse no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) o alcoolismo como “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso da substância psicoativa prejudicado e persiste em seu uso a despeito de conseqüências adversas” (DSM-III-R). Posteriormente, a mesma Associação passou a utilizar os critérios de diagnóstico desenvolvidos para o alcoolismo como um padrão para o uso disfuncional de qualquer substância que levasse a um comprometimento ou a um desconforto clinicamente significativo que caracterizasse a existência de um quadro de Síndrome de Dependência. Para que ocorra o diagnóstico de algum tipo de Síndrome de Dependência, é necessária a presença de pelo menos três dos sintomas descritos abaixo dentro de um intervalo de um ano: 1) *tolerância*, definida pela necessidade de quantidades nitidamente crescentes de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado, ou pelo efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância, 2) *abstinência*, apresentada como uma manifestação da síndrome de abstinência característica da substância, ou pelo uso da mesma substância, ou de outra bastante parecida, para aliviar ou evitar sintomas de abstinência, 3) *abuso*, quando uma dada substância é

frequentemente usada em grandes quantidades, ou quando é utilizada por um período maior do que o intencionado, 4) *pelo desejo* persistente em usar a substância ou um esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a sua ingestão, 5) *por grandes períodos de tempo* utilizados em atividades necessárias para obter a substância, para usá-la ou para recuperar-se de seus efeitos, 6) *pela redução ou abandono* das atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância, e por fim 7) *pelo uso continuado* da substância, apesar do conhecimento da existência de um problema físico ou psicológico recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pelo uso da substância (APA, 1994).

Apesar da dependência de álcool ser diagnosticada pelos médicos apenas quando os critérios mínimos do CID 10 ou do DSM IV são atingidos, evidências recentes sugerem que o uso disseminado da bebida alcoólica na população em diferentes graus de consumo, variando desde o consumo leve e habitual, passando pelo consumo de risco, consumo prejudicial, consumo excessivo ocasional ou episódico, culminando com a dependência, acaba impactando significativamente nas questões de saúde pública (BABOR, 2003), corroborando a afirmação de Edwards (1976) de que a dependência ao álcool é "um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber".

Atualmente, a definição mais aceita sobre o consumo do álcool é aquela proposta pelo *National Council on Alcoholism and Drug Dependence* (NCADD) e pela *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) na qual o alcoolismo é visto como "uma doença crônica primária com características genéticas, psicossociais e ambientais, com fatores que influenciam o seu desenvolvimento e manifestação". A partir desta definição, pode-se dizer que o alcoolismo é uma doença progressiva e fatal e que os seus sintomas incluem a deficiência no controle sobre a bebida, uma constante preocupação com a ingestão do álcool, prevalecendo seu consumo apesar das consequências adversas, havendo inclusive distorções no pensamento, notadamente a negação quanto a dependência e sobre os efeitos deletérios de seu consumo sobre a saúde e bem estar (GOLDSTEIN et al., 1996).

Nos últimos anos, vem ocorrendo um aumento das pesquisas focadas em temas relacionadas aos Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool (AUD) como

originalmente determinado pela APA em relação a duas categorias diagnósticas que se sobrepunham: a do “abuso de álcool” e a da “dependência de álcool”, que foram posteriormente convertidas em duas categorias não-sobreponentes de “dependência de álcool” e de “uso de álcool não-dependente”, analogamente ao que aparece na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) na forma de “dependência alcoólica” e “uso nocivo de álcool”. É interessante notar que a OMS deliberadamente evitou o uso de termos que pudessem carregar algum tipo de peso pejorativo ou com significado estigmatizado como o que ocorre com palavra abuso. Contudo, deve-se ter em mente que o conceito de “abuso de álcool” é bastante empregado na literatura dedicada ao problema do alcoolismo e inclui referências ao uso do álcool relacionado à manifestações como incapacidade de cumprir obrigações sociais ou de contemplar as expectativas de familiares, amigos, professores, empregadores ou qualquer outro “jugador natural” em seu campo social, além da frequente reincidência em infrações de embriaguez ao volante e outros padrões de consumo associados a riscos (DEGENHARD, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (1991), o “bebedor moderado” pode ser classificado como aquele que utiliza a bebida alcoólica sem dependência e sem problemas decorrentes de seu uso, enquanto que o “bebedor problema” seria aquele que apresentasse qualquer tipo de problema físico, psíquico ou social, decorrente do consumo de álcool. Já o “dependente de álcool” seria o indivíduo que apresentasse um estado caracterizado por reações que incluem uma ingestão excessiva de álcool de modo contínuo ou periódico com o objetivo de experimentar seus efeitos psíquicos ou para evitar o desconforto de sua falta.

Atualmente, tornou-se comum classificar uma forma potencialmente mais tóxica do “consumo nocivo de álcool”, denominada de “beber pesado episódico” (BPE). Essa expressão veio substituir o termo original em língua inglesa *binge drinking* que freqüentemente é mal compreendido. O BPE é definido, operacionalmente, como o consumo em uma única ocasião de pelo menos 60 g de etanol. Implicitamente, um único episódio de beber pesado pode causar graves danos para o indivíduo ou para alguém próximo a ele, como por exemplo, a hospitalização por intoxicação alcoólica, acidentes de trânsito ou conflitos,

contudo, mesmo tendo em vista esses problemas, o BPE não qualificaria o bebedor para o diagnóstico de “uso nocivo de álcool” como definido por Rehm e colaboradores (2004), que indicam o “consumo regular” como um critério necessário. De maneira similar, a dependência do álcool determina o número de dias de intoxicação por álcool, mas o consumo de uma grande quantidade de bebida ocasional é responsável indiretamente por uma fração das colisões de veículos e de um elevado número de mortes prematuras, bem como pelo impacto da incapacitação dos sobreviventes sobre o sistema de saúde, sobre a seguridade social e sobre a desorganização da renda da família dos envolvidos nos acidentes.

Nos Estados Unidos, o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) usa o termo “uso moderado” para se referir ao consumo que não causa prejuízos individuais ao bebedor nem acarreta problemas sociais. Em termos de unidades de bebida, definido como 14 g de etanol puro, o uso moderado é caracterizado pelo consumo de até 14 unidades de bebida por semana para homens e de até 7 unidades por semana para mulheres, limitando em não mais do que 3 unidades de bebida por semana para indivíduos com idade superior a 65 anos, sendo aconselhado pelo menos um ou dois dias semanais sem consumo de álcool. Para níveis diários, esse consumo poderia ser traduzido em 2 unidades alcoólicas para homens (28 g) e 1 para mulheres (14 g), contudo a quantidade necessária para classificar como consumo moderado, em termos de unidades diárias, não é absoluta, variando de 1 a 5 doses por dia (GUNZERATH, 2004).

A OMS recomenda que as mulheres não devam beber mais que duas unidades diárias e os homens não mais que três unidades diárias de álcool, devendo-se beber o mínimo possível, resguardando-se dois dias durante a semana sem o consumo de álcool. Também é óbvia a recomendação para que não ingerir bebidas alcoólicas em situações especiais, como durante a gestação, quanto for dirigir qualquer veículo ou quando se estiver em situações de trabalho, mas também é recomendado não fazer uso de bebida alcoólica quando for praticar algum exercício físico ou praticar esporte, já que é normal que o dependente de álcool tenha outros problemas físicos que possam piorar em função do consumo de bebida (ANDRADE, 2009).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, entre seus tópicos de estudo, analisou quanto e como o brasileiro adulto bebe. Ao integrar as variáveis de frequência e quantidade de uso, foram identificadas cinco categorias sobre a intensidade do beber do brasileiro (bebedor frequente pesado, bebedor frequente, bebedor menos frequente, bebedor não-frequente e abstinência), não sendo mencionado nem identificado nas categorias propostas o uso moderado (ANDRADE, 2009; LARANJEIRA, 2007) Já em um levantamento epidemiológico realizado no Estado de São Paulo, adotando uma amostra representativa de diferentes faixas etárias, condições socioeconômicas e escolaridade, em uma das poucas pesquisas brasileiras que definiu e investigou o termo “uso moderado” em semelhança aos moldes internacionais, foi definido como uso moderado o consumo de pelo menos três doses alcoólicas por ocasião, em uma base semanal ou nos últimos 12 meses. Independentemente de sua definição, a prevalência de indivíduos que faziam uso moderado de bebida alcoólica foi muito baixa, correspondendo a 7% da amostra estudada (OGBORNE, 2001).

De qualquer forma, o relatório do NIAAA alerta que as pessoas que não bebem ou que fazem uso moderado de álcool podem se tornar alcoolistas caso aumentem o consumo de bebidas alcoólicas. Uma estimativa prevê que entre 5 e 7% das pessoas que não consomem bebida alcoólica ou que fazem uso esporádico podem ter problemas decorrentes do uso do álcool (GREEN et al., 2007). O problema é que uma vez desenvolvido o padrão nocivo de consumo de álcool, este indivíduo pode seguir percursos diferentes em sua vida, sendo possível que os bebedores possam manter o mesmo padrão de consumo durante décadas, sem desenvolver dependência, ou podem até retornar a um nível de ingestão de álcool bem abaixo daquele que causaria algum problema de ordem social ou de saúde. Contudo, esta última situação é bastante rara, especialmente à medida que o grau de severidade do consumo aumenta (RAMOS, 2004).

Segundo a Associação dos Estudos do Álcool e outras Drogas, havia uma prevalência no Brasil de 3 a 10% na população adulta se tornar alcoolista. Foi identificado também que o alcoolismo é o terceiro motivo para o ausência no trabalho, sendo a causa mais frequente de aposentadorias precoces e acidentes

de trabalhos, e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (VASISSM, 2004).

O ÀLCOOL E O IDOSO

Quando se busca estudar o alcoolismo na população idosa, não há no DSM-IV (APA,1994) critérios para dependência de substância e nem no CID-10 (OMS, 2000) critérios de transtornos mentais devido ao uso de álcool que caracterize o diagnostico em função da idade. No entanto, devem-se considerar as peculiaridades que cercam essa população como os efeitos fisiológicos causados no organismo, comorbidades, doenças clínicas e o uso social do álcool sem consequências (BLOW et al., 2006). Essa falta de um critério específico para a população idosa criou uma dificuldade adicional para os profissionais da saúde interessados em identificar e tratar o alcoolismo entre os idosos, fazendo com que o idoso com problemas de alcoolismo não seja tratado adequadamente (GOLDSTEIN et al., 1999; RIGO et al., 2005), comprometendo a sua qualidade de vida. Nota-se também a inexistência de locais específicos no sistema de saúde para atender e tratar os idosos que consomem álcool. Outros fatores que podem contribuir para dificultar a identificação da doença seriam a negação pelo idoso do uso, abuso ou dependência do álcool, da falta de hábito entre os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde de fazerem perguntas adequadas para descobrir problemas relacionados ao álcool quando atendem pacientes idosos, e até mesmo do fato dos familiares, cuidadores e amigos colaborarem inconscientemente com as pessoas idosas em negar a existência de problemas relacionados ao álcool. Além disso, existem poucos programas que abordam temas específicos sobre os idosos nas clínicas de desintoxicação e reabilitação (GOLDSTEIN et al. 1999).

Beullens e colaboradores (2004) levantaram outras importantes questões relacionadas à detecção do alcoolismo no idoso. Mesmo considerando que o idoso beba com menor frequência e consuma menos por ocasião, os profissionais de saúde geralmente não averigam o nível de consumo de álcool entre a população idosa e mais de 90% da entrada de idosos nos ambulatórios com abuso de álcool não são atendidos por um especialista de saúde mental, pois geralmente esses

idosos chegam apresentando outras complicações clínicas ou físicas de maior urgência. Estes autores também apotam a existência de muitos problemas relacionados ao esteriótipo de um alcoolista por parte dos profissionais de saúde que acabam por mascarar os dados relacionados ao uso de álcool pela população idosa. Por exemplo, a maioria dos estudos americanos sobre o alcoolismo na população idosa foi feito com homens e poucos com mulheres, focando mais em negros do que brancos e naqueles com pouca escolaridade. Além disso, estes autores colocam que as pessoas que têm um início tardio no consumo da bebida alcoólica nem sempre apresentavam problemas no trabalho ou possuíam problemas financeiro ou mesmo que nunca foram flagrados por autoridades policiais dirigindo embriagadas. Contudo, mesmo com essas dificuldades para identificar problemas relacionados á dependência alcoólica entre idosos, há um estudo revelando que, nos Estados Unidos, a prevalência de consumo inadequado de álcool por idosos com 65 anos ou mais está entre 10 e 15% para homens e entre 2 e 5% para mulheres, porém estima-se que a dependência alcoólica nessa população é menor do que 4%, ou até menor do que 1%, sendo que a APA estima que a prevalência de idosos alcoolistas nos Estados Unidos seja de 2% para homens e 1% para mulheres (MERRICK, 2008).

No Brasil, a prevalência do alcoolismo entre pessoas de 15 e 65 anos é da ordem de 13%, reconhecida como um fator determinante em mais de 10% de toda morbi-mortalidade (JORGE et al., 2003; MELONI et al., 2004). Entre a população com 60 anos ou mais, os dados encontrados no “I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira” (LARANJEIRA, 2007) mostram que 7% dos idosos consomem álcool frequentemente (definido no estudo como uso diário), 8% muito frequentemente (1-4 vezes por semana), 10% ocasionalmente (1-3 vezes por mês), 8% raramente (1 vez por mês) e 68% nunca beberam ou consumiram álcool em no máximo uma vez no período de um ano. A prevalência estimada de alcoolista nesse grupo é de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% em internações em enfermarias e de 23 a 40% em unidades psiquiátricas, sendo um problema mais comum entre homens (RIGO et al., 2005).

O que pode contribuir na identificação do alcoolismo no idoso é observar a forma como chegam ao serviço de saúde e compreender como os fatores de risco afetam especificamente essa população. É possível classificar os idosos que fazem uso de bebida alcoólica em dois grupos em função do momento em que começam a consumir o álcool, sendo um constituído por aqueles na qual a dependência teve início precocemente, entre 20 e 30 anos, e o segundo grupo formado pelos idosos que tiveram um início tardio, por volta dos 40 ou 50 anos de idade (ROSIN, 1971; ZIMBERG, 1974). Geralmente, os efeitos do alcoolismo naquele idosos que começaram a beber precocemente tendem a ser mais graves e estão associados com mais complicações psicopatológicas, histórico familiar de alcoolismo e problemas sociais (ATKINSON, 1990, 1994; RIGO, 2005; ROSIN, 1971; ZIMBERG, 1983). Em contraste, os idosos que iniciaram tardiamente o uso de bebida alcoólica são associadas à existência de eventos estressantes da vida como perdas familiares, aposentadoria, divórcio ou aparecimento de novas doenças (ATKINSON, 1994; FINLAYSON, 1988; RIGO et al., 2005). Segundo Hirata e colaboradores (1997), estes grupos de início tardio são mais vulneráveis à quedas, complicações médicas, estados de confusão mental, o declínio cognitivo e suicídio (CONWELL, 1995; RIGO, 2005). Como a expectativa de vida vem aumentando sistematicamente, o tempo de exposição aos fatores de risco também aumentou. Existem vários fatores de riscos associados à dependência de álcool ou abuso, como ser do sexo masculino (ATKINSON, 1994; LIMA, 2007), ser solteiro (BRISTOW, 1992; NAKAMURA et al., 1990), e possuir baixa renda (GURNACK, 1992; HELZER, 1990; WIENS, 1982).

Deve-se considerar também o *histórico pessoal* do consumo de álcool, pois normalmente quem fez uso excessivo de álcool tem maior resistência ao tratamento e maiores complicações nas doenças crônicas, e verificar como o idoso administra o seu tempo livre, pois se por uma lado as políticas de previdência e de assistência social geram qualidade de vida, por outro lado, o idoso pode associar o poder de compra com a oportunidade para beber. Também é importante investigar a presença de dores e insônia como resultado de doenças crônicas, o que pode motivar o idoso a ingerir álcool em busca de alívio, ou se o idoso faz uso inadvertido de álcool concomitantemente a alguns medicamentos, isso pode agravar a ação dos efeitos medicamentosos (RIGO et al., 2005).

Sabe-se que o processo do envelhecimento causa mudanças no metabolismo, como a diminuição da massa corporal e a redução de água no organismo (PAPALEO NETO, 2007; FREITAS et al., 2006, LETIZIA, 2005), o que pode causar desidratação e potencializar os efeitos sentidos com a ingestão do álcool, diminuindo a tolerância alcoólica em pelo menos 20% em relação a um adulto jovem (RIGO et al., 2005; GOLDESTEIN et al., 1999; HIRATA et al., 1997).

O consumo de álcool é um fator de risco para várias DCNT (WHO, 2007), o que pode ser agravado pelas peculiaridades do envelhecimento. Foi observado que o risco de um acidente vascular encefálico aumentou sensivelmente em homens com idade entre 65 e 75 anos que exibiam um comportamento de beber leve ou moderado (SAUNDERS et al., 1991), porém foi notado uma redução na incidência de doenças cardiovasculares e neurovasculares entre os alcoolistas idosos que seguiam uma alimentação saudável e balanceada (LOPEZ et al., 2008; RUIXING et al., 2008) ou que haviam aderido a um programa de acompanhamento como aqueles descritos na Estratégia da Saúde de Família (XAVIER, 2008). Esses resultados aparentemente contraditórios deixa claro como é complexa a relação de fatores de risco envolvidos na questão do alcoolismo na população idosa. Se por um lado, é possível assumir as generalizações observadas nos estudos realizados em populações de adultos jovens, as particularidades fisiológicas do idoso são fortemente afetadas pelo ambiente no qual o idoso está inserido.

Segundo a OMS (2005), o desenvolvimento de câncer é a doença que mais causa morte no mundo e está bem estabelecida a relação entre o consumo de álcool e o aparecimento de vários deles, como o câncer de boca e do sistema digestivo. Contudo, há uma forte influência do gênero sobre a prevalência do tipo de câncer nos idosos. Por exemplo, o câncer de fígado é mais comum nos homens, enquanto que o câncer gástrico aparece mais nas mulheres idosas, mesmo quando a quantidade de álcool consumida seja semelhante pelos dois grupos (SONG, 2008). Também tem sido observado que a incidência de câncer aumenta quando a dieta do idoso é feita predominantemente de alimentos industrializados e ricos em gorduras (MAGALHÃES et al., 2008). É também interessante notar que o consumo abusivo do álcool pelo idoso por longos períodos

também pode estar relacionado com a perda auditiva e possivelmente pode causar um prejuízo neurosensorial coclear (RIBEIRO, 2007).

Em idosos, as mudanças neurofisiológicas tornam o sistema nervoso central (SNC) mais sensível ao álcool do que em jovens (RIGO et al., 2005), assim como também é mais comum a presença de desordens psiquiátricas em idosos do que em jovens, facilitando o desenvolvimento de depressão, esquizofrenia (GOLDSTEIN, 1996; DURAZZO et al., 2008; ALMEIDA, 1999), transtornos de humor e ansiedade e síndrome demencial em pessoas idosas (ALMEIDA, 1999). Saunders (1991) identificou que homens com idade de 65 anos ou mais que apresentaram um histórico de beber pesado em algum momento da vida, possuem seis vezes mais risco de desenvolver uma doença psiquiátrica, quatro vezes mais chances de desenvolver depressão e cinco vezes mais de apresentar demência do que os idosos com histórico de beber leve ou de abstermia.

Em um estudo apresentado por Durazzo et al. (2008) é relatada a prevalência do tabagismo crônico como a comorbidade mais comum entre os alcoolistas idosos. Quando são relacionadas as doenças clínicas, destacam-se a hipertensão, as doenças coronárias, a hepatite C, a cirrose hepática e o diabetes do tipo 2, enquanto que as doenças psiquiátricas mais comuns são os transtornos de ansiedades, transtorno afetivo bipolar, transtorno antisocial e o transtorno de personalidade borderline. Em relação as comorbidades com substâncias ilícitas, são relacionados o envolvimento e a dependência de maconha, cocaína, meta anfetamina e opióides, sendo que essas comorbidades afetam a neurocognição e a neurobiologia cerebral. Fein et al. (2008) enfatizam que a possibilidade de comorbidade psiquiátrica em idosos com uma média de abstinência de 14,8 anos é maior do que nos idosos não alcoólicos e Rigo et al. (2005) e Lima (2007) indicam que efeitos neurotóxicos do etanol podem levar à síndromes de demências como a de Werneck-Korsakoff ou outras como a Doença de Alzheimer.

Independentemente do gênero, existe um risco para o idoso que faz uso concomitante de bebida alcoólica e medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos, mostrando uma tendência em aumentar o consumo de bebida alcoólica com o

tempo, acarretando problemas de memória, coordenação, risco de quedas e lesões (ILOMÄKI et al., 2008) e de acidentes automobilísticos (RIGO et al., 2005).

Vale ressaltar que nos Estados Unidos, a incidência de quedas de pessoas com 65 anos ou mais alcança entre 35 a 40% dos casos, elevando ainda mais a taxa após os 75 anos (RIGO et al., 2005). Na Nova Zelândia, 20% das pessoas entre 25 a 60 anos que deram entrada nas emergências hospitalares por acidentes ou mortes, haviam consumido álcool há pelo menos seis horas antes do acidente (KOOL, 2008). No Brasil, as quedas são responsáveis por dois terços das mortes acidentais ou dos acidentes que apresentaram desfechos desfavoráveis, tais como fragilidade, institucionalização e piora das condições de saúde (SÃO PAULO, 2010). Foi verificado que o consumo de bebida alcoólica de forma nociva por pessoas com idades entre 40 e 79 anos pode ser um facilitador para o suicídio (NAKAYA et al., 2007), sendo que alcoolistas têm de 60 a 120 vezes mais chance de atentarem contra a própria vida do que a população não alcoolista ou abstinência (SHER, 2006). Em 2005, houveram 632 casos de suicídio na cidade de São Paulo, dos quais 90 (14,2%) foram de idosos e 5,3% dos idosos que cometeram suicídio deram alcoolemia positiva (PONCE et al., 2008). Além disso, segundo Blow et al. (2006), o risco de suicídio relacionado ao consumo de álcool pode estar subestimado, já que é bastante difícil avaliar o comportamento de consumo de álcool em pessoas idosas.

Diante do exposto, percebe-se que os critérios do DSM podem não ser apropriados para se verificar o uso problemático de álcool em idosos, uma vez que esse grupo geralmente não costuma apresentar as experiências legais, sociais ou psicológicas especificadas nos critérios de triagem, além do fato dos idosos não cumprirem mais com as obrigações no trabalho, na escola ou em sua casa, onde geralmente os problemas com o uso ou abuso do álcool são facilmente identificados (BLOW et al., 2006). Como um fator complicador, o critério para a tolerância no DSM-IV é baseado no aumento do consumo ao longo do tempo, ignorando as mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo com o envelhecimento, o que pode levar o idoso a adquirir uma tolerância ao álcool em níveis de consumo muito abaixo daqueles observados em adultos jovens, dificultando a identificação do critério de tolerância por parte dos profissionais de saúde. Também é verdade

que os adultos idosos podem não experimentar algumas das consequências emocionais e sociais listados nos critérios DSM-IV como resultado de isolamento dos amigos, falta de contato com a aposentadoria, família, etc. Assim, os limites recomendados de consumo de álcool para os adultos mais velhos deveriam ser mais baixos do que aqueles para adultos jovens. Por essa razão, é importante compreender o impacto diferenciado decorrente do consumo do álcool em cada faixa etária, os níveis de risco relacionados ao baixo consumo e ao consumo moderado na população idosa e a existência de problemas associados à aplicação de critérios DSM para idosos com problemas alcoólicos (BLOW et al., 2006).

JUSTIFICATIVA

Levando em consideração o crescente envelhecimento da população brasileira e o impacto de doenças crônicas não transmissíveis sobre a população idosa, é possível concluir que o alcoolismo pode estar afetando a qualidade de vida dos idosos. Contudo, devido às limitações biológicas, psicológicas e sociais do próprio envelhecimento, existe uma natural dificuldade para dimensionar o tamanho deste problema.

Segundo Ghaham (1986), os instrumentos empregados na triagem e identificação do abuso de álcool desenvolvidos para adultos jovens e com meia idade são inapropriados para serem aplicados em idosos já que os itens contidos nestes instrumentos não se referem à população idosa, além de possuírem domínios inerentes à outras faixas etárias, como nível de consumo, problemas legais e sociais relacionados ao uso do álcool, foco em problemas de saúde relacionados ao álcool em pessoas com idade inferior a 60 anos, sintomas de dependência e de auto percepção do problema ajustados para adultos jovens

Uma das formas para rastrear, triar e alertar sobre o alcoolismo entre os idosos seria por meio de questionários elaborados especificamente para a população idosa que pudessem auxiliar os profissionais de saúde nas orientações, encaminhamentos e atitudes frente a tal demanda, proporcionando assim, uma maior qualidade de vida para o idoso.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo traduzir e validar o instrumento MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version) e identificar os problemas relacionados do uso de bebida alcoólica entre a população idosa.

METODOLOGIA

Desenho

O desenho metodológico do estudo é do tipo descritivo de abordagem quantitativa.

Local e população

O estudo foi realizado no Município de São Carlos, Estado de São Paulo, em alguns bairros de abrangência da Unidade Saúde da Família (USF), utilizando-se os cadastros das famílias realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por essa razão, a pesquisa deu-se nas residências da amostra. Segundo o IBGE (2011), a população residente no Município de São Carlos em 2010 era de 221.950 habitantes. Destes, 12.479 (43,5%) habitantes eram do sexo masculino e 16.217 (56,5%) do sexo feminino, totalizando 28.696 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos.

Amostra

A amostra consistiu de 128 idosos residentes no Município de São Carlos, Estado de São Paulo, nos bairros do Jóquei Clube, Jardim Guanabara, Astolfo Luis do Prado, Jardim Munique e do Jardim São Carlos. Os nomes dos idosos entrevistados foram escolhidos aleatoriamente na própria USF por meio do sorteio dos prontuários nos quais constavam os endereços dos idosos para amostragem. Deste total, 111 (92,5%) aceitaram participar do estudo.

Critérios de inclusão

Morar no Município de São Carlos-SP e ter idade igual ou acima de 60 anos, independente e sem alteração do estado mental.

Critérios de exclusão

Não ser residente do Município e ter idade inferior a 60 anos.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa. Os idosos foram convidados a participarem da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). A participação foi voluntária e as pessoas foram informadas sobre a justificativa da pesquisa, dos objetivos, dos procedimentos da pesquisa, dando-se total liberdade para eventuais esclarecimentos sobre o estudo que o entrevistado desejasse perguntar. O estudo seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996). O parecer foi aprovado Processo 101/2011 (Anexo 2).

O projeto de pesquisa também foi submetido no Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial, da Secretaria Municipal da Saúde, para autorização das Unidades de Saúde da Família fornecerem os endereços das amostras, com parecer favorável número 24/2010. (Anexo 3).

Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado abordando as várias pessoas de modo aleatório em vários espaços públicos no Município de São Carlos, especificamente no campus da Universidade Federal de São Carlos, na Praça XV de Novembro, no condomínio Bela Vista, na Rua Eugênio de Andrade Eggas e na Av. São Carlos.

Neste estudo piloto, o questionário Michigan Screening Test – Geriatric version (MAST-G) traduzido para o português foi aplicado a um grupo de 11 pessoas com idade entre 16 e 67 anos e escolaridade variando de 1 a 15 anos (uma pessoa com 1 ano de escolaridade, outras cinco com 2 anos, 3 anos, 4 anos, 8 anos e 9 anos respectivamente, duas pessoas com 12 anos, uma com 14 anos e outras duas com 15 anos de estudo) e diferentes profissões (1 estagiária, 2 universitários, 1 faxineira, 1 advogado, 2 aposentados, 2 porteiros de condomínio, 1 secretária, e 1 professor de letras) para se identificar as possíveis dificuldades de compreensão, anotando as sugestões para uma análise posterior de mudança semântica.

Instrumentos

Durante o estudo piloto da pesquisa, foi identificada a necessidade de se inserir mais dois Instrumentos específicos antes de se aplicar o MAST-G a fim de garantir a qualidade da amostra. O primeiro foi a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária – Escala de KATZ - para verificar o nível de independência do idoso e o segundo instrumento foi o Mimi Exame Do Estado Mental – MEEM – (FOLSTEIN, 1975) para garantir a ausência de demência nas pessoas entrevistadas.

A Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Escala de Katz) são seis questões relacionadas ao banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação, com respostas dicotômicas, cuja somatória das respostas positivas classifica o idoso em relação à sua independência (tabela 1). O MAST-G foi aplicado apenas com os idosos que mostraram 5 ou 6 pontos na Escala de Katz.

Tabela 1 – Pontuação relacionada à Escala de Katz para a classificação das atividades básicas da vida diária.

Pontuação	Resultado
De 05 a 06	Independência
De 03 a 04	Dependência parcial
De 0 a 02	Dependência importante

Tabela 2 – Pontuação relacionada ao Mini Exame de Estado Mental (MEEM)

Pontuação	Escolaridade	Diagnóstico
< 24	Escolarizado	Possível Demência
<18	Alfabetizado	Possível Demência
<14	Analfabeto	Possível Demência

O MEEM possui uma pontuação máxima de 30 pontos, somando um ponto a cada resposta correta da pelo entrevistado. A nota de corte se dá em relação ao nível de escolaridade, onde foi considerado Escolarizado (acima de 4 anos de estudo), Alfabetizado (de 1 a 4 anos de estudo) e Analfabeto (nenhum estudo), como mostrado na tabela 2. O MAST-G foi aplicado após identificar que não havia possível demência nas amostras.

O questionário sociodemográfica que precedeu a aplicação do MAST-G consistia de sete perguntas sobre idade, sexo, estado civil, habitação, escolaridade (em anos), profissão e a existência de alguma doença auto-referida. Já o instrumento analisado nesta pesquisa, o MAST-G, consistiu de 24 perguntas com respostas dicotômicas (SIM ou NÃO). Neste instrumento, cada resposta SIM vale um ponto e a nota de corte de 5 pontos é tomada como um indicativo de um comportamento de provável abuso do álcool. Ou seja, uma pontuação entre 0 a 4 pontos significa que não há nenhuma evidência de alcoolismo, enquanto que uma soma igual ou acima de 5 pontos indica problemas com álcool e provável dependência alcoólica.

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

Em 1971 Selzer publicou o instrumento Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), o qual continha 25 questões dicotômicas, desenvolvidas e adaptadas para jovens adultos. Durante os anos seguintes, esse instrumento foi sofrendo algumas adaptações, sendo que em 1992 Blow et al. (1992) publicam o Michigan Alcoholism Screening Test–Geriatric Version (MAST-G), ANEXO 5, contendo 24 questões dicotômicas, segundo os critérios do DSM III Revisado (DSM-III-R), para pessoas com idade acima de 65 anos, visando detectar o abuso e a provável dependência de álcool entre os idosos. O desenvolvimento do MAST-G foi importante devido a abordagem específica do instrumento para os idosos com problemas relacionados ao consumo do álcool.

O MAST-G foi desenvolvido em duas fases, sendo um teste piloto seguido da validação (BARRY, 1999). No início do desenvolvimento do instrumento, após várias pesquisas, totalizou-se um total de 94 itens para que no teste piloto fosse averiguado a redação e a compreensão. Participaram 125 pessoas com idade

superior a 55 anos de vários locais e de diferentes comunidades e clínicas. Nesse teste também foram registrados os dados demográficos, a existência de problemas de saúde, tendo sido aplicado o questionário CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas- *Cut down, Annoyed by Criticism, Guilty e Eye-opener*) e o MAST para que pudesse ser feita uma comparação dos resultados destes diferentes instrumentos. Ainda na fase do teste piloto, o questionário foi novamente submetido para 840 pessoas com idade acima de 55 anos para que, após uma avaliação dos resultados, houve uma redução para 32 itens.

Na fase da validação, utilizou-se uma amostra de 280 pessoas com idade superior a 66 anos e que foram classificadas em cinco grupos: 1. os que exibiam critérios de dependência de álcool e não estavam sob tratamento; 2. os que estavam fazendo tratamento sobre alcoolismo; 3. aquelas com histórico de alcoolismo em recuperação; 4. bebedores sociais; e 5. os abstêmios. O objetivo desses grupos era ter uma amostra a mais diversificada possível e assegurar que a amostra fosse representativa entre os idosos no seu comportamento de beber. Como padrão de validação foi utilizado o DSM-III-R, resultando em um instrumento com um total de 24 perguntas.

A propriedade psicométrica desse instrumento se mostrou superior à de outros que identificam o abuso ou a dependência de álcool nos idosos, com sensibilidade de 94,9%, especificidade de 77,8%, valor preditivo de 89,4% e valor preditivo negativo de 88,6%. Valores similares foram encontrados mesmo quando foram excluídas as pessoas que não bebem (BARRY, 1999, 2001).

A instrução para aplicar o instrumento recomenda que deve-se fazer a pergunta e se a resposta for evasiva ou ambigua, deve-se continuar perguntando claramente e pedir ao idoso para escolher uma resposta (SIM ou NÃO) que seja mais próxima a sua experiência, tendo em vista os padrões de consumo. Uma dificuldade típica para a aplicação do MAST-G pode ocorrer quando o entrevistado (ou paciente) não consome bebida alcoólica. Por exemplo, se o entrevistado consumia abusivamente e por algum motivo parou o consumo há um mês, isso dificultará na caracterização do padrão de consumo. Por este motivo deve-se considerar a quantidade de bebida e os sintomas relacionados no período de maior

consumo no ano anterior, contudo deve-se fazer uma anotação da circunstância especial em que o entrevistado se encontra e o período em que foi avaliado (BARRY, 2001).

O MAST-G tem sido utilizado em vários países como os Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Holanda e Bélgica e apresentando, para a maioria dos casos, uma alta especificidade e sensibilidade (O'CONNELL, 2004). Há um consenso de que este instrumento identifica o uso e a provável dependência ao álcool em idosos, além de apresentar uma ampla configuração e percepção dos prejuízos advindos do uso álcool nos diversos aspectos da vida, como nas relações sociais, nas condições de saúde, do sono, das perdas e da solidão.

Este instrumento tornou-se um grande aliado entre os profissionais de saúde quando se pretende obter uma visão mais ampliada da vida biopsicossocial do idoso, podendo proporcionar um atendimento de melhor qualidade, bem como orientações, tratamento e reabilitação (DAR, 2006; FINK, 2002). Além de ser desenvolvido, a partir de uma adaptação, especialmente para a população idosa, ao contrário de outros instrumentos que foram desenvolvidos para a população jovem (CONIGLIARO, 2000).

O MAST-G ainda não foi validado no Brasil e apresenta como característica uma resposta fácil e simples (SIM ou NÃO), mas é considerado por muitos como relativamente longo (24 questões), o que dificulta a sua aplicação. Porém, é interessante destacar que este instrumento aborda a história do presente e percepções da saúde relacionadas ao álcool.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados, foi elaborado um banco de dados empregando o Microsoft Excel 2000 e posteriormente o SPSS e o STATA para a análise descritiva das informações sociodemográficas da população estudada e análise das escalas.

Alfa de Cronbach

O Alfa de Cronbach é um valor calculado com o objetivo de ser verificar a confiabilidade de uma amostra, podendo assumir valores entre 0 e 1. Quanto mais

próximo de 1 mais confiável seria o instrumento de avaliação, sendo considerado apropriado valores iguais ou maiores do que 0,7 (MARROCO, 2006; GACHE, 2005). O valor do Alfa de Crombach (α) pode ser calculado pela equação 1, onde K é o número total de itens do questionário avaliado, S_i^2 é a variância de cada item e S_t^2 é a variância total dos itens do questionário.

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right) \quad (1)$$

Curvas ROC (receiver operating characteristic)

A análise ROC (Receiver Operating Characteristic) teve origem na teoria de decisão estatística e foi desenvolvida entre 1950 e 1960 para avaliar a detecção de sinais de radar e tem sido amplamente utilizado na psicologia sensorial e na avaliação de instrumentos de diagnóstico.

No problema da detecção com dois acontecimentos e duas variáveis existem quatro respostas possíveis, um acerto positivo (ou verdadeiro positivo), um falso alarme (um falso positivo), um valor omissivo (falso negativo) e um verdadeiro negativo. Em termos de diagnóstico, a fração de verdadeiros positivos (FVP) corresponderia à probabilidade de decidir que a característica em questão está presente, enquanto que a fração de verdadeiros negativos (FVN) corresponderia à probabilidade de decidir que a característica está ausente. Assumindo que todos os casos podem ser diagnosticados como positivos ou negativos, então o número de decisões corretas e incorretas deverá ser igual ao número de casos avaliados. Em geral, um teste de diagnóstico tende a ser avaliado por duas medidas, definindo-se a sensibilidade como o valor de FVP e a especificidade como o valor de FVN. A curva ROC pode ser representada em um plano da sensibilidade (S_E) e da especificidade (E_S), sendo possível tomar a curva mais próxima do canto superior esquerdo como aquela que fornece o maior poder discriminante.

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A tradução e adaptação consistiram de quatro etapas (GONÇALVES, 2009):

Primeira Etapa

Tradução. Foram feitas duas traduções do instrumento original (BLOW, 1992) do inglês para o português por tradutores independentes qualificados e orientados quanto ao objetivo do estudo.

Segunda Etapa

Estudo piloto. As duas versões traduzidas foram apresentadas para 11 pessoas de diferentes idades e com diferentes níveis de escolaridade, solicitando comentários verbais sobre a interpretação de cada uma das 24 questões das duas versões. Em seguida, solicitou-se que realizasse uma descrição por escrito sobre qual das duas versões era mais fácil a sua compreensão, podendo-se fazer as alterações a cada questão e reescrever as sugestões.

Terceira Etapa

Retro-tradução. Realizou-se uma nova versão, em português, a partir do julgamento das 11 pessoas sobre cada questão que consideraram de boa compreensão, bem como seus comentários verbais e escritos. Essa versão foi apresentada a um profissional que não tinha conhecimento sobre o MAST-G para que realizasse uma tradução do instrumento para a língua inglesa, o qual foi comparado ao instrumento original.

Quarta Etapa

Julgamento. Um comitê de juízes foi formado por sete pessoas, sendo cinco pessoas com fluência na língua inglesa e domínio da temática de alcoolismo, e outros dois sem fluência na língua inglesa. Esse comitê analisou as traduções identificando problemas, discordâncias e sugerindo alterações para que pudesse formular a versão-síntese. Posteriormente, a versão final do instrumento foi produzida, observando a equivalência semântica, equivalência idiomática (expressões coloquiais e do idioma), equivalência cultural ou experimental, equivalência conceitual e equivalência de pontuação, finalizando, assim, o processo de aprovação do instrumento a ser utilizado no estudo.

COLETA DE DADOS

Uma autorização da Diretora da Gestão de Cuidado Ambulatorial foi solicitada para que pudesse identificar os endereços dos possíveis participantes da pesquisa nas Unidades Saúde da Família (USF). Após a aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Universidade Federal de São Carlos para iniciar a coleta de endereços nas USF e a coleta de dados propriamente dita ocorreu ao longo do mês de março de 2011.

Com os endereços, a equipe de cinco entrevistadores formada por Marcia Yumi Kano, Edna Sayuri Kano, Emerson R. Camargo, Marcos Jeferson Zeppon e Ticiania Leão que se dirigiram ao campo, cada um com uma relação de endereços de idosos elaborada aleatoriamente na USF. Ao chegar ao endereço, cada entrevistador buscou nominalmente o idoso ou idosa e formulou o convite para participar da pesquisa, sempre explicando o objetivo e preservando os aspectos éticos, inclusive solicitando a assinatura no TCLE. Foram os próprios entrevistadores que registraram as respostas nas folhas de cada um dos três instrumentos, aplicados na seguinte sequência: Escala de Katz, MEEM, questionário sóciodemográfico e MAST-G. As dúvidas foram esclarecidas mediante as solicitações, tendo aquelas relacionadas ao questionário quanto em relação a si e aos seus familiares, como exemplo, ser portador de alguma doença crônica (hipertensão e diabetes), a respeito de algum membro da família com a Doença de Alzheimer, complicações decorrentes do Acidente Cerebral Encefálico (AVE) ou conviver com um usuário de álcool e/ou outras drogas no mesmo domicílio.

Em relação a saúde, sempre foi reforçado a prevenção e quando se referia algum tipo de doença, era sugerido alguns cuidados imediatos e também orientado onde o idoso poderia encontrar um auxílio específico ao seu problema, como no Programa do Idoso na Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) da Prefeitura de São Carlos, nos Centro da Juventude onde o idoso poderia ter contato com várias atividades, no Centro de Referência ao Idoso da Universidade da Terceira Idade e até mesmo buscar as atividades realizadas nas USF de cada bairro.

Durante a coleta observou-se que a maioria da amostra continuava ativa no trabalho, mesmo quando aposentados. A maioria das pessoas que mencionaram fazer uso do álcool eram do sexo masculino e já não consumiam a bebida há alguns anos devido as questões de saúde, principalmente após advertência médica ou devido a religião. As mulheres geralmente eram enfáticas ao negar o consumo de bebida alcoólica, sendo que duas mulheres interromperam a entrevista no momento em que se realizava o questionário MAST-G, alegando que não bebiam e enfatizaram a sua religiosidade. Os quatro idosos do sexo masculino que desistiram, segundo os familiares, o fizeram porque eram usuário de bebida alcoólica e parecerem constrangidos de responder ao Instrumento. As demais desistências foram justificadas por falta de tempo, horário de ir trabalhar, estar cozinhando, ou simplesmente porque que não queriam responder e assinar o TCLE.

RESULTADOS

Para a realização desta pesquisa, foram abordados 128 idosos de ambos gêneros com 60 anos ou mais, residentes em área urbana na cidade de São Carlos SP, dos quais 111 (86,7%) concordaram em participar da pesquisa. Em relação às informações sociodemográficas, da amostra 50 (45%) eram do sexo masculino e 61 (55%) do sexo feminino. A idade média dos idosos foi de 70 anos ($Dp_{\pm 6,9}$), sem diferença entre os sexos.

Em relação ao estado civil, 68 (61%) eram casados, 26 (23%) viúvos, 9 (8,6%) solteiros e 8 (7,4%) se declaram separados ou divorciados. Foi observada uma escolaridade média baixa de apenas 3 anos de estudo ($Dp_{\pm 3}$). É importante destacar a presença de 18 (16%) idosos que se declaram analfabetos ou com menos de um ano de escolaridade.

Em relação à residência, 102 (92%) idosos declaram morar com a família e apenas 9 (8%) disseram morar sozinhos. Os entrevistados apontaram várias razões para residirem com seus filhos ou parentes, como a necessidade de cuidarem de seus netos enquanto seus filhos trabalham e casos nos quais seus filhos ou filhas voltaram a morar com os entrevistados após o divórcio ou separação. Alguns idosos relataram a existência de parentes acamados ou enfermos que precisam de cuidados e acompanhamento. Também foram encontrados relatos de filhos solteiros e separados que optaram por não deixar a casa dos pais ou voltarem por razões econômicas ou por simples conveniência, e casos nos quais os idosos entrevistados sempre moraram com seus irmãos.

Todos os idosos responderam ao Mini Exame de Estado Mental (MEEM) antes da aplicação do questionário. O valor médio calculado para o MEEM foi de 23 pontos ($Dp_{\pm 3,4}$) em uma escala de 0 até 30, sendo 23 pontos ($Dp_{\pm 3,2}$) para os idosos masculinos e 23 pontos ($Dp_{\pm 3,5}$) para as idosas.

Tabela 3 – Distribuição em número e porcentagem das informações sociodemográficas, segundo os idosos usuários da USF (N=111), São Carlos SP, 2011.

		N	%
Genero	Masculino	50	45
	Feminino	61	55
Estado Civil	Casados	68	61
	Viuvos	26	23
	Solteiros	9	8,6
	Separados/Divorciados	8	7,4
Escolaridade	0 anos	18	16
	1-2 anos	29	26
	3-4 anos	47	42
	5-6 anos	4	4
	>6 anos	13	12
Onde mora	Casa / apartamento próprio	100	90,9
	Casa / apartamento alugado	11	9,1
Com quem reside	Com a família	102	92
	Sozinho	9	8
Hábito de consumo	Declaram espontaneamente	54	48
	Não fizeram menção	57	52

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, 54 (48%) declaram que bebem ocasionalmente bebidas alcoólicas e 43 (79,6%) consumiam bebidas alcoólicas socialmente. Quando comparado o gênero, 18 (33,3%) eram homens e 25 (46,3%) mulheres, como mostrado na tabela 4. A confiabilidade interna do MAST G para esta amostra, foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach, com $\alpha = 0,7873$, representando uma boa confiabilidade.

De modo geral, a confiabilidade de um instrumento é apropriada quando α é igual ou maior do que 0,7 (MARROCO, 2006; GACHE, 2005). Quando se calculou o Alfa de Cronbach do subgrupo de 54 idosos que declararam que bebem

ocasionalmente bebidas alcoólicas, chegou-se a um valor de confiabilidade significativa com $\alpha = 0,7535$.

Tabela 4 – Distribuição em número e porcentagem em relação ao uso de bebidas alcoólicas, segundo os idosos usuários do USF (N = 54), São Carlos SP, 2011.

		N	%
Consumiam bebidas alcoólicas N = 43	Masculino	18	33
	Feminino	25	46
Não consumiam bebidas alcoólicas N = 11	Masculino	7	13
	Feminino	4	8

Mediante os resultados foram construídas as curvas ROC (receiver operating characteristic), definindo como Sensibilidade (S_E) que refere a probabilidade do questionário fornecer um dado positivo, neste caso, do entrevistado possuir problemas relacionados ao uso do álcool, e a Especificidade (E_S) como a probabilidade do questionário fornecer um dado negativo, ou que o idoso entrevistado não consumia bebidas alcoólicas. A curva pontilhada que cruza a figura 1 na diagonal representa um resultado totalmente aleatório.

Da amostra, 25 (22 %) idosos assinalaram 5 ou mais respostas SIM, indicando a possibilidade de apresentar problemas relacionados ao uso do álcool. Foram calculadas cinco diferentes curvas para testar o padrão de respostas positivas, desse modo, a curva ROC com círculos verdes foi construída tomando-se como mínimo seis respostas SIM no questionário e a curva com círculos representada de cor púrpuras, no gráfico, foi construída tomando-se duas ou mais respostas SIM. A tabela 5 mostra os valores das áreas sob as curvas (UAC) calculada para cada uma das cinco curvas ROC mostradas na figura 1.

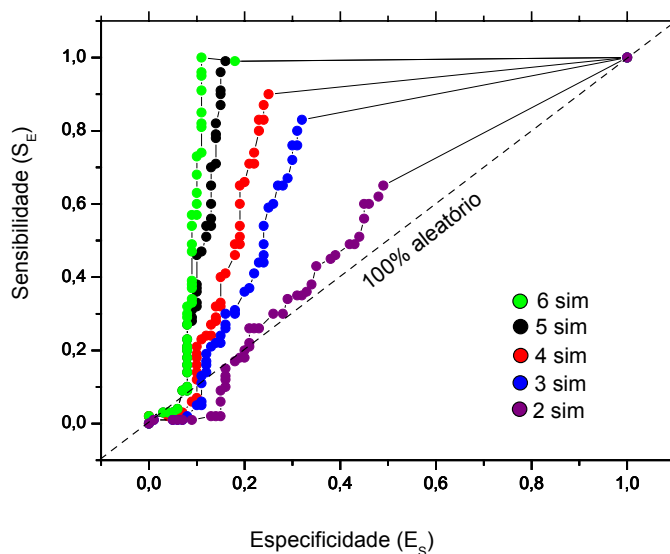


Figura 1: Curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), segundo o beber entre idosos usuários do USF (N = 54), São Carlos SP, 2011.

Tabela 5 - Área sob as curvas (UAC) calculada para as cinco curvas ROC da figura 1.

Curva	UAC
6 SIM (verde)	0,9051
5 SIM (preto)	0,8851
4 SIM (vermelho)	0,7913
3 SIM (azul)	0,7169
2 SIM (púrpura)	0,5486

O que chama mais a atenção é a inversão das curvas ROC na Figura 2 em relação às curvas da Figura 1. Deve-se ter em mente que existe uma importante diferença nos dados apresentados nas duas figuras. Enquanto que as curvas ROC da Figura 1 são restritas ao questionário aplicado nas entrevistas, e por isso pode-se considerar que as curvas são cegas em relação ao consumo de bebidas alcoólicas. Em outras palavras, nos dados analisados para se construir as curvas da Figura 1 não consta uma pergunta específica sobre o consumo de álcool. Por outro lado, o desenho das curvas da Figura 2 são bastante afetadas por essa informação.

As curvas ROC da Figura 2 podem ser compreendidas em relação ao significado da Sensibilidade e da Especificidade. No caso das curvas da Figura 1, pode-se entender que as respostas positivas aos 24 itens mostram grande sensibilidade ao uso de bebidas alcoólicas, ou que é grande a probabilidade de um entrevistado que tenha respondido SIM a cinco ou mais questões no questionário ter problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool.

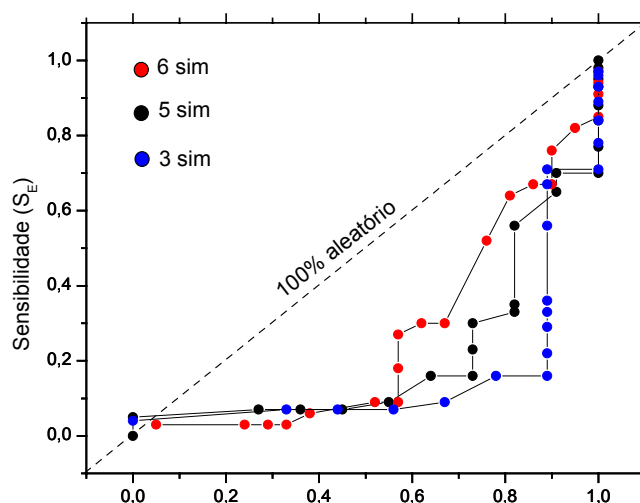


Figura 2: Curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), segundo o uso de bebidas alcoólicas em idosos usuários do USF (N = 54), São Carlos SP, 2011.

Por outro lado, as curvas ROC mostradas na Figura 2, construídas com os 24 itens do questionário, mais a informação obtida da manifestação espontânea do entrevistado sobre seu hábito de consumo, mostram que há uma especificidade do questionário, ou que é grande a probabilidade de um entrevistado que tenha respondido SIM a menos do que cinco perguntas não faz uso de bebida alcoólica. Esses resultados podem ser visualizados nos valores da UAC na Tabela 4 das curvas ROC da Figura 2. Esses valores correspondem à área entre a diagonal e a curva ROC calculada.

Tabela 6 - Área sob as curvas (UAC) calculada para as cinco curvas ROC da figura 2, segundo o uso de bebidas alcoólicas em idosos usuários do USF (N = 54), São Carlos SP, 2011.

Curva	UAC
6 SIM (vermelha)	0,8475
5 SIM (preto)	0,7918
3 SIM (azul)	0,7384

DISCUSSÃO

Desde o trabalho original de Blow em 1992, foram publicados apenas 9 trabalhos abordando especificamente o MAST-G (Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric Version), sendo que nenhum deles relacionado à sua validação em uma língua diferente da inglesa. Este trabalho é, portanto, inédito em avaliar o uso do MAST-G no Brasil como um instrumento para identificar prováveis problemas relacionados ao uso do álcool por pessoas idosas. Para isso, foram realizadas duas traduções e adaptações transculturais do questionário publicado em inglês por Blow (1992), que foi aplicado em um estudo piloto em um grupo de 11 pessoas com o objetivo de se identificar as possíveis dificuldades de compreensão. A partir das sugestões desse grupo e de uma avaliação de especialistas, foi realizada uma segunda tradução e adaptação transcultural que foi submetido a sete juízes que resultou no questionário definitivo (ANEXO 1) que foi aplicado nesta pesquisa.

O público alvo desta pesquisa foi selecionado a partir das informações fornecidas pelas USF – Unidades da Saúde da Família, do município de São Carlos (SP) dos bairros do Jôquei Clube, Jardim Guanabara, Astolfo Luis do Prado, Jardim Munique e do Jardim São Carlos. Foram abordadas 128 pessoas com 60 anos ou mais de ambos gêneros, dos quais 111 concordaram em participar. As 19 pessoas que se negaram a participar da pesquisa manifestaram receio sobre o uso das informações contidas ou sobre as consequências de suas assinaturas no TCLE. Contudo, foi nítido o desconforto de alguns dos idosos, principalmente homens, quando eram informados que o tema da pesquisa era sobre o uso de álcool por pessoas idosas. É provável que este desconforto resultasse da consciência do idoso quanto ao seu problema relacionado ao uso do álcool. Em pelo menos dois casos, a esposa que concordou em ser entrevistada revelou que seu marido consumia bebidas alcoólicas abusivamente. Nestes casos, invariavelmente, o marido se recusou a participar da pesquisa. Outro problema encontrado foi o receio em assinar o TCLE, sendo que o idoso concordava em responder aos questionários desde que não fosse necessária sua assinatura.

Por outro lado, quando se verifica que 111 idosos concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, dos quais muitos manifestaram espontaneamente que fazem uso de bebidas alcoólicas, inclusive de modo abusivo, pode-se considerar que a estratégia adotada de buscar a lista de idosos com 60 anos ou mais junto às USF da cidade de São Carlos, SP foi bem sucedida. É interessante notar que os números percentuais da amostra de idosos que concordaram em participar da pesquisa (45% homens e 55% mulheres) se aproximam bastante aos encontrados para a população com idade igual ou superior à 60 anos do município de São Carlos, SP. Segundo dados extraídos do Censo 2010, a população de idosos do sexo masculino com 60 ou mais anos é de 43,5% e a feminina é de 56,5%. Também foi observado que as mulheres apresentaram maior longevidade do que os homens, sendo que a pessoa mais velha entrevistada foi uma idosa com 92 anos completos com um MEEM de 21 pontos.

A despeito das diferenças fundamentais sobre as características da amostra de pessoas entrevistadas, os dados encontrados relativos à idade média e porcentagem de casados desta amostra são bastante parecidos aos encontrados por Morton e col. (MORTON, 1996) em sua investigação sobre o desempenho de diferentes questionários (MAST-G, CAGE e AUDIT) sobre o uso de bebida alcoólica por pessoas idosas, inclusive em relação ao tamanho da amostra investigada, tendo sido entrevistados 120 veteranos da guerra do Vietnã com idade média de 71,54 anos ($Dp \pm 4,76$) dos quais 64% eram casados, contra 111 entrevistados neste trabalho com idade média de 70 anos ($Dp \pm 6,9$) e 61% de casados.

Muitos dos idosos da presente pesquisa se declararam abstemios por razões de saúde e por orientações de profissionais de saúde como médicos e enfermeiros. Foram vários os casos nos quais os idosos disseram que deixaram de ingerir bebida alcoólica depois que identificaram problemas relacionados com diabetes, pressão alta, problemas cardíacos ou simplesmente porque decidiram parar. Muitos deles disseram que bebiam com frequência quando eram jovens, relataram os prejuízos, comportamentos de riscos como dirigir sob efeito do álcool, brigas familiares ou não, falta de cuidados na atividade de vida diária principalmente relacionados à higiene e alimentação. Porém atualmente, sentiam satisfação por não beberem mais, o que está em acordo com o observado por vários autores sobre a redução do consumo de

álcool por populações idosas em relação aos adultos jovens (BEULLENS, 2004). Também chamou a atenção que várias idosas nunca consumiram bebida alcoólica em toda a sua vida e indagaram sobre a utilidade de sua participação na pesquisa, mas demonstraram grande satisfação em responder às perguntas após ter sido esclarecida a importância de sua participação na validação do questionário. Em alguns casos, foram encontrados relatos da existência de problemas com álcool e drogas nos filhos de idosos entrevistados que declararam nunca terem feito uso de bebidas alcoólicas.

As entrevistas duraram em média 30 minutos, incluindo a aplicação do mini exame de estado mental (MEEM) e posteriormente do questionário (informações sociodemográfico, o MAST-G traduzido para o português), sendo que a maior parte do tempo foi empregado na aplicação do MEEM. Pode-se considerar que a versão traduzida para o português do MAST-G utilizado nesta pesquisa se mostrou um instrumento pouco intimidativo, de fácil e rápida aplicação. Eventualmente, alguns idosos se confundiram sobre qual período de sua vida se referia o questionário, respondendo sobre o passado, mas estas confusões foram facilmente identificadas e quando avaliados sobre se a resposta se referia ao presente ou ao passado, os entrevistados imediatamente corrigiam suas respostas, enfatizando novamente a pergunta para as condições de vida atual, não comprometendo o resultado da pesquisa.

Se por um lado a estratégia de se buscar nas USF os nomes e endereços para compor a amostra de idosos para a validação da versão traduzida para o português do MAST-G foi bem sucedida, ela pode ter introduzido um viés de baixa escolaridade na amostra. Segundo o IBGE, a educação influencia na melhora do rendimento, sendo que durante a década de 90, em média, cada ano de estudo resultou em um aumento de quase um salário mínimo na renda do brasileiro (IBGE, 2001). A existência desta relação linear entre a renda do indivíduo e os anos de escolaridade pode ter determinado o perfil socioeconômico dos idosos residentes nos bairros atendidos pelas USF do município que foram utilizados nesta pesquisa. É interessante notar que este mesmo documento cita que quase 12% dos idosos moram sozinhos, um número próximo aos 8 % encontrados na amostra, tabela 3, e, que 65% dos idosos no Brasil eram, em 1999, responsáveis pelo sustento da família,

o que também parece estar em acordo com o fato de 90,2% dos idosos entrevistados residirem em casa própria.

Não obstante a baixa escolaridade, foi observado que os idosos entrevistados exibiram um alto grau de lucidez mental, como evidenciado pelo alta pontuação no MEEM 23 pontos ($Dp \pm 3,4$) em uma escala de 0 até 30. Desta forma, não seria razoável imaginar que a baixa escolaridade média verificada na amostra de entrevistados tenha alterado significativamente o resultado da pesquisa ou prejudicado a extrapolação dos resultados para populações de idosos de maior escolaridade.

Durante a entrevista, 54 (48%) dos idosos manifestaram espontaneamente sobre seus hábitos de consumo de bebida alcoólica, com respostas variando desde a abstinência até o uso abusivo da bebida alcoólica. Mesmo não tendo sido estimulada, essa resposta foi anotada pelos pesquisadores e os dados deste grupo foram apresentados na tabela 4. Geralmente, a informação sobre o consumo de bebidas alcoólicas surgiu durante a aplicação do MAST-G. Mesmo com as devidas orientações, ao responderem apenas SIM ou NÃO às perguntas, alguns dos entrevistados elaboraram suas respostas, algumas vezes explicando nunca terem ingerido bebida alcoólica em suas vidas, em outras assumindo que faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas ou apenas um consumo de forma moderada. Em toda as vezes que ocorreram este tipo de manifestação espontânea, o consumo de bebidas alcoólicas foi anotado junto as informações sociodemográfico.

Observa-se na tabela 4 uma alta porcentagem de mulheres idosas que declaram consumir bebidas alcoólicas (46%), pode parecer a primeira vista inconsistente com o que geralmente é aceito que o problema de abuso do álcool é mais acentuado em homens do que mulheres. Contudo, segundo Widlitz e Martin (2002) mulheres idosas são mais propensas a adquirir o hábito de consumir bebidas alcoólicas de forma pesada do que os homens, sendo que a presença de doenças crônicas associadas à dores como artrite, osteopore, câncer e neuropatias, elevam substancialmente o risco de abuso do álcool. Além disso, pessoas idosas necessitam de menor quantidade de álcool para se tornarem embriagadas, o que

torna difícil estimar o efeito potencialmente deletério do consumo de “pequenas quantidades de bebida” pelo idoso.

Muitos dos instrumentos empregados para se identificar problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool, como o CAGE ou AUDIT, foram desenvolvidos para serem utilizados em adultos jovens (KAR, 2006). Contudo, o CAGE tem sido eficiente para discriminar pacientes idosos com histórico de problemas com bebida, mas não tem sido capaz de diferenciar entre idosos que estejam bebendo no presente daqueles que faziam uso do álcool no passado ou aqueles que fazem uso de bebida alcoólica em quantidades que colocariam o idoso em uma condição de risco mas sem exibirem sintomas de dependência ou abuso. (WIDLITZ, 2002; Moore, 2002). Esta característica do CAGE pode ser um problema para sua utilização no diagnóstico de problemas de alcoolismo na população idosa brasileira principalmente considerando a existência de idosos entrevistados nesta pesquisa que declararam que faziam uso do álcool quando jovens mas interromperam o uso da bebida na velhice devido complicações de saúde relacionadas por exemplo à diabetes ou problemas com pressão alta e cardíacos. Alguns autores (MOORE, 2002; BLOW, 1992; HIRATA, 1997) colocam que o MAST e principalmente sua versão geriátrica (MAST-G) como os instrumentos mais apropriados para a triagem de idosos com problemas relacionados ao álcool no presente, apesar de suas 24 perguntas o tornarem um questionário longo para ser aplicado (WIDLITZ, 2002). Recentemente, Moore et al. (MOORE, 2002) compararam os resultados obtidos pela aplicação o CAGE e do SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric version) em uma amostra de 1889 idosos com idade igual ou superior a 55 anos e observaram que a maioria daqueles que mostraram resultado positivo para problemas com álcool no CAGE ou no SMAST-G, mas não em ambos, o que mostrou que os dois instrumentos identificam diferentes perfis, sendo que o SMAST-G identificou um maior número de pessoas mais velhas do que o CAGE. Por outro lado, durante a aplicação desta versão do MAST-G traduzida para o português, foi possível notar que por requerer respostas simples como um SIM ou NÃO, sua aplicação é bastante simples e rápida, ao contrário do que foi citado por esses autores.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do cálculo do Alfa de Cronbach (MARROCO, 2006; GACHE, 2005) $\alpha = 0,7873$ e do subgrupo de 54 entrevistados que declararam o consumo de bebidas alcoólicas, obteve-se um $\alpha = 0,7535$, considerado bom. Estes valores estão dentro do intervalo encontrado por outros pesquisadores em trabalhos de validação de instrumentos de triagem. Por exemplo, O'hare e Sherrer (1999) encontraram valores de Alfa de Cronbach variando de $\alpha = 0,78$ até $\alpha = 0,94$ em um trabalho de validação do AUDIT para jovens universitários em função do tipo de validação (consumo, problemas de alcoolismo e quando foi calculado para toda a escala). Em um outro trabalho focado na validação do AUDIT traduzido para o francês, Gache et al. (2005) encontraram um valor de $\alpha = 0,87$ e Gonçalves et al. (2009) encontraram valores no intervalo de $\alpha = 0,7028$ até $\alpha = 0,8878$ em um trabalho de adaptação transcultural para o português do Spirituality Self Rating Scale (SSRS). Esses valores mostram que o instrumento aqui avaliado possui um bom nível de confiabilidade, inclusive com valores compatíveis aos publicados por diversos autores.

A maioria dos trabalhos relacionados à validação do MAST-G focaram populações bem específicas, como por exemplo no estudo de Morton et al. (1996), no qual buscou validar três diferentes instrumentos de triagem em veteranos de guerras com 55 ou mais anos de idade, concluindo que o MAST-G e CAGE superaram o AUDIT na detecção de problemas com álcool nesta população específica. Luttrell et al. (1997) investigaram o uso do CAGE e MAST-G em uma amostra de 162 idosos abordados aleatoriamente de ambos os sexos (43% homens e 57% mulheres) com 65 anos admitidos nas emergências de hospitais em Londres e Essex (Inglaterra), e concluíram que estes dois instrumentos não eram sensíveis o suficiente para serem utilizados na prática, recomendando um outro instrumento (UCLS, um questionário de 5 perguntas relacionadas ao consumo de álcool no intervalo de uma semana, mas que ainda necessita de validação) para triagem, seguido da aplicação do MAST-G para os casos nos quais os UCLS apontasse uma resposta positiva em relação à problemas com álcool.

Em um outro extensivo trabalho de pesquisa, Moore et al. (2002) entrevistaram 1889 idosos de ambos os sexos, que responderam a um convite enviado pelo correio à mais de 13.000 pessoas de diferentes partes dos EUA,

concluindo que o CAGE e o SMAST-G (uma versão curta do MAST-G com apenas 10 perguntas ao invés das 24 do MAST-G) capturam diferentes aspectos relacionados ao abuso do álcool, sugerindo que ambos instrumentos devessem ser aplicados simultaneamente.

Por fim, Johnson-Greene et al. (2009) investigaram a efetividade e a validade do MAST-G, SMAST-G e do Mini-MAST-G (um questionário de apenas duas perguntas) sobre uma amostra de 100 participantes admitidos em um programa de reabilitação para pacientes que sofreram um acidente cerebrovascular agudo da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins. Neste trabalho, não foram encontradas diferenças significativas quanto à sensibilidade das três versões deste instrumento, contudo alertam para a limitação das conclusões ao tipo de paciente avaliado.

Muitos pesquisadores focaram sua atenção à validações de outros instrumentos além do MAST-G para verificar sua eficácia na detecção de problemas relacionados ao álcool em populações idosas, como nos trabalhos comparando o CAGE ao MAST tradicional (O'CONNELL, 2004) ou da validação do MAST e não do MAST-G como instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso de álcool por idosos do sexo masculino (HIRATA, 2001), mas assim como na maioria dos trabalhos, parece haver um consenso sobre as características especiais envolvidas na população idosa e na dificuldade de se utilizar instrumentos desenvolvidos para jovens adultos como instrumento confiável para identificar problemas de uso e abuso de álcool por pessoas idosas (JOHNSON-GREENE, 2009).

Os resultados encontrados para esta versão do MAST-G indicam que este instrumento é bastante robusto e confiável para a detecção de problemas associados ao abuso ou dependência do álcool por pessoas idosas. Segundo Blow, uma pessoa que responda SIM a 5 ou mais perguntas do questionário do MAST-G pode ter algum tipo de problema com o uso do álcool (BLOW, 1992; MORTON, 1996).

Para testar este desempenho, foram construídas cinco diferentes curvas ROC (apresentadas na Figura 1), cada uma tomando como corte 2, 3, 4, 5 ou 6 respostas SIM a partir dos 111 questionários aplicados. A curva construída tomando com o

valor de corte apenas duas respostas praticamente se sobrepõem à diagonal, com uma área sob a curva de apenas 0,5486, indicando total aleatoriedade das respostas. Contudo, quando são tomados valores de corte maiores, é possível observar um afastamento das curvas ROC da diagonal e um aumento do valor da área sob a curva (tabela 5), sendo que as curvas ROC com valores de corte de 5 ou 6 praticamente se sobrepõem, com áreas de 0,8851 e 0,9051, respectivamente.

Observa-se que praticamente não há diferença em relação ao risco da existência de problemas com o álcool entre aqueles idosos que responderam SIM a 5 ou mais questões, o que está em acordo com os resultados anteriores obtidos para o MAST-G original em língua inglesa (BLOW, 1992; MORTON, 1998; JOHNSON-GREENE, 2009).

Desse modo, a tradução do questionário para o português não alterou a especificidade e sensibilidade observada no MAST-G em inglês, o que estaria em acordo com o previsto neste trabalho de validação. O maior risco que esta pesquisa trazia era que ao se traduzir as 24 questões do instrumento original para o português que a sensibilidade e especificidade fossem perdidas ou corrompidas, por exemplo, sendo necessários muito mais do que 5 respostas positivas para se identificar adequadamente a existência de risco de abuso ou dependência ao álcool.

Este resultado é bastante promissor, principalmente considerando que a maioria dos trabalhos anteriores com o MAST-G foram realizados com amostras bastante específicas, como veteranos de guerra (MORTON, 1996) ou idosos que sofreram acidentes cerebrovasculares (JOHNSON-GREENE, 2009), contudo a ausência de resultados obtidos por um segundo instrumento de triagem, como o CAGE ou AUDIT, pode ser uma limitação do estudo, para uma avaliação mais precisa deste instrumento e sua comparação com outros instrumentos já validados para o português. Buscando-se contornar esta limitação, o grupo de idosos que declararam que consumiam bebidas alcoólicas. Neste caso, assumiu-se como resposta SIM a ingestão de bebida alcoólica em qualquer nível e como resposta NÃO a total abstinência. Esse novo conjunto de respostas, consistindo das 24 itens do MAST-G e a 25ª pergunta relacionada o consumo de bebidas alcoólicas que foram analisadas independentemente e construídas três curvas ROC.

Considerando que o instrumento traduzido mostrou uma boa especificidade e sensibilidade para 5 repostas SIM, foram construídas curvas para esta condição e para uma condição superior e inferior (6 e 3 repostas respectivamente). Supreendentemente, ocorreu uma inversão no aspecto da curva ROC indicando que o conhecimento prévio do consumo de bebidas alcoólicas, o que torna o instrumento bastante específico para a detecção do comportamento abstinência.

Este estudo mostrou que a versão traduzida para o português do MAST-G pode ser empregada para identificar problemas relacionados ao abuso do álcool ou à dependência do álcool em idosos de ambos os sexos. Contudo, é necessário considerar a possível existência de algum viés nos resultados ocasionado pelo tipo de amostra estudada. Em primeiro lugar, a estratégia de buscar os idosos para a pesquisa no bando de dados das UFS do município de São Carlos, SP, pode ter direcionado o resultado para um tipo específico de idoso que faz uso dos serviços públicos de saúde que pode ser diferente daquele que utiliza os serviços privados, de tal forma que os resultados encontrados não possam ser generalizados.

Como evidenciou-se uma baixa escolaridade (3 anos de estudo), esta pesquisa esteve limitada a um grupo de idosos de ambos os sexos bem específica. Neste contexto, ao contrário da ideia geralmente aceita, a prevalência de maiores níveis de uso de bebida alcoólica também ocorre nas camadas econômicas superiores da sociedade (DAR, 2006). Por essa razão, seria importante estender esta pesquisa à idosos de outras camadas socioeconômicas.

Outra importante ação necessária seria uma avaliação conjunta deste instrumento com outras ferramentas, com o objetivo de se comparar os resultados obtidos nesta validação com outros instrumentos já validados para a língua portuguesa. Contudo a comparação dos resultados encontrados estão em concordância com aqueles encontrados em trabalhos realizados com a versão original em inglês.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar e validar uma tradução para o português do instrumento de rastreio MAST-G Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric version para a detecção de problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool ou a dependência de álcool em idosos de ambos os sexos, usuários da Unidades da Saúde da Família da cidade de São Carlos, SP.

Foi observado que a despeito de vários autores questionarem o tempo necessário para a aplicação do questionário de 24 itens, esta versão traduzida para o português demonstrou ser um instrumento pouco intimidativo e de fácil aplicação.

Em relação a especificidade e sensibilidade, foi observado o mesmo valor de corte de 5 respostas SIM como um indicativo da existência de problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool pelo idoso, em concordância com os resultados apresentados nos estudos com o questionário original em inglês.

A limitação deste trabalho esbarrou principalmente no manejo da relação que se dá entre o profissional e paciente para perceber a necessidade de utilizar este instrumento, uma vez que irá necessitar de um tempo e atenção maior junto ao idoso, que muitas vezes pode estar confuso, debilitado ou desorientado, além de geralmente não possuir um espaço de trabalho adequado (como uma sala reservada) para acolher e receber o idoso e assim garantir o sigilo e a fidelidade nas respostas.

Por outro lado, este estudo tem com o importancia a introdução de um instrumento específico, o MAST-G, que aborda a temática álcool e idoso e como se dá a relação do álcool com várias esferas da vida da pessoa, característica essa que possibilita no rastreio de uma possível doença, melhor conhecimento sobre o idoso e sua história em vários ambitos. Assim, a maior fortaleza está no resultado do atendimento especializado e pontual, proporcionando assistência com qualidade a essa população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artmet, 1994.
- ANDRADE, A. G.; OLIVEIRA, L. G. **Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool**. In Andrade, A. G.; Anthony, J. C.; Silveira, C. M. O álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.
- ATKINSON, R. M. Aging and alcohol use disorder: diagnostics issues in the elderly. **International Psychogeriatric**, v.2, p. 55-72, 1990.
- ATKINSON, R. M.; GANZINI, L. **Substance abuse**. In Textbook of Geriatric Neuropsychiatry (Coffey, C. E.; Cummings J. L. eds), p. 297–321. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994.
- ATKINSON, R. M.; MISRA, S.; RYAN, S. C.; TURNE, J. A. Referral paths, patient profiles and treatment adherence of older alcoholic men. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 25, p. 29-35, 2003.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Intervenções breves: para uso de risco e nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto:PAI:PAD, 2003.
- BARRY, K. L.; BLOW, F. C. Screening and Assessment of Alcohol Problems in Older Adults (chapter 9). In Lichtenberg, P. A. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology, p. 243-269, 1999.
- BARRY, K. L.; OSLIN, D. W.; BLOW, F. C. Alcohol problems in Older Adults – Prevention and Management, Spring Publishing Company, 2001.
- BAYER, G. F.; GOES de PAULA, S. **Mortalidade nas capitais brasileiras 1930 - 1980**. RADIS-DADOS, 2, 1984.
- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, A. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (texto para discussão n°1.034).
- BEULLENS, J.; AERTGEERTS, B. Screen for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. **Aging and Mental Health**, v. 8, n 1, p. 76-82, 2004.
- BLOW, E. C.; SCHULENBER, K. J.; DEMO-DANANBERG, J. E.; YOUNG, L. M, J.L.; AND BERESFORD, TI' The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version

(MAST G) A new elderly-specific screening instrument. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.16, p.372, 1992.

BLOW, F. C.; BROCKMANN, L. M.; BARRY, K. L. Role of Alcohol in late-life suicide. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 28, n.5, p.1S-96S , 2006. Issue Supplement 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ SNAS. **Normas e Procedimentos na abordagem no abuso de drogas**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação da Saúde Mental. **Serviço de atenção ao alcoolismo e drogas**. Política do Ministério da saúde na área de drogas. Brasília, 1994.

_____. Ministério Da Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <http://www.sbh.com.br/pdf/etica/PesqSeresHumanos.pdf> . Acessado em 24/09/2007.

_____. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências**. Diário Oficial da União, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas / Ministério da Saúde**. 2ª ed. Rev. Amp. – Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde, DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 20/03/2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 20 out. 2006.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Glossário de álcool e drogas – tradução e notas** J. M. Bertolote. 132p., 2006.

BRISTOW, M. F.; CLARE, A. W. Prevalence and characteristics of at-risk drinkers among elderly acute medical in-patients. **Addiction**, v. 87, n. 2, p. 291–294, 1992.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. **Revista de Estudos Avançados**. São Paulo: IEA, p. 35-64, 2003.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas** In: Caramano, A.A., organizadora. Os novos idosos brasileiros? Muito além dos 60. Rio de Janeiro, IPEA, p 253-92, 2004.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. In Freitas, E.V. et al.Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2 edição, RJ:Guanabara Koogan, 2006.

CANÇADO, F. A. X. Epidemiologia do envelhecimento, p.16-43. In **Noções práticas de geriatria**; COOPMED, São Paulo, 1996.

CHAIMOWICS, F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2 edição, RJ:Guanabara Koogan, 2006.

CHISTIE, I. C. et al. Alcohol consumption and cerebral blood flow among older adults. **Alcohol**, v. 42, p. 269-275, 2008.

CONIGLIARO, J.; KRAEMER, K.; McNEIL, M. Screening and Identification of Older Adults with Alcohol Problems in Primary Care. **Journal Geriatric Psychiatry and Neurology**, v.13, n. 106, 2000.

CONWELL, Y.; BRENT. Suicide and Aging I: Patterns of Psychiatric Diagnosis. **International Psycogeriatrics**, v.7, n.2, p.149-164, 1995.

CREFITO. <http://www.crefito.com.br/>, ACESSADO (29/12/2010)

DAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Advances in Psychiatric Treatment**, v.12, p. 173–181, 2006.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de privação do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.

DEGENHARDT, L.; BOHNERT, K. M.; ANTONY, J. C. Case ascertainment of alcohol dependence in general population surveys: 'gated' versus 'ungated' approaches. **International Journal of Methods in Psychiatric**, v. 6, n. 3, p. 111-123, 2007.

DURAZZO, T. C. et al. J. The relationships of sociodemographic factors, medical, psychiatric, and substance-misuse co-morbidities to neurocognition in short-term abstinent alcohol-dependent individuals. **Alcohol**, v. 42, p. 439-449, 2008.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, v.1, p.1058-61, 1976.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**, 4ª edição; Porto Alegre: Artmed, 2005.

FEIN, G. et al. Psychiatric comorbidity in older long-term abstinent alcoholics, **Addictive Behaviors**, v.33, p.1564–1571, 2008.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1575-1585, nov-dez, 2004.

FINK, A.; TSAI, M. C.; HAYS, R. D.; MOORE, A. A.; MORTON, S. C.; SPRITZER, K.; BECK, J. C. Comparing the alcohol-ted problems survey (ARPS) to traditional alcohol

screening measures in elderly outpatients. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.34, p.55-78, 2002.

FINLAYSON, R. E.; HURT, R. D.; DAVIS, J. R., MORSE, R. M. Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 63, p. 761-766, 1988.

FOLSTEIN, M. F. et al. - Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 149-230, 1975.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª ed.; RJ:Guanabara Koogan, 1537p, 2006.

GACHE, P.; MICHAUD, P.; LANDRYM, U.; ACCIETTO, C.; ARGAOUIM, S.; WENGER, O.; DAEPPEN, J.-B. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v.29, n.11, p. 2001-2007, 2005.

GHAHAM, K. Identifying and measuring alcohol abuse among the elderly: Serious problems with existing instrumentation. **Journal of Studies on Alcohol**, V. 47, n.4, p. 322-326, 1986.

GOLDSTEIN, M. Z.; PATAKI, A.; WEBB, M. T. Alcoholism among elderly persons. **Psychiatric Services**, v. 47, n. 9, p.941-943, 1996.

GONÇALVES, A. M. S; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n.1, p.10-15, 2009.

GUNZERATH, L.; FADEN, V.; ZAKHARI, S.; WARREN, K. National institute on alcohol abuse and alcoholism report on moderate drinking. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, V.28, n.6, p. :829-47, 2004.

GREEN, C. A.; POLEN, M. R. ; JANOFF, S. L.; CASTLETON, D. K.; PERRIN, N. A. Not getting tanked: definitions of moderate drinking and their health implications. **Drug Alcohol Depend**, v. 86, v.2-3, p. 265-73, 2007.

GURNACK, A. M.; HOFFMAN, N. G. Elderly alcohol missue. **International Journal Addict**, v. 27, n. 7, p.869-78, 1992.

HECKMAN, W; SILVEIRA, C. M.; **Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos**. In Andrade, A. G., Anthony, J. C.;Silveira, C. M. O álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

HELZER, J. E., CANINO, G. J.; YEH, E. K.; BLAND, R. C.; LEE, C. K., HWU, H. G., NEWMAN, S. Alcoholism — North America and Asia. A comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule. **Archives of General Psychiatry**, v.47, p. 313–319, 1990.

HIRATA, E. S.; ALMEIDA, O. P.; FURNARI, R. R.; KLEIN, E. L. ALCOHOLISM IN GERIATRIC OUTPATIENTS CLINIC OF SÃO PAULO-BRAZIL. **International Psychogeriatric**, v. 9, n. 1, p. 95-103, 1997.

IBGE, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de indicadores sociais 2000. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2000.shtm>. (Acessado em 28/05/2011)

_____. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004, <http://www.ibge.gov.br>. (Acessado em 20/05/2010).

_____. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2004/notatecnica.pdf> (Acessado em 28/05/2011).

_____. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. (Acessado em 10/05/2011).

_____. Tábua completa de mortalidade – ambos os sexos – 2009. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/ambossexos.pdf> (Acessado em 28/05/2011)

ILOMÄKI, J. et al. Risk drinking behavior among psychotropic drug users in an aging Finnish population: The Fin Drink study. **Alcohol**, v. 42, p 261–267, 2008.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. **Epidemiological general de las enfermedades no infecciosas**. In: _____. *Epidemiologia: princípios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat, cap. 12, p. 247-271, 1987.

JOHNSON-GREENE, D.; McCAUL, M. E.; ROGER, P. Screening for hazardous drinking using the Michigan Alcohol Screening Test–Geriatric Version (MAST-G) in elderly persons with acute cerebrovascular accidents. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 33, n. 9, p. 1-7, 2009.

JORGE, M. A.S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M. **O abuso de álcool e outras drogas**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jul. 2011. doi: 10.1590/S0034-89101987000300005.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jul. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232008000400002.

KAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Advances in Psychiatric Treatment**, v.12, p. 173-181, 2006.

KOOL, B.; AMERATUNGA, S.; ROBINSON, E.; CRENGLE, S.; JACKSON, R. The contribution of alcohol to falls at home among working-aged adults. **Alcohol**, v.42, p. 383-388, 2008.

LARANJEIRA, R. (coord.) et al. **Usuário de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**, 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, 2004. Suplemento I.

LARANJEIRA, R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Redação, elaboração e organização: Ronaldo Laranjeira – [et al]. Brasília: **Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

LETIZIA, M.; REINBOLZ, M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. **Geriatric Nurse**, v.26, n.3. p.176-183, 2005.

LIMA, C. A. M. **Abuso de álcool e pessoas idosas**. In. GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES, A. Dependência, Compulsão e Impulsividade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LÓPEZ, E. P. et al. The relationship among cardiovascular risk factors, diet patterns, alcohol consumption, and ethnicity among women aged 50 years and older. **Journal of American Dietetic Association**, v.108, p. 248-256, 2008.

LOPEZ, A. D.; MATHERS, C. D.; EZZATI, M.; JAMISON, D. T.; MURRAY, D. J. L. **Global burden of disease and risk factors**, New York/Washington: Oxford University Press and the World Bank, 2006.

LUTRELL, S.; et al. Screening for alcohol misuse in older people. **International Journal of Geriatrics Psychiatry**, v.12, p. 1151-1154, 1997.

MAGALHÃES, L. P., et al. Variação de peso, grau de escolaridade, saneamento básico, etilismo, tabagismo e hábito alimentar pregresso em pacientes com câncer de estômago. **Arquivo de Gastroenterologia**, v. 45, n.2, 2008.

MARROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a confiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, p. 65-90, 2006.

MCGRATH, A. C. P.; CROME, I. P. Substance misuse in the older population. **Postgraduate Medical Journal**, v.81, n.954, p. 228-231, 2005.

MELONI, J. R.; LARANJEIRA, R. R. Custo social e de saúde do consumo de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p.7-10, 2004. suplemento I.

MERRICK, E. L., et al. Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 2, p. 214-223, 2008.

MOORE, A. L.; SEEMAN, T.; MORGENSTERN, H.; BECK, J. C.; REUBEN, D. B. Are There Differences Between Older Persons Who Screen Positive On The CAGE Questionnaire And The Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version. **Journal American Geriatrics Society**, v.50, n. 5, p.858-862, 2002.

MORTON, J. L.; JONES, T. V.; MANGANARO, M. A. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. **The American Journal of Medicine**; v.101, p.153-159, 1996.

NAKAMURA, Y.; KITA, Y.; ISO, H.; UESHIMA, H.; OKADA, M. Alcohol consumption, alcohol-induced flushing and incidence of acute myocardial infarction among middle-aged men in Japan—Japan Public Health Center-based prospective study. **Arteriosclerosis**, v.194, p. 512–516, 2007.

NAKAYA, N.; et al. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. **Alcohol**. v. 41, p. 503-510, 2007.

O'CONNELL, H.; et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, v.19, p. 1074–1086, 2004.

OGBORNE, A. C; SMART, R. G. Public opinion on the health benefits of moderate drinking: results from a Canadian National Population Health Survey. **Addiction**, v. 96, n.4, p. 641-9, 2001.

O'HARE, T.; SHERRER, M. V. Validating the Alcohol Use Disorder Identification Test With College First-Offenders. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.17, n. 1-2, p. 113-119, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Intervenções breves para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas**, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças**, 10º edição, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. World Health of Organization. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

_____. **Doenças crônico-degenerativas: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

_____. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos.** Brasília, 2002

OWRAN, A. R. The epidemiology transition: a theory on the epidemiologic of population changes. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

PAPALEO NETO, M. cap. 3. **Processo do Envelhecimento e Longevidade.** In PAPALEO NETO, M. Tratado de Gerontologia. 2° ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PASCOM, A. R. P. ; CAMARANO, A. A. Idosos brasileiros: diferentes regionalmente? In **Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, vol.1. Caxambu, p.33, 2002.

PONCE, J. C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, p. 13-16, 2008. suplemento 1.

RAMOS, L. S.; SAAD, P. M. **Morbidade da população idosa.** In. O idoso na grande São Paulo. Coleção Realidade Paulista. Seade: São Paulo, 1990.

RAMOS, L. S. Fatores determinantes do envelhecimento saud[avel em idosos residentes no centro urbano] Projeto epdoso, Sao Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 793-8, 2003.

RAMOS, S. P.; WOITOWITZ, A. B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p.18-22, 2004.

REHM, J.; ROOM, R, MONTEIRO, M; GRAHAM, K.; RHEN, N.; SEMPOS, R. T.; FRICK, U.; JERNIGAN, J. Alcohol use. In: Ezzati M. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. **World Health Organization**, p.2248, 2004.

RIBEIRO, S. B. A; et al. Avaliação em alcoolistas abstêmios. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, V.73, n.4, p. 452-462, 2007.

RIGO, J. C.; RIGO, J. F. O.; FARIA; B. C.; STEIN, A.; SANTOS, V. M. Trauma associado com uso de álcool em idosos. **Brasília Med**, v.42, p.35-40, 2005.

ROSIN, A. J.; GLATT, M. M. Alcohol excess in the elderly. **Quarterly Journal Study of Alcohol**, v.32, p. 53-59, 1971.

RUIXING, Y.; et al. Diet, alcohol consumption, and serum lipid levels of the middle-aged and elderly in the Guangxi Bai Ku Yao and Han population. **Alcohol**, v. 42, p. 219-229, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos.** Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa -- São Paulo: SES/SP, 2010.

SAUNDERS, P. A., COPELAND, J. R. M.; DEWERY, M. E.; DAVISON, I. A.; McWILLIAN, C.; SHARMA, V.; et al. Heavy drinking as a risk factor community for depression and dementia elderly men: findings from the Liverpool Longitudinal Study. **British Journal of Psychiatry**, v.159, p.213-216, 1991.

SCHIMIT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2011. saúde no Brasil 4.

SCHOURI, J. R, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO.; M. **Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais**. In: Carvalho Filho ETC, Papaléo Netto M, organizadores. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu. p. 9-29, 1994.

SHER, L. - Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. **Acta Psychiatry Scandinavica**, v. 113, p. 13-22, 2006.

SONG, H. J.; et al. Gender differences in gastric cancer incidence in elderly former drinkers. **Alcohol**, v. 42, p. 363-368, 2008.

VERAS, R. P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 9, p. 282-295, 1994.

VERAS, R. P. Terceira idade: versão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: **Relumbre Dumará**, UnAT/UERJ, v. 1, 2002.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**.v.9, n.2, p. 423-32, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000200018

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v.43, p. 548-54, 2009.

VAISSMAN, M. **Alcoolismo no Trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond universitária, 2004.

XAVIER, A. J. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p.1543-1551, 2008.

WIDLITZ, M.; MARIN, D. B. substance abuse in older adults. **Geriatrics**. v.57, n.12, p. 29-34, 2002.

WIENS, A. N.; MENUSTIK, C. E.; MILLER, S. L.; SCHMITZ, R. E (1982–83) Medical behavioral treatment of the older alcoholic patient. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**. v. 9, p.461– 475, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control Knowledge Into Action. WHO Guide for Effective Programmes – Prevention. 2007

<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>, (Acessado em 08/06/2011).

_____. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/> (Acessado em 15/08/2008).

ZIMBERG, S. Two types of problem drinkers: Both can be managed. **Geriatrics**, v.29, p.135-139, 1974.

ZIMBERG, S. Alcoholism in the elderly: A serious but solvable problem. **Postgraduate Medicine**, v. 74, p. 165-173, 1983.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Uso do álcool na terceira idade: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test - geriatric version (MAST-G)

Pesquisador(a) responsável: Marcia Yumi Kano

Instituição / Departamento: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Endereço da pesquisadora responsável: Rua Ray Wesley Herick, 135, bloco 01 ap. 203, São Carlos-SP

Telefone da pesquisadora responsável para contato: (16) 96076261

Local da coleta de dados: bairros no município de São Carlos-SP

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária** e por ter idade igual ou superior a 60 anos.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes e durante a sua participação.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: 1. Validar o instrumento de avaliação MAST-G;
2. Identificar o padrão de consumo e do uso de bebida alcoólica.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios. Sua participação nessa pesquisa permitirá ampliar a compreensão sobre a relação do idoso e o consumo do álcool, beneficiando o atendimento e o rastreamento de problemas relacionados ao uso do álcool. Ao fim da atividade o pesquisador poderá orientá-lo sobre os prejuízos e complicações à sua saúde relacionados ao uso do álcool.

Riscos. O preenchimento desse questionário não oferece nenhum risco a sua integridade física. Contudo, deve-se alertar para a existência de eventuais riscos ou incômodos de ordem psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual relacionados ao uso ou abuso do álcool que possam decorrer do preenchimento desse questionário.

Ressarcimento. A sua participação nessa pesquisa não acarretará qualquer tipo de despesa ou qualquer atividade que envolva prejuízo ao seu patrimônio

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa)

Ciente e de acordo com o que foi, anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos da UFSCar, localizada na Rod. Washington Luiz, km, 235 - caixa postal 676 – CEP: 13565-905 - São Carlos- SP – Brasil – Fone (16) 3351-8028 – Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, __ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Representante legal (para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Ciência da pesquisadora responsável pelo projeto:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

São Carlos, __ de _____ de 2011.

Assinatura do responsável pelo projeto

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSCar

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br<http://www.propq.ufscar.br>**Parecer Nº. 101/2011**

Título do projeto: Uso do álcool na terceira idade: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G)

Área de conhecimento: 4.00 - Ciências da Saúde / 4.08 - Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Pesquisador Responsável: MARCIA YUMI KANO

Orientador: Sandra Cristina Pillon

CAAE: 0166.0.135.000-10

Processo número: 23112.004698/2010-62

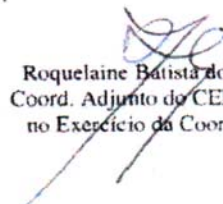
Grupo: III

Conclusão

O projeto foi considerado pendente. Tempestivamente, os pesquisadores atenderam as exigências pertinentes nos termos da Resolução 196/96 e as suas complementares. Portanto, o projeto é considerado **APROVADO**.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
 - O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
 - Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
 - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.
- São Carlos, 18 de fevereiro de 2011.


Roquelaine Batista dos Santos
Coord. Adjunto do CEP/UFSCar
no Exercício da Coordenação

PARECER DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Rua 9 de Julho N.º 1.599 - Centro
Fone: (16) 3371-1716 e-mail: dab.saude@saocarlos.sp.gov.br

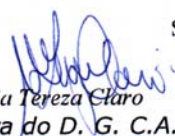
PARECER Nº. 24/2010

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “*Uso de álcool na terceira idade: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*”, a ser desenvolvido pela mestranda MARCIA YUMI KANO, sob orientação da Profª Sandra Cristina Pillon, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Considerando que a metodologia proposta não apresenta risco físico, social, psíquico ou emocional aos participantes e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações em saúde e a melhoria do Cuidado prestado aos usuários de nossas Unidades, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes.
- Os responsáveis pelo Projeto deverão fazer contato prévio com a Chefe da Divisão Regional de Saúde correspondente. Na utilização do espaço da Unidade de Saúde para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe portando cópia deste parecer;
- O contato e a formalização do convite aos sujeitos da pesquisa deverão ser realizados pelos pesquisadores, sem qualquer ônus para esta Secretaria; e
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 26 de outubro de 2010.


Maria Tereza Claro
Diretora do D. G. C.A.

Maria Tereza Claro
Diretora do Departamento de
Gestão do Cuidado Ambulatorial

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO

- a) Idade: ____ b) Data de nascimento: __/__/____ c) Sexo: 1.() Masculino 2. () Feminino
d) Estado civil: 1 () solteiro(a) 2. () casado(a) 3. () separado(a) 4. () viúvo(a) 5. () outro. _____
e) Anos de estudo: _____ f) Mini Exame do Estado Mental: ____
e) Renda familiar: _____
g) Ocupação: 1. () aposentado 2. () Dona de casa 3. () outro. Qual? _____
h) Moradia: 1. () própria 2. () alugada 3. () asilo
i) Com quem mora? 1. () família 2. () sozinho 3. () Outro. _____
j) Possui algum tipo de doença? Qual? _____
k) Uso de medicação: () não () sim. Qual? _____

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

ANEXO 5

MICHIGAM ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC VERSION (MAST-G)

1. After drinking have you ever noticed an increase in your heart rate or beating in your chest?	YES	NO
2. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?	YES	NO
3. Does alcohol make you sleepy so that you often fall asleep in your chair?	YES	NO
4. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?	YES	NO
5. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?	YES	NO
6. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?	YES	NO
7. Do you have rules for yourself that you won't drink before a certain time of the day?	YES	NO
8. Have you lost interest in hobbies or activities you used to enjoy?	YES	NO
9. When you wake up in the morning, do you ever have trouble remembering part of the night before?	YES	NO
10. Does having a drink help you sleep?	YES	NO
11. Do you hide your alcohol bottles from family members?	YES	NO
12. After a social gathering, have you ever felt embarrassed because you drank too much?	YES	NO
13. Have you ever been concerned that drinking might be harmful to your health?	YES	NO
14. Do you like to end an evening with a night cap?	YES	NO
15. Did you find your drinking increased after someone close to you died?	YES	NO
16. In general, would you prefer to have a few drinks at home rather than go out to social events?	YES	NO
17. Are you drinking more now than in the past?	YES	NO
18. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?	YES	NO
19. Do you drink to take your mind off your problems?	YES	NO
20. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?	YES	NO
21. Do you sometimes drive when you have had too much to drink?	YES	NO
22. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?	YES	NO
23. Have you ever made rules to manage your drinking?	YES	NO
24. When you feel lonely does having a drink help?	YES	NO

Blow, F.C.; Brower, K.J.; Schulenberg, J.E.; et al. The Michigan Alcoholism Screening Test–Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1992, 16:372.