

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DEIVSON WENDELL DA COSTA LIMA

Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de
álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde

RIBEIRÃO PRETO
2023

DEIVSON WENDELL DA COSTA LIMA

Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de
álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Uso e abuso de álcool e drogas

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margarita Antonia Villar Luis

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, Deivson Wendell da Costa

Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

168 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Luís, Margarita Antonia Villar.

1. Consumo de Bebidas Alcoólicas. 2. Idoso. 3. Intervenções Breves. 4. Atenção Primária à Saúde.

LIMA, Deivson Wendell da Costa

Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: 22 de maio de 2023

Presidente

Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP

Banca Examinadora

Prof. Dr. Divane de Vargas

Instituição: Escola de Enfermagem da USP – EE/USP

Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP

Profa. Dra. Janaina Soares

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Dedico à minha família, especialmente à minha esposa Lívia e ao meu filho Enrico com todo amor e admiração. Tenho sorte em tê-los ao meu lado incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar forças para suportar as dificuldades desta jornada, habilidade para perseverar e oportunidade de recomeçar.

À memória da minha Vovó Mocinha, por todo amor genuíno, infinito e incomparável. Sou imensamente grato por suas orações de fé, seus abraços apertados e suas palavras carinhosas. No coração guardo as melhores memórias que construí ao seu lado. Ama para sempre!

À Livia Azevedo, minha esposa, por todo amor, por estar comigo em cada desafio da pesquisa e da vida ao longo deste doutorado. Sua força me ensinou a não desistir. O seu apoio me incentivou a acreditar que era possível. A sua perseverança em caminhar ao meu lado transformou minhas dificuldades em aprendizados. A você minha eterna gratidão, te amo!

Ao Enrico Lima, meu bem mais precioso, minha fonte de inspiração, razão do meu viver. Obrigado pelos sorrisos de todo dia e por nossos momentos leves e memoráveis. Te amo eternamente, meu filho!

À Rosilene Rebouças, minha mãe, minha inspiração de determinação e perseverança. Tudo que sou hoje é por sua causa e nada disso seria possível sem você. Agradeço de coração pelos ensinamentos diários e os esforços imensuráveis ao longo de todos esses anos para meu processo de formação. Minha gratidão e meu amor são eternos.

À Rogério Lima, meu pai, e à Patrícia, por estarem sempre presentes e prontos para ajudar, muitas vezes vocês salvaram nosso dia. Gratidão por acreditarem na importância da minha pesquisa, isso significou muito para mim.

À Dennis Lima, meu irmão, meu exemplo de competência e dedicação. Agradeço a confiança no meu potencial e o apoio nas minhas realizações. Estendo minha gratidão à Cláudia Lima pelos momentos de partilhas. Obrigado por me presentear com meu sobrinho Mateo Lima, motivo de muita alegria para toda família.

À Lenilda Azevedo e à Edilson, como sempre generosos, prestativos e cuidadosos. Obrigado pelas ajudas inestimáveis em nossas vidas e pela forma carinhosa com que acolheram minha família em sua casa.

À minha família, por me mostrarem a importância de comemorar nossas vitórias e de estar juntos, onde o afeto e a alegria sempre transbordam. Meu reconhecimento aos tios e as tias por serem casa, sustento e incentivo.

À Margarita Luís, professora, orientadora e amiga pelo imenso apoio acadêmico e emocional que ofereceu ao longo deste doutorado. Você sabia que eu era capaz desde o início.

Seus conselhos e encorajamento fizeram este trabalho mais do que eu jamais pensei que poderia ser.

Aos profissionais envolvidos no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e pelas diversas oportunidades. Meus sinceros agradecimentos aos professores Sandra Pillon, Edilaine Nonato, Divane de Vargas, Rosane Pessa, Adriana Corrêa e Clarissa Corradi-Webster por todas as contribuições e ensinamentos que, para além deste estudo, levarei por toda vida.

Aos colegas do laboratório de pesquisa por todas as colaborações. Em especial Alisseia Lemes, pelos momentos compartilhados em estudos, publicações e eventos científicos e Gilda Pacheco, secretária deste laboratório, por ser tão empática, cuidadosa e sábia.

Ao Departamento de Enfermagem, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, por apoio institucional para minha capacitação docente. Deixo minha gratidão à Alcivan, amigo e companheiro de vários desafios acadêmicos, pelas valiosas discussões e reflexões.

Aos velhos e novos amigos que permaneceram presentes mesmo com a distância física e o isolamento social. Sou grato de estar neste mundo com pessoas tão gentis, divertidas, diversas e maravilhosas. Decidi não mencionar nomes, mas destacar o quanto vocês (acredito que irão se identificar nessas linhas de gratidão), foram essenciais para realização deste trabalho.

Aos profissionais da saúde mental que são forte inspiração de cuidado antimanicomial e antiproibicionista. Agradeço especialmente a compreensão e ajuda de Roncalli Cunha, em um dos momentos mais críticos dessa jornada.

Aos profissionais dos Núcleos de Saúde da Família, por facilitarem o processo de pesquisa e acreditarem na sua importância. Expresso gratidão especial aos Agentes Comunitários de Saúde por seu tempo, parceria e apoio contínuo e as enfermeiras por suas assistências no acesso aos recursos materiais e humanos.

À cada pessoa que concordou em participar desta pesquisa e voluntariamente compartilhou comigo seus conhecimentos. Com suas contribuições aprendi não apenas sobre a temática, mas também um pouco sobre suas vidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio a pesquisa.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”

(Nise da Silveira)

RESUMO

LIMA, D. W. C. **Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde.** 2023. 168 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

Avaliar a efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de delineamento quantitativo, analítico, clínico, comparativo, controlado e randomizado. Os candidatos foram idosos residentes na área de abrangência de seis Unidades Saúde da Família do distrito oeste do município de Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil. Para a seleção da amostra, foi adotado o método de amostragem por conglomerados em duas etapas: seleção aleatória do conglomerado e amostragem aleatória simples. Os participantes selecionados foram aqueles com idade igual ou superior a 60 anos que autorreferiram consumo de álcool, classificados com AUDIT score ≥ 5 e ≤ 19 e estavam presentes em sua residência para visita domiciliar. Após pré-triagem positiva para consumo de álcool, aconteceu o momento da triagem com aplicação dos questionários sobre os dados sociodemográficos, condições de saúde e AUDIT. Os selecionados foram alocados, aleatoriamente, em um de dois grupos: um grupo controle, que recebeu o folheto informativo, e outro grupo de intervenção, o protocolo de Intervenção Breve, que envolveu os princípios norteadores do modelo FRAMES com uso dos elementos da entrevista motivacional, baseados na Teoria Cognitiva Comportamental. As análises dos dados foram realizadas pelo *software* R versão 4.0.3 utilizando o teste exato de *Fisher* e a Análise de variância com efeito misto. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer número 2.768.850 e pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos com identificador RBR-57qgrj. Para as variáveis sociodemográficas, condições de saúde incluindo os aspectos relacionados ao consumo de álcool, não foi possível identificar que os grupos eram diferentes estatisticamente. Verificou-se uma redução mais acentuada e significativa no padrão de consumo de álcool do grupo intervenção, ao longo do tempo de 3 a 6 meses. Esse efeito positivo também foi constatado na diminuição no consumo habitual e no comportamento *binge drinking*. Os dados encontrados evidenciam a possibilidade de recomendação do protocolo de intervenção breve para idosos em consumo de risco de álcool assistidos pela Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Consumo de Bebidas Alcoólicas. Idoso. Intervenções Breves. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

LIMA, D. W. C. **Effectiveness of a brief intervention to reduce risky alcohol consumption among older people in Primary Health Care.** 2023. 168 p. Thesis (Doctorate in Psychiatric Nursing) – Ribeirão Preto Nursing College of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2023.

The aim was to evaluate the effectiveness of a brief intervention to reduce risky alcohol consumption among older people assisted in Primary Health Care. This research had a quantitative, analytical, clinical, comparative, controlled and randomized design. Candidates were elderly people living in the area covered by six Family Health Units in the western district of Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil. The two-step cluster sampling method – random cluster selection and simple random sampling – was adopted for sample selection. The selected participants were people aged 60 years and over who self-reported alcohol consumption, classified with AUDIT score ≥ 5 and ≤ 19 , and found at their residences during the home visits. After positive pre-screening for alcohol consumption, questionnaires covering sociodemographic variables and health conditions and the AUDIT questionnaire were used for screening. The selected participants were randomly allocated into one of two groups: a control group, which received an information leaflet, and an intervention group, which received the Brief Intervention protocol involving the guiding principles of the FRAMES model, making use of elements of motivational interviewing, based on the Cognitive-Behavioral Theory. Analyses were performed using R software version 4.0.3, using Fisher's exact test and mixed effect analysis of variance. The study was approved by the Research Ethics Committee under Opinion number 2,768,850 and by the Brazilian Registry of Clinical Trials with identifier RBR-57qgrj. The groups were not statistically different as to sociodemographic variables and health conditions, including aspects related to alcohol consumption. A more pronounced and significant reduction in the pattern of alcohol consumption was observed in the intervention group over a period of 3 to 6 months. This positive effect was also evident in the decrease observed in habitual alcohol consumption and binge drinking behavior. The results show the possibility of recommending the brief intervention protocol to reduce risky alcohol consumption among older people assisted in Primary Health Care.

Keywords: Alcohol Drinking. Elderly. Brief Interventions. Primary Health Care.

RESUMEN

LIMA, D. W. C. **Efectividad de la intervención breve para reducir el consumo de riesgo de alcohol en adultos mayores en Atención Primaria de Salud.** 2023. 168 p. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) – Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023.

Evaluar la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de riesgo de alcohol en personas mayores asistidas por la Atención Primaria de Salud. Se trata de una investigación con diseño cuantitativo, analítico, clínico, comparativo, controlado y aleatorizado. Los candidatos eran personas mayores residentes en el área de cobertura de seis Unidades de Salud de la Familia en el distrito occidental de Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil. Para la selección de la muestra, se adoptó el método de muestreo por conglomerados en dos etapas: selección aleatoria por conglomerados y muestreo aleatorio simple. Los participantes seleccionados fueron aquellos con edad igual o superior a 60 años que auto-refirieron consumo de alcohol, clasificados con puntuación AUDIT ≥ 5 y ≤ 19 y que estaban en sus casas en la ocasión de la visita domiciliaria. Luego del pre-tamizaje positivo para consumo de alcohol, se procedió al momento del tamizaje con la aplicación de cuestionarios sobre datos sociodemográficos, condiciones de salud y AUDIT. Los seleccionados fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: un grupo control, que recibió el folleto informativo, y otro grupo de intervención, el protocolo de Intervención Breve, que involucró los principios rectores del modelo FRAMES utilizando elementos de la entrevista motivacional, basada en la Teoría Cognitiva de Comportamiento. Los análisis de datos se realizaron utilizando el software R versión 4.0.3 utilizando la prueba exacta de Fisher y el análisis de varianza con efecto mixto. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación a través del dictamen número 2.768.850 y por el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos con identificador RBR-57qgrj. Para las variables sociodemográficas, condiciones de salud incluyendo aspectos relacionados al consumo de alcohol, no fue posible identificar que los grupos fueran estadísticamente diferentes. Hubo una reducción más acentuada y significativa en el patrón de consumo de alcohol en el grupo de intervención, en un período de 3 a 6 meses. Este efecto positivo también se observó en la disminución del consumo habitual y la conducta de beber en exceso. Los datos encontrados muestran la posibilidad de recomendar un protocolo de intervención breve para personas mayores con riesgo de consumo de alcohol asistidas por la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Consumo de Bebidas Alcohólicas. Persona mayor. Breves Intervenciones. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de uma dose padrão	28
Figura 2 -	Apresentação das seis USF Núcleo do Distrito Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo	43
Figura 3 -	Fluxograma da triagem dos idosos usuários de álcool	51
Figura 4 -	Definições e funções dos princípios FRAMES	53
Figura 5 -	Abordagem OARS para entrevista motivacional	54
Figura 6 -	Fluxograma dos participantes conforme diagrama CONSORT	62

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Padrão do consumo de risco de álcool em cada grupo e tempo	67
Gráfico 2 -	Comportamento <i>binge drinking</i> em cada grupo e tempo	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Medições de álcool específicas do país	27
Tabela 2 -	Distribuição das Unidades Saúde da Família por Distrito, quantidade de equipes e número de idosos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018	42
Tabela 3 -	Distribuição das Unidades Saúde da Família Núcleo por quantidade de microáreas e número de idosos usuários de álcool, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018	44
Tabela 4 -	Classificação dos idosos conforme seus padrões de consumo de álcool	49
Tabela 5 -	Frequências absolutas e percentuais para variáveis sociodemográficas por grupos e para a amostra completa	63
Tabela 6 -	Frequências absolutas e percentuais para variáveis condições de saúde por grupos e para a amostra completa	64
Tabela 7 -	Frequências absolutas e percentuais para variáveis consumo de álcool por grupos e para a amostra completa	65
Tabela 8 -	Frequências absolutas e percentuais para padrão de consumo de álcool por grupos nos tempos T1 e T2	66
Tabela 9 -	Medidas descritivas para os desfechos secundários numéricos	68
Tabela 10 -	Frequências absolutas e percentuais para comportamento <i>binge drinking</i> .	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AESM	Atenção Especializada em Saúde Mental
ANOVA	Análise de variância
APS	Atenção Primária à Saúde
ATEnf	Auxiliares/Técnicos em Enfermagem
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption</i>
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
BRAINE	<i>Brief Alcohol Intervention for Elderly</i>
CAGE	<i>Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener</i>
CAPP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CARET	<i>Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool</i>
CDT	Transferrina deficiente em carboidratos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRR UERN	Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSORT	Padrões Consolidados para Relatar Ensaios
CSAT	<i>Center for Substance Abuse Treatment</i>
DGA	<i>Dietary Guidelines for Americans</i>
EaD	Educação a Distância
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ELSI-BRASIL	Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros
EM	Entrevista motivacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
EtG	Etilglucuronídeo
EUA	Estados Unidos
FAEN	Faculdade de Enfermagem
FISAC	Fundación de Investigaciones Sociales Asociación Civil
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FRAMES	<i>Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathic, Self-efficacy</i>
G	Grupo
GC	Grupo Controle
GI	Grupo de Intervenção
GGT	Gama-Glutamil Transpeptidase
GT	Grupo de Trabalho
I	Interação
IARD	International Alliance for Responsible Drinking
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBU	<i>International Bitterness Unit</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IntNSA	<i>Internacional Nurses Society on Addictions</i>
MAST	<i>Michigan Alcoholism Screening Test</i>
MAST-G	<i>Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric</i>
MS	Ministério da Saúde
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NHMRC	<i>National Health and Medical Research Council</i>
NUDPAS	Núcleo de Estudos sobre Distúrbios Psiquiátricos: Assistência e Pesquisa
OARS	<i>Open questioning, Affirming, Reflecting and Summarizing</i>
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
POSAMINO	POtentially Serious Alcohol–Medication INteractions in Older adults
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
RP	Ribeirão Preto
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SEAD	Sistema Estadual de Análise de dados
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SHARE	<i>Senior Health and Alcohol Risk Education</i>

SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP
SMAD	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas
SMAST-G	<i>Short Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUPERA	Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIP-26	<i>Treatment Improvement Protocol 26</i>
TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
T	Tempo
T0	Tempo 0, tempo inicial, linha de base
T1	Tempo 1, terceiro mês
T2	Tempo 2, sexto mês
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UERN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNP	Universidade Potiguar
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VCM	Volume Corpuscular Médio
VD	Visita domiciliar
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ACADÊMICA	18
1.2	ESTRUTURA DA TESE	22
1.3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
1.3.1	Consumo de álcool em idosos	23
1.3.2	Recomendações para o consumo de álcool em idosos	26
1.3.3	Identificação do consumo de álcool em idosos	29
1.3.4	Intervenção breve para álcool em idosos	33
2	OBJETIVOS	39
2.1	OBJETIVO GERAL	39
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3	HIPÓTESES	40
4	MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1	DESENHO DO ESTUDO	41
4.2	CONTEXTO DE PESQUISA	41
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	44
4.4	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	46
4.4.1	Questionário sobre dados sociodemográficos	46
4.4.2	Questionário sobre condições de saúde	47
4.4.3	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool	47
4.5	PROCEDIMENTOS	49
4.5.1	Pré-triagem	49
4.5.2	Triagem	50
4.5.3	Grupo controle	52
4.5.4	Grupo intervenção	53
4.5.5	Acompanhamento e avaliação	57
4.6	PRÉ-TESTE	58
4.7	DESFECHOS	58
4.7.1	Desfecho primário	58
4.7.2	Desfecho secundário	58
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	58

4.9	PRECEITOS ÉTICOS	59
5	RESULTADOS	61
5.1	COMPARAÇÃO DOS GRUPOS EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS BASAIS DE INTERESSE	63
5.2	DESFECHO PRINCIPAL: PADRÃO DE CONSUMO	66
5.3	COMPARAÇÕES AO LONGO DO TEMPO PARA DESFECHOS DE INTERESSE	67
6	DISCUSSÃO	70
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	72
6.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE	76
6.3	ASPECTOS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL	82
6.4	PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO BREVE PARA ÁLCOOL EM IDOSO	85
6.5	DESFECHO PRINCIPAL	93
6.6	DESFECHOS SECUNDÁRIOS DE INTERESSE	100
6.6.1	Consumo habitual de álcool em idosos	101
6.6.2	Consumo excessivo de álcool em idosos	103
6.7	LIMITAÇÕES E MÉRITOS DO PRESENTE ESTUDO	106
6.8	IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	107
7	CONCLUSÕES	109
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXOS	143
	APÊNDICES	150

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ACADÊMICA

Sempre fui movido pela vontade de aprender e ajudar. Não imaginava até onde o conhecimento me levaria, apenas confiava que seria uma busca constante. Cursei graduação em enfermagem, na modalidade licenciatura e bacharelado, pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e mestrado em cuidados clínicos em enfermagem e saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Iniciei minha atuação profissional como enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e como docente na Universidade Potiguar (UNP). Nestes lugares, encontrei pessoas e vivenciei situações que contribuíram para maior interesse pelas discussões na área de saúde mental, saúde do idoso e consumo de álcool e outras drogas.

Na condição de docente da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da UERN, ministrei conteúdos de saúde mental em disciplinas de aplicação teórica-prática, onde tive a oportunidade de estar mais próximo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nos serviços de saúde junto às pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Essa realidade me provocou inquietações sobre o crescimento do número de pessoas que consomem álcool, principalmente os idosos que necessitavam de intervenções mais específicas e efetivas.

Fui coordenador e tutor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET - Rede de Atenção Psicossocial) da UERN. Desenvolvi atividades que envolveram discentes dos cursos de medicina, enfermagem, serviço social e educação física com preceptores inseridos nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada em Saúde Mental (AESM) no município de Mossoró-RN. A articulação ensino-serviço permitiu aproximações do conhecimento teórico sobre as políticas voltadas ao consumo de drogas com as práticas dos profissionais de saúde e as vivências de cada pessoa que faz uso de drogas. Colaborei com a formação de acadêmicos e com a educação permanente em saúde dos profissionais do serviço, por meio do fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atuei como orientador do projeto Caminhos do Cuidado no estado do Rio Grande do Norte. Foi realizado processos de formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares/Técnicos em Enfermagem (ATEnf)

da APS. Acompanhei tutores, em Educação a Distância (EaD), por meio de registros acadêmicos, discussões em fóruns e construções de relatórios. Estes recursos possibilitaram estar próximo das situações-problema presentes no cotidiano dos territórios que envolvem o cuidado em saúde mental e consumo de álcool e outras drogas.

Participei da coordenação do Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas (CRR UERN). Integrei o grupo de professores na orientação das atividades dos bolsistas do curso de enfermagem, serviço social e direito da UERN e na realização de processos formativos voltados para a temática das políticas sobre drogas e sua interface com outras políticas. Os processos formativos foram destinados à formação presencial permanente de trabalhadores e graduandos das áreas de saúde, assistência social, educação, segurança pública, direito, além de agentes e lideranças de organizações não-governamentais. O processo de formação promoveu discussões de casos, compartilhamento de experiências, projetos de intervenção e eventos sobre saúde mental e drogas. Estes espaços possibilitaram reflexões críticas sobre as concepções estigmatizadoras e as práticas excludentes às pessoas que fazem uso de drogas, bem como despertaram problemáticas importantes para realização de novas pesquisas e práticas de cuidado.

O interesse pela temática foi potencializado quando participei como discente no curso de Pós-Graduação *lato sensu* Formação de pesquisadores em álcool e outras drogas psicoativas. Foi promovido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP da Universidade de São Paulo – USP em convênio com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. Este curso permitiu um conhecimento atualizado por meio de estudos e pesquisas que permeiam o fenômeno do uso de drogas. Nestes momentos tive experiências que despertaram ideias para realizar pesquisas na área do consumo de álcool, suas implicações aos idosos e os desafios na sua abordagem.

Participei da construção de dois artigos publicados como capítulos do livro “*Experiencias de formación en investigación con el tema substâncias psicoativas*” como resultados da pós-graduação anteriormente mencionada. Colaborei também com o artigo “Perfil, produção e avaliação de participantes das Américas e África em uma especialização sobre drogas” publicado na série temática “Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem”, promovido pelo Centro Colaborador da Organização Panamericana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil. O trabalho de conclusão da especialização gerou dois artigos publicados em periódicos

nacionais: “Os significados e as relações dos idosos com as drogas” e “Os itinerários terapêuticos de idosos que fazem uso problemático de álcool”.

Com interesse de ampliar a pesquisa sobre consumo de álcool e outras drogas em idosos, iniciada na especialização, participei da seleção do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. Fui aprovado em nível doutorado, na linha de pesquisa uso e abuso de álcool e drogas.

Durante o período de curso de doutorado, participei de reuniões de estudo sobre fundamentos e métodos em pesquisa e outras atividades do laboratório de pesquisa, Núcleo de Estudos sobre Distúrbios Psiquiátricos: Assistência e Pesquisa – NUDPAS, como acompanhamento de discentes de iniciação científica na coleta de dados do projeto “Idosos em seguimento da Atenção Primária à Saúde: o uso do álcool e depressão” e na análise do projeto “Motivos para o uso de álcool e outras substâncias psicoativas lícitas por idosos na atenção primária”. Essas atividades possibilitaram aproximações com os idosos e o contexto da APS do município de Ribeirão Preto (RP) em São Paulo (SP). Também contribuí com atividades de ensino nas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à EERP/USP e no preparo de projetos para obtenção de fomento à pesquisa.

As leituras sobre a temática, as discussões no grupo de pesquisa e as interlocuções com minha orientadora e outros pesquisadores fortaleceram a construção de trabalhos que foram apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais. Em destaque, no VI Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas coordenei o grupo de trabalho (GT) “O trabalho com famílias no cuidado ao indivíduo que faz uso problemático de drogas” e no VII Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas o GT “Experiências e estratégias terapêuticas voltadas ao cuidado de pessoas que usam drogas psicoativas”. No III Simpósio Internacional em Enfermagem em Adições tive a oportunidade de torna-se membro do capítulo brasileiro da *International Nurses Society on Addictions* (IntNSA).

Outra conquista foi o prêmio “Maria Aparecida Minzoni” no XV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica com o trabalho intitulado “Humanização no Cuidado em Saúde Mental: Compreensões dos Enfermeiros”, classificado como melhor trabalho completo. O prêmio é destinado aos pesquisadores em saúde mental e/ou especialistas em enfermagem psiquiátrica que se destacam em sua atuação qualificada e empreendedora em pesquisas científicas relacionadas

ao cuidado em saúde mental e sua evolução. Publiquei ainda mais de dez artigos na área de estudo “uso e abuso de álcool e drogas” em periódicos científicos nacionais e internacionais.

Particpei de outras atividades vinculadas a EERP/USP como membro de bancas examinadoras de Trabalhos de Conclusão de Curso; colaborador em disciplina da graduação “Cuidados em saúde mental”; avaliador de trabalhos do 25º ao 29º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP (SIICUSP) e monitor no Programa Formação de Professores da USP. Além disso, atuei como revisor dos periódicos: Revista Interface (Botucatu); Cadernos do Cuidado; Cadernos Brasileiros de Saúde Mental e Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD).

Os vários caminhos profissionais e acadêmicos tomados até aqui fizeram parte da minha escolha de pesquisa. Após várias reuniões com minha orientadora, momentos em que surgiram muitas ideias para área de investigação, decidimos desenvolver o projeto com o propósito de intervir no consumo de álcool em idosos assistidos na APS. Surgiu a necessidade de atender os interesses do serviço, ser útil aos idosos e abordar uma intervenção realizável no prazo do doutorado.

Na construção dessa tese, precisei fazer pausas, aceitar vulnerabilidades e ser cuidado. Na minha dissertação escrevi como é difícil, ser gente, sentir e sobretudo escutar. Agora acrescento como é difícil ser escutado, estabelecer limites, reconhecer conquistas e lidar com perdas e imperfeições. Para tanto, deixei ir às incertezas para viver mais experiências significativas do momento presente, sem julgamentos e obrigação. Resgatei minhas motivações, acolhi meus sentimentos e ressignifiquei vivências para seguir em frente.

1.2 ESTRUTURA DA TESE

A intenção do pesquisador foi construir um protocolo de IB e intervir para diminuição do consumo de álcool em idosos assistidos na APS. Esse estudo foi estruturado em capítulos e os seus conteúdos são descritos a seguir:

Os capítulos iniciais contêm uma revisão da literatura que está dividida em quatro partes: a primeira explora os aspectos conceituais e epidemiológicos do processo de envelhecimento, do álcool e do consumo de álcool em idosos; a segunda aborda as medidas referentes a quantidade ou a frequência do consumo de álcool que podem ser mais precisas para caracterizar a extensão do consumo de risco de álcool em idosos; a terceira apresenta os principais instrumentos e questões para identificação do consumo de álcool entre idosos assistidos na APS e a quarta discute as características essenciais que constituem o processo da intervenção breve para idosos que consomem álcool, detalhando a justificativa, a problemática e a questão de pesquisa. Em seguida, foram descritos os objetivos e as hipóteses do estudo.

No capítulo posterior são delineados a abordagem metodológica e os métodos. Ele explica o desenho do estudo, o contexto, a amostra e os instrumentos utilizados. Também demonstra como foram realizados os procedimentos, desde a pré-triagem ao acompanhamento e avaliação e como o processo de análise e as questões éticas foram abordados.

Em outro capítulo, os detalhes das entrevistas dos participantes e das intervenções são apresentados com resultados principais sendo identificados. No próximo capítulo discute os resultados com produções científicas relevantes, identificando conexões e lacunas no conhecimento. Ainda são descritos as limitações e pontos fortes do presente estudo, as implicações para a pesquisa e a prática de enfermagem. Por fim, a conclusão apresenta a explicação do percurso deste estudo, as aprendizagens alcançadas e possíveis recomendações.

1.3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.3.1 Consumo de álcool em idosos

O envelhecimento é um fenômeno que atinge toda a população e é um processo dinâmico, progressivo e diverso, advindo de mudanças biológicas, sociais, psíquicas e tecnológicas que ocorreram ao longo de todo o curso da vida. Estas mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento não são lineares e afetam diretamente a capacidade funcional e o bem-estar de cada idoso (WHO, 2015, 2019).

O envelhecimento populacional tem chamado à atenção das autoridades sanitárias no mundo inteiro por se tratar de um ciclo de vida que apresenta necessidades singulares. Pois, há uma previsão de que em 2050 existirão dois bilhões de idosos no mundo e dentre os quais 70 milhões viverão no Brasil (CROME; CROME, 2018; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O crescimento do envelhecimento populacional significa um aumento da expectativa de vida em consequência da diminuição nas taxas de mortalidade e de natalidade, provocando uma significativa alteração na estrutura etária da população. Refere-se também a ocorrência de um aumento na qualidade de vida devido os avanços da saúde e da tecnologia para atender os problemas de saúde enfrentados pelos idosos que, na maioria, são associados às doenças crônicas não transmissíveis, categoria na qual o consumo de álcool é considerado um fator de risco (CHATTERJI *et al.*, 2015; CROME; CROME, 2018; CRUZ *et al.*, 2017; GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; LINDGREN, 2016; REHM *et al.*, 2017).

Nos estudos de diversos países e regiões visualizam-se diferentes definições ao termo “adulto mais velho” ou “idoso” para estabelecer o ponto de corte específico à idade. Pesquisadores relacionam o termo “adulto mais velho” a idade cronológica, variando de 50 anos ou mais a 65 anos e até mais anos, ou aos eventos como aposentadoria. Já o termo “idoso” é mais usado em estudos internacionais para se referir a uma pessoa com 65 anos ou mais (CROME; CROME, 2018; DINIZ *et al.*, 2017; SACCO, 2017).

No Brasil, a maioria dos estudos segue a definição do idoso aquele com 60 anos ou mais de idade, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002) para países em desenvolvimento e compreendida no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2007) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006). Quando se trata de consumidores de álcool, estudos adotam 50 anos como ponto de corte para definir idoso por

reconhecer que, em consequência do consumo, estas pessoas tendem acentuar o processo de envelhecimento. Com essa visão ampliada, permite a comparação no nosso estudo, de forma mais consistente e desafiadora, das faixas etárias como 50 a 59 anos com aquelas de 60 anos ou mais (CLAUSEN *et al.*, 2016; DINIZ *et al.*, 2017; ROCHE *et al.*, 2020).

Apesar do aumento nas últimas décadas do uso de drogas ilícitas e prescrição de medicamentos entre idosos em todo mundo, o álcool continua sendo a substância mais consumida nesta população (DEGENHARDT *et al.*, 2018; KUERBIS *et al.*, 2014; SACCO, 2019). Em estudos europeus recentes sobre o consumo de álcool entre idosos, sete a nove em cada dez idosos relataram consumir álcool (GARCÍA-ESQUINAS *et al.*, 2018; MUÑOZ *et al.*, 2018).

As projeções da OMS indicam o consumo de álcool como uma das principais causas de morbidade, mortalidade e danos sociais (GRANT *et al.*, 2017; WHO, 2019). Geralmente, observa-se uma relação entre o aumento de consumo de álcool e os riscos à saúde. Vários fatores estão associados a esse crescente desafio para a sociedade (LAL; PATTANAYAK, 2017; REHM *et al.*, 2017; WHO, 2019). Esses incluem aumento na prevalência de consumidores de álcool devido ao crescimento do envelhecimento populacional, aumento do consumo pelos adultos e maior aceitação do consumo de álcool, e aumento do consumo de álcool entre mulheres e idosos (KELLY *et al.*, 2018; WOOD *et al.*, 2018).

Observa-se que existe uma menor preocupação com o consumo de álcool dos idosos ao nível de Atenção à Saúde pelas evidências de menores taxas de consumo quando comparadas aos jovens e adultos jovens (BARRY; BLOW, 2016; DINIZ *et al.*, 2017; KUERBIS *et al.*, 2014; KUERBIS, 2020; TEVIK *et al.*, 2021; WAAD; PAPADOPOULOS, 2014). Isto reflete nas pesquisas, campanhas de saúde pública e práticas clínicas, que de certa forma negligenciam a ocorrência da problemática do consumo de álcool em idosos (KUERBIS *et al.*, 2014; KUERBIS, 2020; LAL; PATTANAYAK, 2017; WHO, 2014). Embora o consumo de álcool diminua ao longo da vida, estudos mostram o aumento do número de ocasiões e níveis mais altos de consumo de álcool, especialmente a geração *baby boomer* (nascidos entre 1945 e 1964), do que gerações anteriores de idosos (BHATIA *et al.*, 2015; BLOW; BARRY, 2014; HAN; MOORE, 2018).

Estima-se que uma proporção significativa de idosos da população mundial tenha um padrão de consumo de álcool que os coloque em risco (WAAD; GALVANI, 2014). Nos primeiros estudos sobre consumo de álcool em ambientes de cuidados primários, *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT) (1999) e Blow *et al.* (2000) já apontavam que 5 a 15%

da população eram adultos mais velhos em consumo de risco de álcool. Todavia, ainda são poucos estudos que avaliam diretamente esse consumo no idoso (AGUILA; GUERRERO; VEJA, 2016; CHAGAS *et al.*, 2019; LAL; PATTANAYAK, 2017; MARTINS *et al.*, 2016; NORONHA *et al.*, 2019).

O presente estudo considera consumo de risco de álcool em idosos como caracterizado por aqueles que podem experimentar aumento de danos de desenvolver problemas físicos, psicológicos e sociais ou já estão enfrentando estes problemas como resultados do consumo combinado com doenças e medicamentos contraindicados (BARNES *et al.*, 2016; DAWSON, 2011; GOUGH *et al.*, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014; MOORE *et al.*, 2011; TEVIK *et al.*, 2021).

O consumo de risco de álcool pelos idosos pode ter início precoce ou tardio. Geralmente, o início precoce ocorre na adolescência e continua ou atinge seu ápice na idade adulta, persistindo em idades mais avançadas, muitas vezes com períodos de abstinências e reincidências do consumo excessivo. O início tardio refere-se aqueles que iniciaram o consumo de álcool apenas quando idosos, muitas vezes em consequência de situações específicas do envelhecimento, incluindo doenças, perdas e mudanças sociais (ANDERSEN *et al.*, 2015; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017).

O consumo de risco de álcool ao transtorno por uso de álcool está aumentando entre os idosos (BYE; MOAN, 2020; GRANT *et al.*, 2017; HAN *et al.*, 2017; TEVIK *et al.*, 2021). A proporção do consumo de álcool para pessoas com 60 anos ou mais na Noruega cresceu substancialmente de 60% em 1985 para mais de 80% em 2005 a 2019 (BYE; MOAN, 2020). Estudo realizado nos Estados Unidos (EUA), entre 2001 e 2013, demonstrou que o consumo de álcool pelos idosos aumentou 22,4% no último ano, o consumo de risco de álcool aumentou 65,2% e o transtorno por uso de álcool aumentou 106,7% (GRANT *et al.*, 2017). Já outro estudo nos EUA relatou um aumento relativo de 19,2% do consumo excessivo de álcool e 23,3% dos transtornos por uso de álcool em idosos de 2005 a 2014 (HAN *et al.*, 2017). O crescente consumo de álcool em idosos é considerado uma realidade silenciosa e oculta que, se não reconhecida e prevenida, pode ter consequências prejudiciais a longo prazo para esta população (DONATELLI; SOMES, 2014; HOLDSWORTH *et al.*, 2017).

No Brasil, Castro-Costa *et al.* (2008) realizaram o primeiro estudo sobre o padrão de consumo de álcool entre idosos e encontraram que 12% dos participantes relataram consumo de risco, 10,4% consumo excessivo e 2,4% possível dependência. Já um estudo mais recente analisou o padrão de consumo de álcool com 10.537 idosos (90,1%) participantes da Pesquisa

Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e encontrou uma prevalência de 4,6% para consumo de risco (NORONHA *et al.*, 2019).

Estudo de Barbosa *et al.* (2018) apresentou a análise de 400 questionários aplicados aos idosos residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, e mostrou que 26,7% consumiam álcool e, destes, 5,4% foram classificados como consumidores de risco e 16,7% praticaram consumo excessivo. Outro estudo transversal, com base nos dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-BRASIL), de 2015 a 2016, identificou uma prevalência de 23,8% do consumo atual entre pessoas com 60 anos ou mais, 3,9% em consumo de risco e 6,7% consumo excessivo (PAULA *et al.*, 2021). Esses estudos brasileiros demonstraram diferentes prevalências dos padrões de consumo em anos distintos de publicação, que refletem a inexistência de critérios nacionais de classificação para consumo de álcool e a carência de diretrizes específicas direcionadas aos idosos.

1.3.2 Recomendações para o consumo de álcool em idosos

É importante estimar as medidas referentes a quantidade e a frequência do consumo de álcool que podem ser mais precisas para descrever a extensão do consumo de risco em idosos. Entretanto, não há consenso internacional sobre o número de gramas (g) em uma dose padrão de álcool (DAWSON, 2011; FISAC, 2020; GELL; MEIER; GOYDER, 2015; KALINOWSKI; HUMPHREYS, 2016; KUERBIS, 2020; TEVIK *et al.*, 2021). Veja a seguir:

Tabela 1 - Medições de álcool específicas do país

País	Uma dose padrão / unidades (gramas de etanol)
Reino Unido, Malta, Coreia, Costa Rica, Guiana, Seychelles	8
Irlanda, Austrália, França, Nova Zelândia, Holanda, Cingapura, Eslovênia, Uruguai, Albânia, Namíbia, Croácia, Suíça, Fiji, Estônia, Luxemburgo, República Tcheca, Geórgia, Polônia, Bósnia-Herzegovina, Espanha, Ucrânia e Rússia	10
Dinamarca, Finlândia, Itália, Letônia, Cazaquistão, Filipinas, Romênia, Suécia	12
México	13
Canadá	13,5
Estados Unidos, São Vicente e Granadinas, Benin, Argentina	14
Macedônia	14,2
Japão	20

Fonte: *International Alliance for Responsible Drinking (IARD) (2022)*, adaptado por Lima (2022).

Os valores para uma dose padrão variaram entre 8 g de álcool até 20 g por medida (IARD, 2022). Isso significa que mesmo com diretrizes definidas, podem ser interpretadas de forma diferente entre os países e regiões (FISAC, 2020; KALINOWSKI; HUMPHREYS, 2016; TEVIK *et al.*, 2021).

Na Alemanha, a ingestão diária recomendada é de 12 g de álcool para mulheres e 24 g para homens, incluindo dois dias sem álcool na semana. Na Dinamarca, as diretrizes de consumo semanal de baixo risco são sete doses padrão (uma dose padrão = 12 g) de etanol para mulheres e 14 g para homens (ANDERSEN *et al.*, 2020). No Reino Unido é definido uma dose padrão igual 8 g e recomenda-se não ultrapassar 14 g por semana (WOOTEN *et al.*, 2017). Na Noruega, não é aconselhável beber todos os dias ou mais de duas doses de álcool no mesmo dia para os idosos (≥ 3 doses padrão / ≥ 36 g de álcool), na perspectiva de evitar os riscos relacionados ao álcool (HELVIK, 2020; STELANDER *et al.*, 2021).

O *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* na Austrália adotou a dose padrão 10 g de álcool e estabeleceu os limites de consumo baseado por dia em média (consumo em risco a longo prazo) e de consumo ocasional pelo menos mensalmente (consumo em risco a curto prazo). Estipula-se que os idosos saudáveis não devem consumir álcool não mais do que duas doses por dia em média e não mais do que quatro doses em uma única ocasião (CHAPMAN *et al.*, 2020).

As diretrizes nos EUA desenvolvidas pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) (2015) recomendam que o consumo de álcool para mulheres e homens com 65 anos ou mais seja limitado a uma dose padrão por dia ou sete doses padrão por semana e não mais de três doses em uma única ocasião. Caso tenha problema de saúde ou toma certos medicamentos, indica-se beber menos ou não beber (ANDERSEN *et al.*, 2020; BARNES *et al.*, 2016; HAN; MOORE, 2018; HAN *et al.*, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Uma dose padrão nos EUA é estabelecida como 14 g de etanol (350ml de cerveja/chope cerca de 5% de álcool = 150ml de vinho cerca de 12% de álcool = 45ml de destilado cerca de 40% de álcool) (NIAAA, 2015).

De acordo com o 2015 - 2020 *Dietary Guidelines for Americans* (DGA), sugere-se que os idosos para consumir álcool podem escolher não beber ou beber, limitando o consumo a uma dose em um dia para mulheres e até duas doses para homens (LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Estudo realizado por Kuerbis *et al.* (2017) nos EUA segue as orientações da OMS e indica o consumo de risco de álcool como maior que duas doses padrão por dia em média (KUERBIS, 2020; WHO, 2014, 2017).

No Brasil, ainda não existem regulamentações para definição de dose padrão e diretrizes para consumo de álcool, sobretudo para idosos (CHAGAS *et al.*, 2019; DINIZ *et al.*, 2017). É mais comum seguir as medidas adotadas pela OMS que sugere a dose padrão, aproximadamente, 10 a 12 g de etanol (330ml de cerveja/chope cerca de 4% de álcool = 100ml de vinho cerca de 12% de álcool = 30ml de destilado cerca de 40% de álcool) (WHO, 2014).

Figura 1 - Quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de uma dose padrão



Fonte: WHO (2014), adaptado por Lima (2018).

As recomendações para os limites do consumo de álcool ao idoso ainda são incipientes na prática clínica e nas pesquisas nacionais e internacionais (CHAGAS *et al.*, 2019; DINIZ *et al.*, 2017; KUERBIS, 2020; MUÑOZ *et al.*, 2018; STELANDER *et al.*, 2021). O início ou a continuidade do consumo prejudicial de álcool em idosos pode ser evitado com intervenções eficazes que atendam as especificidades da idade e considerem o consumo de álcool entre idosos como um grupo heterogêneo com diferentes experiências e significados relacionados ao álcool (ANDERSEN *et al.*, 2015; BAREHAM *et al.*, 2019; KELLY *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2017).

Para o consumo consciente de bebidas alcoólicas, torna-se necessário compreender a definição de dose padrão: a medida recomendada em gramas de etanol presente em uma quantidade determinada de bebida (FISAC, 2020; GELL; MEIER; GOYDER, 2015; TEVIK *et al.*, 2021). O conhecimento sobre dose padrão possibilita que o idoso entenda a quantidade que está bebendo, independentemente do tipo de bebida. Além disso, fornece as políticas públicas uma ferramenta para que programas de intervenção adotem o mesmo parâmetro.

1.3.3 Identificação do consumo de álcool em idosos

O uso de instrumentos ou questões de rastreamento ou marcadores biológicos podem ajudar nas ações de prevenção e tratamento para consumo de risco de álcool (HAN; MOORE, 2018). A identificação do consumo de álcool pode ser uma fase precursora para realização da intervenção breve aos idosos.

Os principais instrumentos comumente usados para avaliar o consumo de álcool em idosos são: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT); *Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption* (AUDIT-C); *Questionnaire Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener* (CAGE); *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST-G); *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST); *Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool* (CARET).

O instrumento mais mencionado nos artigos para triagem de consumo de risco de álcool em adultos mais velhos é o AUDIT (COULTON *et al.*, 2017; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Ele foi desenvolvido pela OMS e traduzido para vários idiomas (WHO, 2001), inclusive o português do Brasil (MÉNDEZ, 1999; LIMA *et al.*, 2005). Tem sido usado em diversos ambientes,

desde serviços inseridos na APS quanto na rede de atenção de urgência e emergência, para auxiliar na identificação precoce daqueles que bebem em situações de risco à saúde (WHO, 2001; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Contém 10 questões, cada uma com resposta que varia de 0 a 4 pontos, podendo atingir uma pontuação máxima de 40 (WHO, 2001).

Para atender uma aplicabilidade internacional, o AUDIT adota que uma dose padrão contém 10 g de álcool e recomenda que o ponto de corte considere o consumo de baixo risco não mais do que 2 doses padrão em qualquer dia, 7 doses por semana ou 5 dias por semana. O ponto de corte entre consumo de baixo risco e em risco pode exigir ajustes que atendam as questões nacionais e culturais, bem como os limites recomendados de consumo de álcool (HIGGINS-BIDDLE; BABOR, 2018; WHO, 2001).

O AUDIT-C consiste nas três primeiras perguntas do AUDIT (WHO, 2001) que identificam a frequência usual, quantidade típica de doses e consumo excessivo de álcool (COULTON *et al.*, 2017; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Cada pergunta é pontuada de 0 a 4 pontos e somada para uma pontuação total que varia de 1 a 12 pontos entre bebedores (HIGGINS-BIDDLE; BABOR, 2018).

O AUDIT-C é uma triagem validada para idosos com reconhecimento internacional e geralmente torna-se mais prática para rotina da APS (COULTON *et al.*, 2017; HIGGINS-BIDDLE; BABOR, 2018; JOHNSON *et al.*, 2013; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Dawson, Grant e Stinson (2005) identificaram o ponto de corte ≥ 4 no AUDIT-C como consumo de risco de álcool entre idosos, independente do sexo, o que foi confirmado por Aalto *et al.* (2011).

O questionário CAGE foi projetado por Mayfield, McLeod e Hall (1974). É composto por quatro perguntas dicotômicas (Sim/Não), de forma que duas ou mais respostas positivas são consideradas provável dependência de álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018). É o instrumento de triagem de consumo de álcool mais usado na prática em ambientes de APS devido a rapidez e a facilidade no cálculo do escore. No entanto, pesquisadores detectaram desvantagens no uso do CAGE, tais como: falhas na identificação de consumo excessivo de álcool; limitações na diferenciação entre consumo recente da história pregressa desse comportamento; dúvidas sobre sua sensibilidade e especificidade que remetem em inconsistência para uso em idosos (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018).

O *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) foi desenvolvido por Selzer em 1971 para jovens adultos (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; SELZER, 1971). Esse instrumento passou por adaptações e em 1992, o MAST-G foi o primeiro instrumento específico elaborado com o objetivo de avaliar o uso problemático de álcool em adultos mais velhos (BLOW *et al.*, 1992; HAN; MOORE, 2018).

O MAST-G é composto por 24 questões dicotômicas (Sim/Não), onde cada resposta positiva equivale a 1 ponto. Quando o escore é igual ou maior que 5, indica que há problema relacionado com o consumo de álcool. Possui alta sensibilidade (95%) e especificidade (78%) e geralmente tem fortes propriedades psicométricas (HAN; MOORE, 2018; PILLON; SANTOS; KANO, 2015).

Existe uma versão curta do MAST-G, conhecida por *Short Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version* (SMAST-G), que contém 10 perguntas sobre manifestações físicas e situações emocionais do uso excessivo de álcool, problemas no controle da quantidade de consumo e reações de outras pessoas em relação ao consumo de álcool do idoso. Nesta versão, duas ou mais respostas positivas indica que o idoso pode ter problemas com uso de bebidas alcoólicas (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; NAEGLE, 2008).

O ASSIST é outro instrumento de triagem desenvolvido pela OMS bastante utilizado na pesquisa e na prática profissional, mas ainda não foi validado em adultos mais velhos (HAN; MOORE, 2018; HUMENIUK *et al.*, 2008; KUERBIS *et al.*, 2014; WHO, 2002). Consiste em sete questões pontuadas para cada substância psicoativa (álcool, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos, opioides e outras drogas). Além disso, tem-se uma oitava pergunta, que não é pontuada, sobre o uso de drogas injetáveis. Estes questionamentos ajudam na avaliação do nível de risco no período de 3 meses anterior para cada substância e podem determinar o tratamento adequado (HAN; MOORE, 2018; HUMENIUK *et al.*, 2008). Os níveis de risco para consumo de álcool são baixo (0–10), moderado (11–26) e alto (≥ 27), já para as demais drogas são classificadas em baixo (0–3), moderado (4–26) e alto risco (≥ 27) (HUMENIUK *et al.*, 2008).

O CARET é um instrumento de triagem que identifica idosos em consumo de risco de álcool levando em consideração a quantidade do consumo de álcool, presença de comorbidades, sintomas físicos e psiquiátricos e uso concomitante com medicamentos (BARNES *et al.*, 2016; HAN; MOORE, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017).

O CARET demonstrou validade para avaliar o consumo de risco de álcool em adultos mais velhos em diferentes contextos. Apresenta alta sensibilidade (92%), porém menor

especificidade (51%), principalmente devido ao fato da maioria dos idosos serem consumidores em risco de medicamentos (BARNES *et al.*, 2016).

Outras questões de rastreamento foram abordadas por Han e Moore (2018) que realizaram uma adaptação proposta por Strobbe (2014) sobre a triagem de uma e duas perguntas validadas na população em geral (BROWN *et al.*, 2001; SMITH *et al.*, 2009; SMITH *et al.*, 2010). A triagem de pergunta única para consumo de risco de álcool é “Quantas vezes no último ano você bebeu 4 ou mais doses por dia?” (SMITH *et al.*, 2009) e a triagem de pergunta única para consumo de outras drogas é “Quantas vezes no último ano você usou uma droga ilegal ou um medicamento prescrito por motivos não médicos?” (SMITH *et al.*, 2010). Já a triagem com duas perguntas é constituída pelas questões: “No último ano, você já bebeu ou usou drogas mais do que pretendia?” “Você sentiu que queria ou precisava reduzir o consumo de álcool ou drogas no ano passado?” (BROWN *et al.*, 2001)

Nestas questões de triagem de 1 e 2 perguntas, uma resposta de maior que 1 é positiva para consumo de risco em idosos e possibilita que o entrevistador forneça *feedback* do padrão de consumo e orientações para mudança de comportamentos relacionados as drogas identificadas. Além disso, a triagem positiva pode sugerir a aplicação de outros instrumentos de triagem mais longos, porém mais confiáveis, por exemplo o AUDIT (HAN; MOORE, 2018; STROBBE, 2014).

Apesar da disponibilidade desses instrumentos de triagem, existem profissionais que confiam no consumo autorrelatado do álcool. Eles solicitam as pessoas a construção de um diário ou registros de anotações sobre o consumo de álcool que, na maioria das vezes, sem acompanhamento mais próximo da equipe de saúde, podem não ser uma representação fidedigna dos padrões de consumo de álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017). A realização da entrevista face a face pode ajudar o idoso a preencher as perguntas e recordar do consumo de álcool (TEVIK *et al.*, 2021).

Os biomarcadores também podem revelar mudanças nas funções do organismo do idoso pelo consumo de álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Um estudo exemplificou como biomarcador direto o etilglucuronídeo (EtG), que pode identificar o consumo de álcool em uma única dose, e como biomarcador indireto, a transferrina deficiente em carboidratos (CDT), que pode ser usada para diferenciar níveis de baixo e excessivo consumo (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017).

Outro estudo demonstrou mais biomarcadores indiretos usados em pesquisas científicas. Foi revelado que a elevação das enzimas transaminase glutâmico pirúvica (TGP),

transaminase glutâmico oxalacética (TGO) e gama-glutamil transpeptidase (GGT) podem indicar problemas hepáticos relacionado ao álcool. Mencionou também que o aumento no volume corpuscular médio (VCM) ou no GGT é mais específico na identificação de problemas relacionados ao consumo de álcool em idosos do que em jovens. Além disso, o VCM alto em idosos pode indicar um consumo excessivo de álcool e as causas secundárias desse elevado VCM, deficiência de vitamina B12 e/ou folato, podem sugerir complicações dos problemas relacionados ao consumo de álcool (LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016).

Vale salientar que os biomarcadores diretos e indiretos podem ajudar na detecção do consumo de risco de álcool, mas não devem substituir o uso de instrumentos de rastreamento e outros questionamentos durante as entrevistas iniciais, acompanhamento e avaliação de cada caso, especialmente considerando o custo-benefício (HAN; MOORE, 2018).

A identificação precoce do consumo de risco de álcool pode diminuir o agravamento de doenças crônicas, o comprometimento funcional em idosos e a demanda intensiva e prolongada dos serviços de apoio (HAN; MOORE, 2018; WOOTEN *et al.*, 2017). A busca de informações junto a familiares, amigos e/ou profissionais da saúde também podem ser úteis para identificar os possíveis candidatos para intervenção breve como abordagem de prevenção e tratamento (LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016).

1.3.4 Intervenção breve para álcool em idosos

As intervenções breves têm sido eficazes na redução do consumo de álcool na APS (KANER *et al.*, 2018; LEMIEUX; PURSER, 2022; O'DONNELL *et al.*, 2014; WHO, 2017). Elas podem variar na forma de aplicação, na quantidade de sessões, na duração do tempo e na presença ou não do profissional (MOYER; FINNEY, 2015; ROSÁRIO *et al.*, 2018; SERDAREVIC; LEMKE, 2013; WHO, 2017). Em geral, são sessões curtas de aconselhamento individual, face a face, conduzidas por qualquer profissional treinado (ANDERSEN *et al.*, 2020; COULTON *et al.*, 2017; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016; WOOTEN *et al.*, 2017). Podem ser constituídas de multicomponentes como folhetos informativos (COULTON *et al.*, 2017), relatórios personalizados (BARNES *et al.*, 2016), páginas na *web* (HAN *et al.*, 2018) e diário para registrar os níveis de consumo de álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017).

A quantidade das sessões de IB para o idoso em consumo de risco de álcool podem variar de uma até no máximo de cinco e a sessão pode ter um tempo de duração de cinco

minutos a uma hora; se for mais de uma sessão, considera-se como intervenções breves escalonadas (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; LEMIEUX; PURSER, 2022; WHO, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017). Existem situações que requerem uma intervenção denominada estendida por apresentar mais de cinco sessões ou mais de 60 minutos de duração total das sessões (ANDERSEN *et al.*, 2020; COULTON *et al.*, 2017; HAN; MOORE, 2018; KANER *et al.*, 2018; O'DONNELL *et al.*, 2014; WHO, 2017).

As intervenções breves têm uma boa relação custo-benefício e podem ser incluídas nas consultas dos profissionais de saúde, principalmente na APS (KEURHORST *et al.*, 2015; PLATT *et al.*, 2016; WHO, 2001). Nesta realidade, as intervenções breves podem ser realizadas por meio de atendimentos presenciais nos serviços de saúde (ANDERSEN *et al.*, 2020; COULTON *et al.*, 2017), telefone (BARNES *et al.*, 2016; LIN *et al.*, 2010) ou visitas de saúde a casa do idoso e outros ambientes comunitários (SCHONFELD *et al.*, 2010; WOOTEN *et al.*, 2017), além disso podem ser acessadas por meio de dispositivos ou plataformas digitais (HAN *et al.*, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017).

Wooten *et al.* (2017) mencionam a publicação do *Treatment Improvement Protocol 26* (TIP - 26), produzida em 1998 e atualizada em 2020 pelo CSAT. Inclui informações sobre como o consumo de álcool e outras drogas se manifestam em idosos. Ela fornece também orientações sobre intervenções breves para redução do consumo de risco das substâncias identificadas (CSAT, 1998, 2020; WOOTEN *et al.*, 2017).

Pesquisadores identificaram que as intervenções breves para idosos são estruturadas geralmente no modelo FRAMES (*Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathic, Self-efficacy*) (COULTON *et al.*, 2017; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017) e podem acrescentar técnicas da entrevista motivacional (EM) (ANDERSEN *et al.*, 2020; COULTON *et al.*, 2017; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; KUERBIS *et al.*, 2017; LAL; PATTANAYAK, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017) e habilidades da terapia cognitiva comportamental (TCC) (ANDERSEN *et al.*, 2020; BEYER *et al.*, 2019).

O acrônimo FRAMES é usado para descrever intervenções breves eficazes para álcool (MILLER; SANCHEZ, 1994) e seus elementos têm sido usados com êxito em idosos (FINK *et al.*, 2005; SCHONFELD *et al.*, 2010). As características da intervenção breve para álcool em idosos podem incluir o fornecimento de informações sobre comportamentos de saúde e os riscos associados ao nível de consumo; interpretação dos resultados da triagem e discussão sobre os motivos para beber e suas possíveis consequências, conhecendo as redes de apoio e

negociando um plano de mudanças para reduzir o consumo de álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; WOOTEN *et al.*, 2017).

A intervenção breve junto à entrevista motivacional tem sido indicada para idosos pela eficácia na redução do consumo de risco de álcool (KUERBIS, 2020). A entrevista motivacional tem como pressupostos a autonomia da pessoa a ser cuidada e uma abordagem colaborativa baseada na escuta terapêutica, na atitude empática e no relacionamento de confiança para entender a ambivalência ou resistência ao uso de drogas (BERTHOLET *et al.*, 2014; DICLEMENTE *et al.*, 2017; MILLER; ROLLNICK, 2012; WHO, 2017). Além disso, possibilita identificar a prontidão e os motivos para mudanças comportamentais e auxiliar no movimento em direção a melhoria nas condições de saúde relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (MOYER; FINNEY, 2015; ROSÁRIO *et al.*, 2018; SERDAREVIC; LEMKE, 2013; STROBBE, 2014).

A intervenção breve e a EM apresentam fundamentação teórica na TCC. Nessa perspectiva, é possível que as pessoas identifiquem como situações e emoções influenciam seus pensamentos e comportamentos, conscientizem-se da conexão entre eles e busquem melhoria para lidar com os problemas apresentados. A TCC é uma abordagem psicossocial e terapêutica que demonstra bons resultados em idosos e particularmente útil em ambientes de cuidados primários (BECK, 2014; CULLY *et al.*, 2017).

No momento da realização da intervenção breve aos idosos, é importante destacar a necessidade do uso de uma linguagem clara, sem julgamento e sem confronto pelos profissionais de saúde. É uma oportunidade de compartilhar como as recomendações sobre o consumo se relacionam diretamente em idosos e como o álcool pode ter impacto adverso em outras comorbidades e como pode ocorrer danos potenciais pelo uso de medicamentos prescritos e não prescritos que interagem com essa substância (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; ZANJANI *et al.*, 2018).

Coulton *et al.* (2017) recomendam que a intervenção breve para idosos em consumo de risco de álcool siga um processo semelhante da abordagem realizada para adultos em geral. Já outros autores indicam que abordagens específicas para idade podem proceder bons resultados na redução do consumo de álcool pelos idosos (KUERBIS *et al.*, 2017). Eles possuem riscos, atitudes e barreiras à mudança de comportamentos relacionados ao álcool diferentes dos jovens e dos adultos jovens. É importante ainda frisar a existência de idosos que necessitam de cuidados além das intervenções breves e que precisam ser encaminhados para cuidados especializados, quando necessário (HAN *et al.*, 2018; HAN; MOORE, 2018).

Geralmente, o consumo de álcool e outras drogas em idosos é subnotificado, subdetectado e subtratado (LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016). Na identificação para o consumo de álcool nesta população podem existir barreiras que influenciam a realização da intervenção breve (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016).

O estigma é uma das barreiras em torno dos problemas com o consumo de álcool devido, em parte, aos conceitos estereotipados de alcoólatra, dependentes químicos, viciados etc (AIRA; HARTIKAINEN; SULKAVA, 2005; BAREHAM *et al.*, 2020; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018). Isso pode difundir sentimentos de medo, desconforto e negação às questões relacionadas ao consumo de álcool e ao envelhecimento tanto aos profissionais quanto aos idosos, seus amigos e familiares (AIRA; HARTIKAINEN; SULKAVA, 2005; BAREHAM *et al.*, 2020; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017; LAL; PATTANAYAK, 2017; WHO, 2015).

Outras barreiras incluíam identificar o consumo de risco e não saber intervir, responsabilizar exclusivamente os idosos pela prevenção à saúde e atribuir o uso “moderado” de álcool como aceitável (CHAN *et al.*, 2021). A presença de obstáculos ao se movimentar na comunidade, a incapacidade de lidar com recursos financeiros (KUERBIS *et al.*, 2017), a falta de tempo devido as exigências de outras demandas de cuidado na APS e os desafios de integrar uso de instrumentos específicos para idade na rotina de trabalho também podem contribuir para efeitos negativos no cuidado em relação ao álcool (BAREHAM *et al.*, 2021; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LAL; PATTANAYAK, 2017).

Existem limitações nas evidências científicas sobre a efetividade da intervenção breve com álcool em diversos ambientes e diferentes grupos populacionais (O'DONNELL *et al.*, 2014; PLATT *et al.*, 2016). Em geral, permanecem dúvidas em termos de conceituação e implementação da intervenção breve na prática, especificamente para a América Latina (RONZANI *et al.*, 2017). Destaca-se ainda limitações nas evidências sobre intervenções preventivas para redução de riscos do consumo de álcool em idosos assistidos na APS (KELLY *et al.*, 2018; LOPEZ-NOLASCO *et al.*, 2018).

Poucos estudos recentes examinaram o impacto das intervenções breves no consumo de álcool em idosos (LEMIEUX; PURSER, 2022). Todos são publicados no idioma inglês com concentração de produção científica nos EUA, sendo a maioria caracterizados do tipo ensaio clínico randomizado (BARNES *et al.*, 2016; COULTON *et al.*, 2017; ETTNER *et al.*, 2014; HAN *et al.*, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017). Há variabilidade de

medidas e instrumentos para rastrear ou avaliar o consumo de álcool em idosos que dificulta a comparação dos achados entre os estudos (TEVIK *et al.*, 2021), bem como as intervenções breves são descritas de formas diversas e com pouco detalhes (CROME; CROME, 2018; HAN; MOORE, 2018).

Dada as lacunas existentes na literatura, visualiza-se a necessidade da realização de estudos na APS para melhor compreensão dos danos potenciais do consumo de álcool em idosos e, por conseguinte, implementar abordagens terapêuticas pertinentes no contexto de saúde pública (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; KELLY *et al.*, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016; LOPEZ-NOLASCO *et al.*, 2018; O'DONNELL *et al.*, 2014). Diante desta realidade, questiona-se: a intervenção breve seria uma abordagem efetiva no tratamento de idosos consumidores de álcool, inseridos na Atenção Primária à Saúde, para redução do consumo de risco?

A intervenção breve busca identificar pessoas com potenciais problemas relacionados ao consumo do álcool e motivá-las a pensar e/ou planejar uma mudança no seu comportamento com a bebida, tanto no padrão de consumo de risco quanto na redução da quantidade e frequência do consumo de álcool (KANER *et al.*, 2018). As intervenções breves visam pessoas que não são dependentes e que não procuram tratamento, porque apenas alguns se reconhecem como tendo problema com o álcool (GLASS *et al.*, 2017; KANER *et al.*, 2017; MCCAMBRIDGE; CUNNINGHAM, 2014; MOYER; FINNEY, 2015).

Em geral, revisões sistemáticas recentes encontraram evidências de ensaios clínicos randomizados de que intervenções breves realizadas na APS reduziram a quantidade de doses e a frequência do consumo de álcool e o número de ocasiões de consumo excessivo, em comparação com aqueles que receberam nenhuma ou mínima intervenção para álcool (KANER *et al.*, 2017; KANER *et al.*, 2018; KELLY *et al.*, 2018).

A compreensão dos principais riscos associados ao consumo de álcool e das barreiras à mudança podem tornar mais eficazes a triagem e a intervenção breve para o idoso (HAN; MOORE, 2018). Dado o envelhecimento da população que faz consumo de risco de álcool, são urgentemente necessárias intervenções personalizadas, proativas e multidimensionais (BAREHAM *et al.*, 2021). Essas ferramentas contribuirão para reduzir os comportamentos de risco, minimizar o início e as consequências graves do consumo de álcool, prevenir recaídas e sensibilizar os idosos que apresentam dificuldades em procurar ajuda (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017) ou que não tem acesso regular aos serviços na APS (KUEBIS *et al.*, 2017).

Existem evidências da efetividade de intervenções breves para redução do consumo de risco de álcool conduzidas por enfermeiros (GONZALEZ *et al.*, 2020; JOSEPH *et al.*, 2014; PLATT *et al.*, 2016). Eles ocupam posição privilegiada na APS para identificação precoce do consumo de risco de álcool, bem como podem desempenhar um papel fundamental no planejamento e desenvolvimento de intervenções breves personalizadas ao cuidado dos idosos (GONZALEZ *et al.*, 2020; KELLY *et al.*, 2018; ROSÁRIO *et al.*, 2018). Teoriza-se que a intervenção personalizada pode ser eficaz devido a evidência que os aconselhamentos dos enfermeiros e as preocupações com a saúde são motivadores essenciais na redução do consumo de álcool nesta população (KUEBIS *et al.*, 2017; PLATT *et al.*, 2016).

A realização dessa pesquisa, inédita no Brasil e demais países da América Latina, contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica mais efetiva na abordagem ao idoso em consumo de risco de álcool no âmbito da APS. Além disso, pode possibilitar aos idosos uma reflexão sobre sua história de vida e a relação desta na redução de riscos no consumo do álcool. A pesquisa contribui também para enfermagem, mais especificamente na materialização da intervenção breve, enquanto uma ferramenta terapêutica da enfermagem em saúde mental, centrada nas necessidades decorrentes da problemática do consumo do álcool pelos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos em consumo de risco de álcool assistidos pela Atenção Primária à Saúde;
- Construir um protocolo de intervenção breve para álcool em idosos;
- Verificar o padrão do consumo de álcool em grupos de idosos antes e após serem submetidos a intervenção breve (grupo intervenção) e a entrega do folheto informativo (grupo controle);
- Avaliar o consumo habitual e o comportamento *binge drinking*, antes e após 3 e 6 meses, dos grupos intervenção e controle.

3 HIPÓTESES

H0 = Ao final do estudo, não haverá diferença na proporção de idosos com padrão de consumo de risco de álcool, medido pelo AUDIT, quando comparados os grupos intervenção e controle.

H1 = Ao final do estudo, o grupo intervenção apresentará uma proporção inferior de idosos com padrão de consumo de risco de álcool do que o grupo controle.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de delineamento quantitativo, analítico, clínico, comparativo, controlado e randomizado. Foi realizado um rastreamento dos idosos que consomem álcool na APS, investigando seus padrões de consumo. Em seguida, foi avaliada a efetividade de um protocolo de intervenção breve com os idosos identificados em consumo de risco de álcool.

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, localizado na região noroeste do estado de São Paulo, com população estimada de 669.180 habitantes no ano de 2018, considerado o oitavo município mais populoso do estado. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade é elevado (0,800) em relação ao país, e possui o 21º maior Produto Interno Bruto (PIB) nacional (IBGE, 2013; SEADE, 2018). Ribeirão Preto é referência regional no âmbito da saúde, educação e agronegócios (GIORGI, 2017). O perfil demográfico do município mostra que as pessoas com 60 anos ou mais representam 15,31% da população, sendo 8,95% do sexo feminino e 6,36% do sexo masculino (RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018).

O território do município possui cinco macrorregiões de saúde divididos em: norte - Distrito de Simioni, sul - Distrito de Vila Virgínia, leste - Distrito de Castelo Branco, oeste - Distrito de Sumarezinho e central - Distrito Central, onde são localizados e distribuídos os serviços de saúde. Em relação aos serviços de saúde da APS, o município possui 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 17 Unidades de Saúde da Família (USF) com um total de 38 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 27 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Até 2017, a cobertura populacional para ESF era da ordem de 22,41%, que comprova ainda o baixo índice de cobertura em Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Carneiro (2014) descreve a APS de Ribeirão Preto em quatro modalidades: UBS tradicional (sem incorporação da ESF e/ou EACS), UBS com ACS (sem incorporação da ESF, mas com EACS), USF adaptada (adaptada para ESF) e USF pura (adota o desenho organizacional da ESF). Dentre estas modalidades, escolheu-se a USF pura porque atendem

as especificidades de composição de equipe saúde da família proposta pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). A seguir, a tabela 2 descreve as USF pura do município.

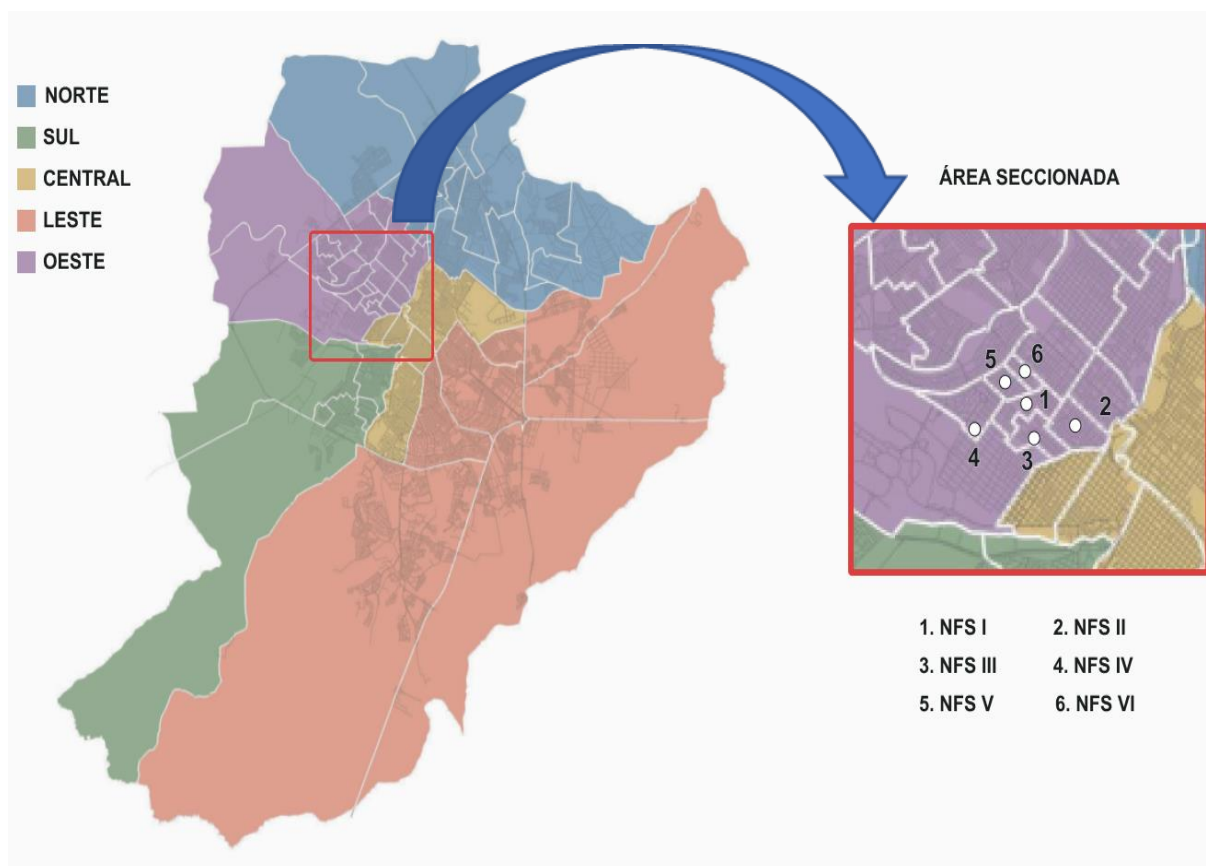
Tabela 2 – Distribuição das Unidades Saúde da Família por Distrito, quantidade de equipes e número de idosos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018

Unidades Saúde da Família	Distrito	Quantidade de equipes	Idosos
USF Jardim Zara	Leste	4	1.475
USF Avelino Alves Palma	Norte	2	1.143
USF Estação do Alto	Norte	2	892
USF Jardim Heitor Rigon	Norte	3	828
USF Jardim Paiva	Oeste	2	479
USF Paulo Gomes Romeo	Oeste	4	719
USF Jardim Eugênio Mendes Lopes	Oeste	2	477
USF Maria Casagrande Lopes	Oeste	4	899
USF do Jardim Jamil Cury	Oeste	2	432
USF Vila Albertina	Oeste	4	2.403
USF Núcleo 1	Oeste	1	679
USF Núcleo 2	Oeste	1	745
USF Núcleo 3	Oeste	1	631
USF Núcleo 4	Oeste	1	363
USF Núcleo 5	Oeste	1	231
USF Núcleo 6	Oeste	1	392
USF Jardim Marchesi	Sul	3	701

Fonte: Tabelas dinâmicas do E-sus de Ribeirão Preto, 2018.

O número de idosos assistidos pelas USF em cada Distrito é: 1475 - leste, 2863 - norte, 8450 - oeste, 701 - sul e zero (não possui USF) - central (RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018). Para o escopo desta investigação, elegeram-se as USF Núcleo do Distrito Oeste (USF Núcleo 1, USF Núcleo 2, USF Núcleo 3, USF Núcleo 4, USF Núcleo 5 e USF Núcleo 6), com total de 3041 idosos assistidos. A escolha dessas unidades ocorreu porque estão inseridas na macrorregião com estimativa de maior população idosa; realizavam acompanhamento de famílias cadastradas em sua área de abrangência e apresentavam articulação administrativa e técnica à EERP, parceria entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e USP. Veja a localização de cada USF Núcleo:

Figura 2 - Apresentação das seis USF Núcleo do Distrito Oeste, Ribeirão Preto, São Paulo



Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2018), adaptado por Lima (2021).

Cada área referente a USF Núcleo possui um conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e cada microárea corresponde a área de atuação de um ACS vinculado à equipe (BRASIL, 2012).

Nas USF Núcleo, os idosos são registrados por meio das fichas de Cadastro Domiciliar e Territorial e de Cadastro Individual, utilizadas pelos ACS. O cadastro domiciliar e territorial apresenta as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes da APS. Já o cadastro individual possui as informações de identificação/sociodemográficas e condições/situações de saúde autorreferidas, inclusive sobre o uso de álcool. Esta informação também é contemplada nos atendimentos individuais, contidos nos prontuários clínicos, pelos profissionais de nível superior (RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com os idosos que autorreferiram consumo de álcool residentes na área de abrangência das USF Núcleo do Distrito Oeste de Ribeirão Preto-São Paulo. Cabe ressaltar que, desta forma, qualquer inferência estatística realizada a partir dos dados coletados é válida apenas para o universo das USF estudadas. A tabela 3 demonstra o número de idosos usuários de álcool registrados pelos ACS e enfermeiras:

Tabela 3 – Distribuição das Unidades Saúde da Família Núcleo por quantidade de microáreas e número de idosos usuários de álcool, Ribeirão Preto, São Paulo, 2018

Área	Microáreas	Idosos usuários de álcool
USF Núcleo 1	5	219
USF Núcleo 2	5	238
USF Núcleo 3	5	211
USF Núcleo 4	5	83
USF Núcleo 5	6	107
USF Núcleo 6	5	116

Fonte: Ficha de Cadastro Individual e prontuários clínicos das USF, 2018.

De 3041 idosos, 974 (32%) autorreferiram consumo atual de álcool, que corresponde ao tamanho da população deste estudo, semelhante ao encontrado no I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2009). Para a seleção da amostra de idosos pertencentes à população alvo foi adotado o método de amostragem por conglomerados em duas etapas. A primeira etapa foi realizada a seleção aleatória do conglomerado pela área de abrangência de cada USF entre 1 a 6 e a segunda etapa foi definida a microárea de 1 a 31 por amostragem aleatória simples.

A determinação do tamanho necessário para rastreamento dos participantes da pesquisa, prosseguiu-se calculando o tamanho da amostra para populações finitas (MIOT, 2011), utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

No caso deste estudo, o tamanho da população (N) é composto de 974 elementos e uma proporção de sucesso (p) de 0,5. Além disso, considerou-se 0,05 de erro máximo (e) desejado para a pesquisa, nível de confiança (Z) escolhido de 95% igual a 1,96 e a proporção

da não ocorrência do fenômeno como $q = (1-p)$. Ao transcrever os valores descritos para a fórmula, obteve-se (n) de 276 elementos, como se pode ver a seguir:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 974}{0,05^2 \cdot (974-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{935,43}{2,43 + 0,96}$$

$$n = \frac{935,43}{3,39} = 276$$

Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas (MARTINEZ, 2015). Desta forma, o número mínimo definido foi de 497 idosos em consumo de álcool para a fase de rastreamento do estudo.

Para determinar o tamanho da amostra em cada um dos grupos, intervenção e controle, foi considerado o objetivo principal de comparar proporções de idosos com padrão do consumo de risco de álcool após a intervenção. Para isso, foi utilizado o cálculo de tamanho de amostra para comparação de proporções para dois grupos independentes (CHOW *et al.*, 2017), cuja fórmula é dada por:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{\varepsilon^2} [p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)]$$

Neste estudo, p_1 e p_2 representam as proporções esperadas em cada grupo e ε representa a diferença esperada entre essas proporções, α é o nível de significância e β é o poder estatístico. Deste modo, supondo que a proporção no grupo controle não se modificaria, o tamanho amostral para identificação de uma redução de pelo menos 10%, com nível de significância de 5% e poder estatístico de 90%, tem-se:

$$n = \frac{(1,96 + 1,28)^2}{0,10^2} [1(1 - 1) + 0,9(1 - 0,9)] = 95$$

O tamanho da amostra para determinar o grupo de intervenção e o grupo controle foi de 95 idosos. Considerando a possibilidade de perdas de 15%, a amostra final em cada grupo foi de 112, totalizando 224 indivíduos.

Os participantes selecionados pelos critérios de inclusão foram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; ter autorreferido consumo de álcool na pré-triagem; ser classificado com AUDIT score ≥ 5 e ≤ 19 ; estar presente e disponível em sua residência para visita domiciliar. Os critérios de exclusão adotados foram apresentar visível dificuldade para compreender e se expressar em consequência do consumo de álcool ou outras drogas ou dos problemas de saúde; apresentar diagnóstico médico de alguma doença grave psiquiátrica ou cognitiva como doença de Alzheimer, transtornos afetivos graves, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, que afetam a orientação, atenção, memória e linguagem; estar internado em unidade hospitalar devido alguma complicação clínica; não ser localizado no endereço após três tentativas pelo pesquisador.

4.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

4.4.1 Questionário sobre dados sociodemográficos

Este instrumento (APÊNDICE A) teve como base o questionário do projeto Condições de Saúde de Idosos de Florianópolis (EpiFloripa Idoso), proposto por Confortin *et al.* (2017). As seguintes variáveis sociodemográficas foram consideradas: sexo (feminino; masculino); idade em anos e faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 ou mais); situação conjugal (casado[a]; solteiro[a]; divorciado[a]; viúvo[a]); renda familiar per capita, em salários mínimos (SM) conforme ano da entrevista; escolaridade em anos (não estudou; 1 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 ou mais anos de estudo); trabalha, à época da entrevista (não; sim); aposentadoria (não; sim).

4.4.2 Questionário sobre condições de saúde

As variáveis relativas às condições de saúde (APÊNDICE B) foram obtidas por meio da adaptação das questões da pesquisa ELSI-BRASIL (LIMA-COSTA *et al.*, 2018): autopercepção de saúde (muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim); atividade física (não; sim); peso (kg), altura (m²) e estado nutricional pelo índice de massa corpórea (desnutrição; eutrofia; sobrepeso); uso de cigarro (não; sim); problemas de saúde autorreferidos (não; sim, qual(is)? doenças crônicas e quantidade); uso de medicamentos (não; sim, qual(is)? quantidade? prescrito pelo médico? não; sim).

As perguntas relacionadas ao comportamento do consumo de álcool foram adaptadas do guia para prevenir o uso de álcool e medicamentos em idosos promovida pela SAMHSA (2012): consumo de bebida que contém álcool (cerveja, destilado, vinho), motivos para consumo de álcool (especificar); queda ou acidente em decorrência do consumo de álcool (não; sim); violência em consequência ao consumo de álcool (não; sim); procura do serviço de saúde ou de apoio social devido ao consumo de álcool (não; sim, qual(is)?); internação como causa do consumo do álcool (não; sim); quantidade de doses em um dia típico; dias por semana de consumo; número máximo de doses em uma única ocasião; consumo excessivo de álcool no último mês.

4.4.3 Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

É uma escala (ANEXO A) composta por 10 questões que representam três domínios: consumo do álcool (questões de 1 a 3), comportamentos em consequência do uso de bebida (questões de 4 a 6) e problemas relacionados ao álcool no ano passado (questões de 7 a 10).

Foi elaborado pela OMS em 1982 para avaliação de diferentes padrões de uso de álcool: uso de baixo risco ou abstinência (0 a 7 pontos), uso de risco (8 a 15 pontos), uso nocivo (15 a 19 pontos) e possível dependência (superior a 20 pontos) (WHO, 2001) na APS. O AUDIT foi validado no Brasil, na versão em português, por Méndez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima *et al.* (2005). No estudo realizado por Lima *et al.* (2005), as pontuações de corte foram 7/8 com sensibilidade de 100% e especificidade de 76%, já o estudo de Méndez (1999) identificou o mesmo ponto de corte com 91,8% de sensibilidade e 62,3% de especificidade.

O AUDIT tem sido usado em uma variedade de configurações e populações diversas, inclusive com idosos (BABOR; ROBAINA, 2016; JOHNSON *et al.*, 2013). Donovan *et al.* (2006) sugerem não diferenciar uso de risco e uso nocivo entre os padrões de consumo de álcool pela semelhança em vários índices de gravidade. Aalto *et al.* (2011) propõem o ponto de corte ≥ 5 do AUDIT para consumo de risco de álcool em idosos como resultado de 86% de sensibilidade e 87% de especificidade.

Neste estudo, foi definido que a dose padrão contém 10 g de álcool aproximadamente, o equivalente a 30ml de destilado (40% de álcool) ou 330ml de cerveja (4% de álcool) ou 100ml de vinho (12% de álcool). O nível recomendado pela OMS do consumo de baixo risco para idosos é de 1-20 g de álcool por dia, o que corresponde beber até 7 doses padrão por semana, sendo não mais que duas doses em um dia, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber (KUERBIS *et al.*, 2014; SACCO, 2017; WHO, 2001, 2014).

A TIP – 26 recomenda que os homens com 65 anos ou mais não consumam mais do que uma dose por dia e um máximo de duas doses em qualquer ocasião de consumo e para as mulheres idosas, aconselha um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação (CSAT, 1998, 2020). A NIAAA (2015) define consumo excessivo de álcool para idosos como mais de 3 doses em uma única ocasião.

Considerando essas recomendações para ser mais preciso na triagem de bebidas alcoólicas em idosos, optou-se considerar o limite de consumo de baixo risco para os idosos não mais que 2 doses padrão por dia e até 7 doses por semana, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber. Além disso, foi escolhido adaptar a questão 3 do AUDIT sobre o consumo excessivo de álcool (comportamento *binge drinking*) para quatro ou mais doses em uma única ocasião. A seguir foram descritas as zonas de classificação dos padrões de consumo de álcool e os escores, sendo elas:

Tabela 4 - Classificação dos idosos conforme seus padrões de consumo de álcool

Zonas de risco	Pontuação AUDIT	Critérios para idosos
Consumo de baixo risco	1 a 4 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem não mais que 2 doses padrão por dia e até 7 doses por semana, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber; não bebem mais de 3 doses em uma única ocasião; • As mulheres devem consumir um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação em comparação ao consumo dos homens; • Evitam uso de medicamentos não prescritos ou que tornam o uso de álcool contraindicado; • Os idosos nesta categoria não bebem ao dirigir, planejando dirigir ou participando de atividades que necessitam de habilidade, coordenação e atenção.
Consumo de risco	5 a 19 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem além dos limites recomendados para baixo risco; • Consomem mais do que 2 doses padrão por um dia em média (beber em risco a longo prazo); • Consomem em uma ocasião 4 ou mais doses padrão pelo menos mensalmente (beber em risco a curto prazo); • Quando tomam medicamentos que interagem com álcool e apresentam condições de saúde e comportamentais agravadas pelo uso; • Este consumo aumenta os riscos de desenvolverem problemas físicos, psicológicos e sociais a curto e a longo prazo.
Possível dependência	20 a 40 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Excedem os limites médios diários e de consumo ocasional para consumo de risco; • Este consumo pesado resulta em problemas físicos, psicológicos e sociais, levando a perda de controle, a preocupação com o álcool e o uso contínuo, apesar das consequências adversas e sintomas, como tolerância e crises de abstinência.

Fonte: Aalto *et al.* (2011), CSAT (1998), Kuerbis *et al.* (2014), NIAAA (2015), Sacco (2017), WHO (2000, 2001, 2014), adaptado por Lima (2018).

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Pré-triagem

O pesquisador discutiu a proposta da pesquisa em reunião de equipe em cada USF com demonstração dos questionários para obtenção dos dados sociodemográficos e das condições de saúde, bem como do processo de rastreamento para determinação dos níveis de consumo de álcool. Além disso, apresentou o protocolo de intervenção breve com uso da

entrevista motivacional, o folheto informativo sobre o consumo de risco de álcool e orientações sobre encaminhamentos para continuidade do cuidado em outros serviços de saúde.

Para promover uma melhor interação, o pesquisador distribuiu os recursos clínicos usados na pesquisa entre os ACS e enfermeiras. Os profissionais expressaram preocupação com a dimensão do projeto de pesquisa e o tempo para sua realização. Para tanto, o pesquisador e os enfermeiros das USF construíram cronogramas de visita domiciliar pactuado com os ACS para melhor desenvolvimento da pesquisa (FRACON; SANTOS, 2017).

Foi necessário compartilhar informações com os ACS e os enfermeiros sobre o consumo de álcool e as especificidades relacionadas aos idosos. Apesar desses profissionais terem em sua formação o curso SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) (FORMIGONI; DUARTE, 2018) e cursos fornecidos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP, a triagem e a intervenção breve não eram vivenciadas com afinco em suas práticas e, quando eram realizadas, seguiam as recomendações para população em geral. A equipe colaboradora desta pesquisa também cursou o SUPERA e tiveram as mesmas orientações compartilhadas com os enfermeiros e ACS das USF.

Em outra ocasião, o pesquisador junto com os ACS e as enfermeiras revisitaram os cadastros individuais e os prontuários clínicos de todos os idosos para identificar aqueles que autorreferiram consumo de álcool. Em seguida, os ACS abordaram os idosos em sua residência e convidaram para atualizar o cadastro individual e responder à pergunta de pré-triagem: “Você faz uso de álcool?”. Essa pré-triagem foi o primeiro passo na identificação dos idosos que poderiam precisar de uma triagem mais detalhada e daqueles que poderiam ser pretendentes para uma intervenção breve (KUERBIS *et al.*, 2017; RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018).

Os nomes e os endereços dos idosos registrados como consumidores de álcool foram alocados em planilhas Excel enumeradas com algarismo arábico e discriminadas em área (1 a 6) e microárea (1 a 31). As planilhas ajudaram nos procedimentos de sorteio da amostra por conglomerado, primeiro a área de abrangência de cada USF e em seguida a microárea, que foram rigorosamente adotados pelo pesquisador, garantindo sua aleatoriedade.

4.5.2 Triagem

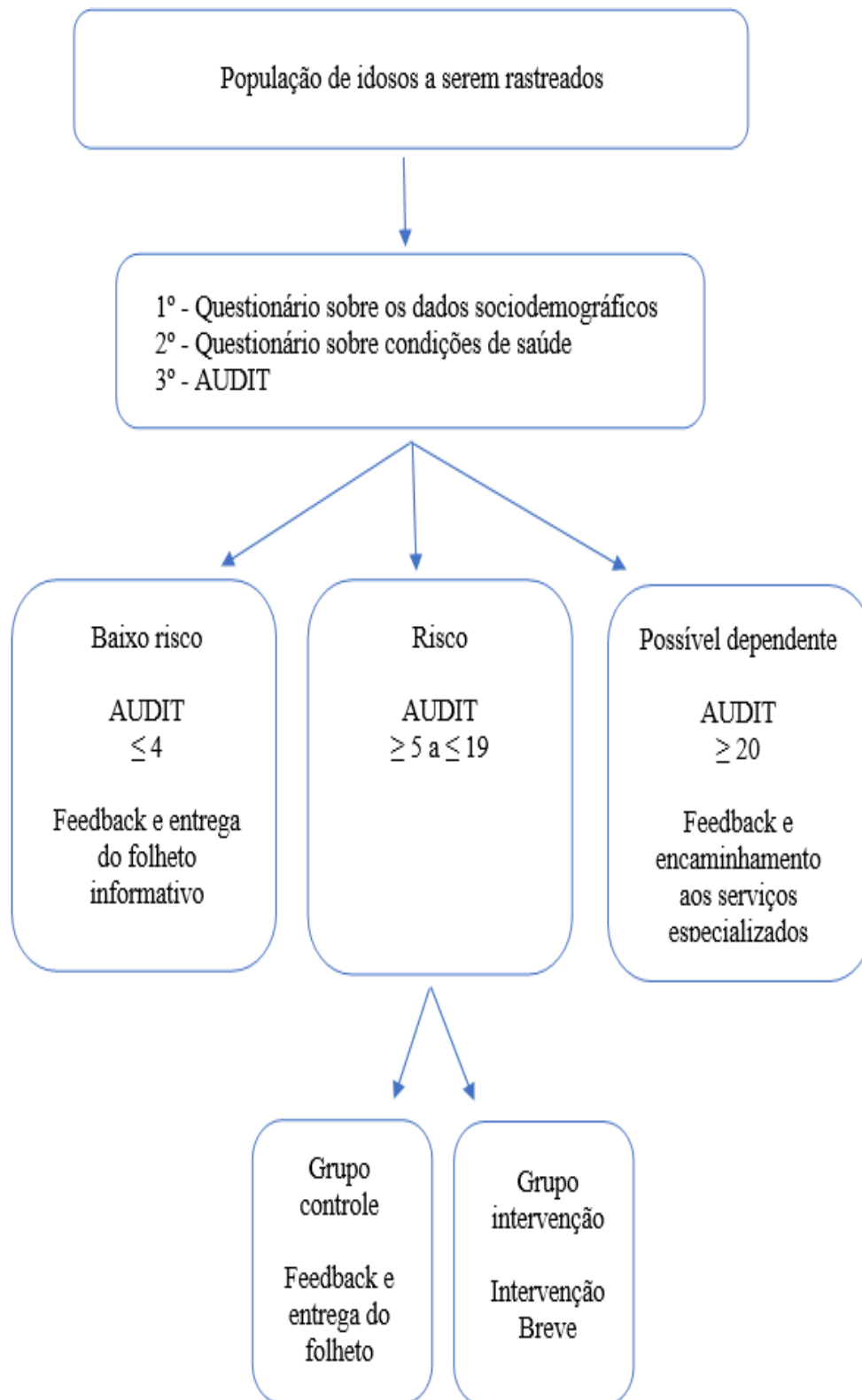
A triagem foi um processo de rastreamento do consumo atual do álcool e de avaliação dos riscos do consumo de álcool em idosos. O pesquisador e os ACS abordaram cada idoso selecionado em seu respectivo domicílio e entregaram uma carta-convite para participar da pesquisa. Esta carta continha os motivos da indicação de como se chegou até o idoso, bem como a descrição do tema, objetivos, metodologia e preceitos éticos da pesquisa. Aqueles que concordaram em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), sendo previamente informados e orientados acerca do conteúdo deste e de que poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa.

O pesquisador principal iniciou com os questionamentos sobre os dados sociodemográficos e condições de saúde. Em seguida, realizou as perguntas do instrumento AUDIT, com vistas identificar os idosos que poderiam ser beneficiados pela educação em relação ao consumo do álcool ou intervenção breve, assim como aqueles que poderiam ser encaminhados para continuidade do cuidado na APS ou serviços especializados.

A triagem foi administrada como entrevista oral, face a face, e tiveram um equilíbrio regular de tempo equivalente, entre 10 e 15 minutos. A aplicação dos questionários ocorreu de forma individual em dias e horários agendados, em um local da residência mais reservado e escolhido pelo participante, garantindo-se, assim, sua liberdade e sua privacidade, buscando-se com isso aumentar a credibilidade e confiabilidade das respostas.

A seguir, o planejamento e implementação da triagem para consumo de risco de álcool na APS:

Figura 3 - Fluxograma da triagem dos idosos usuários de álcool



Fonte: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2016), adaptado por Lima (2018).

Por questões éticas, todos os entrevistados receberam feedback sobre seu padrão de consumo de álcool. Para os idosos em consumo de baixo risco foi entregue o folheto informativo sobre os limites recomendados para consumo de álcool e os riscos relacionados a ele (APÊNDICE D); já aqueles identificados como possíveis dependentes foram fornecidos o feedback e orientações sobre os encaminhamentos aos serviços especializados em saúde mental do município de Ribeirão Preto-SP (APÊNDICE E).

Os idosos com escore AUDIT ≥ 5 e ≤ 19 , considerados consumidores de risco do álcool, foram alocados, aleatoriamente, em um de dois grupos: um Grupo Controle (GC) e outro Grupo de Intervenção (GI). O GC recebeu o folheto informativo (APÊNDICE D), enquanto o GI recebeu o protocolo de Intervenção Breve (IB) (APÊNDICE F).

Para randomização foi utilizado o programa *Randomizer*, disponível em www.randomizer.org, que forneceu números aleatórios. Essa seleção foi realizada por um pesquisador colaborador, na perspectiva de garantir que todos os idosos tivessem a mesma probabilidade de participar do grupo controle ou grupo de intervenção. Os idosos tiveram a informação de sua participação em um grupo, no entanto, foram cegados sobre o tipo de grupo.

4.5.3 Grupo controle

Os participantes do grupo controle receberam um folheto informativo considerado um cuidado habitual usado pelos profissionais da saúde na APS. Esse material educativo contém a descrição dos limites recomendados do consumo de álcool para pessoas com 60 anos ou mais; quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de dose padrão e os problemas relacionados aos comportamentos do consumo de risco de álcool.

O folheto informativo foi construído baseado nas recomendações da OMS (WHO, 2001, 2014), do protocolo TIP – 26 (CSAT, 1998, 2020) e diretrizes da NIAAA (2015). O folheto possui ilustrações e textos curtos como auxiliares da comunicação visual que podem ajudar na adesão as informações, inclusive os idosos com poucos anos de estudo ou que não estudaram (SCHUBBE *et al.*, 2020).

4.5.4 Grupo intervenção

A Intervenção Breve, proposta por Miller e Sanchez (1994), apresenta princípios norteadores para condução desse processo, os quais são reunidos na abreviação FRAMES (figura 4), que significa *feedback* (devolutiva ou retorno), *responsibility* (responsabilidade), *advice* (orientação ou aconselhamento), *menu of options* (lista de opções), *empathy* (empatia) e *self-efficacy* (autoeficácia).

Figura 4 – Definições e funções dos princípios FRAMES

F	O primeiro princípio, devolutiva ou retorno ocorre imediatamente após a triagem para fornecer informações em relação aos riscos associados ao consumo de álcool, educação em saúde sobre como a bebida se relaciona com os problemas atuais e como as pessoas em geral respondem ao consumo de álcool.
R	O princípio da responsabilidade refere-se à ênfase na conversa de que a pessoa é responsável pelo próprio comportamento, pode fazer escolhas sobre o uso do álcool e encoraja compreender as consequências de suas decisões.
A	O próximo princípio orientação ou aconselhamento propõe fornecer informações sobre as consequências prejudiciais do uso de bebidas como forma de esclarecer a pessoa de que o consumo de risco pode causar ou exacerbar problemas de saúde e como o comportamento de diminuir ou parar de beber podem trazer benefícios.
M	Lista de opções é a momento de ajudar as pessoas a escolher estratégias de mudança a partir de uma lista de alternativas para lidar com situações de risco, é possível indicar métodos para evitar os riscos, identificar pessoas que possam fornecer apoio, oferecer materiais educativos sobre uso de risco do álcool e sobre serviços de saúde disponíveis na comunidade.
E	O princípio da empatia refere-se à abordagem do responsável pela intervenção para usar a reflexão e a empatia durante a interação.
S	E por fim, a autoeficácia remete à construção da confiança da pessoa para fazer uma mudança de comportamento em relação ao uso da bebida.

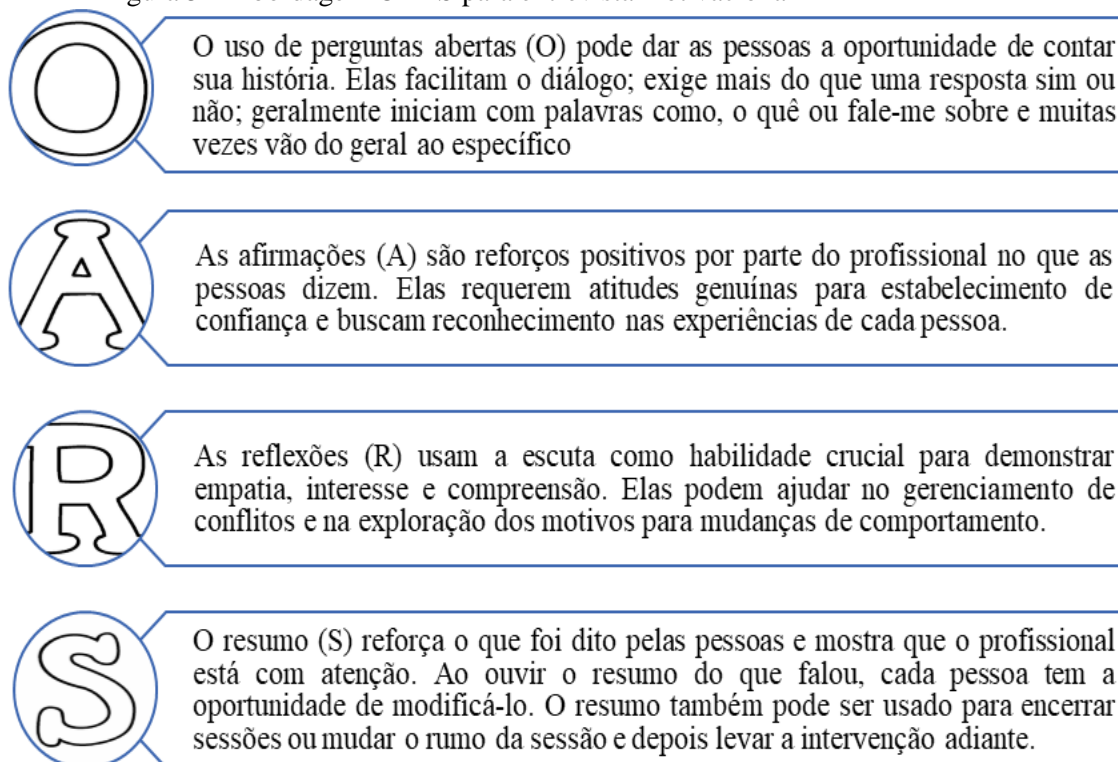
Fonte: Miller e Sanchez (1994), adaptado por Lima (2018).

A Intervenção Breve pode envolver o uso da entrevista motivacional, elaborada por Miller e Rollnick (2012), que está ancorada em quatro processos: envolvimento (construção de um relacionamento de confiança, uso de perguntas abertas e da escuta ao longo do

processo); focalização (solicitar permissão antes de oferecer orientações, obter a perspectiva da pessoa após o fornecimento das informações); evocação (escuta dos motivos para elucidar o discurso de mudança); planejamento (estabelecimento de metas usando a tomada de decisão compartilhada).

A entrevista motivacional consiste no uso de quatro técnicas que são as perguntas abertas, afirmações, reflexão e resumo, em inglês *Open questioning, Affirming, Reflecting and Summarizing* (OARS) (MILLER; ROLLNICK, 2012). Veja a abordagem de cada técnica individualmente abaixo:

Figura 5 – Abordagem OARS para entrevista motivacional



Fonte: Miller e Rollnick (2012), adaptado por Lima (2017).

A intervenção breve e entrevista motivacional tem suas raízes na TCC e, em nosso estudo, foi usada como embasamento teórico. Ela pode contribuir com a abordagem estruturada e individualizada da intervenção para consumo de álcool, principalmente pelas necessidades específicas dos idosos. Intervenções breves e entrevistas motivacionais baseadas na TCC podem ajudar o idoso a se concentrar na maneira como pensa e se comporta para que possa gerenciar melhor suas escolhas (BECK, 2014; CULLY *et al.*, 2017; CULLY *et al.*, 2021).

A TCC possui como princípios para alcançar uma melhor relação terapêutica, a empatia, a genuinidade, a consideração positiva e a escuta. A empatia é uma habilidade importante que facilita a construção de confiança entre a pessoa a ser cuidada e o profissional. Demonstrar empatia com as pessoas ajuda a validar suas experiências que consiste em fazer perguntas de maneira respeitosa e implica ao profissional descrever o que escutou, sem emitir julgamentos. A genuinidade consiste em incentivar as pessoas serem ativas e empoderadas. Para tanto, o profissional deve estar ciente dos seus próprios comportamentos não verbais, da forma como fala e da pontualidade das respostas, procurando certificar-se de que suas palavras e pensamentos relacionam-se entre si. Consideração positiva significa mostrar as pessoas que elas são valorizadas e o que elas têm a dizer é importante (BECK, 2014; CULLY *et al.*, 2017; CULLY *et al.*, 2021). A escuta é uma abordagem terapêutica considerada sinônimo de ouvir e usada como meio onde recebe a mensagem verbal e não-verbal, tenta processar o maior número de mensagens e busca esclarecer as informações que estão sendo enviadas para ajudar a confirmar o que profissionais acham que compreenderam (BECK, 2014; CULLY *et al.*, 2017; CULLY *et al.*, 2021; LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

A intervenção breve tem sido recomendada desde o final da década de 90 para fornecer educação em saúde sobre o álcool, motivar os idosos em consumo de risco de álcool à mudança de comportamento e conectar aqueles com possível dependência a tratamentos mais intensivos, quando necessário (CSAT, 1998, 2020).

A implementação de intervenções breves para mudança de comportamento pode ser complexa, por isso indicam seguir um guia, protocolo ou projeto definido para esse procedimento (MICHIE; ATKINS; WEST, 2014). Neste estudo, o pesquisador responsável pela pesquisa implementou o protocolo *Brief Alcohol Intervention for Elderly* (BRAINE), que envolveu os princípios norteadores do modelo FRAMES (MILLER; SANCHEZ, 1994) com uso dos elementos da entrevista motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2012), baseados nas habilidades da Teoria Cognitiva Comportamental (BECK, 2014). A sigla em inglês BRAINE refere-se a BRA por ter sua origem em um município no Brasil; BR da palavra brief (breve), A devido alcohol (álcool), IN relacionado a intervention (intervenção) e E a elderly (idoso).

O protocolo BRAINE foi desenvolvido com base nas recomendações do TIP – 26 (CSAT, 1998, 2020) e teve como referência o modelo *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* (SBIRT) (ALDRIDGE; LINFORD; BRAY, 2017; BABOR *et al.*, 2007), que também foi adotado em outras pesquisas internacionais e demonstraram eficácia na redução do consumo de risco de álcool em idosos (MOORE *et al.*, 2011; SCHONFELD *et*

al., 2015; SCHONFELD, 2017). Esse modelo é considerado uma abordagem abrangente e integrada de saúde pública, baseada em evidências e frequentemente conduzida em ambientes de assistência à saúde e social (CSAT, 1998, 2020; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; MCCANCE-KATZ; SATTERFIELD, 2012; NIAAA, 2015). As nove fases do protocolo de intervenção breve estão descritas a seguir:

Fase 1 – Início da conversa e identificação dos objetivos futuros.

Estabelecimento de um diálogo com o idoso sobre sua vida em busca de construir um relacionamento de confiança. Em seguida, o assunto sobre consumo de álcool é envolvido na conversa conforme a permissão do idoso. Há identificação de metas futuras para saúde, relações familiares e sociais.

Fase 2 – Resumo das condições de saúde e do padrão do consumo de álcool.

Feedback personalizado sobre questões da triagem relacionadas as condições de saúde e de consumo de álcool.

Fase 3 – Discussão sobre dose padrão de álcool.

Informações sobre a quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão.

Fase 4 – Discussão sobre padrões de consumo de álcool em idosos.

Conversa sobre a classificação dos padrões de consumo de álcool levando em consideração zona de risco, pontuação da triagem para álcool e critérios aos idosos.

Fase 5 - Consequências do consumo de risco de álcool.

Esta fase procura identificar as principais consequências do consumo de álcool nos idosos e como se relacionam com seus problemas de saúde (APÊNDICE D) e aos medicamentos prescritos ou vendidos sem receitas que tornam o uso de álcool contraindicado (APÊNDICE G).

Fase 6 - Motivos para mudança de comportamento

É discutido sobre como mudar o consumo de risco de álcool pode ter benefícios importantes. A régua de prontidão (HEATHER; SMAILES; CASSIDY, 2008) e a balança decisória (JANIS; MANN, 1977) são recursos que podem incentivar a conversa sobre mudança de comportamento.

Fase 7 – Estabelecimento de estratégias para lidar com situações de risco

Construção de uma lista de estratégias mais adequadas junto ao idoso para mudança do seu comportamento de consumo de risco de álcool.

Fase 8 - Negociação e tomada de decisão

Momento de negociar um acordo com o idoso para tomadas de decisões necessárias as mudanças ou manutenção no consumo de álcool em risco.

Fase 9 - Resumo da visita

O resumo deve incluir uma síntese de todas as fases da sessão, incluindo uma discussão sobre o consumo e os riscos relacionados, uma revisão das metas acordadas para mudança no consumo de álcool.

A intervenção breve para o álcool descrita neste estudo engloba consulta presencial por meio de visita domiciliar (VD) do pesquisador principal acompanhado pelos ACS com o objetivo de ajudar o idoso na redução do consumo de risco de álcool. O protocolo BRAINE foi conduzido pelo pesquisador em única sessão, com tempo de duração mediana de 30 minutos. No final da sessão, todos os idosos receberam o relatório do protocolo preenchido pelo pesquisador com as principais informações de cada fase da intervenção e os folhetos informativos. O pesquisador principal encorajou os participantes a ler o material recebido e discuti-lo, em momentos posteriores, com os enfermeiros e demais profissionais da USF, familiares e amigos.

4.5.5 Acompanhamento e avaliação

Os idosos do grupo de intervenção e do grupo controle receberam uma visita domiciliar de um pesquisador colaborador que conduziu a avaliação às cegas para seguimento da pesquisa. A visita foi realizada após três e seis meses e cada entrevista teve duração aproximadamente de 7 minutos. As questões 13 ao 16 do questionário sobre condições de saúde (APÊNDICE B) e todas as perguntas do questionário AUDIT (ANEXO A) foram reaplicadas em ambos os grupos para avaliação e acompanhamento desta pesquisa e tiveram como referência o recordatório do período de três meses anteriores como medida de tempo equivalente para comparação dos dados:

- Padrão de consumo de risco de álcool verificado pelo AUDIT;
- Consumo habitual de álcool medido pelo número de doses em um dia típico, pela quantidade de dias de consumo semanal informado pelos participantes;
- Consumo excessivo de álcool avaliado pelo número máximo de doses de uma só vez em uma única ocasião, pela frequência do consumo de quatro ou mais bebidas em uma ocasião e pela questão 3 do AUDIT;

Os instrumentos de coleta de dados preenchidos foram escaneados e arquivados em um disco rígido externo Seagate e, assim como todos os dados produzidos durante a pesquisa, foram devidamente resguardados em local ao qual somente o pesquisador responsável pela pesquisa teve acesso, sendo mantido o sigilo das informações por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

4.6 PRÉ-TESTE

Todos os procedimentos e instrumentos da pesquisa foram previamente testados por meio de um estudo piloto. Este foi realizado em julho de 2018 a fevereiro de 2019, no local do estudo, com 5% do cálculo amostral, que não fez parte da amostra estudada.

Esta fase teve como finalidade verificar a coerência das perguntas, compreensão dos enunciados das questões pelos idosos, a duração da entrevista e a sequência adequada para aplicação dos instrumentos, bem como averiguar a estruturação dos instrumentos e sua aplicabilidade a população estudada (POLIT; BECK, 2011).

4.7 DESFECHOS

4.7.1 Desfecho primário

Redução do número de idosos consumidores de risco de bebida alcoólica, avaliado pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – AUDIT.

4.7.2 Desfecho secundário

Diminuição no número de doses padrão de bebida alcoólica, na frequência de consumo semanal e no comportamento *binge drinking*, após a intervenção.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média, desvio padrão e quartis, e as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e percentuais.

A comparação dos grupos (controle e intervenção) em relação a variáveis quantitativas foi feita por meio do teste t para grupos independentes ou teste de *Mann-Whitney*, caso as suposições do teste paramétrico não fossem verificadas. Para a comparação em relação a variáveis categóricas, foi utilizado o teste exato de *Fisher*.

O teste exato de *Fisher* também foi usado ao final do estudo para avaliar a hipótese principal de que os grupos apresentavam diferentes proporções de idosos com padrão de consumo de risco de álcool. Foram apresentadas as proporções de idosos com padrão de risco em cada grupo, assim como seus intervalos de confiança e a razão de chances.

Para avaliar a evolução dos desfechos secundários ao longo do tempo e se existiu efeito da intervenção nesses desfechos, foi utilizada a Análise de variância (ANOVA) com efeitos mistos, também conhecida como ANOVA com medidas repetidas. Caso as suposições para ANOVA não fossem atingidas, foram utilizados métodos não paramétricos para análise de estudos longitudinais em fatores (BRUNNER; DOMHOF; LANGER, 2002).

Nessa análise, foram apresentados p-valores referentes a três possíveis efeitos: Tempo (T), Grupo (G) e Interação (I) entre os fatores T e G. A existência de efeito de interação evidencia que a evolução ao longo do tempo de um grupo ocorre de forma diferente da evolução do outro grupo. Quando não há efeito de interação, pode-se avaliar os efeitos de tempo e grupo separadamente (BRUNNER; DOMHOF; LANGER, 2002).

Para entender melhor este conceito em nosso estudo, foi considerado a avaliação do consumo de risco de álcool em idosos antes e após a intervenção breve em comparação a entrega do folheto informativo. Nesse caso, tem-se dois grupos com idosos (controle versus intervenção) e em três tempos (antes e após três e seis meses). Os gráficos descritos nesse estudo vão representar os resultados para a média do consumo de risco de álcool.

As suposições de normalidade e homogeneidade de variâncias foram testadas a partir do teste de *Shapiro-Wilk* e teste de *Levene*, respectivamente.

Todas as análises dos dados foram realizadas utilizando o *software* R versão 4.0.3 (TEAM, 2020).

4.9 PRECEITOS ÉTICOS

Este estudo seguiu os preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, respeitando os procedimentos previstos pela SMS/RP e pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi encaminhado à Comissão de Avaliação de Projeto

de Pesquisa (CAPP) da SMS/RP e aprovado em 04 de abril de 2018 de acordo com ofício 1082/2018 (ANEXO B). Em seguida, foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP da Universidade de São Paulo – USP, aprovado em 12 de julho de 2018, por meio do Parecer Consubstanciado número 2.768.850, segundo protocolo CEP/CAAE 91300218.8.0000.5393 (ANEXO C). Além disso, o estudo também foi cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) com identificador RBR-57qgrj, aprovado em 28 de setembro de 2018 (ANEXO D). O relatório parcial foi apresentado ao CEP-EERP/USP e teve aprovação para a continuidade da pesquisa sob número do parecer 4.608.685 (ANEXO E). Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, o pesquisador responsável pelo presente estudo vai elaborar e apresentar o relatório final, após o encerramento da pesquisa com produções científicas.

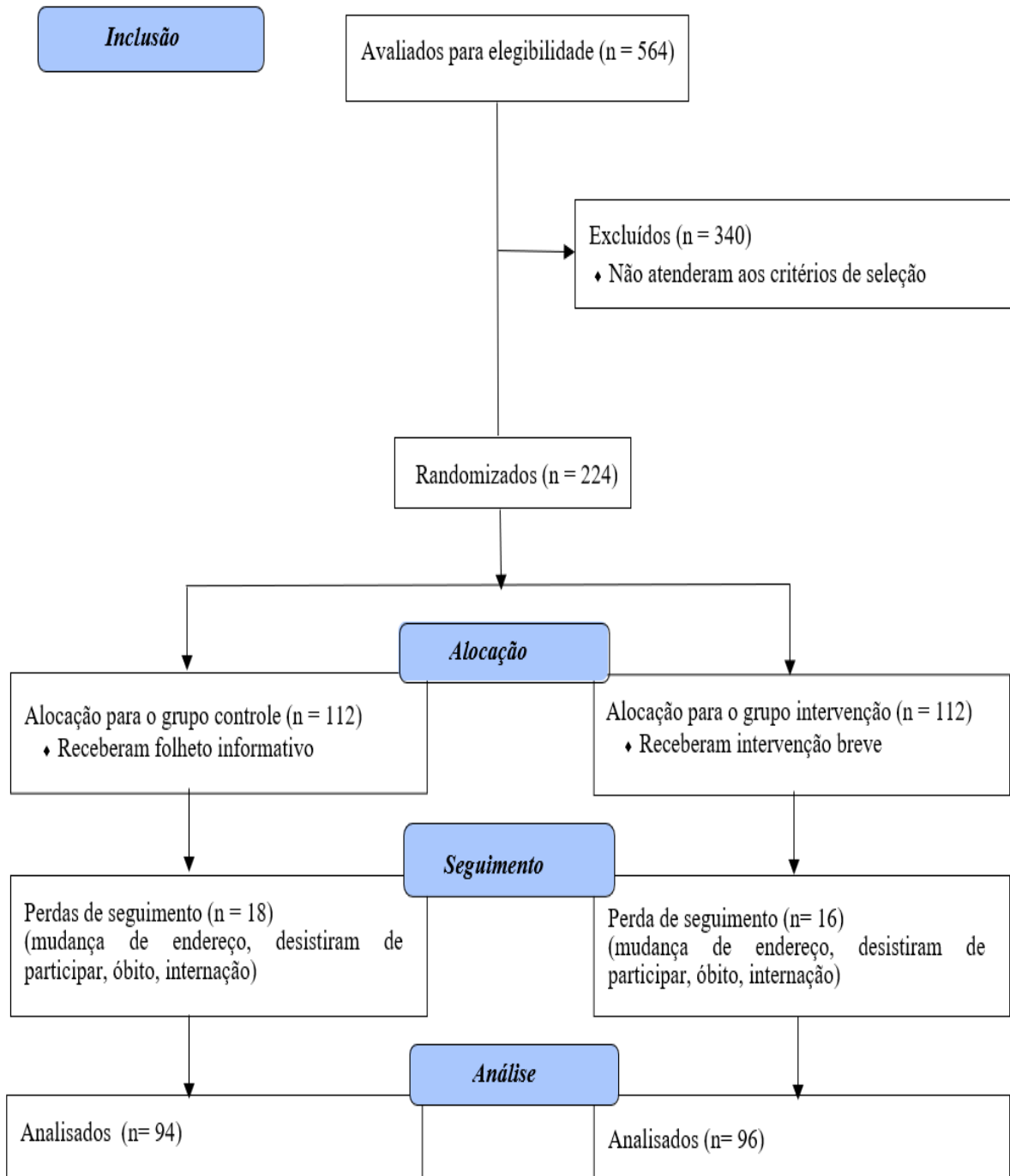
5 RESULTADOS

De janeiro de 2019 a março de 2020, 564 idosos em consumo de álcool receberam visita domiciliar do pesquisador principal para avaliação de elegibilidade em participar da pesquisa. Após essa avaliação, incluindo os dados sociodemográficos, condições de saúde e padrão de consumo de álcool avaliado pelo AUDIT, 234 (46,4%) entrevistados foram classificados em consumo de baixo risco, 224 (44,5%) em consumo de risco e 46 (9,1%) possíveis dependentes.

Os idosos em consumo de risco de álcool consentiram e foram aleatoriamente designados para o grupo controle (n= 112) ou o grupo de intervenção (n = 112). O seguimento de avaliação em cada grupo foi realizado por um pesquisador colaborador, após três e seis meses, na residência do idoso. Considerando as perdas pelas razões de mudança de endereço, desistência em participar da pesquisa, óbito e internação, a amostra final em cada grupo foi de 94 e 96 participantes para o grupo controle e o grupo intervenção, respectivamente.

O diagrama Padrões Consolidados para Relatar Ensaios (CONSORT) (BOUSTRON *et al.*, 2017) na figura 6 mostra o fluxo dos participantes ao longo do estudo.

Figura 6 – Fluxograma dos participantes conforme diagrama CONSORT



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

5.1 COMPARAÇÃO DOS GRUPOS EM RELAÇÃO AS VARIÁVEIS BASAIS DE INTERESSE

A Tabela 5 apresenta as frequências absolutas e percentuais para variáveis sociodemográficas por grupos e para a amostra completa, assim como o p-valor resultante do teste de comparação dos grupos (controle *versus* intervenção). Para tais variáveis, não foi possível identificar diferença entre os grupos.

De maneira geral, a maioria dos participantes era do sexo masculino e a faixa etária mais frequente foi de 60 a 69 anos. A maioria era casado e tinha renda familiar entre 1 e 3 SM. A escolaridade mais frequente foi de 1 a 4 anos de estudo e a maioria dos participantes era de aposentados.

Tabela 5 - Frequências absolutas e percentuais para variáveis sociodemográficas por grupos e para a amostra completa

Variáveis		Grupo controle	Grupo intervenção	Total	p-valor
Sexo	Feminino	23 (24,5)	29 (30,2)	52 (27,4)	0,418
	Masculino	71 (75,5)	67 (69,8)	138 (72,6)	
Faixa etária	60 – 69	46 (48,9)	52 (54,2)	98 (51,6)	0,628
	70 – 79	33 (35,1)	33 (34,4)	66 (34,7)	
	80 ou mais	15 (16,0)	11 (11,5)	26 (13,7)	
Situação conjugal	Casado(a)	58 (61,7)	62 (64,6)	120 (63,2)	0,743
	Solteiro(a)	5 (5,3)	8 (8,3)	13 (6,8)	
	Divorciado(a)	16 (17,0)	13 (13,5)	29 (15,3)	
	Viúvo(a)	15 (16,0)	13 (13,5)	28 (14,7)	
Renda familiar SM	≤1 SM	29 (30,9)	21 (21,9)	50 (26,3)	0,307
	>1 e 3 SM	44 (46,8)	45 (46,9)	89 (46,8)	
	>3 e 5 SM	10 (10,6)	15 (15,6)	25 (13,2)	
	>5 e 10 SM	10 (10,6)	10 (10,4)	20 (10,5)	
	>10 SM	1 (1,1)	5 (5,2)	6 (3,2)	
Escolaridade	Não estudou	12 (12,8)	7 (7,3)	19 (10,0)	0,595
	1 a 4 anos de estudo	40 (42,6)	38 (39,6)	78 (41,1)	
	5 a 8 anos de estudo	14 (14,9)	21 (21,9)	35 (18,4)	
	9 a 11 anos de estudo	14 (14,9)	15 (15,6)	29 (15,3)	
	12 ou mais anos de estudo	14 (14,9)	15 (15,6)	29 (15,3)	
Trabalha	Não	59 (62,8)	62 (64,6)	121 (63,7)	0,88
	Sim	35 (37,2)	34 (35,4)	69 (36,3)	
Aposentadoria	Não	18 (19,1)	25 (26,0)	43 (22,6)	0,30
	Sim	76 (80,9)	71 (74,0)	147 (77,4)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste exato de *Fisher*.

Analogamente à Tabela 5, as Tabelas 6, 7 e 8 apresentam as frequências para variáveis condições de saúde, incluindo o comportamento do consumo de álcool e outras variáveis de interesse, respectivamente.

Em relação as variáveis condições de saúde (Tabela 6), não foi identificada diferença entre os grupos. A maioria dos indivíduos tinha boa autopercepção da saúde; estava em sobrepeso; não fazia uso de cigarro; possuía doenças crônicas e tomava medicamentos.

Tabela 6 - Frequências absolutas e percentuais para variáveis condições de saúde por grupos e para a amostra completa

Variáveis		Grupo controle	Grupo intervenção	Total	p-valor
Autopercepção da saúde	Muito boa	19 (20,2)	9 (9,4)	28 (14,7)	0,094
	Boa	41 (43,6)	43 (44,8)	84 (44,2)	
	Regular	23 (24,5)	37 (38,5)	60 (31,6)	
	Ruim	8 (8,5)	5 (5,2)	13 (6,8)	
	Muito ruim	3 (3,2)	2 (2,1)	5 (2,6)	
Atividade física	Não	50 (53,2)	40 (41,7)	90 (47,4)	0,146
	Sim	44 (46,8)	56 (58,3)	100 (52,6)	
Estado nutricional	Desnutrição (<22)	9 (9,6)	11 (11,5)	20 (10,5)	0,584
	Eutrofia (22 a 27)	35 (37,2)	29 (30,2)	64 (33,7)	
	Sobrepeso (>27)	50 (53,2)	56 (58,3)	106 (55,8)	
Uso de cigarros	Não	69 (73,4)	69 (71,9)	138 (72,6)	0,871
	Sim	25 (26,6)	27 (28,1)	52 (27,4)	
Doenças crônicas	Não	17 (18,1)	16 (16,7)	33 (17,4)	0,85
	Sim	77 (81,9)	80 (83,3)	157 (82,6)	
Quantidade de doenças crônicas	0	7 (7,4)	6 (6,2)	13 (6,8)	0,973
	1-2	33 (35,1)	34 (35,4)	67 (35,3)	
	3 ou mais	54 (57,4)	56 (58,3)	110 (57,9)	
Uso de medicamentos	Não	9 (9,6)	6 (6,2)	15 (7,9)	0,432
	Sim	85 (90,4)	90 (93,8)	175 (92,1)	
Quantidade de medicamentos	0	9 (9,6)	6 (6,2)	15 (7,9)	0,242
	1-4	59 (62,8)	53 (55,2)	112 (58,9)	
	5 ou mais	26 (27,7)	37 (38,5)	63 (33,2)	
Automedicação	Não	81 (86,2)	84 (87,5)	165 (86,8)	0,832
	Sim	13 (13,8)	12 (12,5)	25 (13,2)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste exato de Fisher.

Em relação às outras variáveis de interesse sobre o consumo de álcool (Tabela 7), o tipo de bebida mais frequente foi a cerveja. Mais de 80% dos participantes afirmaram que o motivo para beber era por prazer, diversão ou confraternização. A maioria não disse outros aspectos relacionados ao consumo de álcool.

Tabela 7 - Frequências absolutas e percentuais para variáveis consumo de álcool por grupos e para a amostra completa

		Grupo controle	Grupo intervenção	Total	p-valor
Tipo bebida destilada	Não	81 (86,2)	85 (88,5)	166 (87,4)	0,667
	Sim	13 (13,8)	11 (11,5)	24 (12,6)	
Tipo bebida cerveja	Não	6 (6,4)	7 (7,3)	13 (6,8)	1,00
	Sim	88 (93,6)	89 (92,7)	177 (93,2)	
Tipo bebida vinho	Não	88 (93,6)	86 (89,6)	174 (91,6)	0,435
	Sim	6 (6,4)	10 (10,4)	16 (8,4)	
Convivência social	Não	77 (81,9)	77 (80,2)	154 (81,1)	0,854
	Sim	17 (18,1)	19 (19,8)	36 (18,9)	
Problemas de saúde	Não	89 (94,7)	88 (91,7)	177 (93,2)	0,568
	Sim	5 (5,3)	8 (8,3)	13 (6,8)	
Problemas financeiros	Não	85 (90,4)	86 (89,6)	171 (90,0)	1,00
	Sim	9 (9,6)	10 (10,4)	19 (10,0)	
Perdas familiares	Não	87 (92,6)	88 (91,7)	175 (92,1)	1,00
	Sim	7 (7,4)	8 (8,3)	15 (7,9)	
Conflitos nos relacionamentos pessoais	Não	86 (91,5)	90 (93,8)	176 (92,6)	0,59
	Sim	8 (8,5)	6 (6,2)	14 (7,4)	
Influência de amigos e familiares	Não	69 (73,4)	69 (71,9)	138 (72,6)	0,871
	Sim	25 (26,6)	27 (28,1)	52 (27,4)	
Falta de trabalho	Não	83 (88,3)	87 (90,6)	170 (89,5)	0,643
	Sim	11 (11,7)	9 (9,4)	20 (10,5)	
Prazer, diversão ou confraternização	Não	11 (11,7)	15 (15,6)	26 (13,7)	0,528
	Sim	83 (88,3)	81 (84,4)	164 (86,3)	
Situações de estresse	Não	80 (85,1)	84 (87,5)	164 (86,3)	0,677
	Sim	14 (14,9)	12 (12,5)	26 (13,7)	
Calor	Não	79 (84,0)	80 (83,3)	159 (83,7)	1,00
	Sim	15 (16,0)	16 (16,7)	31 (16,3)	
Queda e álcool	Não	79 (84,0)	81 (84,4)	160 (84,2)	1,00
	Sim	15 (16,0)	15 (15,6)	30 (15,8)	
Violência e álcool	Não	92 (97,9)	93 (96,9)	185 (97,4)	1,00
	Sim	2 (2,1)	3 (3,1)	5 (2,6)	
Serviço de saúde e álcool	Não	87 (92,6)	83 (86,5)	170 (89,5)	0,237
	Sim	7 (7,4)	13 (13,5)	20 (10,5)	
Internação e álcool	Não	90 (95,7)	94 (97,9)	184 (96,8)	0,442
	Sim	4 (4,3)	2 (2,1)	6 (3,2)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste exato de *Fisher*.

5.2 DESFECHO PRINCIPAL: PADRÃO DE CONSUMO

A Tabela 8 apresenta as frequências percentuais e absolutas sobre o padrão de consumo em cada um dos grupos baseado no ponto de corte ≥ 5 do AUDIT para consumo de risco de álcool entre idosos. Observa-se que, no momento tempo 1 (T1), após 3 meses do tempo 0 (T0), apenas 12,8% dos idosos do grupo controle apresentaram redução do consumo de risco, enquanto 52,1% no grupo intervenção apresentaram tal resultado. Os resultados são parecidos em tempo 2 (T2) com 6 meses do T0, onde podemos ver que os idosos do grupo controle e intervenção apresentam percentual na redução do consumo de risco iguais a 12,8% e 56,2%, respectivamente. Deste modo, o risco relativo no momento T1 foi de 4,08 (IC 95%: 2,32;7,16), o que indica que o risco de modificar seus padrões de consumo e melhorar sua classificação de risco é 4,08 vezes maior no grupo intervenção. O mesmo ocorre no momento 2, em que o risco relativo é de 4,40 (IC 95%: 2,52;7,69).

Tabela 8 - Frequências absolutas e percentuais para padrão de consumo de álcool por grupos nos tempos T1 e T2

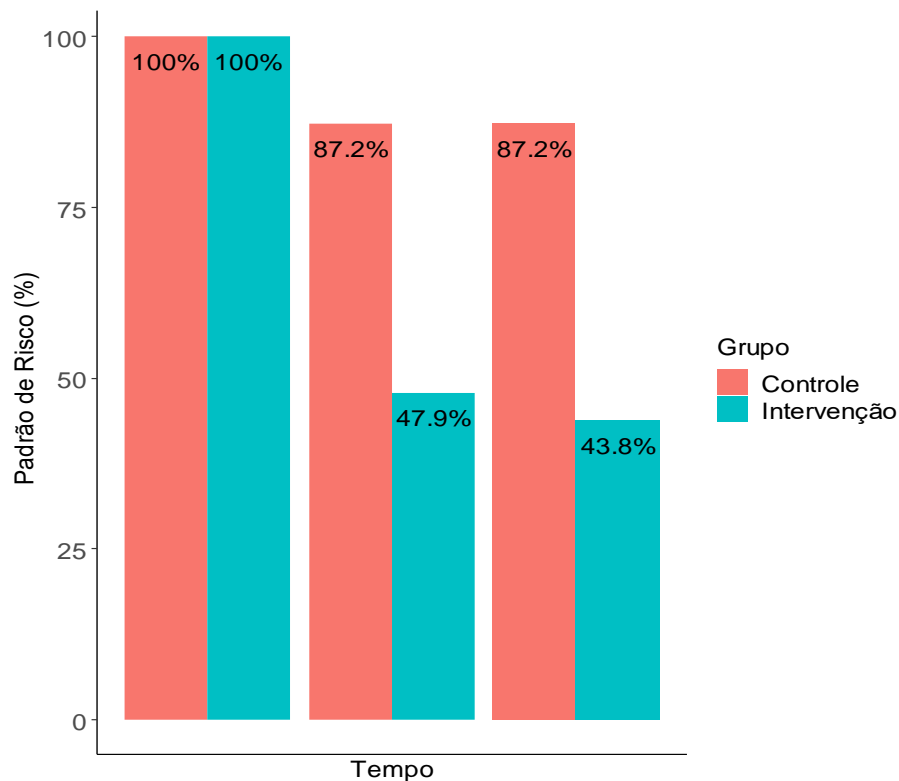
	Grupo Controle		Grupo intervenção		p-valor	RR	IC (95%)	
	N	%	N	%				
Padrão de consumo T1								
AUDIT ≥ 5	82	87,2	46	47,9	<0,001	1	4,08	2,32
AUDIT ≤ 4	12	12,8	50	52,1				
Padrão de consumo T2								
AUDIT ≥ 5	82	87,2	42	43,8	<0,001	1	4,40	2,52
AUDIT ≤ 4	12	12,8	54	56,2				

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste exato de *Fisher*.

O gráfico 1 apresenta uma ilustração de barras com os percentuais de padrão do consumo de risco de álcool em cada grupo em cada tempo, que nos permite visualizar o decaimento no padrão do consumo de risco no grupo intervenção.

Gráfico 1 - Padrão do consumo de risco de álcool em cada grupo e tempo



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

5.3 COMPARAÇÕES AO LONGO DO TEMPO PARA DESFECHOS DE INTERESSE

A tabela 9 apresenta as medidas descritivas para cada um dos desfechos secundários numéricos e a tabela 10 apresenta as frequências observadas para o desfecho *binge drinking*, que é dicotômico. A princípio, foi realizada a análise não paramétrica para estudos longitudinais em fatores, que resultou em $p \text{ valor} < 0,01$ no termo de interação para todas as variáveis avaliadas. Esse resultado indica que, para todas as variáveis houve uma diferença no comportamento dos grupos ao longo do tempo, ou seja, é possível afirmar que a interação teve efeito sobre os desfechos. Deste modo, nas tabelas 9 e 10, optou-se por apresentar os p-valores das comparações entre grupos dentro de cada tempo.

Tabela 9 - Medidas descritivas para os desfechos secundários numéricos

	Grupo controle					Grupo intervenção					p-valor
	Média	DP	Mediana	Q25	Q75	Média	DP	Mediana	Q25	Q75	
Dose típica*											
T0	2,78	1,08	3	2	4	2,94	1,18	3	2	4	0,352
T1	2,59	1,16	2	2	4	1,77	1,3	2	1	2	<0,001
T2	2,59	1,16	2	2	4	1,72	1,34	2	1	2	<0,001
Frequência de uso*											
T0	4,26	2,48	3	2	7	4	2,45	3	2	7	0,508
T1	4,37	2,54	4	2	7	3,36	2,84	2	1	7	0,003
T2	4,35	2,56	4	2	7	3,22	2,89	2	1	7	0,001
Dose máxima*											
T0	4,47	1,64	4	3	6	4,5	1,65	4	3	6	0,788
T1	4,04	1,63	4	3	6	2,24	1,57	2	2	3	<0,001
T2	4,01	1,65	4	3	6	2,17	1,63	2	2	3	<0,001
Soma Q1 a Q3*											
T0	6,17	1,64	6	5	7	6,22	1,71	6	5	7	0,889
T1	5,7	2,11	5	4	7	3,44	2,71	3	2	4	<0,001
T2	5,66	2,16	5	4	7	3,27	2,83	3	1	4	<0,001
AUDIT Q3*											
T0	2,27	1,17	2	1	3	2,29	1,2	2	1	3	0,837
T1	1,96	1,4	2	1	3	0,75	1,41	0	0	1	<0,001
T2	1,93	1,42	2	1	3	0,75	1,41	0	0	1	<0,001
Escore total AUDIT*											
T0	9,53	3,48	9	7	11	9,57	3,42	9	7	11,25	0,835
T1	9,14	3,9	8	7	11	5,59	5,04	4	2	7,25	<0,001
T2	9,12	4,1	8	6	11	5,34	5,19	4	1,75	7,25	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste de *Mann-Whitney* entre grupos e dentro de cada tempo.

*Variáveis com $p < 0,01$ para o fator de interação na análise não paramétrica para estudos longitudinais em fatores.

Tabela 10 - Frequências absolutas e percentuais para comportamento *binge drinking*

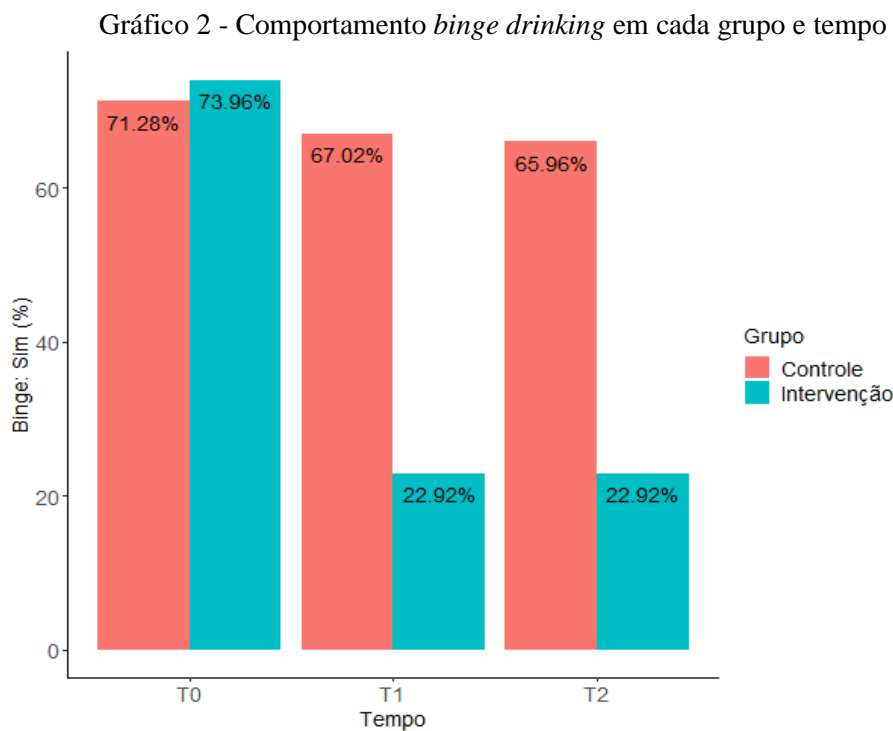
	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p-valor
	N	%	N	%	
Binge T0					
Não	27	28,7	25	26,0	0,801
Sim	67	71,3	71	74,0	
Binge T1					
Não	31	33,0	74	77,1	<0,001
Sim	63	67,0	22	22,9	
Binge T2					
Não	32	34,0	74	77,1	<0,001
Sim	62	66,0	22	22,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste exato de *Fisher*.

De maneira geral, é possível observar que, para todos os desfechos observados, não há indícios de diferenças no momento T0, esses indícios começam aparecer a partir do momento T1. Para dose, por exemplo, no momento 0 ambos os grupos têm valores médios e medianos em torno de 3. No grupo controle, esses valores progridem para 2,59, já no grupo intervenção, a dose média cai para 1,77 e 1,72. No caso do escore total AUDIT, observa-se que, em T0, ambos os grupos têm média em torno de 9. O grupo controle mantém médias em torno de 9 nos momentos 1 e 2, já o grupo intervenção reduz as médias para valores de 5,59 e 5,34.

Por fim, para a variável *binge drinking*, ambos os grupos têm mais de 70% dos pacientes com comportamento *binge* no momento 0. Esse valor cai para 67,0% e 66,0% no grupo controle. Já no grupo intervenção, o percentual cai para 22,9%.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

6 DISCUSSÃO

O consumo de álcool pelos idosos tornou-se um comportamento comum no nosso contexto sociocultural. A lata de cerveja pode marcar o encontro de amigos no bar; a taça de vinho pode fornecer sensações de prazer e um copo de cachaça pode abrir o apetite ou aquecer o corpo de uma noite fria. Evidências recentes indicam que o número de consumidores em risco de álcool e as incidências de mortalidade e morbidade estão aumentando entre idosos (BAREHAM *et al.*, 2019; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; HAN *et al.*, 2019; REHM *et al.*, 2017; ROCHE *et al.*, 2020; STELANDER *et al.*, 2021; WHO, 2014). Esse problema não é uma realidade apenas no Brasil (NORONHA *et al.*, 2019; PAULA *et al.*, 2021), mas um fenômeno mundial (BRESLOW *et al.*, 2017; KNODEL; POTHISIRI, 2021; LI *et al.*, 2017; NUEVO *et al.*, 2015; ROSSOW; TRÆEN, 2020; TEVIK *et al.*, 2017; WANG; ZHANG; WU, 2022).

Em nosso estudo, inicialmente, cerca de 44,5% dos idosos consumiam álcool em risco, proporção um pouco menor do consumo de baixo risco e quase cinco vezes mais daqueles em possível dependência. Os dados obtidos geram preocupação, pois à medida que as pessoas envelhecem, ocorre diminuição da tolerância aos efeitos do álcool no organismo, de modo que os problemas relacionados ao álcool podem surgir em níveis mais baixos de consumo (ARNDT; SCHULZ, 2015; BARRY; BLOW, 2016; KELLY *et al.*, 2018; KUERBIS, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014).

Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos do consumo de álcool causados pela presença de alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento como o aumento da gordura corporal, a diminuição do metabolismo hepático e a redução da massa muscular e da água dos tecidos. Em consequência desse processo, os níveis de álcool no sangue tendem a se manter elevados e podem potencializar os riscos aos idosos (BARRY; BLOW, 2016; DINIZ *et al.*, 2017; KUERBIS, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014; TEVIK *et al.*, 2021; WAAD; PAPADOPOULOS, 2014).

Os idosos enfrentam maiores riscos associados ao consumo de álcool devido a presença de comorbidades (deficiências cognitivas, problemas alimentares, doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus, doenças hepáticas, câncer, depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental). Há também mais susceptibilidade de danos decorrentes do uso de medicamentos não prescritos ou que tornam o consumo de álcool contraindicado, como aumento dos efeitos sedativos, hipotensão ortostática, sangramentos,

redução da eficácia da medicação ou até mesmo ocasionar novas doenças (ANDERSEN *et al.*, 2015; BARNES *et al.*, 2016; DINIZ *et al.*, 2017; GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; KUERBIS, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014). Além disso, o aumento no consumo de álcool pelos idosos pode resultar em consequências adversas relacionadas ao álcool, incluindo problemas sociais (solidão, perdas, maus-tratos, acidentes etc), dificuldades legais, médicas ou laborais (KUERBIS, 2020; WOOTEN *et al.*, 2017).

Apesar das evidências que o álcool aumenta os riscos ao ser consumido com outras drogas e contribui para o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais a curto e a longo prazo (BAREHAM *et al.*, 2019; KELLY *et al.*, 2018), ainda é um assunto pouco discutido na sociedade brasileira e entre os próprios idosos (CHAGAS *et al.*, 2019; PAULA *et al.*, 2019). Dado a complexidade do problema, é fundamental instituir diretrizes nacionais para facilitar o acesso à detecção precoce e intervenção breve para o consumo de risco de álcool como prioridade de saúde pública (MONTEIRO, 2020; OPAS, 2020) e mais evidências científicas que justifiquem as recomendações para os limites do consumo de álcool em idosos (GELL; MEIER; GOYDER, 2015; STELANDER *et al.*, 2021; TEVIK *et al.*, 2021).

O objetivo do presente estudo foi avaliar um protocolo de intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos assistidos na APS, procurando verificar o padrão do consumo de álcool, a quantidade de doses e a frequência de consumo e o comportamento *binge drinking* em grupos de idosos, antes e após serem submetidos a intervenção breve (grupo intervenção) e a entrega do folheto informativo (grupo controle). Este estudo trata-se de uma avaliação inédita da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos, visto que ainda não foi investigada no contexto da APS do Brasil e demais países da América Latina, até o momento.

Para as variáveis sociodemográficas, condições de saúde incluindo os aspectos relacionados ao consumo de álcool, não foi possível identificar que os grupos eram diferentes estatisticamente. Verificou-se uma redução mais acentuada e significativa no padrão de consumo de álcool do grupo intervenção, ao longo do tempo de 3 a 6 meses. Esse efeito positivo também foi constatado na diminuição no consumo habitual e no comportamento *binge drinking*. Os dados encontrados evidenciam a possibilidade de recomendação do protocolo de intervenção breve para idosos consumidores de álcool em risco.

A seguir, a discussão destaca as principais características da amostra estudada e os efeitos da intervenção breve no consumo de risco de álcool por esses idosos assistidos na APS.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Para este estudo, identificou-se uma amostra em sua maioria do sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos, estado civil casado, níveis mais baixos de renda familiar e de escolaridade e com aposentadoria. Em geral, nossa caracterização sociodemográfica apresenta semelhanças com os idosos participantes da intervenção breve do projeto *Senior Health and Alcohol Risk Education (SHARE)* na APS (BARNES *et al.*, 2016; ETTNER *et al.*, 2014).

Quase três quartos da nossa amostra foi do sexo masculino (72,6%), proporção similar ao estudo de intervenção breve (71,6%) da Lin *et al.* (2010). É notório a discrepância entre as proporções da variável do sexo. Os homens bebem em maior quantidade e com mais frequência do que as mulheres (BARES; KENNEDY, 2021; BARNES *et al.*, 2016; HELVIK, 2020; NUEVO *et al.*, 2015; SACCO, 2017; SLADE *et al.*, 2016; WHO, 2019).

Estudos demonstraram haver associação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o consumo de risco de álcool, e esse padrão parece estar intensamente atrelado aos fatores sociais e culturais (KUERBIS, 2020; LABERGE *et al.*, 2021; MARTINS *et al.*, 2016; SOARES *et al.*, 2016; STELANDER *et al.*, 2022; WAGNER *et al.*, 2014). O consumo de álcool é considerado um dos principais fatores de risco para aumento do índice de doenças e do número de mortes entre idosos, principalmente do sexo masculino (BARNES *et al.*, 2016; GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007; REHM *et al.*, 2017; STEIN *et al.*, 2022; WHO, 2018).

Embora o resultado deste estudo continue mostrando que os idosos do sexo masculino são mais predispostos ao consumo de risco de álcool, é preciso atenção com o consumo das mulheres idosas. Há evidências recentes de que as diferenças sexuais no consumo de álcool estão diminuindo também nesta população (SLADE *et al.*, 2016; STELANDER *et al.*, 2021; WHO, 2018). Acredita-se que essa diminuição pode ser pelo aumento nos direitos sociais das mulheres, maior participação delas no trabalho e melhoria de suas condições socioeconômicas (STELANDER *et al.*, 2021).

Em comparação com os homens, as mulheres são mais susceptíveis aos efeitos adversos associados ao consumo de álcool, em consequência de menor quantidade de água corporal, maior quantidade de gordura e menor quantidade de enzimas responsáveis pela metabolização do álcool (GRUCZA *et al.*, 2020; SHOGREN; HARSELL; HEITKAMP, 2017; STELANDER *et al.*, 2021). Essa problemática ainda é mais agravante em mulheres

idosas devido a maior probabilidade de consumirem medicamentos contraindicados que podem ocasionar condições de saúde graves quando ingeridos com álcool (COULTON *et al.*, 2017; HAN; MOORE, 2018; HOLTON *et al.*, 2019a; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007). Recomenda-se, portanto, que as mulheres idosas devem consumir um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação em comparação ao consumo dos homens (CSAT, 1998, 2020; NIAAA (2015), WHO, 2014).

Geralmente, as mulheres idosas bebem menos e são mais propensas a diminuir ou parar de beber do que os idosos do sexo masculino. Poucas são avaliadas ou procuram ajuda para os riscos do consumo de álcool (HAN *et al.*, 2017; ROCHE *et al.*, 2020; SLADE *et al.*, 2016), por isso apresentam menores chances de receber uma intervenção breve (LU *et al.*, 2021). Os profissionais de saúde precisam estar cientes dessa realidade e garantir que as influências de gênero nos padrões de consumo façam parte da triagem e da intervenção breve a população idosa de forma geral.

A faixa etária de 60 a 69 anos (51,6%) teve o maior risco de consumo de álcool neste estudo, semelhante à amostra (50%) de outra pesquisa de intervenção breve (BARNES *et al.*, 2016). Observou-se também que a proporção do consumo de risco de álcool em idosos parece diminuir com aumento da idade (AGUILA; GUERRERO; VEJA, 2016; JIANG *et al.*, 2020; PAULA *et al.*, 2021; STELANDER *et al.*, 2022; WAGNER *et al.*, 2014).

Pesquisadores descobriram que o consumo de álcool permanece relativamente estável até os 70 anos de idade, após tende a uma diminuição gradual nos níveis de consumo e nos problemas associados à bebida, principalmente nas mulheres (BRENNAN *et al.*, 2011). Outros estudos evidenciaram que os idosos em idades mais baixas, em comparação com aqueles em idades mais avançadas, apresentaram maior probabilidade de morte ou mudanças no consumo em função dos seus problemas de saúde (HOLAHAN *et al.*, 2015; JIANG *et al.*, 2020; REHM *et al.*, 2017; STELANDER *et al.*, 2022).

Embora a diminuição no consumo de álcool com aumento da idade seja um indicativo positivo, ainda é motivo de preocupação, pois os idosos que continuam o consumo, permanecem vulneráveis aos problemas causados pelo álcool. Mais estudos prospectivos são necessários para identificar a longo prazo as trajetórias e os fatores associados no consumo de risco em idosos, desde a transição da fase adulta até as idades mais avançadas do idoso.

Entre os participantes do nosso estudo, o estado civil mais frequente foi casado (63,2%), similar a amostra (64%) encontrada no estudo de intervenção realizado por Kuerbis

et al. (2015). Idosos casados podem estar em maior risco de consumir álcool (STELANDER *et al.*, 2022; YAN *et al.*, 2014).

Pesquisadores identificaram que o consumo de risco de álcool foi mais prevalente em idosos que viviam com o cônjuge ou companheiro. As mulheres casadas eram mais propensas relatar consumo de risco, enquanto os homens casados tinham maiores chances de exceder os limites do consumo de risco (STELANDER *et al.*, 2021; STELANDER *et al.*, 2022). Entretanto, outros pesquisadores descobriram que ser casado apresentava menores chances de beber em risco do que os não casados tanto entre os homens quanto nas mulheres (LI *et al.*, 2019; SACCO; BUCHOLZ; HARRINGTON, 2014)

Os preceitos sociais dos países, possivelmente relacionados ao sexo para lidar com o consumo de álcool, podem explicar as divergências nos resultados dos estudos. Ainda não são compreendidos totalmente os riscos de ser casado e sua relação com o álcool, no entanto, pesquisadores afirmaram que existe influência dos cônjuges ou companheiros nos padrões de consumo de álcool e nos comportamentos de saúde dos seus parceiros (MACHADO *et al.*, 2017; POLENICK *et al.*, 2018; STELANDER *et al.*, 2021). Isso implica na adoção de ações de prevenção dos riscos de consumo em idosos, considerando as relações conjugais no processo de envelhecimento e as mudanças nos papéis de gênero nas relações afetivas.

Quanto à renda familiar, nosso estudo encontrou maior prevalência do consumo de risco de álcool entre aqueles com salários mais baixos, 26,3% menor ou igual a 1 SM e 46,8% maior que 1 SM a 3 SM. Contrariamente, a maioria das pesquisas evidenciaram que os idosos com renda mais alta tiveram maior consumo de álcool (HALONEN *et al.*, 2017; JIANG *et al.*, 2020; NUEVO *et al.*, 2015; SACCO, 2017; SZABÓ *et al.*, 2021).

Os achados do nosso estudo refletem a condição socioeconômica dos países em desenvolvimento, o que se assemelha ao encontrado nas pesquisas realizadas em Gana (YAWSON *et al.*, 2015) e no México (AGUILA; GUERRERO; VEJA, 2016). Yawson *et al.* (2015) demonstraram que a renda mais baixa foi um preditor significativo do consumo de álcool entre os idosos ganenses. Aguila, Guerrero e Veja (2016) ressaltaram que os idosos mexicanos com menos recursos, em termo de renda, tiveram maior risco de consumo de álcool.

Nos países em desenvolvimento vem crescendo o consumo de álcool conforme as condições econômicas e as estratégias de *marketing* difundidas na divulgação de bebidas alcoólicas, tanto em mídias expressas e eletrônicas quanto em produtos de marca, eventos esportivos e patrocínio de equipes. Também incluem o aumento da acessibilidade aos preços

do álcool e maior disponibilidade de bebidas alcoólicas entre os níveis de renda mais baixos (BAREHAM *et al.*, 2019; BOUMANS *et al.*, 2022; CALVO *et al.*, 2021; MONTEIRO, 2020; OPAS, 2020). É urgente a necessidade de implementação de políticas de intervenções para ajudar os idosos no planejamento da redução do consumo de álcool de acordo com a situação financeira e prioridades na vida.

Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes do nosso estudo relataram que não estudaram ou tinham poucos anos de estudo (51,1%). Evidências semelhantes foram encontradas nos estudos realizados em Portugal (ROSSOW; TRÆEN, 2020), Nova Zelândia (STEVENSON *et al.*, 2015), EUA (HAN *et al.*, 2019) e no Brasil (NORONHA *et al.*, 2019), onde o consumo de álcool foi maior entre os idosos com baixo nível de escolaridade. Acredita-se que aqueles com menor escolaridade possuem maiores chances de consumir álcool em consequência à exposição mais frequente aos problemas sociais e dificuldades no acesso à informação sobre os riscos à saúde do consumo de álcool (BAREHAM *et al.*, 2019; BOUMANS *et al.*, 2022; SACCO, 2017).

Por outro lado, a maioria dos estudos internacionais (HALONEN *et al.*, 2017; HOLDSWORTH *et al.*, 2017; HOLTON *et al.*, 2019b; ROSSOW; TRÆEN, 2020; STELANDER *et al.*, 2022; SZABÓ *et al.*, 2021) e nacionais (PAULA *et al.*, 2021; PAULA *et al.*, 2022; WAGNER *et al.*, 2014) mostraram idosos com maior escolaridade envolvidos com consumo de risco de álcool, inclusive nos ensaios clínicos sobre intervenção breve (BARNES *et al.*, 2016; GORDON *et al.*, 2003; KUERBIS *et al.*, 2015; MOORE *et al.*, 2011). Pressupõe-se que aqueles com maior nível de escolaridade podem ter boas remunerações disponíveis para maiores gastos com bebidas alcoólicas e mais frequência em ocasiões sociais que incluem consumo de álcool (BAREHAM *et al.*, 2019; BOUMANS *et al.*, 2022; PAULA *et al.*, 2021; SACCO, 2017).

Estudos futuros precisam contribuir com investigações sobre consumo de risco de álcool em idosos, considerando sua relação com os níveis de escolaridade. Os resultados desses estudos podem ajudar os profissionais na condução das intervenções breves nos serviços de saúde, bem como os idosos na construção do seu conhecimento em saúde, especificamente em mais informações sobre os níveis de consumo e a intervenção breve.

No que se refere a aposentadoria, mais de três quartos (77,4%) dos participantes do nosso estudo eram aposentados, similar ao encontrado no estudo de intervenção (74%) de Moore *et al.* (2011). Pesquisadores sugerem que os idosos aposentados experimentam mudanças nas rotinas diárias, nas relações sociais e nos comportamentos, dentre eles o

consumo de álcool (AGAHI *et al.*, 2022; BAREHAM *et al.*, 2019; SACCO; KUERBIS, 2013).

Evidências recentes mostraram associação entre aposentadoria e aumento do consumo de álcool (AGAHI *et al.*, 2022; HOLDSWORTH *et al.*, 2017; SACCO *et al.*, 2015). Os resultados de um estudo internacional mostraram que os aposentados bebem mais comparado com os que ainda estão trabalhando e que o aumento do consumo de álcool ocorre em torno da transição para a aposentadoria (AGAHI *et al.*, 2022). Os aposentados, sem obrigações ocupacionais, podem dispor de maior tempo e, assim ter mais oportunidades para beber (AGAHI *et al.*, 2022; BAREHAM *et al.*, 2019).

Pesquisas identificaram que não é apenas a aposentadoria em si que tem efeitos no padrão de consumo de álcool, mas sim as circunstâncias e o contexto da transição para aposentadoria, como problemas de saúde, diminuição da rede social e *status* social relacionado ao trabalho, demissão do emprego, finanças ou idade mais avançada (BAREHAM *et al.*, 2019; CHAPMAN *et al.*, 2020; HELVIK, 2020; HOLTON *et al.*, 2018; SACCO; KUERBIS, 2013). Intervenções breves no local de trabalho, direcionadas aqueles em transição de estilo de vida para aposentadoria, podem contribuir de forma precoce com a redução dos riscos associados ao consumo de álcool (ROCHE *et al.*, 2020). É fundamental compreender o papel da aposentadoria e seu impacto nas condições financeiras e no consumo de álcool, e que, por sua vez, têm consequências para saúde pública.

A discussão das características sociodemográficas mostrou que os idosos representam um grupo diversificado e, em muitos casos, podem compartilhar riscos específicos relacionados à saúde, com distintas histórias do consumo de álcool (ANDERSEN *et al.*, 2015). Essas características oferecem uma oportunidade para direcionar as recomendações dos limites do consumo de álcool, explicando os malefícios do álcool para saúde.

6.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

O consumo de risco de álcool e suas implicações nas condições de saúde dos idosos podem emergir mais cedo na vida ou em idades mais avançadas (ANDERSEN *et al.*, 2015; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HOLDSWORTH *et al.*, 2016). O modo como cada idoso se envolve com o álcool tem consequências significativas para sua saúde, concomitantemente as complicações da saúde também podem afetar o comportamento do consumo de álcool (LIMA *et al.*, 2017; SZABÓ *et al.*, 2021).

Em consonância com pesquisas anteriores, a maioria da nossa amostra teve autopercepção boa da saúde, realizava atividade física; estava em estado nutricional de sobrepeso; não fazia uso de cigarro; apresentava doenças crônicas e fazia uso de medicamentos. A variabilidade de aspectos relacionados as condições de saúde neste estudo apresentam-se como um diferencial de outros recentes estudos sobre intervenção breve para álcool em idosos (BARNES *et al.*, 2016; COULTON *et al.*, 2017; HAN *et al.*, 2018).

Mais da metade dos nossos participantes (58,9%) tiveram melhor autopercepção da saúde, proporção semelhante aos idosos em consumo de risco de álcool (63%) do estudo de Stelander *et al.* (2022) que relataram estado de saúde bom ou excelente.

Os idosos com boa saúde provavelmente consomem mais álcool do que aqueles com saúde ruim (KUERBIS, 2020; SACCO, 2019; STELANDER *et al.*, 2022). Existem evidências de que os idosos atribuem a condição de risco ao álcool apenas aqueles que bebem em grande quantidade e com pior saúde (BAREHAM *et al.*, 2019; HOLDSWORTH *et al.*, 2016). Muitos aprovam o consumo socialmente aceitável e banalizam o consumo e os riscos do álcool (BAREHAM *et al.*, 2019; CHAPMAN *et al.*, 2020; KELLY *et al.*, 2018).

Existem pesquisas que demonstraram associação positiva entre consumo de álcool a uma melhor saúde autorrelatada pelos idosos (BOUMANS *et al.*, 2022; LEÓN- MUÑOZ *et al.*, 2017; NUEVO *et al.*, 2015; TOWERS *et al.*, 2018). Em uma revisão sistemática qualitativa foi identificado que alguns idosos percebiam o consumo de álcool como protetor para saúde e acreditavam que beber nesta fase da vida era um sinal de boa saúde (BAREHAM *et al.*, 2019).

Entretanto, essa relação está sendo cada vez mais contestada, principalmente em virtude de evidências das implicações indesejáveis do álcool em vários órgãos e funções do organismo (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HOLDSWORTH *et al.*, 2016; ORTOLÁ *et al.*, 2019; SZABÓ *et al.*, 2021). Os idosos diminuem ou param de consumir álcool quando percebem que sua saúde piora (HAN *et al.*, 2017; HOLDSWORTH *et al.*, 2016; ORTOLÁ *et al.*, 2019; SACCO, 2019), especialmente as mulheres idosas (BAREHAM *et al.*, 2019; LU *et al.*, 2021). Futuras pesquisas longitudinais necessitam explorar os efeitos do consumo de álcool à medida que piora a saúde dos idosos (SZABÓ *et al.*, 2021) e os fatores que motivam a mudança ou a manutenção do comportamento de beber (GAVENS *et al.*, 2016).

Em nosso estudo foi observada uma maior tendência para prática de atividade física (52,6%), valor maior do que foi evidenciado no Brasil (29,7%) por Noronha *et al.* (2019). A OMS indica a participação dos idosos em atividades físicas regulares e moderadas (WHO,

2002), o que pode contribuir com a redução de complicações à saúde e delongar o aparecimento de doenças crônicas (DE REZENDE *et al.*, 2015; MCPHEE *et al.*, 2016). Evidências mostram que a participação regular em atividades físicas promove a preservação da massa muscular esquelética, força e função física com o avançar da idade (GOMES *et al.*, 2017; ZAMPIERI *et al.*, 2015).

O envolvimento em atividades físicas e a diminuição do consumo de álcool são fatores comportamentais determinantes para aumentar a longevidade e a qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2006; STEIN *et al.*, 2022; WHO, 2002). Apesar do conhecimento desses benefícios, a maioria dos idosos não realizam atividade física necessária para manutenção da saúde. Tanto os idosos considerados saudáveis quanto aqueles com fragilidade física, podem ser incentivados a realização de atividades físicas sistematizadas em programas de saúde pública na APS (NORONHA *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2016; WHO, 2002). Em concordância com outros pesquisadores (LABERGE *et al.*, 2021; PIAZZA-GADNER; BARRY, 2012; DE REZENDE *et al.*, 2015), a falta de estudos que examinem atividade física e consumo de álcool sugere a necessidade de investigações na população idosa.

Em adição às análises do presente estudo, a maioria dos idosos estavam em sobrepeso (55,8%). Os participantes foram avaliados pelo índice de massa corpórea ($IMC = kg/m^2$) com classificação específica para idosos, sendo < 22 desnutrição, 22 a 27 eutrofia, > 27 sobrepeso (BRASIL, 2018). É importante destacar que o peso e a altura foram autorrelatados e geralmente os idosos apresentam limitações para referir essas medidas, superestimando a altura e subestimando o peso (MARCONCIN *et al.*, 2021). Portanto, o IMC deve ser usado com prudência na população idosa para analisar o peso, inclusive naqueles consumidores de álcool.

A relação entre o consumo de risco de álcool e sobrepeso é complexa (MARCONCIN *et al.*, 2021). Envolve a análise de outras condições de saúde e comportamentais como não realização de atividade física; padrão de sono irregular; consumo de outras drogas; presença de doenças crônicas; uso de medicamentos contraindicados; aspectos genéticos para ganho de peso; história progressiva de consumo de álcool (MARCONCIN *et al.*, 2021; PENGPID; PELTZER, 2017; TRAVERSY; CHAPUT, 2015).

O consumo de risco de álcool e o sobrepeso tem sido comportamentos de interesse de saúde pública devido seus altos impactos na vida das pessoas e por serem ambos importantes fatores de risco para aparecimento e agravos de doenças crônicas (ARAÚJO *et al.*, 2021;

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; MALTA *et al.*, 2017). Mais estudos são necessários para compreensão acerca da associação desses comportamentos em saúde.

Para os idosos, outro comportamento de risco à saúde mais comum é o tabagismo (KUEBIS, 2020; WHO, 2014). Nossos resultados mostraram que 27,4% dos participantes do estudo eram fumantes, o que está de acordo com o resultado do estudo de intervenção breve realizado por Watson *et al.* (2013). Embora esses estudos demonstrem menor proporção de idosos que consomem álcool aliado ao tabaco, é preocupante para esta população porque os efeitos interativos das duas drogas podem potencializar ainda mais o risco de morbimortalidade (DASKALOPOULOU *et al.*, 2018; HAN; MOORE, 2018; HOLAHAN *et al.*, 2018; JIANG *et al.*, 2020; NORONHA *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2016; VERPLAETSE; MCKEE, 2017).

O álcool e o tabaco são drogas tradicionalmente aceitas em nossa sociedade e mais esperadas para consumo por homens (WAGNER *et al.*, 2014; WHO, 2018). Pesquisadores argumentaram que os idosos do sexo masculino que fumavam também consumiam maior quantidade de álcool em comparação com aqueles que não fumavam (SZABÓ *et al.*, 2021; WANG; ZHANG; WU, 2022).

Em contraste ao nosso estudo, pesquisas internacionais (JIANG *et al.*, 2020; SACCO, 2019) e nacionais (NORONHA *et al.*, 2019) identificaram maior consumo de risco de álcool entre fumantes atuais. Outros pesquisadores descobriram que especificamente o consumo excessivo de álcool é um fator mantenedor do uso de tabaco em idosos (HOLAHAN *et al.*, 2018; RAO; ROCHE, 2017; SOARES *et al.*, 2016). Essas descobertas reforçam a necessidade de implementação de intervenções de saúde pública para consumo de risco de álcool e tabaco, mesmo entre idosos com idade mais avançada (BARBOSA *et al.*, 2018; HOLAHAN *et al.*, 2018; KUEBIS *et al.*, 2014; ROCHE *et al.*, 2016).

As políticas de cada país sobre o álcool e outras drogas e a questão cultural podem determinar o comportamento de beber e fumar dos idosos (BOUMANS *et al.*, 2022; MACHADO *et al.*, 2017). Evidências demonstraram que o consumo de álcool está associado ao tabagismo em idosos (KNODEL; POTHISIRI, 2021; WANG; ZHANG; WU, 2022), bem como os fumantes são mais propensos ao consumo de álcool (BARBOSA *et al.*, 2018; DASKALOPOULOU *et al.*, 2018; JIANG *et al.*, 2020). Portanto, sugere-se que uma intervenção breve para redução do consumo de álcool entre idosos pode ser adaptada as necessidades daqueles que também são fumantes, na perspectiva de promover um envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida.

Nosso estudo descobriu que 83,6% dos idosos em consumo de risco de álcool tinham diagnóstico clínico de alguma doença crônica, sendo 57,9% com três ou mais doenças. As explicações para esses achados podem ser que os idosos com doença crônica não conheçam ou desconsiderem os riscos relacionados ao consumo de álcool, aumentem o consumo para tamponar os sintomas ou são menos motivados as mudanças de comportamentos não saudáveis (LAL; PATTANAYAK, 2017; SACCO, 2019). Isso sugere a necessidade de maior atenção à saúde para os idosos com doenças crônicas que se envolvem em riscos no consumo de álcool (GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; MACHADO *et al.*, 2017), particularmente nos países em desenvolvimento, onde a multimorbidade parece ser cada vez mais prevalente (AMINISANI *et al.*, 2020; WHO, 2015; XU; MISHRA; JONES, 2017).

Ao contrário dos nossos achados, outros estudos encontraram menor consumo de álcool em idosos com maior número de doenças crônicas (PARIKH *et al.*, 2015; PAULA *et al.*, 2022) e sem doenças (ANDERSEN *et al.*, 2015). Pesquisadores referem-se esses resultados a hipótese do “doente desistente”, em que os idosos param ou reduzem o consumo de álcool por motivo de doença (HOLDSWORTH *et al.*, 2016; ROSSOW; TRÆEN, 2020; SLATER *et al.*, 2018; SZABÓ *et al.*, 2021).

Embora em níveis mais baixos de consumo, o álcool tem efeito prolongado no organismo do idoso e pode acentuar a ocorrência e o desenvolvimento de doenças crônicas, sobretudo em mulheres idosas (MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007; SACCO, 2017; SZABÓ *et al.*, 2021; TSCHORN *et al.*, 2022; WAAD; PAPADOPOULOS, 2014). Evitar ou reduzir o consumo de álcool pode contribuir para a melhora dos sintomas (PHAM; CALLINAN; LIVINGSTON, 2019).

Dados os possíveis impactos negativos do consumo de álcool as doenças crônicas, é essencial que os idosos em risco recebam intervenção breve. Devido ao tratamento dessas doenças, é provável que os idosos recebam visita domiciliar ou procurem regularmente os serviços de saúde, em especial da APS (HAN; MOORE, 2018; TOWERS *et al.*, 2019). Portanto, cabe aos profissionais de saúde reconhecer que o consumo de álcool é comum entre idosos e provavelmente pode estar associado as condições de saúde geral (SACCO, 2019). E por isso faz-se necessário incorporar na sua prática diária a realização de uma triagem adequada para identificação precoce do consumo de risco de álcool (NUEVO *et al.*, 2015; SATRE, 2015; SZABÓ *et al.*, 2021; TOWERS *et al.*, 2018).

Um pouco mais de 90% dos participantes do nosso estudo tomavam medicamentos. Esses resultados possuem uma maior proporção ao encontrado em outros estudos mais

recentes, que apresentaram uma variação de 42% a 78,6% dos idosos em uso de medicamentos e de álcool (BRESLOW; DONG; WHITE, 2015; COUSINS *et al.*, 2014; IMMONEN; VALVANNE; PITKÄLÄ, 2013; QATO; MANZOOR; LEE, 2015).

Os medicamentos são tomados pelos idosos provavelmente para seus problemas de saúde, muitos dos quais podem ser interativos com o álcool (ANDERSEN *et al.*, 2015; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LAL; PATTANAYAK, 2017; STELANDER *et al.*, 2022). Algumas interações com medicamentos podem ocorrer com qualquer consumo de álcool, enquanto outras interações podem aumentar os riscos dependendo do aumento dos níveis de consumo de álcool (HOLTON *et al.*, 2017).

Cerca de 58,9% dos idosos do nosso estudo usavam entre 1 e 4 medicamentos por dia. Quanto maior a quantidade de medicamentos, aumenta o risco de interações medicamentosas e eventos adversos (MORIARTY *et al.*, 2015). No entanto, o consumo de álcool tende a diminuir em idosos com polifarmácia (≥ 5 medicamentos) do que sem polifarmácia (DHALWANI *et al.*, 2017; SLATER *et al.*, 2018; WONG *et al.*, 2016).

O uso de medicamentos concomitante com o álcool pelos idosos podem alterar os efeitos terapêuticos dos medicamentos, causando riscos como aumento dos níveis de concentração de álcool no sangue, aumento e/ou diminuição do metabolismo da droga, reações do tipo “dissulfiram” (desconfortos abdominais, vômitos e cefaléia), intensificação dos efeitos colaterais e interferência na eficácia dos medicamentos (HOLTON *et al.*, 2017; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007; ZANJANI *et al.*, 2018).

Os medicamentos prescritos são habitualmente usados por idosos consumidores de álcool em risco, como foi encontrado em nosso estudo (86,8%). Esse achado corrobora com afirmação que os idosos representam o maior grupo populacional de consumidores de medicamentos prescritos (BYE; ROSSOW, 2017; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007). Alguns medicamentos prescritos podem ser contraindicados ao consumo junto ao álcool por resultar em maior risco de danos aos idosos (BYE; MOAN, 2020; BYE; ROSSOW, 2017), sendo os mais comuns antidepressivos, analgésicos, agentes cardiovasculares, metabólicos e do sistema nervoso central (BRESLOW; DONG; WHITE, 2015; HOLTON *et al.*, 2017).

Além dos medicamentos prescritos, os profissionais de saúde precisam questionar os idosos sobre automedicação ou medicamentos com ervas e álcool que possam estar consumindo (AIRA; HARTIKAINEN; SULKAVA, 2008; DAVIES; O'MAHONY, 2015; IMMONEN; VALVANNE; PITKÄLÄ, 2013). Apesar de menor proporção do uso de medicamentos sem receita médica, o consumo de álcool combinado com outras drogas pode

causar danos graves (CASTLE *et al.*, 2016; COUSINS *et al.*, 2014; HAN; MOORE, 2018; SCOTT *et al.*, 2020; TSCHORN *et al.*, 2022) relacionados à intoxicação, como lesões, suicídios, mortes, violências e acidentes de trânsito (BRESLOW *et al.*, 2017; BYE; MOAN, 2020; KUERBIS, 2020; WHO, 2014).

O uso prejudicial de medicamentos e álcool por idosos geralmente não é intencional, muitas vezes são mal utilizados e podem progredir para uma possível dependência. Essas situações podem ocorrer por falta de orientações dos profissionais de saúde e pouca informação disponível aos idosos sobre os tipos de medicamentos e sua possível interação com o álcool (BRESLOW *et al.*, 2017; HOLTON *et al.*, 2017; SCOTT *et al.*, 2020; ZANJANI *et al.*, 2020).

Pesquisadores recomendam um acompanhamento do uso de medicamentos interativos com álcool e da quantidade de álcool consumida entre idosos (BYE; MOAN, 2020). A construção de uma lista de medicamentos interativos com álcool e aplicação de instrumentos de triagem são recursos possíveis para auxiliar os profissionais de saúde na identificação e avaliação dos idosos cujo consumo de álcool os coloca em risco e que se beneficiariam de uma intervenção breve como abordagem de prevenção à saúde e tratamento (BROWN *et al.*, 2016; HOLTON *et al.*, 2017; LAL; PATTANAYAK, 2017; ZANJANI *et al.*, 2020).

Compreender as condições de saúde da amostra estudada é, portanto, relevante para os enfermeiros e demais profissionais de saúde reconhecerem que o consumo de álcool, principalmente para idosos, podem apresentar riscos à saúde, muitos dos quais não são facilmente ou imediatamente identificados.

6.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL

O resultado do consumo de álcool pode ser influenciado pelo tipo de bebida mais consumido em um país ou região e pelo comportamento como as pessoas consomem álcool (CALVO *et al.*, 2021; WHO, 2018). No presente estudo, a cerveja correspondeu o tipo de bebida mais consumida e o principal motivo reconhecido pelos idosos para beber foi por prazer, diversão ou confraternização.

Mais de 90% dos participantes da pesquisa escolheram a cerveja como o tipo de bebida alcoólica, dado condizente com o contexto das regiões das América (53,8%) e do Brasil (62,0%) (WHO, 2018). Uma das razões para essa escolha pode ser a importância histórica de Ribeirão Preto na produção de cerveja. Ele foi um dos primeiros municípios do

interior de São Paulo que implementou indústria de bebida alcoólica no Brasil, sendo hoje conhecida popularmente como a “capital do chope” (GIORGI, 2017).

Pesquisa brasileira apresentou dados sobre os tipos de bebida alcoólica consumida pelos idosos, que relataram o maior consumo de cerveja, seguido de destilado e vinho, pelo menos uma vez por semana (CASTRO-COSTA *et al.*, 2008). Todavia, o destilado é considerado o tipo de bebida mais consumido no mundo, seguido da cerveja e vinho (WHO, 2018).

À medida que as pessoas envelhecem, elas geralmente mantêm seus comportamentos habituais, incluindo a escolha do tipo de bebida alcoólica. A preferência dos idosos por determinada bebida pode ser reflexo do contexto socioeconômico e cultural dos países e regiões ou das características particulares da população estudada (CALVO *et al.*, 2021). Além disso, também é provável que os idosos sejam, pelo menos em parte, encorajados ao consumo de baixo risco em virtude de informações sobre efeitos benéficos da bebida para longevidade e motivos de saúde, principalmente o vinho em comparação com outras bebidas específicas (SLUIK *et al.*, 2016; WOLTER, 2015). No entanto, essas informações são baseadas em estudos epidemiológicos de natureza associativa que apresentam várias limitações relatadas como o efeito do “erro sistemático oculto” (CHIVA-BLANCH; BADIMON, 2019; HOLMES *et al.*, 2014).

Independente que seja cerveja, vinho ou destilado, é preciso entender que álcool é sempre álcool (FISAC, 2020). Para OMS, cada 10 g de álcool puro, aproximadamente, equivale a 330 ml de cerveja/chope que contém cerca de 4% de álcool; 100 ml de vinho com cerca de 12% de álcool; 30 ml de destilado com cerca de 40% de álcool (WHO, 2014). Os efeitos no organismo do idoso são causados pela quantidade absoluta de álcool consumida e não pelo tipo de bebida (FISAC, 2020; KALINOWSKI; HUMPHREYS, 2016).

Recomenda-se não ultrapassar os limites para baixo risco do consumo de álcool (beber não mais que 2 doses padrão por dia e até 7 doses por semana, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber) (KUERBIS *et al.*, 2014; SACCO, 2017; WHO, 2014). Aliás, pesquisadores enfatizam que beber, mesmo dentro dos limites recomendados, pode aumentar o risco de lesões não intencionais e acidentes em idosos (BRESLOW *et al.*, 2017). De acordo com OMS, na maioria dos países é obrigatório a divulgação do teor alcoólico nos rótulos das bebidas alcoólicas, no entanto poucos indicam número de doses padrão, rótulos de advertência de saúde e segurança em garrafas ou recipientes (WHO, 2018). No Brasil, exige apenas o teor alcoólico, *International Bitterness Unit* (IBU) e advertência (BRASIL, 2009).

À medida que evidências mostraram o aumento na proporção de idosos em consumo de risco de álcool, despertaram o interesse dos pesquisadores em compreender os motivos para esse consumo (GOUGH *et al.*, 2020). Em nosso estudo, mais de 80% dos participantes reconheceram prazer, diversão e confraternização como a razão que motiva o consumo de álcool. Evidências mostram que o consumo de álcool em idosos está associado a maior participação à vida social, diversão e prazer, considerado por alguns pesquisadores como uso recreacional (BARRY; BLOW, 2016; BAREHAM *et al.*, 2019; KELLY *et al.*, 2018). O envolvimento frequente dos idosos em atividades sociais, como ir a eventos culturais, restaurantes e dançar, prediz padrões contínuos de consumo de risco de álcool (AGAHI; DAHLBERG; LENNARTSSON, 2019).

A maioria dos idosos atribui as razões para o consumo de álcool a um hábito ou parte de uma rotina regular (BURRUSS *et al.*, 2015; SACCO *et al.*, 2015). Por exemplo, uma bebida durante as refeições; realizando atividades domésticas ou em momentos de relaxamento (GOUGH *et al.*, 2020). Os idosos podem estar enraizados em seus hábitos ou em processos automáticos, que permanecem potentes mesmo diante de elevada autoeficácia para mudanças relacionadas ao consumo de álcool (KUERBIS *et al.*, 2018).

Para os idosos, o consumo de álcool pode ter iniciado de forma precoce ou tardia e provavelmente foram motivados por diferentes razões, incluindo a necessidade de socialização, efeitos imediatos do álcool e enfrentamento das emoções ou experiências da vida (GILSON; BRYANT; JUDD, 2017; SACCO, 2017).

Pesquisadores identificaram que os idosos demonstram uma tendência de normalizar seu consumo de álcool, superestimam os níveis de consumo de baixo risco e apresentam pouca percepção do seu consumo prejudicial à saúde (BAREHAM *et al.*, 2019; CHAPMAN *et al.*, 2020). Geralmente, bebem socialmente para estabelecer um ambiente alegre e aliviar a tensão (GOUGH *et al.*, 2020; WANG; ZHANG; WU, 2022); aumentar situações positivas; facilitar o prazer e socializar com amigos e familiares; comemorar ocasiões especiais (DARE *et al.*, 2014). Nenhuma dessas razões para o consumo de álcool é recomendada, e tal consumo deve ser investigado e identificado antes que o consumo se torne difícil de mudar e a saúde piorar.

Até aqui nosso estudo descreveu as variáveis mais prevalentes dos idosos em consumo de risco de álcool assistidos na APS. Contudo, essas variáveis não são determinísticas na previsão de quem pode sofrer danos relacionados ao consumo. Em geral, elas direcionam para

identificação precoce e avaliação dos idosos quanto aos riscos do consumo de álcool, haja vista que as consequências podem ser graves.

6.4 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO BREVE PARA ÁLCOOL EM IDOSO

A intervenção breve foi implementada com a presença dos ACS por meio de visita domiciliar. Cada visita ao idoso teve como apoio os registros dos prontuários clínicos e das fichas de cadastro individual (BARBOSA *et al.*, 2016; RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018). Todos os ACS participaram no primeiro momento da pesquisa junto do pesquisador, apenas alguns ACS não demonstraram interesse de visitar os idosos inicialmente porque não estavam confiantes em abordar o tema do álcool e tinham receio de prejudicar a relação com as pessoas de sua microárea (GOUGH *et al.*, 2020). Durante a realização das visitas domiciliares, os ACS consideraram o protocolo interessante, viável e de fácil aplicação, indo muito além do que uma conversa sobre consumo de álcool.

Os ACS configuraram-se como importantes mediadores entre o pesquisador e os idosos. Durante as visitas, os ACS contribuíram com o recrutamento, estabelecimento de confiança, enfrentamento de barreiras para mudança e aceitabilidade do plano para ajudar na redução do consumo de álcool (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

A visita domiciliar constituiu-se um recurso apropriado para realização da triagem e intervenção breve aos idosos assistidos pela USF. Além da visita domiciliar ser uma oportunidade para abordar o consumo de álcool e prevenir os riscos relacionados ao álcool *in loco* dos idosos, pode favorecer a intervenção precoce do álcool e o conhecimento das suas condições de saúde e da sua dinâmica familiar e social (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018; BARBOSA *et al.*, 2016). Pesquisas futuras poderiam incluir a investigação sobre o apoio familiar e social para uma intervenção breve aos idosos.

Em consideração ao potencial da APS como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a implementação da IB foi estratégica neste contexto por enfatizar uma ação de prevenção na comunidade, abordar diferentes condições de saúde que poderiam estar relacionadas ao consumo de álcool e trabalhar com os ACS e enfermeiros da USF que cooperaram para o desenvolvimento da pesquisa (BRASIL, 2015; WHO, 2017).

A IB era individual, face a face e acontecia de forma presencial em um ambiente da residência escolhido pelo idoso (SCHONFELD *et al.*, 2010), haja vista que a falta de privacidade para execução da intervenção pode interferir na redução de sua eficácia (PLATT

et al., 2015). Essa abordagem não precisa ocorrer apenas dentro de um consultório nos serviços de saúde, pode ser em diversos contextos de cuidados aos idosos, como moradias, centros de convivência, redes comunitárias, instituições específicas de atendimento a idosos e locais de trabalho (BABOR; ROBAINA; NOEL, 2017; SCHONFELD *et al.*, 2010; SCHONFELD *et al.*, 2015). A triagem e a IB usadas onde os idosos residem ou recebem vários serviços demonstram resultados eficazes e de baixo custo para abordar o consumo de risco de álcool (SCHONFELD *et al.*, 2010; SCHONFELD *et al.*, 2015).

Nossa intervenção breve foi implementada por um pesquisador com graduação em enfermagem, especialista em saúde mental e em formação de pesquisadores em álcool e outras drogas. O pesquisador enfermeiro foi o único que entregou o folheto informativo e conduziu o protocolo de intervenção breve, seguindo as orientações de cada fase. Esses dois procedimentos eram distintos nas suas definições e nos elementos de cada um, por isso ser o mesmo enfermeiro não foi considerado como tendo afetado o resultado.

Estudos mostram o papel positivo dos enfermeiros na realização das intervenções breves em ambientes da atenção primária (PLATT *et al.*, 2016; SULLIVAN *et al.*, 2011; VIPOND; MENNENGA, 2019). Outros estudos acrescentam que os idosos avaliados por enfermeiros junto com profissionais de saúde e atendidos em ambientes da atenção primária, que fornecem intervenção breve, tiveram menores chances de beber em risco do que aqueles sem essa abordagem (OSLIN *et al.*, 2006; WOOTEN *et al.*, 2017; ZANJANI *et al.*, 2006).

Os enfermeiros das USF participaram mais da execução da pesquisa apenas na fase da pré-triagem, uma vez que se encontravam com pouco tempo disponível para as visitas domiciliares dos participantes desse estudo, consideração semelhante abordada no estudo de Coulton *et al.* (2017). Estudos sugerem a necessidade de ampliar o uso de profissionais de ensino médio e ACS como forma de expandir a triagem e a intervenção breve, com base em evidências de que eles também podem ser tão eficazes quanto os profissionais de nível superior (BABOR *et al.*, 2005; KEURHORST *et al.*, 2015; PAULA *et al.*, 2021).

As nove fases da intervenção breve aconteceram em uma única sessão. Pesquisadores mostraram que aconselhamentos mais curtos tem maior efeito adicional sobre as intervenções breves para reduzir o consumo de álcool (KANER *et al.*, 2009). A sessão teve um tempo de duração mediana de 30 minutos, o que parece ser potencialmente mais aceitável para a população-alvo (COULTON *et al.*, 2017; WHO, 2001). Outros fatores que contribuíram para a decisão de ser uma única sessão de intervenção breve foi o tempo disponível durante o período do doutorado e poucos colaboradores para execução da pesquisa.

Estudos compararam a eficácia de uma intervenção breve escalonada com uma única sessão de intervenção breve no tratamento do consumo de risco de álcool em idosos e concluíram que a intervenção breve escalonada não confere vantagem, além do rastreio e o feedback dos resultados para redução do consumo de álcool (COULTON *et al.*, 2017; WATSON *et al.*, 2013). As intervenções breves com curto tempo de duração parecem ser menos onerosas e menos excessivas e podem ser tão eficazes quanto intervenções estendidas (BABOR *et al.*, 2007; BEYER *et al.*, 2019; COULTON *et al.*, 2017; KANER *et al.*, 2018; MOORE *et al.*, 2011), especialmente para uma grande parte da população que não busca os serviços de saúde, muitos dos quais estão consumindo álcool em níveis de risco (BEYER *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2013).

Nosso protocolo de intervenção breve envolveu técnicas da entrevista motivacional com fundamentação teórica na TCC que facilitou o diálogo sobre o consumo de risco. Pesquisadores corroboram que esse envolvimento pode contribuir na diminuição das complicações da interação do álcool com medicamentos, atenuar os problemas de saúde agravados pelo consumo de álcool (HAN; MOORE, 2018; WOOTEN *et al.*, 2017; ZANJANI *et al.*, 2018), bem como melhorar a qualidade de vida (ANDERSEN *et al.*, 2020; ETTNER *et al.*, 2014; KUERBIS *et al.*, 2015).

O simples fato de o idoso permitir sua participação na intervenção por si só pode ter sido o início de um processo positivo de mudança de comportamento do consumo de álcool. Os idosos parecem ser mais dispostos a se envolver em pesquisa do que a população geral e mais acertados em participar de protocolos de acompanhamento em comparação as populações mais jovens (COULTON *et al.*, 2017; LU *et al.*, 2021).

Na primeira fase do protocolo de intervenção breve, o pesquisador buscou construir uma atmosfera de confiança no qual os idosos se sentissem acolhidos para explorar e discutir sobre seu consumo de álcool. Foram realizadas perguntas abertas que convidavam os idosos a compreensão do problema, que poderiam ser respondidas do seu ponto de vista sem limitações de respostas. Por exemplo, as perguntas no início da intervenção: como foram seus últimos dias? aconteceu algo que gostaria de nos contar? agora o que você acha de falarmos sobre o seu consumo de álcool? quais são suas percepções em relação a bebida alcoólica?

Cada idoso teve a oportunidade de responder as perguntas de várias maneiras, alguns com mais facilidade, outros precisaram de encorajamento. Para alguns idosos, pouca expectativa de futuro pode inibir a motivação para diminuir o consumo de álcool. Além disso, a autoeficácia para reduzir o consumo de álcool pode diminuir com o avanço da idade, com

maior dificuldade de realizar ações, principalmente em situações estressantes (LAL; PATTANAYAK, 2017). É importante frisar que sempre ao fazer perguntas abertas e obtidas respostas, em seguida eram realizados comentários e reflexões, sem julgamentos e confrontos.

A intervenção breve iniciava à medida que o pesquisador solicitava permissão ao idoso para falar sobre o consumo de álcool. Isso possibilitou a cada um saber que seus desejos, percepções e perspectivas seriam centrais na intervenção. Pesquisadores defendem que esta fase define o tom para uma IB bem sucedida (CSAT, 1998, 2020). Se o idoso estivesse de acordo, na segunda fase do protocolo, após a triagem com uso do AUDIT, era compartilhado um feedback sobre o padrão de consumo e os riscos à saúde relacionados ao consumo de álcool (KUERBIS *et al.*, 2017).

Na terceira fase, o pesquisador principal fornecia informações sobre a quantidade de álcool em diferentes bebidas, na perspectiva de discutir o consumo de álcool em termos de dose-padrão (WHO, 1982). Na quarta fase, era discutido a classificação do padrão de consumo de álcool em idosos, no intuito de ajudá-lo compreender a necessidade de diminuir o consumo de risco para baixo risco ou não consumo (CSAT, 1998, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014; NIAAA, 2015; SACCO, 2017; WHO, 2014).

A síntese das reações dos participantes nas primeiras fases da IB do estudo de Kuerbis *et al.* (2017) se assemelha ao nosso estudo. Alguns idosos ficaram surpresos ou preocupados; poucos disseram que o feedback foi o esperado, outros acharam útil saber ou deram maior credibilidade por causa das evidências usadas (KUERBIS *et al.*, 2017).

Na quinta fase, o pesquisador usava perguntas abertas e escuta na perspectiva de extrair as reações do idoso sobre as consequências do consumo de álcool que poderia afetar sua vida. Além disso, o pesquisador estimulava a discussão por meio de folhetos informativos sobre possíveis conexões do consumo de álcool e problemas de saúde (APÊNDICE D) e uso de medicações (APÊNDICE G). Poucos idosos estavam cientes dessas interações prejudiciais à saúde. Chapman *et al.* (2020) explicaram que o consumo de risco de álcool em idosos pode ser pelo pouco conhecimento em saúde, especificamente por falta de informações sobre os níveis de consumo. Existem ainda aqueles que tendem banalizar o consumo e os riscos do álcool em virtude do ceticismo sobre os potenciais riscos para a saúde e certos aconselhamentos médicos (KELLY *et al.*, 2018).

Evidências mostram que um dos principais motivos para diminuir ou parar é pelo agravamento dos problemas de saúde (LAL; PATTANAYAK, 2018; ORTOLÁ *et al.*, 2019), como ter sofrido um ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e outras condições crônicas.

Pesquisas indicaram que os idosos parecem reduzir o consumo de álcool quando conhecem que isso seria benéfico para sua saúde e se o profissional de saúde, especialmente o médico, fizesse a intervenção breve (WILKINSON *et al.*, 2018).

A consulta à lista das interações álcool-medicamentos (APÊNDICE G) no momento da IB foi primordial para identificação dos principais medicamentos usados pelos idosos assistidos na APS e os possíveis efeitos das interações do consumo de álcool e medicações (NIAAA, 2015; SLATTUM; HASSAN, 2016). O consumo de álcool e de certos medicamentos, tanto prescritos quanto vendidos sem receitas, que tornam o consumo de álcool contraindicado, colocam os idosos em risco de efeitos prejudiciais, mesmo que não seja no mesmo momento (ANDERSEN *et al.*, 2015; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; HOLTON *et al.*, 2017; LAL; PATTANAYAK, 2017; STELANDER *et al.*, 2022). Sugere-se que os enfermeiros e demais profissionais da saúde usem essa lista em outros atendimentos na APS.

O pesquisador informava sobre as consequências adversas para saúde do idoso das interações álcool e medicamentos que, na maioria das vezes, podem ser imperceptíveis e causar problemas significativos. Incluem-se danos hepáticos, dor e sangramentos gastrointestinais, náuseas, vômitos, sonolência, tontura, delírios, desmaio, dificuldades de coordenação levando a quedas e lesões, alterações na pressão arterial, insônia, dificuldade em respirar, problemas de memória, agravos ao câncer, aumento dos sintomas de depressão e ansiedade ou de outros transtornos mentais, redução na independência de realizar as atividades da vida diária e aumento do risco de acidentes (BRESLOW *et al.*, 2017; BYE; MOAN, 2020; CROME; CROME, 2018; HOLTON *et al.*, 2017; KUERBIS, 2020; MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007; NIAAA, 2015; SACCO, 2019; SCOTT *et al.*, 2020; WHO, 2014). Diante disso, recomenda-se evitar o uso de medicamentos tanto prescritos quanto vendidos sem receitas que tornam o uso de álcool contraindicado.

O pesquisador fornecia afirmações aos idosos por meio de incentivos aos seus esforços, sensibilização para mudanças positivas de comportamento e compreensão de situações ou de pensamentos relatados durante a intervenção. Na sexta fase, o pesquisador continuou realizando uma escuta, sem julgamento, e seguiu uma abordagem empática, centrada na pessoa e nos seus potenciais, onde os idosos identificaram seus motivos para assumir a responsabilidade de mudança ou manutenção do seu comportamento de consumo de álcool (DICLEMENTE *et al.*, 2017; MILLER; ROLLNICK, 2012).

Diante dos idosos inseguros sobre mudança no seu comportamento do consumo de álcool, o pesquisador fazia uso de reflexões e escuta, considerando as falas dos idosos, sem suposições ou persuasão, orientações sem permissão, discussão ou perguntas inadequadas que suscitassem manter as razões para não mudar. O pesquisador escutava os relatos sobre os pensamentos dos idosos que impulsionavam o consumo de risco de álcool; nesta oportunidade fazia orientações ao idoso para uma mudança de comportamento. Para conseguir esta finalidade foi usado a régua de prontidão (HEATHER; SMAILES; CASSIDY, 2008) e a balança decisória (JANIS; MANN, 1977).

A régua de prontidão possibilitava a cada idoso avaliar sua motivação para mudança de consumo de álcool em uma escala de um (pouco motivado) a 10 (muito motivado) (HEATHER; SMAILES; CASSIDY, 2008). Por exemplo, o pesquisador solicitava ao idoso um número que representava sua motivação para mudança no consumo de álcool e ele respondia três. Neste momento, o pesquisador, em vez de perguntar por que o idoso não estava pronto para mudança, perguntava por que ele não se identificou como número um. Essa abordagem foi usada para incentivar a conversa sobre mudança de comportamento e pensar de que maneira poderia fazer isso (BERTHOLET *et al.*, 2012; HEATHER; SMAILES; CASSIDY, 2008).

A balança decisória permitia ajudar o idoso na análise dos aspectos positivos e negativos do consumo de álcool que estavam afetando sua vida. Os idosos que demonstravam comprometidos com a mudança, o foco prevaleceu nos aspectos positivos. Para os idosos em ambivalência quanto mudar seu comportamento de consumo de álcool, foi eficaz explorar a balança decisória (JANIS; MANN, 1977; MOYER; FINNEY, 2015).

Na sétima fase, o pesquisador fazia uso de um planejamento e pôde estruturar, com a contribuição do idoso, uma lista de estratégias mais adequadas para atender as necessidades específicas do consumo de risco de álcool nesta população. Por exemplo, as estratégias poderiam incluir a revisão dos medicamentos, diminuir a frequência de idas ao bar, não dirigir ao beber etc. O pesquisador motivou os idosos a tomar decisões mais conscientes, destacando as estratégias individuais de redução dos danos no consumo de álcool e os ganhos potenciais de diminuir ou parar o consumo em curto e em longo prazo (BAREHAM; KANER; HANRATTY, 2020). A seguir algumas opções sugeridas do pesquisador aos idosos durante a IB:

- Beba menos. Defina limites antes de beber e cumpra-os. Determine dias, semanas ou mais sem álcool;
- Economize dinheiro. Anote quantas bebidas você consome e os custos totais. Estabeleça metas financeiras e guarde o dinheiro que seria gasto com bebida alcoólica, depois verifique os ganhos;
- Encontre outras atividades que não envolvam bebidas alcoólicas como praticar exercícios físicos, meditação, ouvir música, assistir filmes etc;
- Seja curioso. Observe com atenção o aspecto da bebida e a quantidade da dose. Saboreie cada gole da bebida devagar, descubra novas sensações e saciedade do consumo sem ultrapassar os limites de baixo risco;
- Evite beber com o estômago vazio e mantenha-se hidratado. Consuma alimentos e beba água ou outras bebidas não alcoólicas e sem caféina antes e durante o período em que estiver bebendo álcool.
- Procure não beber quando se envolver em atividades ou situações possivelmente que exijam atenção, habilidade e coordenação, incluindo dirigir. Se for sair de casa para beber, planeje com antecedência sua volta com segurança.
- Tente não beber quando estiver tomando certos medicamentos, tanto prescritos quanto vendidos sem receitas, que tornam o consumo de álcool contraindicado. Sempre leia a bula de qualquer medicamento que esteja tomando e quando usar um novo medicamento, questione ao médico sobre possível interação com álcool;
- Evite beber se tiver com condições de saúde que podem ser agravadas pelo consumo de álcool;
- Procure não beber se estiver em processo de recuperação do tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao consumo de álcool;
- Diminua a frequência de lugares ou da companhia de certas pessoas que o leva a beber mais do que gostaria. Lembre-se das razões que motivaram as mudanças do seu comportamento.
- Aceite o cuidado dos profissionais de saúde, família ou de outra pessoa de sua confiança. Conversar pode ajudar.

Na oitava fase do protocolo de intervenção, o pesquisador negociava um acordo por escrito com o idoso para estabelecimento de metas apropriadas ao seu modo de viver, enfatizando que eles tinham liberdade de fazer suas próprias escolhas. O pesquisador buscou construir uma relação de confiança com os idosos na perspectiva de trabalhar com qualquer situação conflituosa advinda do consumo do álcool, encorajando-os a pensar sobre o que eles desejavam para si mesmos. Por exemplo, sempre antes de beber ou surgir alguma situação ou sentimento em que a resposta imediata seja tomar uma bebida alcoólica, faça uma pausa e questione-se a si mesmo: eu quero realmente beber hoje? o que pode acontecer se eu beber isso? O reconhecimento do direito do idoso de tomar decisões sobre seu consumo de álcool foi fundamental para um resultado ético e eficaz.

Outra técnica era o resumo que foi usado em várias fases da intervenção, geralmente de forma breve, como forma de conectar e organizar os assuntos discutidos. Na fase nove e última, o pesquisador realizava um resumo da sessão, incluindo uma discussão sobre as metas para diminuição da quantidade de doses e sua frequência de uso e dos riscos do consumo de álcool, bem como uma revisão dos motivos e estratégias para mudança de comportamento em relação ao álcool (DICLEMENTE *et al.*, 2017; MILLER; ROLLNICK, 2012). Essa síntese reforça e organiza a mensagem e, assim ajuda o idoso a desenvolver as habilidades e os recursos para a mudança.

Cada fase do nosso protocolo de intervenção breve ofereceu cuidados apropriados à idade com orientações, questionamentos e complexidades únicas das pessoas com 60 anos ou mais. Deve-se notar também que não teve apenas um item de importância do protocolo, mas vários que se correlacionavam entre si. Mais pesquisas são necessárias sobre os itens eficazes das intervenções breves relacionadas ao álcool voltadas para os idosos.

A intenção do pesquisador foi construir um protocolo individualizado, flexível e dinâmico. A implementação do nosso protocolo de intervenção evidenciou que o consumo de risco de álcool em idosos existe e que o uso da IB pode ser uma opção de cuidado para ajudar cada um na redução do consumo do álcool e dos riscos relacionados a ele, favoravelmente na APS.

6.5 DESFECHO PRINCIPAL

Nosso protocolo BRAINE foi o primeiro no Brasil que buscou implementar uma intervenção breve adaptada e específica para idosos em consumo de risco de álcool na APS.

Há mais de 30 anos que a intervenção breve é uma prática recomendada pela OMS e por diversos pesquisadores (BARRY; BLOW, 2016; KUERBIS *et al.*, 2017; O'DONNELL *et al.*, 2014; WOOTEN *et al.*, 2017). No entanto, os participantes do estudo parecem ter sido pela primeira vez alertados sobre os riscos do consumo de álcool ou motivados para mudar seus padrões de consumo por um profissional de saúde.

Frequentemente, o consumo de álcool é um comportamento pouco questionado pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, o padrão de consumo não é avaliado (LAL; PATTANAYAK, 2017; WHO, 2015). Os riscos relacionados ao consumo apenas são descobertos quando por acaso os idosos procuram consultas para outros problemas de saúde (LAL; PATTANAYAK, 2017; MOORE *et al.*, 2016; ROSÁRIO *et al.*, 2018; SAHKER; ARNDT, 2017).

Os idosos são menos propensos a acessar ou procurar ajuda, seja em cuidados na APS seja na atenção especializada, para problemas relacionados ao álcool (HAN *et al.*, 2018; LEMIEUX; PURSER, 2022). Apresentam dificuldades em reconhecer os riscos à saúde do consumo de álcool, muitas vezes associam os sintomas dessa substância psicoativa as manifestações de outras comorbidades ou queixas relacionadas ao processo de envelhecimento e não ao próprio álcool (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN; MOORE, 2018; LE ROUX; TANG; DREXLER, 2016).

Pesquisa recente descobriu que mais de um quarto (25,88%) dos idosos, que consumiam álcool e fizeram uma consulta com seus profissionais de saúde, não foram questionados e não discutiram sobre o consumo de álcool. Outros 27,78% idosos responderam a uma triagem de álcool e 46,34% realizaram apenas discussões com os profissionais (MAURO; ASKARI; HAN, 2021). Vários profissionais de saúde apresentam dificuldades de reconhecer os fatores biológicos, sociais e psicológicos referentes ao consumo de risco de álcool, das condições específicas dos idosos ou das manifestações de doenças associadas (BARNES *et al.*, 2016; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; HAN *et al.*, 2019; HAN; MOORE, 2018; LAL; PATTANAYAK, 2017; REHM *et al.*, 2017; SACCO *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde carecem de formações sobre os instrumentos de rastreamento e conhecimento das estratégias de intervenções apropriados aos idosos na modalidade presencial ou on-line (BARNES *et al.*, 2016; HAN; MOORE, 2018; MAURO; ASKARI; HAN, 2021), bem como necessitam de disponibilidade de tempo para acolher as necessidades dos idosos em relação ao consumo de álcool (BAREHAM *et al.*, 2021; HAN *et al.*, 2018; HAN; MOORE, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017).

O estudo presente teve como referência a iniciativa SBIRT que identifica e ajuda as pessoas que estão bebendo acima dos limites recomendados. O SBIRT envolve um conjunto de perguntas de rastreamento, que levam um curto tempo de duração para serem concluídas, na perspectiva de identificar os padrões de consumo de álcool. Além disso, aborda uma breve conversa com as pessoas identificadas em consumo de risco e encaminham aquelas em possível dependência para tratamento quando apropriado (ALDRIDGE; LINFORD; BRAY, 2017; BABOR *et al.*, 2007; SCHONFELD, 2017).

Os momentos antecedentes a realização da intervenção breve, a pré-triagem e a triagem foram necessárias para sensibilização dos ACS e enfermeiros em participar da nossa pesquisa. A pré-triagem foi administrada usando uma única pergunta sobre o consumo de álcool já presente no cadastro individual do idoso utilizado pelos ACS das USF. Esse rastreamento foi breve e simples de administrar. As respostas dos idosos contribuíram para atualização do cadastro individual e para identificação dos possíveis classificados como padrão de consumo de risco (KUERBIS *et al.*, 2017; RIBEIRÃO PRETO, 2018; SEADE, 2018). A pré-triagem foi uma estratégia de rastreamento que permitiu tentar a coleta de dados em toda população elegível. O ponto positivo dessa estratégia foi que evitou viés de seleção de amostra, por exemplo, recrutando apenas idosos que consumiam maior quantidade de doses e em maior frequência (BARNES *et al.*, 2016).

Outra possibilidade para o processo de pré-triagem seria o uso do AUDIT-C em futuras pesquisas e na prática clínica. No contexto da APS, a avaliação inicial do consumo de álcool por meio do AUDIT-C poderia ser incluída na ficha de cadastro individual usada pelos ACS e nas consultas de rotina dos enfermeiros e demais profissionais de saúde. Após avaliação das perguntas, os idosos identificados com a pontuação de corte ≥ 4 no AUDIT-C poderiam receber o AUDIT completo para determinar seu nível de risco e quaisquer sinais de possível dependência (AALTO *et al.*, 2011; BABOR *et al.*, 2006; DAWSON; GRANT; STINSON, 2005).

Após pré-triagem positiva para consumo de álcool, aconteceu o momento da triagem. As perguntas dos questionários sobre os dados sociodemográficos, condições de saúde e AUDIT foram de fácil aplicação e de boa aceitação pelos idosos. Nesta situação, a demonstração das bebidas com ilustrações em fotos ou dos tamanhos dos copos reais foram valiosos para ajudar o idoso a responder as perguntas e recordar o consumo de álcool (TEVIK *et al.*, 2021).

Os questionamentos mais curtos sobre as condições de saúde e em seguida sobre o consumo de álcool fizeram parte da abordagem inicial na entrevista e representaram uma alternativa para os idosos sentirem-se mais acolhidos ao falar sobre sua relação com o consumo de álcool (HAN *et al.*, 2018; HAN; MOORE, 2018; KUERBIS *et al.*, 2017; WOOTEN *et al.*, 2017).

Apesar do AUDIT não ser um instrumento específico para idosos, tem alta sensibilidade e especificidade quando usado nessa população para identificar o consumo de risco precoce (AALTO *et al.*, 2011; HAN; MOORE, 2018), inclusive em cuidados na APS (BABOR; ROBAINA, 2016; COULTON *et al.*, 2017). Pesquisadores sugerem uso de outros instrumentos de triagem ou questões de rastreamento específicos para o idoso como complemento ao AUDIT, porém ainda não existe outro instrumento que apresente melhores propriedades diagnósticas do que o AUDIT para detectar os consumidores de álcool em risco (COULTON *et al.*, 2017; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017).

O TIP-26 orienta realizar a investigação do consumo de álcool uma vez ao ano para todas as pessoas com 60 anos ou mais como parte dos seus exames de rotina, bem como um rastreamento adicional em qualquer mudança significativa na sua vida como problemas de saúde, aposentadoria, perdas ou antes de prescrever novos medicamentos (CSAT, 1998, 2020; DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017). Recomenda-se, portanto, na rotina dos serviços da APS, incluir o uso do AUDIT como precursor da intervenção breve, auxiliando os enfermeiros e demais profissionais de saúde na prevenção e nas avaliações dos riscos do consumo de álcool e na avaliação global do idoso.

O instrumento AUDIT foi fundamental na avaliação do consumo de álcool em idosos no contexto da APS. Aqueles em consumo de risco receberam intervenção breve ou folheto informativo, considerado como cuidado habitual. Dibartolo e Jarosinski (2017) destacaram que a combinação do uso da triagem e intervenção breve tem mostrado ajudar na redução do consumo de álcool e maior bem-estar em comparação ao cuidado habitual direcionado apenas a entrega de materiais impressos.

No estudo presente, verificou-se que no momento T1, após 3 meses do momento T0, houve redução no padrão de consumo de risco de álcool em 12,8% no GC e 52,1% no GI. Enquanto no momento T2 em relação ao T1 (3 meses), os idosos do GC permaneceram com o percentual igual (12,8%) e do GI tiveram um acréscimo na redução do consumo de risco (56,2%). Deste modo, a probabilidade de o idoso reduzir o consumo de risco foi de 4,08 vezes maior no GI do que no GC no momento T1 e 4,40 vezes mais no momento T2.

Essas evidências mostraram que a intervenção breve (GI) teve efeito significativo em comparação com o folheto informativo (GC) para redução do consumo de risco de álcool em idosos após três e seis meses de acompanhamento. Vale ressaltar que é preciso cautela com a generalização dos dados coletados, uma vez que a amostra faz parte exclusivamente de uma população adscrita em uma determinada cidade no Brasil. Por outro lado, nossos resultados já evidenciam um protocolo de intervenção breve eficiente e bem-sucedido para redução dos riscos causados pelo consumo de álcool em idosos.

Análogo aos nossos achados, outros estudos encontraram efeitos significativos das IB para mudanças no consumo de álcool em idosos ao longo do tempo na APS. Esses estudos apresentaram níveis significativamente mais baixos de risco após a IB, com reduções mantidas por 3 a 12 meses (ETTNER *et al.*, 2014; FINK *et al.*, 2005; KUERBIS *et al.*, 2015; LIN *et al.*, 2010; SCHONFELD *et al.*, 2015). Isso sugere que as IB foram eficazes para reduzir o consumo de álcool dos idosos em acompanhamento de curto prazo, entretanto ainda é desconhecido o impacto a longo prazo, mais de 12 meses (LEMIEUX; PURSER, 2022). Estudos futuros devem explorar se os efeitos de tais intervenções são mantidos. A seguir, uma breve discussão de cada estudo sobre IB com efeito positivo.

Ettner *et al.* (2014) avaliaram cuidados habituais versus intervenção breve do projeto *Senior Health and Alcohol Risk Education* (SHARE). Os participantes foram idosos em consumo de risco de álcool identificados pela ferramenta CARET que acessaram serviços da atenção primária. Houve redução no consumo de álcool e no nível de risco com declínios significativamente maiores no grupo intervenção em comparação com o grupo controle tanto aos seis meses (60% versus 72%) quanto aos 12 meses (56% versus 67%). Esses efeitos foram sustentados por mais de um ano e podem ter sido associados a uma menor utilização dos serviços de saúde. Os idosos que receberam intervenção breve se envolveram em mais discussões relacionadas ao álcool com seus profissionais da saúde e tinham menos chances de consumir álcool com seus medicamentos do que aqueles na condição de controle; ambas as diferenças foram estatisticamente significativas (ETTNER *et al.*, 2014).

Fink *et al.* (2005) investigaram os resultados de dois grupos de intervenção breve (um grupo que recebeu um relatório combinado tanto os médicos quanto os idosos e outro grupo em que o idoso recebeu seu relatório e educação, mas seus médicos não) e compararam com o grupo controle que recebeu cuidado habitual. Constatou-se que as intervenções foram cada uma associada a maiores chances de consumir álcool em nível de baixo risco do que o cuidado habitual (razão de chances = 1,59 e 1,23, respectivamente, $P < 0,05$ para cada),

conforme pontuado pela Pesquisa Computadorizada de Problemas Relacionados ao Álcool (CARPS). Essa descoberta implica que informações personalizadas aos idosos sobre seu consumo de álcool e saúde podem ter um papel fundamental na prevenção dos riscos relacionados ao consumo de álcool (BAREHAM *et al.*, 2021).

Kuerbis *et al.* (2015) testaram a eficácia de uma triagem por correio e uma intervenção breve de feedback para reduzir o consumo de risco em adultos mais velhos. Aos três meses, resultou em consumo de risco menor do grupo intervenção (66%) comparado ao grupo controle (88%). Concluíram que uma breve intervenção presencial por correios pode ser uma abordagem eficaz para idosos em consumo de risco na APS. A intervenção também resultou em menos riscos devido ao consumo de álcool com medicação ou condição psiquiátrica do que no grupo de controle.

Lin *et al.* (2010) realizaram uma análise secundária da amostra de idosos participantes do braço de intervenção do estudo *Healthy Living As You Age* (HLAYA). Cerca de 39% da amostra reduziu o consumo de risco de álcool após receber a intervenção, especialmente aqueles que estavam preocupados com os riscos relacionados ao álcool, leram a cartilha ou perceberam que seus médicos discutiam riscos e aconselhavam a mudança de comportamentos de consumo. Concluíram que a intervenção breve por telefone realizada por um profissional de saúde foi eficaz na redução de risco de consumo de álcool após três meses em ambientes de atenção primária, entretanto o efeito não prolongou a 12 meses.

Schonfeld *et al.* (2010) examinaram a eficácia de um projeto piloto de triagem e intervenção breve para idosos em consumo de álcool e outras drogas (Projeto Florida BRITE). Desenvolveram a intervenção breve de uma a cinco sessões frequentemente entregues na residência dos idosos e descobriram que aqueles que receberam a intervenção breve tiveram melhoras no consumo de álcool medido em entrevistas no seguimento de 30 dias. Em uma pesquisa posterior de Schonfeld *et al.* (2015), os idosos em consumo de álcool e outras drogas em risco no início da pesquisa receberam uma intervenção breve adaptada do Projeto Florida BRITE para atender aos requisitos da iniciativa SBIRT (CSAT, 2020). Os resultados demonstraram uma diminuição significativa no consumo de álcool em seis meses de acompanhamento (SCHONFELD *et al.*, 2015).

Contrariamente aos nossos resultados, outros ensaios clínicos descobriram que as intervenções breves apresentaram mudanças diferentes nos efeitos do consumo de álcool em idosos do grupo intervenção, porém não mostraram diferenças significativas em comparação com os indivíduos do grupo controle (GORDON *et al.* 2003; MOORE *et al.*, 2011).

Os resultados do estudo de Gordon *et al.* (2003) revelaram que nenhuma das intervenções breves realizadas apresentou redução significativa no consumo de álcool quando comparada ao grupo controle que recebeu cuidados habituais. Os resultados desse estudo apoiam a intervenção breve para redução de dias de consumo, aumento de dias sem beber e diminuição de doses-padrão durante o consumo. Eles sugerem mais pesquisas sobre a eficiência, custo-benefício e preferências do idoso para o desenvolvimento de intervenções futuras (GORDON *et al.*, 2003).

Moore *et al.* (2011) examinaram uma intervenção breve com multicomponentes entre idosos da APS em consumo de risco de álcool. Aos 3 meses, em relação ao grupo controle, menos participantes que receberam a intervenção eram consumidores de risco e tiveram escores de risco mais baixo. A prevalência dos consumidores de risco diminuiu em 50 a 60% desde o início até 3 meses, em ambos os grupos de intervenção e controle, e foi mantida em 12 meses. Esse resultado demonstra que não houve diferença significativa nos dois braços do estudo na redução do consumo de álcool, possivelmente porque os participantes do grupo controle receberam o folheto com informações sobre comportamentos em saúde descrito como uma intervenção mínima. O simples fornecimento de informações sobre os limites de consumo recomendados para idosos pode ser suficiente para causar grandes reduções no consumo de risco, principalmente devido ao consumo combinado de álcool e medicamentos e/ou consumo de álcool na presença de comorbidade.

Ao contrário da nossa pesquisa, pesquisadores analisaram dois modelos de intervenções breves do estudo *Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly* (PRISM-E): 1 - o atendimento integrado foi uma intervenção breve de álcool realizada em ambientes da atenção primária; 2 - o atendimento aprimorado contou com encaminhamento para clínicas especializadas em saúde mental e uso de álcool e outras drogas. Não foram identificados resultados significativos entre os modelos para reduzir o consumo de álcool de risco aos 3 e 6 meses. Os pesquisadores supõem que não foi possível concluir se as mudanças ao longo do tempo respondem aos modelos de intervenção, pois houve apenas a comparação de duas intervenções sem nenhum atendimento habitual ou grupo controle (OSLIN *et al.*, 2006; WOOTEN *et al.*, 2017; ZANJANI *et al.*, 2006).

É notável que existem diferentes processos de implementação da IB para idosos e é possível que os fatores que afetam seus resultados também sejam diferentes. A maior parte das pesquisas relacionadas as IB para álcool em idosos foram projetadas para serem comparadas com um grupo controle, considerado como cuidado habitual, que não recebeu

nenhum outro tipo de intervenção além de um panfleto informativo ou livreto abordando aspectos gerais de saúde (ETTNER *et al.*, 2014; FINK *et al.*, 2005; FLEMING *et al.*, 1999; GORDON *et al.*, 2003; KUERBIS *et al.*, 2015; LIN *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2011; OSLIN *et al.*, 2006).

Geralmente, os estudos de IB foram compostos por vários componentes que incluíram relatório personalizado; livreto educacional sobre álcool e envelhecimento; diário de consumo para rastrear o consumo de álcool; aconselhamento dos profissionais de saúde durante visitas ao consultório, correios ou por telefone (ETTNER *et al.*, 2014; KUERBIS *et al.*, 2015; LIN *et al.*, 2010; MOORE *et al.*, 2011). Em relação ao estudo presente, os componentes foram um relatório personalizado, folhetos educativos, abordagem do enfermeiro/pesquisador e acompanhamento realizado pelos pesquisadores colaboradores.

O uso de diversos componentes na intervenção breve, incluindo as orientações dos enfermeiros ou de outros profissionais de saúde, foram associadas a taxas mais baixas de consumo de risco no acompanhamento de 6 a 12 meses (DURU *et al.*, 2015). Pesquisadores sugerem que as intervenções breves devem incluir mais de um componente e envolver outros profissionais da saúde na perspectiva de conseguir resultados efetivos na diminuição do consumo de álcool (BOUMANS *et al.*, 2022; KEURHORST *et al.*, 2015).

A amostra da nossa pesquisa foi avaliada em três e seis meses por meio de entrevistas de acompanhamento. Vários estudos de intervenção breve concentraram no desfecho de 12 meses (DURU *et al.*, 2015; ETTNER *et al.*, 2014; MOORE *et al.*, 2011; WATSON *et al.*, 2013), apesar do seu efeito significativo ocorrer com mais frequência em 6 meses (DURU *et al.*, 2015). Os idosos apresentam maior facilidade para recordar seu consumo em períodos mais curtos, que podem fornecer uma avaliação mais confiável do consumo de álcool (TEVIK *et al.*, 2021; WHO, 2001). Nosso estudo não avaliou os resultados além dos 6 meses, no entanto como forma de manter os efeitos positivos da intervenção breve, recomendou-se aos idosos retornar as discussões do protocolo BRAINE nas consultas com os enfermeiros ou nas visitas domiciliares com os ACS das USF.

O estudo presente amplia as descobertas sobre os efeitos positivos da IB na redução do consumo de álcool para idosos da APS. Nosso protocolo de IB demonstrou ser um recurso viável em termos de tempo e oportuno de ser aplicado no contexto da APS. Foi uma abordagem acolhedora que ofereceu ao idoso a possibilidade de reconhecer os riscos do consumo de álcool, as preocupações, as motivações e os efeitos positivos de mudança de

comportamento. Mais estudos são necessários para promover a disseminação da implementação da IB aos idosos, levando em consideração suas especificidades.

6.6 DESFECHOS SECUNDÁRIOS DE INTERESSE

Além do padrão de consumo, os efeitos do consumo de risco de álcool são habitualmente determinados pela quantidade de doses e frequência do consumo (CALVO *et al.*, 2021; WHO, 2018). No presente estudo, os resultados relacionados ao consumo de álcool incluíram a quantidade de doses em um dia típico e de uma só vez em uma única ocasião e a frequência de dias do consumo semanal e de ocasiões do consumo excessivo.

As variáveis de interesse mencionadas acima foram usadas para comparar os participantes do GI e do GC que relataram beber em risco (bebem mais do que 2 doses padrão por dia em média e mais do que 7 doses por semana; bebem em uma única ocasião 4 doses ou mais pelo menos mensalmente) (CSAT, 1998, 2020; KUERBIS *et al.*, 2014; NIAAA, 2015; SACCO, 2017; WHO, 2014). A seguir, os desfechos secundários mostram que há indícios de diminuição no consumo habitual e no consumo excessivo de álcool com diferenças significativas entre o GI e o GC a partir do momento T1.

6.6.1 Consumo habitual de álcool em idosos

Em nosso estudo, a dose em um dia típico apresentou no momento T0 valores médios e medianos em torno de 3 em ambos os grupos. Esses valores prosseguiram para 2,59 no grupo controle e já no grupo intervenção a dose típica caiu para 1,77 e 1,72. No caso da frequência de dias de consumo semanal observou-se que, no momento T0, ambos os grupos têm média em torno de 4. O grupo controle progrediu para 4,37 no momento T1 e 4,35 no momento T2 em dias de consumo semanal e o grupo intervenção diminuiu para 3,36 no momento T1 e 3,22 no momento T2.

A identificação e a avaliação da quantidade de doses em um dia típico e a frequência de dias de consumo de álcool são necessárias para uma abordagem contínua ao idoso (HAN; MOORE, 2018). O consumo acima dos limites recomendados para baixo risco podem interferir nos efeitos dos medicamentos que interagem com álcool (HOLTON *et al.*, 2017; HOLDSWORTH *et al.*, 2017; NIAAA, 2015; SLATTUM; HASSAN, 2016; STELANDER *et al.*, 2022), no curso das doenças crônicas e em outros fatores específicos do envelhecimento

(AMINISANI *et al.*, 2020; ANDERSEN *et al.*, 2015; BARRY; BLOW, 2016; GRANT *et al.*, 2017; PHAM; CALLINAN; LIVINGSTON, 2019). Essas evidências corroboram com a recomendação de que não se deve consumir álcool para melhorar a saúde dos idosos (LAL; PATTANAYAK, 2018; ORTOLÁ *et al.*, 2019).

Semelhante ao nosso estudo, pesquisadores identificaram que os idosos geralmente bebem em risco uma quantidade de 3 a 14 doses ou mais em um dia típico (ETTNER *et al.*, 2014; KUERBIS *et al.*, 2015; MOORE *et al.*, 2011; SCHONFELD *et al.*, 2015) com uma maior frequência de um a dois dias (HOLDSWORTH *et al.*, 2017), dois a três dias (BYE; MOAN, 2020; WILSON *et al.*, 2014) e até todos os dias na semana (HOLDSWORTH *et al.*, 2017; TEVIK *et al.*, 2017).

Pesquisa internacional avaliou o consumo de risco de álcool à medida que as pessoas envelhecem e identificou que o nível de consumo de risco sempre atingiu seu valor mais elevado na transição e no início dos 60 anos e depois diminuía naqueles com mais de 75 anos (SZABÓ *et al.*, 2021). O avanço da idade influencia no número de doses consumidas e na frequência do consumo tanto em homens idosos quanto para mulheres idosas (LISTABARTH *et al.*, 2020). A geração atual de idosos relatam beber menos doses e com maior frequência do que os jovens consumidores de álcool (CHAIYASONG *et al.*, 2018; HOLTON *et al.*, 2019; KHAMIS *et al.*, 2022; WHO, 2018).

O crescimento da frequência de consumo de álcool entre idosos demonstra preocupação, com aumentos concomitantes ao consumo de risco (HAN *et al.*, 2019; TOWERS *et al.*, 2018). As mudanças relacionadas à idade nos aspectos fisiológicos e metabólicos tornam o consumo frequente de álcool particularmente prejudicial aos idosos (BARRY; BLOW, 2016; DINIZ *et al.*, 2017; KUERBIS *et al.*, 2014; KUERBIS, 2020; TEVIK *et al.*, 2021; WAAD; PAPADOPOULOS, 2014). Isso corrobora com a necessidade de incluir essa população nas ações de saúde pública para melhoria ou manutenção das condições de saúde.

Pesquisadores indicam que após a intervenção breve para álcool em idosos, a quantidade e a frequência do consumo de álcool tendem a diminuir, o consumo de risco torna-se menos comum e outros param de beber (ANDERSEN *et al.*, 2015; HOLDSWORTH *et al.*, 2017; JIANG *et al.*, 2020; SACCO, 2017; TOWERS *et al.*, 2019).

Ensaio clínico demonstraram que houve uma redução na quantidade e/ou na frequência do consumo de álcool entre os idosos em consumo de risco que receberam as

intervenções breves do que em um grupo controle (FINK *et al.*, 2005; KUERBIS *et al.*, 2015; WATSON *et al.*, 2013).

Fink *et al.* (2005) descobriram que os participantes na intervenção breve do relatório combinado experimentaram uma diminuição no consumo de álcool em média de mais de uma dose por semana e melhoraram sua classificação de consumo em relação aos cuidados habituais. No entanto, usar apenas o relato do paciente não diminuiu significativamente a quantidade de doses e a frequência de consumo desde o início até o acompanhamento.

Kuerbis *et al.* (2015) identificaram consumo médio de 15,6 doses por semana para grupo intervenção e 14,4 doses para grupo controle na linha de base. Aos 3 meses, houve uma redução do número de doses por semana, um pouco mais no grupo intervenção (12,1 doses) do que no grupo controle (13,5 doses), no entanto sem diferenças significativas entre os grupos.

Watson *et al.* (2013) compararam a eficácia clínica de uma intervenção de cuidados escalonados contra uma intervenção mínima no tratamento de idosos em consumo de risco de álcool na APS. Ambos os grupos reduziram o consumo de álcool entre a linha de base e 12 meses avaliados pelo AUDIT-C. A diferença entre os grupos na média de doses por dia em 12 meses foi muito pequena e não estatisticamente significativa. No mês seis, o grupo de intervenção escalonado teve uma menor média de doses por dia, mas novamente a diferença não foi estatisticamente significativa. Esses resultados são amplamente generalizáveis para os idosos que se envolveriam em intervenção breve para álcool (WATSON *et al.*, 2013), no entanto existem dificuldades ao fazer comparações com nosso estudo devido a maneira diferente de definições em termo de duração de contato, conteúdo e estilo.

Os questionamentos sobre a quantidade e a frequência do consumo de álcool podem fazer parte dos cuidados dos profissionais de saúde e, em vez de exigir uma avaliação separada das condições de saúde, podem ser aplicados durante uma avaliação ampla do idoso realizadas nas visitas domiciliares ou nos atendimentos em outros espaços de saúde. Se questionar sobre o álcool fosse uma prática habitual dos profissionais nos serviços de saúde, conseqüentemente, os idosos perceberiam a avaliação do consumo de álcool como mais uma abordagem de cuidado.

6.6.2 Consumo excessivo de álcool em idosos

Para a variável consumo excessivo de álcool no momento T0 da nossa pesquisa, ambos os grupos têm valores médios da dose máxima em uma ocasião em torno de 4,5 doses, frequência do consumo excessivo em torno de 2, além disso mais de 70% dos idosos em consumo de risco relataram consumir 4 ou mais doses em uma única ocasião. Esses valores caem no momento T1 e T2 para uma média de 4 em relação a dose máxima no grupo controle e 2,24 e 2,17 no grupo de intervenção; mantêm em médias de 1,96 e 1,93 no grupo controle para frequência de ocasiões de consumo excessivo e reduz a média para o valor de 0,75 no grupo intervenção; houve também uma diminuição de 67,0% e 66,0% para comportamento *binge drinking* no grupo controle, já no grupo intervenção, o percentual cai para 22,9%. Esses dados podem contribuir para discussão e promoção de ações de prevenção e de tratamento para consumo de álcool em idosos.

As taxas de consumo excessivo de álcool cresceram na última década (BYE; MOAN, 2020; HAN *et al.*, 2017; RANINEN; AGAHI, 2020) e podem representar um risco maior para idosos com idade mais avançada em comparação com aqueles com idade mais jovens (GELL; MEIER; GOYDER, 2015; HAN *et al.*, 2018). Poucos são os idosos que percebem seu consumo como excessivo e que consideram esse consumo enquanto um problema para si ou para os outros (KUERBIS *et al.*, 2017).

A maior parte dos idosos, que bebem em excesso, consomem álcool em situações sociais que podem predizer padrões contínuos ou recorrentes de consumo (BROWN *et al.*, 2016). Ainda acontecendo com pouca frequência, esse consumo pode levar a um risco maior das consequências de danos para saúde relacionados ao álcool do que o consumo habitual (ROCHE *et al.*, 2020; TEVIK *et al.*, 2021).

Os idosos em consumo excessivo de álcool podem experimentar maiores chances de agravamento dos sintomas das doenças preexistentes e complicações dos tratamentos (HAN *et al.*, 2018; HAN *et al.*, 2019; LAL; PATTANAYAK, 2017; TEASTER; BROSSOIE, 2017), especialmente relacionados aos transtornos mentais (DIBARTOLO; JAROSINSKI, 2017; KUERBIS; CHERNICK; GARDNER, 2016; PARIKH *et al.*, 2015; SACCO, 2019; SATRE, 2015). Além disso, são mais propensos a sofrer quedas (DHALWANI *et al.*, 2017; WONG *et al.*, 2016), acidentes (BRESLOW *et al.*, 2017; BYE; MOAN, 2020), hospitalizações (JEMBERIE *et al.*, 2022), prejuízo para realização de atividades diárias (FRENCH *et al.*, 2014) e óbitos relacionados ao álcool (HOLAHAN *et al.*, 2015; ORTOLÁ *et al.*, 2019).

Devido à menor tolerância aos riscos de saúde ao álcool entre idosos (BARRY; BLOW, 2016; GRANT *et al.*, 2017; PHAM; CALLINAN; LIVINGSTON, 2019), a avaliação do consumo excessivo de álcool tem sido relevante em pesquisas de álcool em idosos (GOUGH *et al.*, 2020). Os pesquisadores recomendam perguntar sobre o número máximo de bebidas consumidas em um dia e a frequência de episódios de consumo excessivo; além disso, questionar sobre o contexto de consumo e a duração das ocasiões de consumo (TEVIK *et al.*, 2021). Em nosso estudo apenas as duas últimas situações citadas anteriormente não foram abordadas aos idosos em consumo de risco de álcool, o que pode ser direcionadas para futuras pesquisas.

Pesquisas têm adotado diferentes definições para este consumo como comportamento *binge drinking* ou beber pesado episódico. Geralmente, essas definições foram baseadas em exceder as recomendações estabelecidas pelo governo de cada país ou um número de doses para determinar os limites de ponto de corte que variavam de 3 a 5 doses por ocasião para idosos (HAN *et al.*, 2017; LEMIEUX; PURSER, 2022; NIAAA, 2015; SAMHSA, 2016).

Pesquisadores aconselham não usar pontuação alta de corte, ≥ 6 doses, como critério para definir consumo excessivo de álcool em idosos. Esse critério pode subestimar a prevalência do consumo excessivo com impacto na saúde entre os idosos, sobretudo em mulheres (STELANDER *et al.*, 2021). É importante respeitar as diferentes sensibilidades aos efeitos adversos do álcool em relação ao idoso e ao sexo (STELANDER *et al.*, 2022).

Nosso estudo usou 4 ou mais doses como critério para determinar o comportamento *binge drinking* com adaptação da questão 3 do AUDIT. Futuras pesquisas precisam avaliar a sensibilidade e a especificidade para os diferentes pontos de corte estabelecidos ao comportamento *binge drinking* e definir aquele que apresenta fortes indícios de ser empregado na prática clínica e em pesquisas.

Os estudos de Fleming *et al.* (1999), Moore *et al.* (2011), Oslin *et al.* (2006), Zanjani *et al.* (2006) que examinaram mudanças no consumo excessivo de álcool mostraram reduções significativas após a breve intervenção, o que se assemelha ao encontrado em nosso estudo.

Fleming *et al.* (1999) evidenciou os primeiros resultados de que uma intervenção breve pode reduzir o consumo excessivo de álcool em idosos nos ambientes de cuidados primários. Os pesquisadores testaram uma intervenção breve para álcool com multicomponentes comparado a um grupo controle aos 3, 6 e 12 meses. Houve uma redução significativa do consumo de álcool em 7 dias, número médio de episódios de consumo

excessivo de álcool e porcentagem de idosos em consumo excessivo de álcool, no entanto sem alterações no estado de saúde.

Moore *et al.* (2011) analisaram o efeito da intervenção breve em relação ao consumo excessivo de álcool (4 ou mais bebidas em um dia) de idosos comparada ao grupo controle. Esses pesquisadores verificaram escores mais baixos em 30 a 40% da quantidade de doses consumidas nos últimos 7 dias e em 30 a 70% da frequência do consumo excessivo, desde o início até os 3 meses, que permaneceram estatisticamente significativa até os 12 meses. Este estudo mostrou que a realização de questionamentos sobre comportamentos de saúde e fornecimento de informações sobre consumo de álcool e os riscos relacionados ao consumo estão associados a diminuição no consumo excessivo em idosos em ambientes de atenção primária (MOORE *et al.*, 2011).

Ao contrário dos nossos resultados, outros estudos não identificaram diferenças no consumo excessivo de álcool entre os grupos, embora tenham encontrado mudanças neste consumo (COULTON *et al.*, 2017; OSLIN *et al.*, 2006; ZANJANI *et al.*, 2006). Oslin *et al.* (2006) demonstraram reduções significativas na quantidade e na frequência do consumo excessivo de álcool em idosos em consumo de risco que receberam intervenção breve ao longo de seis meses. Zanjani *et al.* (2006) encontraram uma redução do consumo excessivo entre idosos aos 3, 6 e 12 meses. Coulton *et al.* (2017) compararam os resultados dos idosos que receberam intervenção breve escalonada com aqueles que receberam materiais educativos. Os participantes de ambos os grupos mostraram consumo reduzido no acompanhamento de 12 meses.

Dado que o consumo excessivo de álcool é prevalente em idosos e os riscos relacionados desse consumo é alto, a intervenção breve constitui-se uma ferramenta importante para cuidar do idoso. Isso não seria apenas identificar o consumo excessivo, mas discutir sua relação com a bebida e seus limites no consumo de álcool, sobretudo combinado com doenças e uso de medicamentos contraindicados ao consumo de álcool. Lemieux e Purser (2022) recomendam que a intervenção breve inicie assim que um risco potencial do consumo de álcool seja identificado, na perspectiva de facilitar a obtenção de resultados bem-sucedidos aos idosos.

6.7 LIMITAÇÕES E MÉRITOS DO PRESENTE ESTUDO

Existem limitações potenciais que precisam de consideração no estudo presente. Em primeiro lugar, embora o protocolo de IB tenha efeitos na redução do consumo de risco de álcool em idosos, não foi possível explorar se a intervenção teve benefícios adicionais para aqueles com pontuação menor ou maior em padrão de consumo de risco no AUDIT.

As limitações deste estudo também incluem uma ênfase no autorrelato dos dados pregressos sobre o consumo de álcool. Existe a probabilidade da subnotificação quando os idosos são solicitados a recordar seu consumo. As respostas podem envolver apenas o que é socialmente aceitável, sem revelar toda dimensão dos seus problemas. De maneira geral, o estado emocional e os problemas de memória também podem afetar os relatos dos idosos.

Em termos de pontos fortes, os resultados do estudo fornecem um passo importante para viabilizar o uso do rastreamento e da IB em serviços de saúde, uma vez que é o primeiro estudo no Brasil, até o momento, que avaliou a efetividade da IB com idosos envolvidos em consumo de risco de álcool na APS. O protocolo de IB foi especificamente projetado e adaptado para idosos indo de encontro aos instrumentos de abordagem universal e incisivos com finalidade de apenas parar de beber. A IB específica à idade pode evitar o surgimento ou a continuação de padrões de consumo de álcool potencialmente prejudiciais.

O presente estudo acrescenta uma importante contribuição à base de evidências. O protocolo de IB demonstrou ser viável para redução do consumo de risco de álcool, bem como apropriado para idosos e com sucesso no contexto da APS. Isso pode ter um impacto direto na prevenção do álcool para não agravos de doenças, no índice de hospitalização e nos gastos com saúde a uma população potencialmente vulnerável.

Outro ponto forte foi o envolvimento da equipe da USF Núcleos, principalmente dos ACS, que contribuíram para a capacidade dos pesquisadores em estabelecer uma relação de confiança com os idosos. Além disso, a visita domiciliar e os ambientes de APS ofereceram oportunidades potenciais para o recrutamento e a avaliação individual dos idosos relacionada ao consumo de álcool. Destaca-se ainda como ponto forte a realização da IB face a face que forneceu uma maior oportunidade do idoso falar sobre seu consumo de álcool, bem como possibilitou pouca recusa dos participantes a continuar após o início do estudo.

Este estudo teve outros pontos fortes, incluindo a participação do pesquisador em todas as fases da pesquisa desde o rastreamento a avaliação da intervenção; adesão do estudo as diretrizes estabelecidas para a realização de ensaios clínicos randomizados; descrição clara

e concisa dos conteúdos da IB. Os pontos fortes garantiram uma avaliação mais rigorosa de todos os objetivos do estudo, aumentando a confiabilidade da intervenção e oferecendo uma estrutura efetiva que pode ser seguida em trabalhos futuros.

6.8 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O estudo presente ressalta a necessidade de investigações adicionais sobre a IB em idosos assistidos na APS em outros territórios brasileiros para estabelecer sua viabilidade e aceitabilidade. De particular importância sugere-se desenvolver o conhecimento sobre a efetividade da IB realizada na residência do idoso em uma ou mais sessões por meio da visita domiciliar junto aos ACS. Pesquisas futuras podem incorporar um período de acompanhamento estendido além de 6 meses para examinar o impacto a longo prazo da IB nos comportamentos relacionados ao álcool.

Em relação à prática, os enfermeiros como parte de uma equipe interprofissional podem ser um recurso potencial para explorar a IB em ambientes da APS. Os enfermeiros podem usar a IB para ajudar os idosos no reconhecimento dos seus riscos no consumo de álcool e na adoção de comportamentos apropriados ao seu bem-estar.

O uso da IB na prática de enfermagem requer conhecimentos, habilidades e motivação para abordar as questões relacionadas ao consumo de álcool em idosos. Fornecer formações sobre o uso da IB específica para a idade aos profissionais e estudantes de enfermagem pode ser fundamental para tornar a implementação viável em suas práticas e ampliar as discussões para o cuidado personalizado aos idosos.

As formações sobre IB devem estimular a construção de competências para que o enfermeiro reconheça as prioridades individuais de saúde dos idosos e as repercussões do consumo de álcool para sua qualidade de vida. É essencial que o enfermeiro também explore qualquer efeito positivo de mudança no consumo de álcool no idoso, garantindo que recebam incentivo para suas tomadas de decisões e respeito as suas escolhas. Para que isso seja bem-sucedido, o idoso e o consumo de álcool devem ser vistos como prioridades para os enfermeiros e demais profissionais da saúde.

7 CONCLUSÕES

Este estudo mostrou sua relevância em ser o primeiro protocolo de IB no Brasil para redução do consumo de álcool em idosos assistidos na APS, avaliando o padrão de consumo de risco, o consumo habitual e o comportamento *binge*. O protocolo contribui com uma abordagem estruturada e personalizada da IB para consumo de álcool, orientada pelas características individuais e necessidades específicas dos idosos.

Verificou-se que não foi possível identificar diferença ao comparar os grupos controle *versus* intervenção em relação as variáveis basais de interesse. Os principais achados das características sociodemográficas, condições de saúde e os aspectos relacionados ao consumo de álcool enfatizam a importância da realização da IB adaptada e direcionada ao idoso identificado no padrão de consumo de risco de álcool pelo instrumento AUDIT.

O desfecho principal do estudo confirmou a hipótese de que o GI apresentou níveis significativamente mais baixos do padrão de consumo de risco de álcool em comparação com o GC, com reduções mantidas após três e seis meses de acompanhamento. Para outros desfechos de interesse, foi comprovada também a efetividade da IB para mudanças no consumo habitual e no comportamento *binge*. Essas evidências ampliam as descobertas sobre os efeitos positivos da IB na redução do consumo de álcool para idosos assistidos na APS.

Até onde se sabe, nosso estudo representa uma abordagem única para idosos na medida em que estrutura a IB no modelo FRAMES e uso da EM com fundamentação teórica na TCC. Sugere-se mais pesquisas que sejam capazes de explorar desenhos de estudo variando o grupo controle, adicionando grupos com versões mais estendidas da IB ou sem intervenções ou comparando a diferentes intervenções.

Este estudo mostrou que o protocolo de IB oportuniza aos idosos reflexões imediatas sobre os efeitos potenciais que o álcool pode ter em suas vidas, bem como promove impacto direto para mudança dos seus comportamentos do consumo de álcool. É fundamental a realização de mais pesquisas para avaliar o impacto indireto da IB sobre fenômenos psicossociais e consequências para a saúde que podem estar associados ao consumo de álcool em idosos.

Dado que o consumo de risco de álcool em idosos vem aumentando, o protocolo de IB pode ser uma ferramenta indispensável na rotina de trabalho dos enfermeiros no âmbito da APS. Além disso, pode servir de referência para os formuladores de políticas públicas na

perspectiva de subsidiar a implementação de programas de IB em ambientes da APS a nível local, regional e nacional.

REFERÊNCIAS

AALTO, M. et al. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 26, n. 9, p. 881-885, 2011. DOI 10.1002/gps.2498. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20661878/>. Acesso em: 10 jun. 2018.

AGAHI, N.; DAHLBERG, L.; LENNARTSSON, C. Social integration and alcohol consumption among older people: A four-year follow-up of a Swedish national sample. **Drug and alcohol dependence**, v. 1, n. 196, p. 40-45, 2019. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2018.12.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30660938/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

AGAHI, N. et al. Alcohol consumption over the retirement transition in Sweden: different trajectories based on education. **Work, Aging and Retirement**, v. 8, n. 1, p. 74-81, 2022. DOI 10.1093/workar/waab004. Disponível em: <https://academic.oup.com/workar/article/8/1/74/6208145>. Acesso em: 15 ago. 2022.

AGUILA, E.; GUERRERO, E. G.; VEGA, W. A. Sociodemographic characteristics associated with alcohol use among low-income Mexican older adults. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2016. DOI 10.1186/s13011-016-0061-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13011-016-0061-6>. Acesso em: 10 jun. 2022.

AIRA, M.; HARTIKAINEN, S.; SULKAVA, R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication—a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 20, n. 7, p. 680-685, 2005. DOI 10.1002/gps.1340. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.1340>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AIRA, M.; HARTIKAINEN, S.; SULKAVA, R. Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75: a community-based interview study. **Family practice**, v. 25, n. 6, p. 445-449, 2008. DOI 10.1093/fampra/cmn065. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/25/6/445/481283?login=false>. Acesso em: 19 jul. 2018.

ALDRIDGE A.; LINFORD R.; BRAY J. Substance use outcomes of patients served by a large US implementation of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). **Addiction**, v. 112, n. Suppl 2, p. 43-53, 2017. DOI 10.1111/add.13651. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28074561/>. Acesso em: 14 out. 2021.

AMINISANI, N. et al. Socio-demographic and lifestyle factors associated with multimorbidity in New Zealand. **Epidemiology and health**, v. 42, 2020. DOI:10.4178/epih.e2020001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7005455/pdf/epih-42-e2020001.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ANDERSEN, K. et al. Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial. **Addiction**, v. 115, n. 1, p. 69-81, 2020. DOI 10.1111/add.14795. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14795>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ANDERSEN, K. et al. Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study). **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2015. DOI 10.1186/s12888-015-0672-x. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-015-0672-x.pdf>.

Acesso em: 10 jun. 2021.

ARAÚJO, T. A. et al. Factors associated with body mass index changes among older adults: a ten-year follow-up. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021. DOI 10.1590/0102-311X00081320. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/BDPRZKn3dBnTbF3c8LBPBHK/abstract/?lang=en>. Acesso em: 03 jul. 2022.

ARNDT, S.; SCHULTZ, S. K. Epidemiology and demography of alcohol and the older person. *In*: CROME, I.; WU, L.; RAO, R. T.; CROME, P. **Substance use and older people**, 2015. p. 75-90.

ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Community health agent and the elderly: home visit and care practices. **Physis**, v. 28, 2018. DOI 10.1590/S0103-73312018280308. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pdwWSpcYhfkfj9qbxP3RTZr/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BABOR, T. F. et al. Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. **Journal of studies on alcohol**, v. 66, n. 3, p. 361-368, 2005. DOI 10.15288/jsa.2005.66.361. Disponível em:

<https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsa.2005.66.361>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BABOR, T. F. et al. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. **Alcohol and Alcoholism**, v. 41, n. 6, p. 624-631, 2006. DOI 10.1093/alcalc/agl078. Disponível em:

<https://academic.oup.com/alcalc/article/41/6/624/157794?login=false>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BABOR, T. F. et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) toward a public health approach to the management of substance abuse. **Substance abuse**, v. 28, n. 3, p. 7-30, 2007. Disponível em: https://sbirt.webs.com/Babor_2007_SBIRT-Toward%20a%20Public%20Health%20Approach.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

BABOR, T. F.; ROBAINA, K.; NOEL, J. Enhancing access to alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment to better serve individuals and populations. *In*: GIESBRECHT, N.; BOSMA, L. M. (org.) **Preventing alcohol-related problems: Evidence and community-based initiatives**, 2017.

BABOR, T. F.; ROBAINA, K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. **International Journal of Alcohol and Drug Research**, v. 5, n. 2, p. 17-24, 2016. DOI 10.7895/ijadr.v5i2.222. Disponível em: <https://ijadr.org/index.php/ijadr/article/view/222>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARBOSA, D. C. M. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/122728/119213>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 123-133, 2018. DOI 10.1590/1981-22562018021.170185. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/hsRjGdPqSWMFTrzsGhFSXfq/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BAREHAM, B. K. et al. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 134-146, 2019. DOI 10.1093/ageing/afy069. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/134/4992693>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BAREHAM, B. K. et al. Factors affecting primary care practitioners' alcohol-related discussions with older adults: a qualitative study. **British Journal of General Practice**, v. 71, n. 711, p. e762-e771, 2021. DOI 10.3399/BJGP.2020.1118. Disponível em: <https://bjgp.org/content/71/711/e762.long>. Acesso em: 23 set. 2022.

BAREHAM, B. K. et al. Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. **Age and ageing**, v. 49, n. 3, p. 453-467, 2020. DOI 10.103/ageing/afaa005. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/49/3/453/5741780?login=false>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BAREHAM, B. K.; KANER, E.; HANRATTY, B. Managing older people's perceptions of alcohol-related risk: a qualitative exploration in Northern English primary care. **British Journal of General Practice**. V. 70, n. 701, p. e916-e926, 2020. DOI 10.3399/bjgp20X713405. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7575405/>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARES, C. B.; KENNEDY, A. Alcohol use among older adults and health care utilization. **Ageing & Mental Health**, v. 25, n. 11, p. 2109-2115, 2021. DOI 10.1080/13607863.2020.1793903. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2020.1793903>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BARNES, A. J. et al. The effect of a patient-provider educational intervention to reduce at-risk drinking on changes in health and health-related quality of life among older adults: The project SHARE study. **Journal of substance abuse treatment**, v. 60, p. 14-20, 2016. DOI 10.1016/j.jsat.2015.06.019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740547215001671>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BARRY, K. L.; BLOW, F. C. Drinking over the lifespan: Focus on older adults. **Alcohol Research Current Reviews**, v. 38, n. 1, p. 115, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>. Acesso em: 01 jan. 2019.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

BERTHOLET, N. et al. Do brief alcohol motivational interventions work like we think they do?. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 38, n. 3, p. 853-859, 2014. DOI 10.1111/acer.12274. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125097. Acesso em: 10 jun. 2022.

BERTHOLET, N. et al. Predictive value of readiness, importance, and confidence in ability to change drinking and smoking. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2012. DOI 10.1186/1471-2458-12-708. Disponível em: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-708>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BEYER, F. R. et al. The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. **Alcohol and alcoholism**, v. 54, n. 4, p. 417-427, 2019. DOI 10.1093/alcalc/agz035. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/54/4/417/5486343?login=false>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BHATIA, U. et al. Recent advances in treatment for older people with substance use problems: an updated systematic and narrative review. **European Geriatric Medicine**, v. 6, n. 6, p. 580-586, 2015. DOI 10.1016/j.eurger.2015.07.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764915001394>. Acesso em: 07 set. 2020.

BLOW, F.; BARRY, K. Substance misuse and abuse in older adults: What do we need to know to help?. **Generations**, v. 38, n. 3, p. 53-67, 2014. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/asag/gen/2014/00000038/00000003/art00009>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BLOW, F. C. et al. The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 16, n. 2, p. 372, 1992.

BLOW, F. C. et al. The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 7, p. 769-774, 2000. DOI 10.1111/j.1532-5415.2000.tb04751.x. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2000.tb04751.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BOUTRON, I. et al. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. **Annals of internal medicine**, v. 167, n. 1, p. 40-47, 2017. DOI 10.7326/M17-0046.

Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M17-0046?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org. Acesso em: 10 jul. 2018.

BOUMANS, J. et al. Understanding how and why alcohol interventions prevent and reduce problematic alcohol consumption among older adults: a systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 6, p. 3188, 2022. DOI 10.3390/ijerph19063188. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3188>. Acesso em: 25 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 70p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf. Acesso em 20 de fev. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 20 de fev. de 2018.

BRASIL. Decreto n. 6.871, de 4 de junho de 2009. Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6871.htm. Acesso em 24 de mar. de 2023.

BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 20 de fev. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRENNAN, P. L. et al. Twenty-year alcohol-consumption and drinking-problem trajectories of older men and women. **Journal of Studies Alcohol and Drugs**, v. 72, n. 2, p. 308-321, 2011. DOI 10.15288/jsad.2011.72.308. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052900/>. 25 ago. 2020.

BRESLOW, R. A.; DONG, C.; WHITE, A. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 39, n. 2, p. 371-379, 2015. DOI 10.1111/acer.12633.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.12633>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BRESLOW, R. A. et al. Trends in alcohol consumption among older Americans: National health interview surveys, 1997 to 2014. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 41, n. 5, 976–986. 2017. DOI 10.1111/acer.13365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439499/>. Acesso em: 25 ago. 2020.

BROWN, R. L. et al. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 14, n. 2, p. 95-106, 2001. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/14/2/95.long>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BROWN, J. et al. Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. **British Journal of General Practice**, v. 66, n. 642, p. e1-e9, 2016. DOI 10.3399/bjgp16X683149. Disponível em: <https://bjgp.org/content/66/642/e1.short>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRUNNER, E.; DOMHOF, S.; LANGER, F. Nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments. **Wiley-Interscience**, 2002. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/711cd5f9153ca3d927b2e5e1bd26c6d4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=35365>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BURRUSS, K.; SACCO, P.; SMITH, C. A. Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: perspectives of residents in congregate living. **Ageing & Society**, v. 35, n. 9, p. 1889-1904, 2015. DOI 10.1017/S0144686X14000671. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/understanding-older-adults-attitudes-and-beliefs-about-drinking-perspectives-of-residents-in-congregate-living/BFCF84047FBF33273611634BB28B140F>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BYE, E. K.; ROSSOW, I. Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Norway. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 34, n. 1, p. 18-27, 2017. DOI 10.1177/1455072516683896. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1455072516683896>. Acesso em: 15 maio. 2019.

BYE, E. K.; MOAN, I. S. Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 37, n. 5, p. 444-458, 2020. DOI 10.1177/1455072520954325. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1455072520954325>. Acesso em: 19 ago. 2021.

CALVO, E. et al. Cross-country differences in age trends in alcohol consumption among older adults: a cross-sectional study of individuals aged 50 years and older in 22 countries. **Addiction**, v. 116, n. 6, p. 1399-1412, 2021. DOI 10.1111/add.15292. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33241648/>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

CARNEIRO, T. S. G. **A dimensão política no trabalho em saúde: o caso dos enfermeiros na Atenção Básica de Ribeirão Preto-SP**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências). Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2233>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CASTLE, I.-J. P. et al. Emergency department visits for adverse drug reactions involving alcohol: United States, 2005 to 2011. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 40, n. 9, p. 1913-1925, 2016. DOI 10.1111/acer.13167. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.13167>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CASTRO-COSTA, E. et al. Alcohol consumption in late-life—the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). **Addictive behaviors**, v. 33, n. 12, p. 1598-1601, 2008. DOI 10.1016/j.addbeh.2008.07.004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460308002050?casa_token=k5oFY_5K0roAAAAA:J-_WeU-wWYYt7saSosy5R8PNonsRHnmLAtFoiL55oFmBaEwsnsnW3rnI1wikPmQVIPY3I05vx3I0. Acesso em: 08 jun. 2018.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. **Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse**. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/>. Acesso em: 08 jun. 2018.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. **Substance Abuse Among Older Adults**. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1998. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64419/>. Acesso em: 08 jun. 2018.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. **Treating Substance Use Disorder in Older Adults**: Updated 2020. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2020. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571029/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CHAGAS, C. et al. Alcohol consumption by older people in Brazil: a systematic review of population-based studies. **Addictive Disorders & Their Treatment**, v. 18, n. 4, p. 229-237, 2019. DOI 10.1097/ADT.000000000000168. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/addit/2019/00000018/00000004/art00006>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CHAN, P. S. et al. Using Consolidated Framework for Implementation Research to investigate facilitators and barriers of implementing alcohol screening and brief intervention among primary care health professionals: a systematic review. **Implementation Science**, v. 16, n. 1, p. 1-40, 2021. DOI 10.1186/s13012-021-01170-8. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-021-01170-8>. Acesso em: 19 ago. 2022.

CHAIYASONG, S. et al. Drinking patterns vary by gender, age and country-level income: Cross-country analysis of the International Alcohol Control Study. **Drug and alcohol review**, v. 37, p. S53-S62, 2018. DOI 10.1111/dar.12820. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dar.12820>. Acesso em: 17 mar. 2020.

CHAPMAN, J. et al. Older Australians' perceptions of alcohol-related harms and low-risk alcohol guidelines. **Drug and alcohol review**, v. 39, n. 1, p. 44-54, 2020. DOI 10.1111/dar.13022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dar.13022>. Acesso em 01 maio. 2020.

CHATTERJI, S. et al. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. **The lancet**, v. 385, n. 9967, p. 563-575, 2015. DOI 10.1016/S0140-6736(14)61462-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673614614628>. Acesso em: 05 jan. 2021.

CHIVA-BLANCH, G.; BADIMON, L. Benefits and risks of moderate alcohol consumption on cardiovascular disease: current findings and controversies. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 108, 2019. DOI 10.3390/nu12010108. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/1/108>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CHOW, S. C. et al. **Sample size calculations in clinical research**. Chapman and Hall/CRC Biostatistics. 3. ed. CRC Press, 2017. DOI 10.1201/9781315183084. Disponível em: file:///C:/Users/deivs/Downloads/10.1201_9781315183084_previewpdf.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

CLAUSEN, T. et al. Alcohol consumption at any level increases risk of injury caused by others: data from the Study on Global AGEing and Adult Health. **Substance Abuse Research and Treatment**, v. 9, n. Suppl 2, p. 125-132, 2016. DOI: 10.4137/SART.S23549. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4137/SART.S23549>. Acesso em: 23 dez. 2020.

CONFORTIN, S. C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 305-317, 2017. DOI 10.5123/S1679-49742017000200008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2017.v26n2/305-317/pt/>. Acesso em: 10 de jun. 2018.

COUSINS, G. et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. **BMC geriatrics**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014. DOI 10.1186/1471-2318-14-57. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-57>. Acesso em: 05 jul. 2021.

COULTON, S. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped-care interventions for older alcohol users in primary care. **Alcohol and alcoholism**, v. 52, n. 6, p. 655-664, 2017. DOI 10.1093/alcalc/agx065. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/52/6/655/4107890?login=false>. Acesso em: 15 de jun. 2018.

CROME, I. B.; CROME, P. Alcohol and age. **Age and Ageing**, v. 47, n. 2, p. 164-167, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/47/2/164/4791134?login=false>. Acesso em: 06 jul. 2018.

CRUZ, M. F. et al. Simultaneity of risk factors for chronic non-communicable diseases in the elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 2,

p. e00021916-e00021916, 2017. DOI 10.1590/0102-311x00021916. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/28403276>. Acesso em: 06 jul. 2018.

CULLY, J. A. et al. **A provider's guide to brief cognitive behavioral therapy**. Department of Veterans Affairs, South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center. 2020. 2021. 164 p. Disponível em: https://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf. Acesso em: 12 de jun. 2022.

CULLY, J. A. et al. Delivery of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Medically Ill Patients in Primary Care: A pragmatic randomized clinical trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 9, p. 1014–1024, 2017. DOI 10.1007/s11606-017-4101-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5570751/>. Acesso em: 12 de jun. 2022.

DARE, J. et al. Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians. **Health & social care in the community**, v. 22, n. 5, p. 524-532, 2014. DOI 10.1111/hsc.12110. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12110>. Acesso em: 12 ago. 2019.

DASKALOPOULOU, C. et al. Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **BMJ Open**, v. 8, n. e019540, 2018. DOI 10.1136/bmjopen-2017-019540. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e019540.citation-tools>. 12 de jun. 2022.

DAVIES, E. A.; O'MAHONY, M. S. Adverse drug reactions in special populations—the elderly. **British journal of clinical pharmacology**, v. 80, n. 4, p. 796-807, 2015. DOI 10.1111/bcp.12596. Disponível em: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.12596>. Acesso em: 10 fev. 2019.

DAWSON, D. A. Defining risk drinking. **Alcohol Research & Health**, v. 34, n. 2, p.144-156, 2011. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-01544-003>. Acesso em: 13 fev. 2018.

DAWSON, D. A.; GRANT, B. F.; STINSON, F. S. The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. **Comprehensive psychiatry**, v. 46, n. 6, p. 405-416, 2005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X05000180?via%3Dihub>. Acesso em: 13 fev. 2018.

DEGENHARDT, L. et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 12, p. 987-1012, 2018. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036618303377>. Acesso em: 10 jun. 2022.

DHALWANI, N. N. et al. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. **BMJ open**, v. 7, n. 10, p. e016358, 2017. DOI 10.1136/bmjopen-2017-016358. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016358.abstract>. Acesso em: 15 mar. 2020.

DIBARTOLO, M. C.; JAROSINSKI, J. M. Alcohol use disorder in older adults: Challenges in assessment and treatment. **Issues in mental health nursing**, v. 38, n. 1, p. 25-32, 2017. DOI 10.1080/01612840.2016.1257076. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01612840.2016.1257076?needAccess=true>. Acesso em: 10 jan. 2018.

DICLEMENTE, C. C. et al. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 31, n. 8, p. 862-887, 2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/buy/2017-53537-001>. Acesso em: 22 fev. 2018.

DINIZ, A. et al. Elderly substance abuse: na integrative review. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 19, n. 2, p. 23-41, 2017. DOI 10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p23-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v19n2/en_v19n2a02.pdf. Acesso em: 04 dez. 2017.

DONATELLI, N. S.; SOMES, J. Alcohol and aging: the invisible epidemic. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 2, p. 177-180, 2014. DOI 10.1016/j.jen.2013.12.004. Disponível em: [https://www.intljourtranur.com/article/S0099-1767\(13\)00576-X/fulltext](https://www.intljourtranur.com/article/S0099-1767(13)00576-X/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2022.

DONOVAN, D. M. et al. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. **Addiction**, v. 101, n. 12, p. 1696-1704, 2006. DOI 10.1111/j.1360-0443.2006.01606.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2006.01606.x>. Acesso em: 14 jan. 2018.

DURU, O. K. et al. Examining the impact of separate components of a multicomponent intervention designed to reduce at-risk drinking among older adults: the Project SHARE study. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 39, n. 7, p. 1227-1235, 2015. DOI 10.1111/acer.12754. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.12754>. Acesso em: 02 jun. 2020.

ETTNER, S. L. et al. The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 75, n. 3, p. 447-457, 2014. DOI 10.15288/jsad.2014.75.447. Disponível em: <https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsad.2014.75.447>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FINK, A. et al. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 11, p. 1937-1943, 2005. DOI 10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x. Disponível em:

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x>. Acesso em: 11 mar. 2021.

FLEMING, M. F. et al. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. **Journal of Family Practice**, v. 48, p. 378-386, 1999. Disponível em: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1999-volume_48/JFP_1999-01_vX_iX_brief-physician-advice-for-alcohol-probl.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. A. V. **SUPERA** – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 1. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018.

FRACON, B. R. R.; SANTOS, L. L. Visita domiciliar. *In*: FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B.; VICENTINE, F. B. **Atenção à Saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP**. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora, 2017.

FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES ASOCIACIÓN CIVIL. **Dose padrão**. Tradução: RIVAS, K. São Paulo: Instituto Envolverde, 2020. Disponível em: http://alcoholinformate.org.mx:8181/jspui/bitstream/123456789/66/1/dose_Padrao.pdf Acesso em: 02 ago. 2022.

GARCÍA-ESQUINAS, E. et al. Moderate alcohol drinking is not associated with risk of depression in older adults. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI 10.1038/s41598-018-29985-4121. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-29985-4>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GAVENS, L. et al. Alcohol consumption after health deterioration in older adults: a mixed-methods study. **Public Health**, v. 139, p. 79-87, 2016. DOI 10.1016/j.puhe.2016.05.016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350616300786?via%3Dihub>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, 2018. DOI 10.1016/S0140-6736(19)31049-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31049-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31049-9/fulltext). Acesso em: 23 abr. 2021.

GELL, L.; MEIER, P. S.; GOYDER, E. Alcohol consumption among the over 50s: international comparisons. **Alcohol and alcoholism**, v. 50, n. 1, p. 1-10, 2015. DOI 10.1093/alcalc/agu082. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/50/1/1/2888195?login=false>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GILSON, K. M.; BRYANT, C.; JUDD, F. Understanding older problem drinkers: the role of drinking to cope. **Addictive behaviors**, v. 64, p. 101-106, 2017. DOI 10.1016/j.addbeh.2016.08.032. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460316303136>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GIORGI, V. V. A "**cultura cervejeira**" em **Ribeirão Preto (1996-2016)**: entre uma prática transformadora e um recurso conservador. 2017. Dissertação (Mestrado em História e Cultura). Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/19650>. Acesso em: 12. jan. 2021.

GLASS, J. E. et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). **Addiction science & clinical practice**, 2017. DOI 10.1186/s13722-017-0079-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13722-017-0079-8>. Acesso em: 10 mai. 2020.

GOMES, M. et al. Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. **Age and ageing**, v. 46, n. 1, p. 71-77, 2017. DOI 10.1093/ageing/afw165. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/46/1/71/2281655?login=false>. Acesso em: 05 jun. 2020.

GONZALEZ, Y. et al. Nurse-led delivery of brief interventions for at-risk alcohol use: An integrative review. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 26, n. 1, p. 27-42, 2020. DOI 10.1177/1078390319872536. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1078390319872536>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

GORDON, A. J. et al. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. **Substance Use & Misuse**, v. 38, n. 8, p. 1017-1035, 2003. DOI 10.1081/JA-120017649 Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/JA-120017649>. Acesso em: 10 ago. 2020.

GOUGH, B. et al. How do older people normalise their drinking?: an analysis of interviewee accounts. **Appetite**, v. 146, p. 104513, 2020. DOI 10.1016/j.appet.2019.104513. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666319305045>. Acesso em: 05 jul. 2022.

GRANT, B. F. et al. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **JAMA psychiatry**, v. 74, n. 9, p. 911-923, 2017. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2017.2161 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710229/>. Acesso em: 03 jan. 2020.

GRUCZA, R. A. et al. The changing landscape of alcohol use disorder and problem drinking in the USA: implications for primary care. **Family practice**, 2020, 37.6: 870-872, 2020. DOI 10.1093/fampra/cmaa066. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7699309/>. Acesso em: 13 dez. 2021.

HAN, B. H. et al. Binge drinking among older adults in the United States, 2015 to 2017. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 10, p. 2139-2144, 2019. DOI 10.1111/jgs.16071. Disponível em:

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16071>. Acesso em: 01 mai. 2021.

HAN, B. H. et al. Demographic trends of binge alcohol use and alcohol use disorders among older adults in the United States, 2005–2014. **Drug and alcohol dependence**, v. 170, p. 198-207, 2017. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2016.11.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871616309978?via%3Dihub>. Acesso em: 05 jun. 2020.

HAN, B. H. et al. Prevalence and correlates of binge drinking among older adults with multimorbidity. **Drug and alcohol dependence**, v. 187, p. 48-54, 2018. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2018.01.038. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5959772/>. Acesso em: 01 mai. 2021.

HAN, B. H. et al. Use of web-based screening and brief intervention for unhealthy alcohol use by older adults. **Journal of substance abuse treatment**, v. 86, p. 70-77, 2018. DOI 10.1016/j.jsat.2018.01.002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808575/>. Acesso em: 03 fev. 2020.

HAN, B. H.; MOORE, A. A. Prevention and screening of unhealthy substance use by older adults. **Clinics in geriatric medicine**, v. 34, n. 1, p. 117-129, 2018. DOI 10.1016/j.cger.2017.08.005. Disponível em: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(17\)30078-2/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(17)30078-2/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2022.

HELVIK, A. S. **Alcohol consumption in old age - A Norwegian perspective**. 2020. Disponível em: <https://www.forebygging.no/globalassets/alcohol-consumption-in-old-age2.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

HALONEN, J. I. et al. Trajectories of risky drinking around the time of statutory retirement: a longitudinal latent class analysis. **Addiction**, v. 112, n. 7, p. 1163-1170, 2017. DOI 10.1111/add.13811. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13811>. Acesso em: 05 jun. 2021.

HEATHER, N.; SMAILES, D.; CASSIDY, P. Development of a Readiness Ruler for use with alcohol brief interventions. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 98, n. 3, p. 235-40, 2008. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2008.06.005. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2008-14576-009>. Acesso em: 14 jan. 2018.

HIGGINS-BIDDLE, J. C.; BABOR, T. F. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 44, n. 6, p. 578-586, 2018. DOI 10.1080/00952990.2018.1456545. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990.2018.1456545>. Acesso em: 10 jun. 2022.

HOLAHAN, C. J. et al. Drinking level, drinking pattern, and twenty-year total mortality among late-life drinkers. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 76, n. 4, p. 552-558,

2015. DOI 10.15288/jsad.2015.76.552. Disponível em:

<https://www.jsad.com/doi/full/10.15288/jsad.2015.76.552>. Acesso em: 02 fev. 2021.

HOLAHAN C. J. et al. Drinking Level Versus Drinking Pattern and Cigarette Smoking Among Older Adults. **Alcohol Clinical & Experimental Research**, v. 42, n. 4, p. 795-802, 2018. DOI10.1111/acer.13607 Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.13607> Acesso em: 05 jun. 2020.

HOLDSWORTH, C. et al. Is regular drinking in later life an indicator of good health? Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 70, n. 8, p. 764-770, 2016. DOI 10.1136/jech-2015-206949.

Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/70/8/764.full.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

HOLDSWORTH, C. et al. Lifecourse transitions, gender and drinking in later life. **Ageing & Society**, v. 37, n. 3, p. 462-494, 2017. DOI 10.1017/S0144686X15001178. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/lifecourse-transitions-gender-and-drinking-in-later-life/33B8A741E22362E6CCB296DE3A3F26CF>. Acesso em: 20 jul. 2021.

HOLMES, M. V. et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. **BMJ**, v. 349, p. g4164, 2014. DOI 10.1136/bmj.g4164. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4164.full.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

HOLTON, A. E. et al. Concurrent use of alcohol interactive medications and alcohol in older adults: a systematic review of prevalence and associated adverse outcomes. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2017. DOI 10.1186/s12877-017-0532-2. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-017-0532-2>. Acesso em: 10 ago. 2021.

HOLTON, A. E. et al. Consensus validation of the POSAMINO (POtentially Serious Alcohol-Medication INteractions in Older adults) criteria. **BMJ open**, v. 7, n. 11, p. e017453, 2017. DOI 10.1136/bmjopen-2017-017453. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e017453.full.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

HOLTON, A. et al. Life course transitions and changes in alcohol consumption among older Irish adults: results from the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Journal of Aging and Health**, v. 31, n. 9, p. 1568-1588, 2019. DOI 10.1177/0898264318783080. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898264318783080>. Acesso em: 02 fev. 2021.

HOLTON, A. et al. Longitudinal prevalence of potentially serious alcohol-medication interactions in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. **European journal of clinical pharmacology**, v. 75, n. 4, p. 569-575, 2019. DOI 10.1007/s00228-018-02608-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-018-02608-7>.

Acesso em: 02 fev. 2021.

HUMENIUK, R. et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). **Addiction**, v. 103, n. 6, p. 1039-1047, 2008. DOI 10.1111/j.1360-

0443.2007.02114.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x>. Acesso em: 26 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm. Acesso em: 26 fev. 2018.

INTERNATIONAL ALLIANCE FOR RESPONSIBLE DRINKING. **Drinking guidelines: General population**. 2022. Disponível em: <https://iard.org/science-resources/detail/Drinking-Guidelines-General-Population>. Acesso em: 10 jun. 2022.

IMMONEN, S.; VALVANNE, J.; PITKÄLÄ, K. H. The prevalence of potential alcohol–drug interactions in older adults. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 31, n. 2, p. 73-78, 2013. DOI 10.3109/02813432.2013.788272. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2013.788272>. Acesso em: 02 jun. 2021.

JANIS, I. L.; MANN, L. **Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment**. Free press, 1977.

JIANG, H. et al. Prevalence and sociodemographic factors of risky drinking in Australian older adults. **Drug and alcohol review**, v. 39, n. 6, p. 684-693, 2020. DOI doi.org/10.1111/dar.13122. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13122>. Acesso em: 22 jul. 2021.

JOHNSON, J. A. et al. Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: A validation study. **Alcohol Clinical & Experimental Research**, v. 37, p. E253-E259, 2013. DOI 10.1111/j.1530-0277.2012.01898.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1530-0277.2012.01898.x>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

JOSEPH, J. et al. Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. **International Nursing Review**, v. 61, n. 2, p. 203-210, 2014. DOI [tps://doi.org/10.1111/inr.12096](https://doi.org/10.1111/inr.12096). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12096>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

KALINOWSKI, A.; HUMPHREYS, K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. **Addiction**, v. 111, n. 7, p. 1293-1298, 2016. DOI 10.1111/add.13341. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13341>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

KANER, E. F. S. et al. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, n. 9, 2017. DOI 10.1002/14651858.CD011479.pub2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28944453/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

KANER, E. F. S. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2018. DOI

10.1002/14651858.CD004148.pub4. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/full>. Acesso em: 20 fev. 2019.

KANER, E. F. S. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. **Drug and alcohol review**, v. 28, n. 3, p. 301-323, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19489992/> Acesso em: 20 fev. 2019.

KELLY, S. et al. Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. **Age and Ageing**, v. 47, n. 2, p. 175–184, 2018. DOI 10.1093/ageing/afx132. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx132>. Acesso em: 15 jul. 2018.

KELLY, S. et al. Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. **PloS one**, v. 13, n. 1, p. e0191189, 2018. DOI 10.1371/journal.pone.0191189. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191189>. Acesso em: 18 jan. 2019.

KEURHORST, M. et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. **Addiction**, v. 110, n. 12, p. 1877-1900, 2015. DOI 10.1111/add.13088 Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13088>. Acesso em: 20 fev. 2019.

KHAMIS, A.A. et al. Alcohol Consumption Patterns: A Systematic Review of Demographic and Sociocultural Influencing Factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 8103, 2022. DOI 10.3390/ijerph19138103. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/13/8103>. Acesso em: 13 ago. 2022.

KNODEL, J.; POTHISIRI, W. Smoking and Drinking Behaviors among Older Adults: A Comparative Analysis of Three Southeast Asian Countries. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 36, n. 4, p. 369-386, 2021. DOI 10.1007/s10823-021-09438-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10823-021-09438-8>. Acesso em: 10 jan. 2022.

KUERBIS, A. N. Substance use among older adults: an update on prevalence, etiology, assessment, and intervention. **Gerontology**, v. 66, n. 3, p. 249-258, 2020. DOI 10.1159/000504363. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/504363>. Acesso em: 15 fev. 2021.

KUERBIS, A.; CHERNICK, R.; GARDNER, D. S. Alcohol Use and Comorbid Psychiatric and Subsyndromal Disorders Among Older Adults. **Alcohol and Aging**, p. 35-53, 2016. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-47233-1_3. Acesso em: 20 jan. 2020.

KUERBIS, A. N. et al. A pilot study of online feedback for adult drinkers 50 and older: Feasibility, efficacy, and preferences for intervention. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 77, p. 126-132, 2017. DOI 10.1016/j.jsat.2017.04.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0740547217300934>. Acesso em: 15 fev. 2018.

KUERBIS, A. et al. Comparing daily drivers of problem drinking among older and younger adults: An electronic daily diary study using smartphones. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 1, n. 183, p. 240-246, 2018. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2017.11.012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803426/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KUERBIS, A. et al. Substance abuse among older adults. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 3, p. 629-654, 2014. DOI 10.1016/j.cger.2014.04.008. Disponível em: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(14\)00043-3/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(14)00043-3/fulltext). Acesso em: 15 jun. 2017.

KUERBIS, A. N. et al. Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: The Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 2, p. 321-326, 2015. DOI 10.1111/jgs.13237. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13237>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LABERGE, S. et al. Examining the association between alcohol consumption and health conditions in community dwelling older adults. **Journal of Community Health**, v. 46, n. 1, p. 51-63, 2021. DOI 10.1007/s10900-020-00842-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-020-00842-8>. Acesso em: 10 de jan. 2022.

LAL, R.; PATTANAYAK, R. P. Alcohol use among the elderly: Issues and considerations. **J Geriatr Ment Health**, v.4, n.1, p. 4-10, 2017. DOI 10.4103/jgmh.jgmh_34_16. Disponível em: <http://www.jgmh.org/text.asp?2017/4/1/4/208604>. Acesso em: 25 jan. 2018.

LARANJEIRA, R. P. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2009. 76 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

LEÓN-MUÑOZ, L. M. et al. Alcohol drinking patterns and risk of functional limitations in two cohorts of older adults. **Clinical nutrition**, v. 36, n. 3, p. 831-838, 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.05.005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561416300978>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LE ROUX, C.; TANG, Y.; DREXLER, K. Alcohol and Opioid Use Disorder in Older Adults: Neglected and Treatable Illnesses. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 87, p. 1-10, 2016. DOI 10.1007/s11920-016-0718-x. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-016-0718-x>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LI, J. et al. Factors associated with consumption of alcohol in older adults-a comparison between two cultures, China and Norway: the CLHLS and the HUNT-study. **BMC geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. DOI 10.1186/s12877-017-0562-9. Disponível em:

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0562-9>. Acesso em: 18 jan. 2020.

LI, J. et al. Factors associated with elevated consumption of alcohol in older adults—comparison between China and Norway: the CLHLS and the HUNT Study. **BMJ open**, v. 9, n. 8, p. e028646, 2019. DOI 10.1136/bmjopen-2018-028646. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/8/e028646.full.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. DOI 10.1093/alcalc/agh202. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/40/6/584/126118>. Acesso em 12 jul. 2017.

LIMA-COSTA, M. F. et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*. v. 187; n. 7, p. 345-1353, 2018. DOI 10.1093/aje/kwx387. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/187/7/1345/4831252?login=true>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 154-160, 2015. DOI 10.1590/0104-07072015002450013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8YqJnqYJg69qRZc7pHZDHTs/?lang=en>. Acesso em: 12 jul. 2017.

LIMA, D. W. C. et al. Os itinerários terapêuticos de idosos que fazem uso problemático de álcool / The therapeutic itineraries of elderly people that make a problematic use of alcohol. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, 19 dez. 2017. DOI 10.4025/ciencuidsaude.v16i4.37276. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37276>. Acesso em: 06 jan. 2018.

LIMA, D. W. C. et al. Os significados e as relações dos idosos com as drogas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 13, n. 3, p. 132-139, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p132-139>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jan. 2018.

LIN, J.C. et al. Do Health Educator Telephone Calls Reduce At-risk Drinking Among Older Adults in Primary Care?. **Journal of General Internal Medicine**, v. 25, n. 4, p. 334–339, 2010. DOI 10.1007/s11606-009-1223-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2842558/>. Acesso em: 13 jun. 2019.

LINDGREN, B. et al. The rise in life expectancy, health trends among the elderly, and the demand for health and social care. **Stockholm: The National Institute of Economic Research (NIER)**, v.142, 2016. DOI 10.3386/w2252. Disponível em: <http://www.konj.se/download/18.45f4dff21532e40aa884dc49/1456823350974/Working-paper-142-The-rise-in-Life+Expectancy-health-trends-among-the-elderly-and-the-demand-for-health-and-social-care.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

LISTABARTH S. et al. Hazardous alcohol consumption among older adults: A comprehensive and multi-national analysis of predictive factors in 13,351 individuals. **European Psychiatry**, v. 64, n. 1, p. e4, 2020. DOI 10.1192/j.eurpsy.2020.112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8057428/>. Acesso em: 25 jan. 2022.

LOPEZ-NOLASCO, B. et al. Interventions in Older Adults with Alcohol Consumption: A Systematic Review. **Interventions**, v. 30, n. 2, 2018. DOI 10.9734/IJTDH/2018/40471. Disponível em: https://www.academia.edu/37041086/Interventions_in_Older_Adults_with_Alcohol_Consumption_A_Systematic_Review?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page. Acesso em: 25 jan. 2022.

LU, Y. et al. Patient and provider factors associated with receipt and delivery of brief interventions for unhealthy alcohol use in primary care. **Alcohol Clinical & Experimental Research**, v. 45, n. 10, p. 2179-2189, 2021. DOI 10.1111/acer.14702. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.14702>. 25 jan. 2022.

MACHADO, M. P. A. et al. Alcohol and tobacco consumption concordance and its correlates in older couples in Latin America. **Geriatrics & gerontology international**, v. 17, n. 11, p. 1849-1857, 2017. DOI 10.1111/ggi.12974. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ggi.12974>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MALTA, D. C. et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its Federated Units, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 217-232, 2017. DOI 10.1590/1980-5497201700050018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/M7TDLLMWwp7vrVNs6LS47hC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2021.

MARCONCIN, P. et al. The association of healthy lifestyle behaviors with overweight and obesity among older adults from 21 countries. **Nutrients**, v. 13, n. 2, p. 315, 2021. DOI 10.3390/nu13020315. Disponível em: <file:///C:/Users/deivs/Downloads/nutrients-13-00315.pdf>. Acesso em: 19 maio. 2022.

MARTINEZ, E. Z. Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. São Paulo: Blücher, 2015. 345 p.

MARTINS, A. et al. Prevalência do consumo de risco de álcool no idoso: estudo numa unidade dos cuidados primários da região de Braga. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 32, n. 4, p. 270-4, 2016. DOI: 10.32385/rpmgf.v32i4.11828. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11828>. Acesso em: 3 jun. 2022.

MAURO, P. M.; ASKARI, M. S.; HAN, B. H. Gender differences in any alcohol screening and discussions with providers among older adults in the United States, 2015 to 2019. **Alcohol clinical and experimental research**, v. 45, n. 9, p. 1812-1820, 2021. DOI 10.1111/acer.14668. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.14668>. Acesso em: 3 jun. 2022.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **The American Journal of Psychiatry**, v. 131, n. 10, p. 1121-1123, 1974. DOI 10.1176/ajp.131.10.1121. Disponível em: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.131.10.1121?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 05 mar. 2020.

MCCAMBRIDGE, J.; CUNNINGHAM, J. A. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. **Addiction**, v. 109, n. 4, p. 538-546, 2014. DOI 10.1111/add.12458. Disponível em: <https://www.readbyqxd.com/read/24354855/the-early-history-of-ideas-on-brief-interventions-for-alcohol>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MCCANCE-KATZ, E. F.; SATTERFIELD, J. SBIRT: A key to integrate prevention and treatment of substance abuse in primary care. **The American journal on addictions**, v. 21, n. 2, p. 176, 2012. DOI 10.1111/j.1521-0391.2011.00213.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723400/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MCPHEE, J. S. et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. **Biogerontology**, v. 17, n. 3, p. 567-580, 2016. DOI 10.1007/s10522-016-9641-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10522-016-9641-0>. Acesso em: 05 mar. 2020.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test. 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

MICHIE, S.; ATKINS, L.; WEST, R. **The behaviour change wheel**. A guide to designing interventions, 1. ed. Great Britain: Silverback Publishing, p. 1003-1010, 2014.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.

MILLER, W. R.; SANCHEZ, V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. *In*: HOWARD, G. S.; NATHAN, P. E. **Alcohol use and misuse by young adults**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1994.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal vascular brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011. DOI 10.1590/S1677-54492011000400001. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/11712>. Acesso em: 01 abr. 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 04 dez. 2017.

MONTEIRO, M. G. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. **Epidemiologia e Serviços de**

Saúde, v. 29, p. e2020000, 2020. DOI 10.5123/S1679-49742020000100011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n1/e2020000/>. Acesso em: 05 maio. 2020.

MOORE, A. A. et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: A randomized controlled trial. **Addiction**, v. 106, n. 1, p. 111-120, 2011. DOI 10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MOORE, A. A., et al. Screening and assessment of unhealthy alcohol use in older adults. In: *Alcohol and Aging*. Springer, Cham, p. 169-180, 2016.

MOORE, A. A.; WHITEMAN, E. J.; WARD, K. T. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**. v. 5, n. 1, p. 64-74, 2007. DOI 10.1016/j.amjopharm.2007.03.006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543594607000074>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MORIARTY, F. et al. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. **BMJ open**, v. 5, n. 9, p. e008656, 2015. DOI 10.1136/bmjopen-2015-008656. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/9/e008656.full.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MOYER, A.; FINNEY, J. W. Brief interventions for alcohol misuse. **Cmja**, v. 187, n. 7, p. 502-506, 2015. DOI 10.1503/cmaj.140254. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401596/>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MUÑOZ, M. et al. Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: results from the MentDis_ICF65+ study. **PLoS One**, v. 13, n. 4, p. e0196574, 2018. DOI 10.1371/journal.pone.0196574. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0196574>. Acesso em: 18 fev. 2019.

NAEGLE, M. A. Screening for Alcohol Use and Misuse in Older Adults: Using the Short Michigan Alcoholism Screening Test—Geriatric Version. **The American Journal of Nursing**, v. 108, n. 11, p. 50-58, 2008. DOI 10.1097/01.NAJ.0000339100.32362.d9. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2008/11000/Screening_for_Alcohol_Use_and_Misuse_in_Older.28.aspx. Acesso em: 01 fev. 2018.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Older adults and Alcohol: you can get help**. 2015. Disponível em: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/olderadults/olderAdults.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

NORONHA, B. P. et al. Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National Health Survey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4171-4181, 2019. DOI 10.1590/1413-812320182411.32652017. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA608184435&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=14138123&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E9ab76876>. Acesso em: 20 de mar. 2020.

NUEVO, R. et al. Prevalence of alcohol consumption and pattern of use among the elderly in the WHO European region. **European addiction research**, v. 21, n. 2, p. 88-96, 2015. DOI 10.1159/000360002. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/360002>.

Acesso em: 10 jun. 2020.

O'DONNELL, A. et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. **Alcohol Alcohol**, v. 49, n. 1, p. 66-78, 2014. DOI 10.1093/alcalc/agt170. Disponível em: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/1/66.short>.

Acesso em: 20 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Pacote técnico SAFER um mundo livre dos danos relacionados ao álcool. Cinco áreas de intervenção em âmbito nacional e estadual. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

ORTOLÁ, R. et al. Alcohol consumption and all-cause mortality in older adults in Spain: an analysis accounting for the main methodological issues. **Addiction**, v. 114, n. 1, p. 59-68, 2019. DOI 10.1111/add.14402. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30063272/>.

Acesso em: 10 jun. 2020.

ORTOLÁ, R. et al. Changes in health status predict changes in alcohol consumption in older adults: the Seniors-ENRICA cohort. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 73, n. 2, p. 123-129, 2019. DOI 10.1136/jech-2018-211104. Disponível em:

<https://jech.bmj.com/content/73/2/123.long>. Acesso em: 10 jun. 2020.

OSLIN, D. W. et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. **Psychiatric Services**, v. 57, n. 7, p. 954-958, 2006. DOI 10.1176/ps.2006.57.7.954 Disponível em:

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2006.57.7.954>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PARIKH, R. B. et al. Predictors of binge drinking in elderly Americans. **The American journal on addictions**, v. 24, n. 7, p. 621-627, 2015. DOI 10.1111/ajad.12275. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajad.12275>. Acesso em: 05 jan. 2020.

PAULA, T. C. S. et al. Alcohol consumption among older adults: Findings from the ELSI-Brazil study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2022. DOI 10.1002/gps.5655. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.5655>. Acesso em 18 de fev. 2022.

PAULA, T. C. S. et al. Brief interventions for older adults (BIO) delivered by non-specialist community health workers to reduce at-risk drinking in primary care: a study protocol for a randomised controlled trial. **BMJ Open**. V. 11, n. 5, p. e043918, 2021. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980519/>. Acesso em: 10 out. 2022.

PAULA, T. C. S. et al. Late-life drinking and smoking in primary care users in Brazil. **Aging & Mental Health**, p. 1-6, 2022. DOI 10.1080/13607863.2022.2040002. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2022.2040002>. Acesso em: 10 out. 2022.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Associations between behavioural risk factors and overweight and obesity among adults in population-based samples from 31 countries. **Obesity research & clinical practice**, v. 11, n. 2, p. 158-166, 2017. DOI 10.1016/j.orcp.2016.08.001.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871403X16300722>. Acesso em: 05 ago. 2020.

PHAM, T. T. L.; CALLINAN, S.; LIVINGSTON, M. Patterns of alcohol consumption among people with major chronic diseases. **Australian Journal Primary Health**, v. 25, n. 2, p. 163-167, 2019. DOI 10.1071/PY18075. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30837058/>. Acesso em: 3 jun. 2022.

PIAZZA-GARDNER, A.; BARRY, A. E. Examining physical activity levels and alcohol consumption: are people who drink more active?. **American journal of health promotion**, v. 26, n. 3, p. e95-e104, 2012. DOI 10.4278/ajhp.100929-LIT-328. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/ajhp.100929-lit-328>. Acesso em: 05 set. 2019.

PILLON, S.; SANTOS, M. A.; KANO, M. Y. Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric version (MAST-G). *In*: GORENTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER. (Org.).

Instrumento de Avaliação em Saúde Mental. 1 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2015. P. 250-254.

PLATT, L. et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. **BMJ open**, v. 6, n. 8, p. e011473, 2016. DOI 10.1136/bmjopen-2016-011473. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/8/e011473.full.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2022.

POLENICK, C. A.; BIRDITT, K.; BLOW, F. C. Couples' alcohol use in middle and later life: Stability and mutual influence. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 79, n. 1, p. 111-118, 2018. DOI 10.15288/jsad.2018.79.111. Disponível em:

<https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsad.2018.79.111>. Acesso em: 11 jan. 2020.

POLIT, D F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

PURSER, G. L.; LEMIEUX, C. M. Brief alcohol interventions with older adults: a systematic review of literature. **Journal of Social Work Practice in the Addictions**, v. 22, n. 2, p. 120-136, 2022. DOI 10.1093/geroni/igab046.870. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8969801/>. Acesso em: 25 set. 2022.

QATO, D. M.; MANZOOR, B. S.; LEE, T. A. Drug-alcohol interactions in older US adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 11, p. 2324-2331, 2015. DOI 10.1111/jgs.13787. Disponível em:

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13787>. Acesso em: 11 jan. 2019.

RANINEN, J.; AGAHI, N. Trends in older people's drinking habits, Sweden 2004–2017. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 37, n. 5, p. 459-469, 2020. DOI

10.1177/145507252095. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1455072520954336>. Acesso em: 15 ago. 2022.

RAO, R.; ROCHE, A. Substance misuse in older people. **BMJ**, v. 358, 2017. DOI 10.1136/bmj.j3885. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3885.full>. Acesso em: 09 fev. 2020.

REHM, J. et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. **Addiction**, v. 112, n. 6, p. 968-1001, 2017. DOI 10.1111/add.13757. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13757>. Acesso em: 18 fev de 2018.

DE REZENDE, L. F. M. et al. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases and life expectancy in Brazil. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 12, n. 3, p. 299-306, 2015. DOI 10.1123/jpah.2013-0241. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/12/3/article-p299.xml>. Acesso em: 10 maio. 2021.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2018. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

ROCHE, D. J. O. et al. Current insights into the mechanisms and development of treatments for heavy-drinking cigarette smokers. **Current addiction reports**, v. 3, n. 1, p. 125-137, 2016. DOI 10.1007/s40429-016-0081-3. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40429-016-0081-3>. Acesso em: 17 out. 2020.

ROCHE, A. M. et al. Ageing and alcohol: drinking typologies among older adults. **Journal of aging and health**, v. 32, n. 10, p. 1486-1497, 2020. DOI 10.1177/0898264320936953. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264320936953>. Acesso em: 19 nov. 2021.

RONZANI, T. M. et al. **Guide for the implementation and standardization of screening and brief intervention strategies in primary and community health care**. Washington: CICAD, 2017.

ROSÁRIO, F. et al. Factors Influencing the Implementation of Screening and Brief Interventions for Alcohol Use in Primary Care Practices: A Systematic Review Protocol. **Acta Medica Portuguesa**, v. 31, n. 1, p. 45-50, 2018. DOI 10.20344/amp.9753. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/9753/5311>. Acesso em: 18 fev. 2018.

ROSSOW, I.; TRÆEN, B. Alcohol use among older adults: A comparative study across four European countries. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 37, n. 6, p. 526-543, 2020. DOI 10.1177/1455072520954335. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1455072520954335>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SACCO, P.; BUCHOLZ, K. K.; HARRINGTON, D. Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: results from a national survey. **Substance Use Misuse**, v. 49, n. 4, p. 456–465, 2014. DOI 10.3109/10826084.2013.846379. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729187/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SACCO, P.; KUERBIS, A. Older adults. *In*: VAUGHN M. G.; PERRON. B. E. **Social work practice in the addictions**. New York: Springer. 2013. p. 213-227.

SACCO, P. et al. Alcohol-related diagnoses in hospital admissions for all causes among middle-aged and older adults: trends and cohort differences from 1993 to 2010. **Journal of aging and health**, v. 27, n. 8, p. 1358-1374, 2015. DOI 10.1177/0898264315583052. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264315583052>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SACCO, P. et al. Drinking behavior among older adults at a continuing care retirement community: affective and motivational influences. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 3, p. 279-289, 2015. DOI 10.1080/13607863.2014.933307. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.933307>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SACCO, P. Understanding alcohol consumption patterns among older adults: Continuity and change. *In*: KUERBIS, A.; MOORE, A. A.; SACCO, P.; ZANJANI, F. **Alcohol and aging: Clinical and Public Health Perspectives**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 19-34.

SACCO, P. Substance Use Assessment. *In*: FULMER, T. & CHERNOF, B. **Handbook of Geriatric Assessment**. 5. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2019. p. 291-303.

SAHKER, E.; ARNDT, S. Alcohol use screening and intervention by American primary care providers. *International Journal of Drug Policy*, v. 1, n. 41, p. 29-33, 2017. DOI 10.1016/j.drugpo.2016.11.013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027484/>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SATRE, D. D. Alcohol and drug use problems among older adults. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 22, n. 3, p. 238, 2015. DOI 10.1111/cpsp.12104. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2015-44809-004>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SCHONFELD, L. Adapting SBIRT for older adults. *In*: KUERBIS, A.; MOORE, A. A.; SACCO, P.; ZANJANI, F. (Eds.) **Alcohol and aging: Clinical and public health perspectives**. ProQuest Ebook Central: Springer International Publishing AG, pp. 215-232, 2017.

SCHONFELD, L. et al. Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: The Florida BRITE project. **American journal of public health**, v. 100, n. 1, p. 108-114, 2010. DOI 10.2105/AJPH.2008.149534. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2008.149534>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SCHONFELD, L. et al. Screening, brief intervention, and referral to treatment for older adults with substance misuse. **American journal of public health**, v. 105, n. 1, p. 205-211, 2015. DOI 10.2105/AJPH.2013.301859. Disponível em:

<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301859>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SCOTT, D. M. et al. Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment in the Aging Network of Care to Prevent Alcohol, Recreational Drug, and Prescription Medication Misuse. **Nature Public Health Emergency Collection**

v. 21, n. 7, p. 972-978, 2020. DOI 10.1007/s11121-020-01154-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429194/>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SELZER, M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. **The American Journal of Psychiatry**, 127(12), 1653–1658, 1971.

DOI 10.1176/ajp.127.12.1653. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1972-05103-001>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SERDAREVIC, M.; LEMKE, S. Motivational interviewing with the older adult.

International Journal of Mental Health Promotion, v.15, n.4, p. 240-249, 2013.

Disponível em: DOI 10.1080/14623730.2013.862362. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/14623730.2013.862362>. Acesso em: 28 jan. 2018.

SCHUBBE, D. et al. Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes. **Patient education and counseling**, v. 103, n. 10, p. 1935-1960, 2020. DOI 10.1016/j.pec.2020.04.010. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839912030197X?via%3Dihub>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SHOGREN, M. D.; HARSELL, C.; HEITKAMP, Thomasine. Screening women for at-risk alcohol use: an introduction to screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in women's health. **Journal of Midwifery & Women's Health**, 2017, 62.6: 746-754, 2017.

DOI 10.1111/jmwh.12659. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29135087/>.

Acesso em: 3 jun. 2022.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Sistema Seade de projeções populacionais**. 2018. Disponível em:

<http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SLADE, T. et al. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. **BMJ Open**, v. 6, n. 10, p. e011827, 2016. DOI 10.1136/bmjopen-2016-011827. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/6/10/e011827.short>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SLATER, N. et al. Factors associated with polypharmacy in primary care: a cross-sectional analysis of data from The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **BMJ Open**, v. 8, n. 3, p. e020270, 2018. DOI 10.1136/bmjopen-2017-020270. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/3/e020270.full.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SLATTUM, P. W.; HASSAN, O. E. Medications, alcohol, and aging. In KUERBIS, A.; MOORE, A. A.; SACCO, P.; ZANJANI (Eds.), **Alcohol and aging: Clinical and public health perspectives**, p. 117–129, 2016. New York, NY: Springer. DOI 10.1007/978-3-319-47233-1_8. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-47233-1_8. Acesso em: 04 fev. 2019

SLUIK, D. et al. Alcoholic Beverage Preference and Dietary Habits in Elderly across Europe: Analyses within the Consortium on Health and Ageing: Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES) Project. **PLoS One**. v. 11, n. 8, p. e0161603, 2016. DOI 10.1371/journal.pone.0161603. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429194/>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SMITH, P. C. et al. A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. **Archives of internal medicine**. v. 170, n. 13, p. 1155–1160, 2010. DOI 10.1001/archinternmed.2010.140. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/225770>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SMITH, P. C. et al. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 7, p. 783-788, 2009. DOI 10.1007/s11606-009-0928-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-009-0928-6>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SOARES, S. M. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016. DOI 10.19175/recom.v6i3.1184. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/1184/1169>. Acesso em: 02 jul. 2021.

STEIN, C. et al. Exposure to and burden of major non-communicable disease risk factors in Brazil and its states, 1990-2019: the Global Burden of Disease Study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, 2022. DOI 10.1590/0037-8682-0275-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/nRXjqhMmLZJV5KtNWZ9c5Dd/abstract/?lang=en>. Acesso em: 08 mar. 2020.

STELANDER, L. T. et al. Sex differences in at-risk drinking and associated factors—a cross-sectional study of 8,616 community-dwelling adults 60 years and older: the Tromsø study, 2015-16. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2022. DOI 10.1186/s12877-022-02842-w. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-022-02842-w>. Acesso em: 10 set. 2022.

STELANDER, L. T. et al. The changing alcohol drinking patterns among older adults show that women are closing the gender gap in more frequent drinking: the Tromsø study, 1994–2016. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2021. DOI 10.1186/s13011-021-00376-9. Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13011-021-00376-9.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2022.

STEVENSON, B. S. et al. Alcohol consumption among older adults in Aotearoa/New Zealand: a comparison of 'baby boomers' and 'over-65s'. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 3, n. 1, p. 366-378, 2015. DOI 10.1080/21642850.2015.1082916. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/21642850.2015.1082916?needAccess=true>. Acesso em: 05 jun. 2019.

STROBBE, S. Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care. **Primary Care**. v. 41, n. 2, p. 185-213, 2014 DOI 10.1016/j.pop.2014.02.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095454314000062?via%3Dihub>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **A Guide to Preventing Older Adult Alcohol and Psychoactive Medication Misuse/Abuse: Screening and Brief Interventions**. 2012. Disponível em: <https://www.ncoa.org/wp-content/uploads/SBIRT-Older-Adult-Manual-Final.pdf> Acesso em: 25 jul. 2020.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Binge Drinking: Terminology and Patterns of Use**. 2016. Disponível em: <https://www.samhsa.gov/capt/tools-learning-resources/binge-drinking-terminology-patterns>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SULLIVAN, L. E. et al. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. **The American Journal on Addictions**, v. 20, n. 4, p. 343-356, 2011. DOI 10.1111/j.1521-0391.2011.00143.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK81358/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SZABÓ, Á. et al. Ten-year trajectories of alcohol consumption in older adult New Zealanders. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 3, p. 496-506, 2021. DOI 10.1093/geronb/gbz143. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/76/3/496/5611330?login=false>. Acesso em: 05 jan. 2022.

TEAM, R. C. **A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2020.

TEASTER, P. B.; BROSSOIE, N. The intersection of elder abuse and alcohol misuse. *In*: KUERBIS, A.; MOORE, A. A.; SACCO, P.; ZANJANI, F. **Alcohol and Aging: Clinical and Public Health Perspectives**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 131-147.

TEVIK, K. et al. Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). **PloS one**, v. 12, n. 9, p. e0184428, 2017. DOI 10.1371/journal.pone.0184428. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0184428>. Acesso em: 07 jun. 2020.

TEVIK, K. et al. A systematic review of self-report measures used in epidemiological studies to assess alcohol consumption among older adults. **PloS one**, v. 16, n. 12, p. e0261292, 2021. DOI 10.1371/journal.pone.0261292. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0261292>. Acesso em: 07 jun. 2020.

TOWERS, A. et al. The “health benefits” of moderate drinking in older adults may be better explained by socioeconomic status. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 4, p. 649-654, 2018. DOI 10.1093/geronb/gbw152. Disponível em:

<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/73/4/649/2645642?login=false>. Acesso em: 15 set. 2021.

TOWERS, A. et al. Hazardous drinking prevalence and correlates in older New Zealanders: A comparison of the AUDIT-C and the CARET. **Journal of aging and health**, v. 31, n. 10, p. 1770-1789, 2019. DOI 10.1177/0898264318794108. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264318794108>. Acesso em: 27 ago. 2020.

TRAVERSY, G.; CHAPUT, J. P. Alcohol consumption and obesity: an update. **Current obesity reports**, v. 4, n. 1, p. 122-130, 2015. DOI 10.1007/s13679-014-0129-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-014-0129-4>. Acesso em: 10 fev. 2020.

TSCHORN, M. et al. Predictors and prevalence of hazardous alcohol use in middle-late to late adulthood in Europe. **Aging & Mental Health**. p. 1-10, 2022. DOI 10.1080/13607863.2022.2076208. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35639449/>. Acesso em: 3 jul. 2022.

VIPOND, J.; MENNENGA, H. A. Screening, brief intervention, and referral to treatment by emergency nurses: A review of the literature. **Journal of Emergency Nursing**, v. 45, n. 2, p. 178-184, 2019. DOI 10.1016/j.jen.2018.10.004. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30551801/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

VERPLAETSE, T. L.; MCKEE, S. A. An overview of alcohol and tobacco/nicotine interactions in the human laboratory. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 43, n. 2, p. 186-196, 2017. DOI 10.1080/00952990.2016.1189927. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00952990.2016.1189927>. Acesso em: 11 ago. 2020.

WADD, S; GALVANI, S. Working with older people with alcohol problems: insight from specialist substance misuse professionals and their service users. **Social work education**, v. 33, n. 5, p. 656-669, 2014. DOI 10.1080/02615479.2014.919076. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02615479.2014.919076>. Acesso em: Acesso em: 28 fev. 2018.

WADD, S; PAPADOPOULOS, C. Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. **BMC research notes**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2014. DOI 10.1186/1756-0500-7-741. Disponível em:

<https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-741#citeas>. Acesso em: 28 jun. 2020.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol use among older adults: SABE cohort study, São Paulo, Brazil. **PloS One**, v. 9, n. 1, p. e85548, 2014. DOI 10.1371/journal.pone.0085548. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0085548>. Acesso em: 19 ago. 2020.

WANG, Q.; ZHANG, Y.; WU, C. Alcohol consumption and associated factors among middle-aged and older adults: results from China Health and Retirement Longitudinal Study. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2022. DOI 10.1186/s12889-022-12718-8. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-12718-8>. Acesso em: 10 set. 2022.

WATSON, J. M. et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. **Health technology assessment (Winchester, England)**, v. 17, n. 25, p. 1, 2013. DOI 10.3310/hta17250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4780945/>. Acesso em: 15 jul. 2019.

WILKINSON, C. **Older Australians: trends and impacts of alcohol and other drug use**. Perth, WA: National Drug Research Institute, Curtin University, 2018. 149 p. Disponível em: <https://ndri.curtin.edu.au/ndri/media/documents/publications/T281.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.

WILSON, S. R. et al. The prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older U.S. adults: data from the 2005-2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). **Journal General Internal Medicine**, v. 29, n. 2, p. 312-319, 2014. DOI 10.1007/s11606-013-2577-z. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-013-2577-z>. Acesso em: 19 ago. 2020.

WOLTER, D. K. Alcohol in old age: Drinking habits, low risk drinking and alcohol-related disorders. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, v. 48, n. 6, p. 557-570, 2015. DOI 10.1007/s00391-015-0925-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-015-0925-9>. Acesso em: 04 fev. 2019.

WONG, H. et al. Associations between alcohol use, polypharmacy and falls in older adults. **Nursing older people**, v. 28, n. 1, 2016. DOI 10.7748/nop.28.1.30.s22. Disponível em: <https://journals.rcni.com/nursing-older-people/associations-between-alcohol-use-polypharmacy-and-falls-in-older-adults-nop.28.1.30.s22>. Acesso em: 20 ago. 2019.

WOOD, A. M. et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. **The Lancet**, v. 391, n. 10129, p. 1513-1523, 2018. DOI 10.1016/S0140-6736(18)30134-X. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361830134X>. Acesso em: 02 jul. 2021.

WOOTEN, N. R. et al. Comparing behavioral health models for reducing risky drinking among older male veterans. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 43, n. 5, p. 545-555, 2017. DOI 10.1080/00952990.2017.1286499. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5604788/>. Acesso em: 15 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**. New York: WHO, 1982. Disponível em:

<<https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=09929297B14EE0D7D5B6873D60DAAC25?sequence=1. Acesso em: 07 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care**. World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/W?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. World Health Organization, 2002. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WH0?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brief Intervention: For Hazardous and Harmful Drinking**. 2001. Disponível

em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit_sbi/en/. Acesso em: 04 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. Acesso em: 06 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO alcohol brief intervention training manual for primary care**. 2017. Disponível em: <http://www.thehealthwell.info/node/1122775>.

Acesso em: 06 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. 2018. Disponível em:

https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Acesso em: 07 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The technical package SAFER: a world free from alcohol related harms** Geneva: World Health Organization, 2019. 24 p. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330053/9789241516419-eng.pdf>

XU, X.; MISHRA, G. D.; JONES, M. Mapping the global research landscape and knowledge gaps on multimorbidity: a bibliometric study. **Journal of global health**, v. 7, n. 1, 2017. DOI 10.7189/jogh.07.010414. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5475311/>. Acesso em: 09 ago. 2020.

YAN, T. et al. At-Risk Drinking and Outpatient Healthcare Expenditures in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 2, p. 325-328, 2014. DOI

10.1111/jgs.12636. Disponível em:

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.12636>. Acesso em: 05 jul. 2019.

YAWSON, A. E. et al. Sociodemographic and socioeconomic correlates of alcohol use among older adults in Ghana. **Journal of Alcoholism & Drug Dependence**, v. 3, n. 3, p. 1-6, 2015. DOI 10.4172/2329-6488.1000202. Disponível em: <https://www.longdom.org/open-access-pdfs/sociodemographic-and-socioeconomic-correlates-of-alcohol-use-among-older-adults-in-ghana-2329-6488-1000202.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

ZANJANI, F. et al. Immediate effects of a brief intervention to prevent alcohol and medication interactions among older adults. **Health education research**, v. 33, n. 4, p. 261-270, 2018. Disponível em:

<https://academic.oup.com/her/article/33/4/261/5049436?login=false>. Acesso em: 10 jan. de 2021.

ZANJANI, F. et al. Predictors of adherence within an intervention research study of the at-risk older drinker: PRISM-E. **Journal Geriatric Psychiatry and Neurology**. v. 19, n. 4, p. 231-238, 2006. DOI 10.1177/0891988706292757 Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17085763/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ZANJANI, F. et al. Reducing Medication Risks in Older Adult Drinkers. **Gerontology and Geriatric Medicine**. v. 6, 2020. DOI 10.1177/2333721420910936. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333721420910936>. Acesso em: 10 jan. de 2021.

ZAMPIERI, S. et al. Lifelong physical exercise delays age-associated skeletal muscle decline. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 2, p. 163-173, 2015. DOI 10.1093/gerona/glu006. Disponível em:

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/70/2/163/592488?login=false>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ANEXOS

ANEXO A

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)¹

Posso realizar mais algumas perguntas sobre seu consumo de álcool? Se responder “sim”, continue usando o instrumento AUDIT. Considere a quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de dose padrão e marque a pontuação de cada resposta. Escreva o número no quadrado correspondente e some ao final.

Figura 1 - Quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de uma dose padrão.

Fonte: World Health Organization (WHO) (2014), adaptado por Lima (2018).



<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 3 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 3 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. Com que frequência você toma “quatro ou mais doses” de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p><u>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</u></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 3 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 3 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 3 meses (4) Sim, nos últimos 3 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 3 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 3 meses (4) Sim, nos últimos 3 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>Anote aqui o resultado: $\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =$</p>	

Tabela 4 - Classificação dos idosos conforme seus padrões de consumo de álcool

Zonas de risco	Pontuação AUDIT	Crítérios para idosos
Consumo de baixo risco	1 a 4 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem não mais que 2 doses padrão por dia e até 7 doses por semana, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber; não bebem mais de 3 doses em uma única ocasião; • As mulheres devem consumir um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação em comparação ao consumo dos homens; • Evitam uso de medicamentos não prescritos ou que tomam o uso de álcool contraindicado; • Os idosos nesta categoria não bebem ao dirigir, planejando dirigir ou participando de atividades que necessitam de habilidade, coordenação e atenção.
Consumo de risco	5 a 19 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem além dos limites recomendados para baixo risco; • Consomem mais do que 2 doses padrão por um dia em média (beber em risco a longo prazo); • Consomem em uma ocasião 4 ou mais doses padrão pelo menos mensalmente (beber em risco a curto prazo); • Quando tomam medicamentos que interagem com álcool e apresentam condições de saúde e comportamentais agravadas pelo uso; • Este consumo aumenta os riscos de desenvolverem problemas físicos, psicológicos e sociais a curto e a longo prazo.
Possível dependência	20 a 40 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Excedem os limites médios diários e de consumo ocasional para consumo de risco; • Este consumo pesado resulta em problemas físicos, psicológicos e sociais, levando a perda de controle, a preocupação com o álcool e o uso contínuo, apesar das consequências adversas e sintomas, como tolerância e crises de abstinência.

Fonte: Aalto et al. (2011), CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (1998, 2020), Kuerbis et al. (2014), NIAAA (2015), Sacco (2017), WHO (2000, 2001, 2014), adaptado por Lima (2018).

¹O AUDIT é um instrumento elaborado pela OMS em 1982, validado no Brasil, na versão em português, por Mendez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima et al. (2005). O ponto de corte ≥ 5 do AUDIT indicou consumo de álcool em risco em idoso(a) (AALTO et al., 2011).

²Questão 3 do AUDIT sobre consumo excessivo de álcool foi adaptada para 4 doses ou mais em uma única ocasião para idoso(a) (NIAAA, 2015).

ANEXO B – Parecer da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto



Of. 1082/2018-CAPP

Ribeirão Preto, 04 de abril de 2018.

Senhora Orientadora,

Em resposta ao Projeto “USO DE ÁLCOOL PELOS IDOSOS: A EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa.

Informamos que os gerentes das unidades: **USF Jardim Paiva, USF Paulo Gomes Romeo, USF Jardim Eugênio Mendes Lopes, USF Maria Casagrande Lopes, USF Jardim Jamil Cury, USF Vila Albertina, USF Núcleo 1, USF Núcleo 2, USF Núcleo 3, USF Núcleo 4, USF Núcleo 5 e USF Núcleo 6.** Projeto sob a responsabilidade da Prof. Dra. Margarita Antonia Villar Luis e o pesquisador Deivson Wendell da Costa Lima.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa. Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização qualquer ordem. Solicito que o pesquisador encaminhe cópia à Secretaria cópia do relatório final de pesquisa.

Cordialmente,



Fernanda Cristina Padiá
Coordenadora do Programa de Serviços Especiais
Cód. Func. 24360-1
Secretaria Municipal da Saúde

Coordenação da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

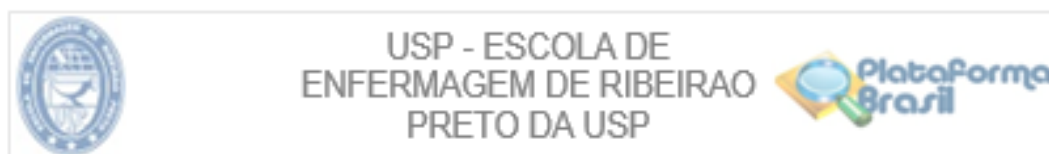
Hustríssima (a) Senhor (a)

Prof. Dr. Margarita Antonia Villar Luis

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto/SP

ANEXO C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



Continuação do Parecer: 2.768.850

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de álcool pelos idosos: a efetividade da intervenção breve na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Deivson Wendell da Costa Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91300218.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.768.850

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de delineamento quantitativo, analítico, clínico comparativo, controlado e randomizado. A pesquisa será realizada com idosos residentes na área de abrangência das Unidades Saúde da Família do distrito oeste do município de Ribeirão

Preto-SP. No primeiro momento, será realizado um levantamento dos idosos usuários de álcool na comunidade, investigando suas características sociodemográficas, condições de saúde, padrões de uso de álcool. No segundo momento, será avaliada a efetividade de um programa de intervenção breve com os idosos usuários de álcool, identificados como consumidores de risco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Investigar o uso de álcool entre idosos na comunidade, aplicar um protocolo de intervenção breve e avaliar sua efetividade na redução do consumo de risco na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos em consumo de risco de álcool;
- Construir um protocolo de intervenção breve para álcool em idosos;
- Verificar o padrão do consumo de álcool em grupos de idosos antes e após serem submetidos a intervenção breve (grupo intervenção) e a entrega do folheto informativo (grupo controle);
- Avaliar o consumo habitual e o comportamento *binge drinking*, antes e após 3 e 6 meses, dos grupos de intervenção e controle

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

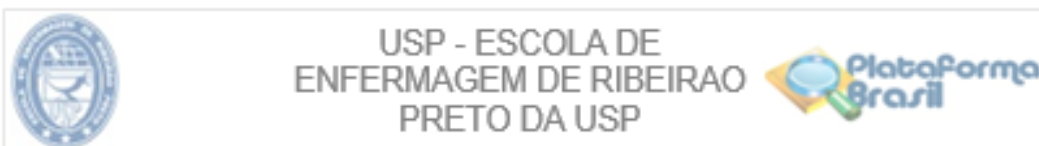
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.785.850

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Os riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados aos sentimentos de constrangimento, medo ou receio de expor as experiências de vida aos quais serão minimizados através do esclarecimento de dúvidas sobre os questionários e a intervenção, e informando que o nome do entrevistado não será identificado em nenhum momento da pesquisa, garantindo assim a privacidade, o conforto e o sigilo das informações.

Benefícios:

- Os benefícios da pesquisa será a possibilidade de uma reflexão sobre a história de vida do idoso e sua relação na redução do consumo de álcool, bem como poderá contribuir com o desenvolvimento de uma prática clínica mais efetiva para rastreamento e identificação de idosos usuários de álcool na Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

- Os participantes serão elegíveis para triagem aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, padrão de consumo de álcool com escore AUDIT 5 a 19 e estar em sua residência.

Critério de Exclusão:

- O critério de exclusão adotado será apresentar visível dificuldade para compreender e se expressar;
- Estar internado em unidade hospitalar devido alguma complicação clínica ou que venha a óbito;
- Não ser localizado no endereço após três tentativas do pesquisador.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Manif/pto: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 2.768.850

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Pesquisador apresenta:

- Ofício de encaminhamento ao CEP;
- Folha de Rosto;
- Projeto de Pesquisa;
- Projeto na Plataforma Brasil;
- Planfletos / Protocolo de Intervenção / Questionários;
- Autorização assinada pela Coordenação da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Orçamento; e
- Cronograma.

Recomendações:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais e critério do CEP:

Parecer apreciado na 36ª reunião extraordinária do CEP/EERP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1147650.pdf	12/06/2018 13:53:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/06/2018 13:52:58	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Outros	PanfletodoGrupoControle.pdf	11/06/2018 17:17:48	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Outros	ProtocoloIntervencaoBreve.pdf	11/06/2018 17:17:06	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

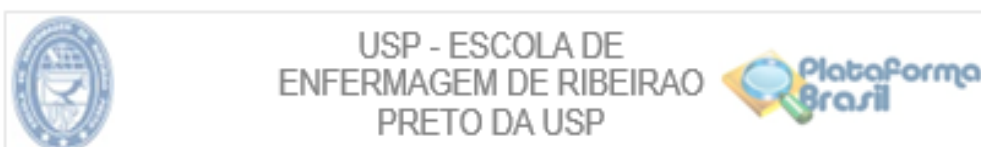
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.768.850

Outros	QuestionarioAUDIT.pdf	11/06/2018 17:15:20	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Outros	QuestionarioSobreCondicoesDeSaude.pdf	11/06/2018 17:14:53	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Outros	QuestionarioSociodemografico.pdf	11/06/2018 17:14:16	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/06/2018 17:12:50	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/06/2018 17:12:20	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/06/2018 17:11:42	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OficioDeEncaminhamentoDoProjetoAoCEP.pdf	11/06/2018 15:34:07	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OficioDeConcordanciaParaRealizacaoDaPesquisa.pdf	11/06/2018 15:32:35	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	11/06/2018 15:26:49	Deivson Wendell da Costa Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 12 de Julho de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
 (Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO D - Registro brasileiro de ensaios clínicos

De: registrebec@gmail.com

Enviado em: sexta-feira, 28 de setembro de 2018 14:33

Para: deivsonwendell@hotmail.com; rebec@icict.fiocruz.br; dtostes@gmail.com

Assunto: Approved Submission - RBR-57qgrj

Url do registro(trial url): <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-57qgrj/>
Numero de Registro (Register Number): RBR-57qgrj

Prezado Registrante,

Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff- ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: +55(21)3882-9227
www.ensaiosclinicos.gov.br

Dear Registrant,

We are pleased to inform you that your study registered on the Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) has been published.

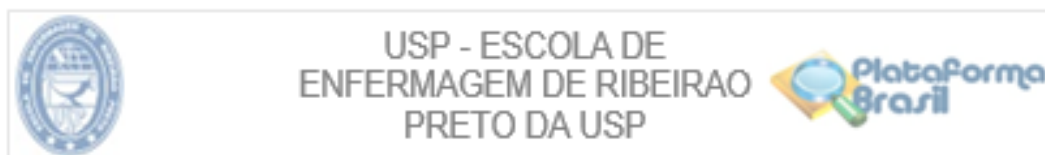
The ReBEC staff thank you for your subscription and, we are at your entire disposal to clarify any questions that may arise and/or in the event you need to update records or even a new submission.

Please do not hesitate in contacting us in case of any doubt.

Sincerely,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: +55(21)3882-9227
www.ensaiosclinicos.gov.br

ANEXO E – Parecer consubstanciado do CEP - Relatório parcial



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de álcool pelos idosos: a efetividade da intervenção breve na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Deivson Wendell da Costa Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91300218.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 09/03/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.608.685

Apresentação da Notificação:

Trata-se de Relatório Parcial de Pesquisa aprovada por este CEP.

Objetivo da Notificação:

Encaminhamento de Relatório Parcial de Pesquisa, de acordo com Resolução CNS 466/2012, XI.2, "Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, não houve dano ou evento adverso grave aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

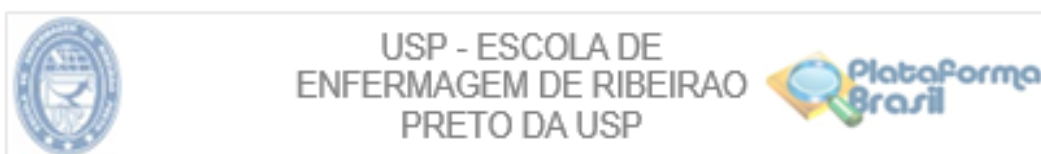
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.805.685

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que, pelas informações encaminhadas, o Relatório Parcial de Pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários para a continuidade da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final [...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_CEP_parcial_2021.pdf	09/03/2021 10:06:54	Deivson Wendell da Costa Lima	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Março de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário sobre dados sociodemográficos¹

Com sua permissão, qual é o seu nome? _____.

Como você gosta de ser chamado? _____,

Meu nome é _____ e estou junto com o ACS _____

nesta data ____/____/____ em busca de conhecermos melhor as pessoas com 60 anos ou mais assistidas pelo Núcleo Saúde da Família _____. Convidamos você para responder algumas perguntas.

Antes de iniciarmos a pesquisa, como está o seu dia? Você poderia nos contar algum acontecimento de sua vida?

Em caso de dúvidas ou outros comentários, por gentileza, fique à vontade para fazer em qualquer momento de nossa conversa. Vamos iniciar com perguntas sobre suas características pessoais e socioeconômicas.

1. Sexo

Feminino Masculino

2. Qual a sua idade em Anos _____

60 a 69 70 a 79 80 ou mais

3. Qual a sua situação conjugal?

Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

4. Você pode me dizer o rendimento mensal familiar? Renda familiar per capita, em salários mínimos (SM) _____

< 1 SM > 1 e 3 SM > 3 e 5 SM > 5 e 10 SM > 10 SM

5. Quantos anos de estudos você tem? Escolaridade em anos _____

Não Estudou 1 a 4 anos de Estudo 5 a 8 anos de Estudo 9 a 11 anos de Estudo 12 ou mais anos de Estudo

6. Você trabalha ou exerce alguma atividade remunerada?

NÃO SIM

7. Você possui aposentadoria?

NÃO SIM

¹Questões adaptadas do projeto "Condições de Saúde de Idosos de Florianópolis" (EpiFloripa Idoso), proposto por Confortin et al. (2017).

APÊNDICE B

Questionário sobre condições de saúde¹

As próximas perguntas são sobre suas condições de saúde, podemos continuar? Se “sim”, responda o que melhor traduz à sua maneira habitual de sentir, agir e pensar em relação a saúde.

1. Em geral, como você percebe sua saúde?

Muito Boa
 Boa
 Regular
 Ruim
 Muito Ruim

2. Você pratica algum exercício físico ou esporte?

Não
 Sim
 Qual(is)? _____

3. Em média, qual seu peso e sua altura?
 Peso _____ (Kg)
 Altura _____ (m²)

Estado nutricional pelo índice de massa corpórea (IMC = kg/m²)

Desnutrição (< 22)
 Eutrofia (22 a 27)
 Sobrepeso (> 27)

4. Você faz uso de cigarro?

Não
 Sim

5. Você tem algum problema de saúde?

Não
 Sim
 Qual(is)? _____
 Doenças crônicas _____
 Quantidade _____

6. Você está tomando medicamentos?

Não
 Sim
 Qual(is)? _____
 Quantidade _____

Esses medicamentos foram prescritos pelo médico?

Sim
 Não, quais? _____

Agora vamos conversar sobre o consumo de álcool. Explique o que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando exemplos de cerveja, vinho e destilados. Posso fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool? Se ele ou ela responder “sim”, continue os questionamentos considerando o consumo nos últimos três meses.

Perguntas para triagem

7. Você consome qual tipo de bebida que contém álcool?

Destilado Cerveja Vinho

8. Quais razões motivam você consumir álcool?

Especificar: _____

9. Nos últimos três meses, você sofreu alguma queda ou acidente em consequência do consumo do álcool?

Não Sim

10. Nos últimos três meses, você sofreu algum tipo de violência devido ao consumo do álcool?

Não Sim

11. Nos últimos três meses, você procurou atendimento em algum serviço de saúde ou de apoio social devido ao consumo do álcool

Não Sim Qual(is)? _____

12. Nos últimos três meses, você foi internado e teve como causa o consumo do álcool?

Não Sim

Perguntas para triagem, acompanhamento e avaliação

Observe as informações da figura abaixo e tente responder as próximas questões sobre o consumo de álcool. Caso tenha qualquer dúvida, explique novamente sobre consumo de álcool. Considere o consumo nos últimos três meses

Figura 1 - Quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de uma dose padrão.



Fonte: World Health Organization (WHO) (2014), adaptado por Lima (2018).

13. Em um dia em que você bebe, quantas doses você geralmente toma? _____

14. Em média, quantos dias por semana você consome bebida alcoólica? _____

15. Qual o número máximo de doses que você tomou em uma única ocasião? _____

16. Quantas vezes você bebeu mais de 3 doses em uma única ocasião no mês anterior? _____

¹Questões adaptadas do Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro (ELSI-Brasil), desenvolvido por Lima-Costa et al. (2018), bem como do guia para prevenir o uso de álcool e medicamentos em idosos promovido pela SAMHSA (2012).

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este é um convite para você participar da pesquisa “Uso de álcool pelos idosos: a efetividade da intervenção breve na Atenção Primária à Saúde” sob a coordenação do doutorando Deivson Wendell da Costa Lima e da Prof^a. Dr^a Margarita Antonia Villar Luis. Esta pesquisa segue as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e tem como objetivo geral investigar o padrão de consumo de álcool entre pessoas com 60 anos ou mais e avaliar a efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool na Atenção Primária à Saúde.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento ou recusar-se a participar da pesquisa, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa justifica-se por existir poucos estudos recentes sobre os padrões de consumo do álcool em pessoas com 60 anos ou mais e pelas limitações nas evidências quando se referem às intervenções para redução de riscos do consumo de álcool nesta população assistida nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimento(s): no primeiro momento, você responderá uma entrevista para preenchimento dos questionários sobre dados sociodemográficos, condições de saúde e padrões de consumo de álcool. Você poderá ser convidado a participar do segundo momento para receber uma intervenção breve ou um cuidado habitual para redução de riscos do consumo do álcool. Você poderá receber mais dois encontros para responder novamente as perguntas de avaliação e acompanhamento sobre o consumo de álcool, após três e seis meses.

Os riscos envolvidos com sua participação estão relacionados aos sentimentos de constrangimento, medo ou receio de expor suas experiências de vida. Esses riscos serão minimizados esclarecendo dúvidas sobre os questionários e intervenção. Como forma de garantir sua privacidade e sigilo de informações, seu nome não será identificado em nenhum momento desta pesquisa. Além disso, a entrevista ocorrerá de forma individual em dias e horários agendados e poderá ocorrer em um local da casa mais reservado e sem intromissões, buscando-se com isso aumentar a credibilidade e confiabilidade das respostas.

Você terá benefícios ao participar da pesquisa como a possibilidade de reflexão sobre sua vida relacionada ao consumo de álcool, bem como poderá contribuir com o desenvolvimento de uma prática clínica em saúde mental mais efetiva na Atenção Primária à Saúde.

Os questionários respondidos serão escaneados e arquivados em um disco rígido externo Seagate e, assim como todos os dados produzidos durante a pesquisa, serão devidamente resguardados em local seguro ao qual somente os pesquisadores terão acesso, sendo mantido o sigilo das informações por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Garanto que a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar sua participação e que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma via deste documento, que deverá ser rubricada e assinada em cada página. Toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Deivson Wendell da Costa Lima ou Margarita Antonia Villar Luis, no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Laboratório de pesquisa Stress, alcoolismo e drogas, Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou endereço eletrônico deivsonwendell@hotmail.com ou pelo telefone (16) 3315-3477.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa no endereço Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP 14040-902 ou endereço eletrônico cep@eerp.usp.br ou pelo telefone (16) 3315-9197, no horário de atendimento do CEP, de 2ª a 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao (s) procedimento (s) ao (s) qual (is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. Caso minha participação na pesquisa implique em algum gasto, serei ressarcido e caso sofra algum dano, serei indenizado. Autorizo assim a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Participante da pesquisa ou responsável legal:

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.



Compromisso do investigador:

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a este projeto.

Pesquisador responsável:

Deivson Wendell da Costa Lima

APÊNDICE D – Folheto informativo

CONSUMO DE ÁLCOOL EM IDOSOS



Os limites recomendados do uso de álcool para pessoas com 60 anos ou mais são:

02

Não mais do que 2 doses por dia em média

07

Até 7 doses por semana

03

3 ou menos doses em uma única ocasião

QUANTIDADE DE ÁLCOOL EM DIFERENTES BEBIDAS EM TERMOS DE DOSE PADRÃO:

BEBIDA DESTILADA



30 ML DE DESTILADO
CERCA DE 40% DE ÁLCOOL
(cachaça, tequila, gin,
uisque, vodka, rum)

CERVEJA



330 ML DE CERVEJA/CHOPE
CERCA DE 4% DE ÁLCOOL

VINHO



100 ML DE VINHO
CERCA DE 12% DE ÁLCOOL

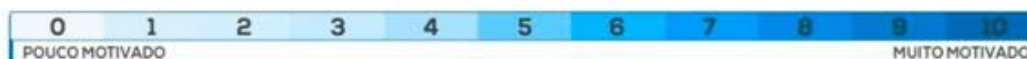


Para mulheres idosas recomenda-se beber em menor quantidade em qualquer situação.

Evite o consumo de álcool se:

- Tem condições de saúde que podem piorar por conta da bebida alcoólica
- Planeja dirigir um veículo ou participar de atividades que necessitam de habilidade, coordenação ou atenção
- Toma medicamentos não prescritos ou medicamentos que tornam o uso do álcool contraindicado

O QUE POSSO FAZER PARA MUDAR MINHA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL?
A DECISÃO É MINHA!



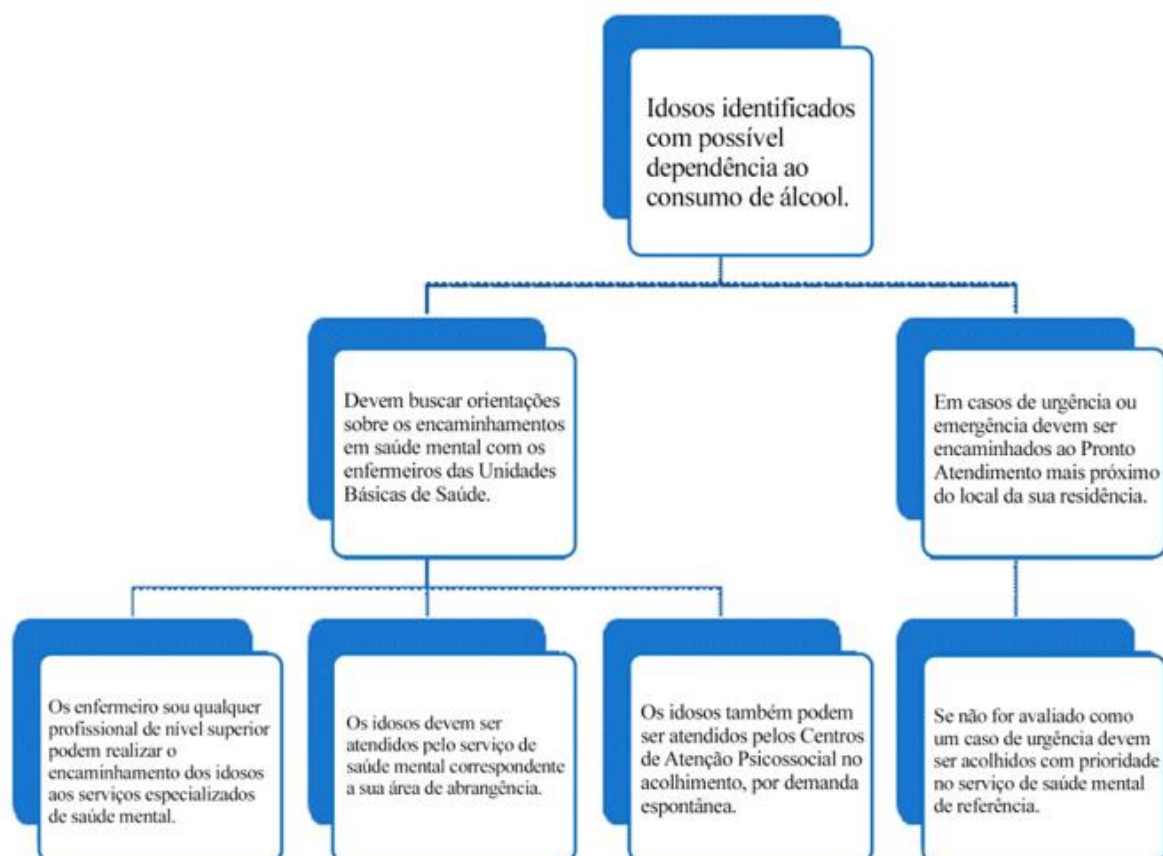
PRINCIPAIS RISCOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL



APÊNDICE E

ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL

Figura 1 - Fluxograma de encaminhamentos para os serviços de saúde mental



Fonte: Diretrizes para os serviços especializados de saúde mental do município de Ribeirão Preto.

Figura 2 - Serviços especializados de saúde mental do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	ENDEREÇO	TELEFONE
CAPS III Oeste Dr. André Santiago	Distrito Oeste	Rua Pará, nº 1280	3934-6565
CAPS Ad	Todo o município	Rua Pará, nº 1310	3622-2100 3615-3336

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Ribeirão Preto.

APÊNDICE F

Protocolo Brief Alcohol Intervention for Elderly (BrainE)¹

Fase 1 – Início da conversa e identificação dos objetivos futuros

Agradeço sua participação ao responder nossos questionários. Com sua permissão, podemos começar nossa conversa? Como foram seus últimos dias? Aconteceu algo que gostaria de nos contar?

Agora o que você acha de falarmos sobre o seu consumo de álcool? Quais são suas percepções em relação a bebida alcoólica? Geralmente, você bebe com quem? Quando? Onde? Alguém já conversou com você sobre seu consumo? Se sim, como foi? Quais são seus objetivos para os próximos três meses a um ano em relação a sua saúde?

Fase 2 – Resumo das condições de saúde e do padrão de consumo de álcool

Gostaria de dedicar alguns minutos para conversarmos sobre os resultados encontrados nos questionários sobre condições de saúde e consumo de álcool. Tudo bem se eu revisar junto com você sobre esses resultados?

Feedback
Você percebe sua saúde como <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim.
Realiza alguma atividade física <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.
Encontra-se em estado nutricional <input type="checkbox"/> desnutrição <input type="checkbox"/> eutrofia <input type="checkbox"/> sobrepeso.
Faz uso de cigarro <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.
Tem como problemas de saúde _____.
Está tomando os medicamentos _____.
Sobre o consumo de álcool, você disse que bebia <input type="checkbox"/> cerveja <input type="checkbox"/> destilado <input type="checkbox"/> vinho.
As razões que motivam o seu consumo são _____.
Teve como consequência de consumo <input type="checkbox"/> queda ou acidente <input type="checkbox"/> violência
<input type="checkbox"/> atendimento em algum serviço de saúde <input type="checkbox"/> internação.
Você geralmente toma _____ doses em um dia que bebe, em _____ dias por semana.
Você disse que bebe _____ doses em uma única ocasião e _____ vezes mais de 3 doses em uma única ocasião no mês anterior.
O seu padrão de consumo de álcool foi considerado _____.

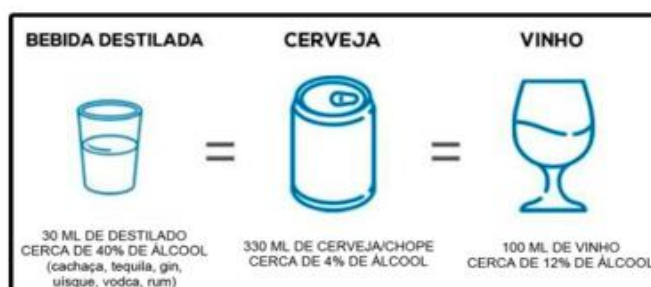
Eu lhe dei algumas informações sobre suas condições de saúde, o que você acha sobre tudo isso? O que você está pensando? Percebemos em sua avaliação que você faz consumo de risco de álcool. Você gostaria de falar sobre isso? Você considera seu consumo de risco?

Fase 3 – Discussão sobre dose padrão de álcool

Tenho algumas informações sobre dose padrões atuais de consumo de álcool, você gostaria que eu compartilhasse com você? Se sim, vamos discutir sobre a dose padrão do uso de álcool. Observe a figura a seguir que demonstra a medida de álcool de acordo com a substância consumida.

Figura 1 - Quantidade de álcool em diferentes bebidas em termos de uma dose padrão.

Fonte: World Health Organization (WHO) (2014), adaptado por Lima (2018).



Fase 4 - Discussão sobre padrões de consumo de álcool entre idosos

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, cerca de 32% dos idosos são consumidores de álcool e apresentam diferentes padrões de consumo (LARANJEIRA et al., 2009). Esses incluem o consumo de baixo risco, consumo de risco e possível dependência.

Tabela 4 - Classificação dos idosos conforme seus padrões de consumo de álcool

Zonas de risco	Pontuação AUDIT	Crítérios para idosos
Consumo de baixo risco	1 a 4 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem não mais que 2 doses padrão por dia e até 7 doses por semana, com intervalos no mínimo de 2 dias sem beber; não bebem mais de 3 doses em uma única ocasião; • As mulheres devem consumir um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação em comparação ao consumo dos homens; • Evitam uso de medicamentos não prescritos ou que tomam o uso de álcool contraindicado; • Os idosos nesta categoria não bebem ao dirigir, planejando dirigir ou participando de atividades que necessitam de habilidade, coordenação e atenção.
Consumo de risco	5 a 19 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Bebem além dos limites recomendados para baixo risco; • Consomem mais do que 2 doses padrão por um dia em média (beber em risco a longo prazo); • Consomem em uma ocasião 4 ou mais doses padrão pelo menos mensalmente (beber em risco a curto prazo); • Quando tomam medicamentos que interagem com álcool e apresentam condições de saúde e comportamentais agravadas pelo uso; • Este consumo aumenta os riscos de desenvolverem problemas físicos, psicológicos e sociais a curto e a longo prazo.
Possível dependência	20 a 40 pontos	<ul style="list-style-type: none"> • Excedem os limites médios diários e de consumo ocasional para consumo de risco; • Este consumo pesado resulta em problemas físicos, psicológicos e sociais, levando a perda de controle, a preocupação com o álcool e o uso contínuo, apesar das consequências adversas e sintomas, como tolerância e crises de abstinência.

Fonte: Aalto et al. (2011), CSAT (1998), Kuerbis et al. (2014), NIAAA (2015), Sacco (2017), WHO (2000, 2001, 2014), adaptado por Lima (2018).

Estes são considerados os padrões de consumo de álcool para sua idade. Na situação de baixo risco, você teria mais chances de não apresentar problemas físicos, psicológicos e/ou sociais. O que você me diz sobre isso?

Fase 5 - Consequências do consumo de álcool em risco

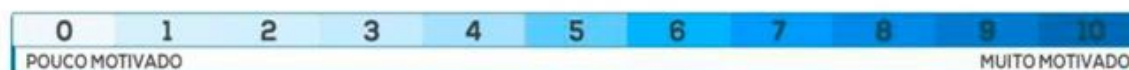
Sabemos que beber acima de certos níveis podem afetar sua saúde, seus relacionamentos familiares e seu bem-estar social. Quais as principais consequências do seu consumo de álcool? Você considera as consequências que escolheu como positivas ou negativas? Estou preocupado com seu consumo de álcool que pode agravar os problemas de saúde (Ver apêndice D). Outro problema é a interação do álcool com alguns medicamentos (Ver apêndice G) _____. Alguns possíveis efeitos da interação são _____. Quais são seus pensamentos sobre isso? O que você pode fazer para mudar sua relação com o álcool?

Fase 6 – Motivos para mudança de comportamento

Agora pense como sua vida pode melhorar se você decidir mudar seu comportamento em relação à bebida alcoólica. Quais são os seus motivos mais importantes para mudar o consumo de risco? Vamos marcar os principais motivos referentes ao seu processo de mudança.

- Não agravar as doenças já existentes
- Melhorar os relacionamentos familiares
- Reduzir a possibilidade de ferir em um acidente ou queda
- Participar mais das atividades sociais
- Interação medicamentosa
- Não aumentar de peso
- Dormir melhor
- Para manter a independência de realizar tarefas diárias
- Para se sentir melhor
- Para economizar dinheiro
- Outros: _____

Quanto importante é para você reduzir os riscos do uso de álcool? Em uma escala de 0 a 10, onde 0 não está motivado para mudar, e 10 muito motivado, como você se avaliaria nesta escala de mudança de comportamento? ”



Dois ou mais na escala, comente: você marcou _____. Isso significa que você está ____% motivado para fazer mudanças. Por que você deu esse número e não um número menor? Um ou não quer mudar, pergunte: O que seria necessário para tornar você mais motivado as mudanças dos seus hábitos? O que tornaria a bebida um problema para você? Vamos conversar sobre os prós e contras de beber?

Fase 7 – Estabelecimento de estratégias para lidar com situações de risco

Você tem alguns motivos importantes para a mudança do uso de risco do álcool. O que você pretende fazer para mudar? Você já fez alguma mudança de comportamento? Se sim, conseguiu bons resultados? O que você faria para lidar com situações de risco do álcool? Agora, podemos construir uma lista de estratégias mais adequadas para ajudar na sua situação de risco em beber?

Estratégias
1.
2.
3.

Fase 8 – Negociação e tomada de decisão

Você escolheu estratégias importantes para mudança de comportamento. Vamos construir um acordo sobre o consumo de bebida alcoólica para si mesmo por um determinado período de tempo? Ao desenvolver este acordo, responda às seguintes perguntas:

- Qual meu motivo para mudança de comportamento?
- Quantas doses de bebidas pretendo ingerir?
- Com que frequência?
- Por qual período de tempo?
- Quais pessoas podem fornecer apoio para a mudança que você deseja fazer?
- Quais situações de risco vivenciadas que posso evitá-las?
- Que estratégias poderei usar para lidar com estas situações de risco?

Aqui está o acordo que pode reforçar sua mudança de comportamento de beber em risco.

Acordo
Encontro nº _____

Data ____/____/____

Assinatura do idoso

Assinatura do pesquisador

Fase 9 - Resumo da visita

Hoje conversamos sobre possíveis mudanças no comportamento do seu consumo de álcool, que será um grande desafio para sua vida. As informações a seguir pode ajudá-lo na lembrança da sua motivação e das estratégias escolhidas para redução dos riscos do consumo de álcool.

- Leia este protocolo quando achar necessário.
- Toda vez que você sentir vontade de beber e conseguir substituir por outra atividade que não envolva álcool, parabene-se pela atitude.
- Sempre que sentir vontade de beber ou surgir alguma situação ou sentimento em que a resposta imediata seja tomar uma bebida alcoólica, de forma gentil, faça uma pausa e questione a si mesmo: eu quero realmente beber hoje? o que pode acontecer se eu beber isso?
- No final de cada semana, reflita sobre o número de doses ingeridas ou não.
- Caso aconteça de algum dia você beber acima dos limites recomendados, tente não desistir da mudança.
- Converse sempre sobre sua relação com o álcool com o enfermeiro (a) e outros profissionais da saúde.
- Caso precise de ajuda, você pode procurar o(a) enfermeiro(a) da unidade de saúde da família.

Obrigado a você pelo seu tempo, acolhida em sua casa e disponibilidade para conversar.

¹ O programa teve como referência o modelo Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) mencionado pela publicação do Treatment Improvement Protocol 26 (TIP - 26), promovido em 1998 pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) e atualizado em 2020 (CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, 1998, 2020).

APÊNDICE G

Riscos de interações álcool-medicamentos potencialmente prejudiciais aos idosos¹

PROBLEMAS DE SAÚDE	AGRUPAMENTOS FARMACOLÓGICOS	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS USADOS PELOS IDOSOS NA APS	ALGUNS EFEITOS DAS INTERAÇÕES ÁLCOOL-MEDICAMENTOS	POSSÍVEIS DAS INTERAÇÕES ÁLCOOL-MEDICAMENTOS
Pressão alta	Combinação de anti-hipertensivos Inibidores da enzima conversora de angiotensina Bloqueadores dos receptores da angiotensina II Bloqueadores beta-adrenérgicos Bloqueadores dos canais de cálcio	Enalapril Captopril Losartana Valsartan Atenolol Caverdilol Bisoprolol Anlodipino	Pode aumentar o risco de queda excessiva da pressão arterial ao levantar-se da posição sentada ou deitada; tonturas, desmaios, sonolências; problemas cardíacos, como alterações nos batimentos regulares do coração.	
Pressão alta ou inchaços	Anti-hipertensivos Diuréticos	Furosemida Hidroclorotiazida Espironolactona Clortalidona	Pode aumentar o risco de queda excessiva da pressão arterial ao levantar-se da posição sentada ou deitada.	
Aumento da próstata ou pressão alta	Anti-hipertensivos Alfa-bloqueadores	Doxazosina	Pode aumentar o risco de queda excessiva da pressão arterial ao levantar-se da posição sentada ou deitada.	
Pressão alta	Anti-hipertensivos Agonista adrenérgico de ação central	Atensina	Pode aumentar o risco de queda excessiva da pressão arterial ao levantar-se da posição sentada ou deitada; tonturas, desmaios, sonolências.	
Coágulos de sangue	Anticoagulantes	Varfarina	Pode ocasionar aumento de sangramentos internos ou pode ter efeito oposto, resultando em possíveis coágulos sanguíneos, derrames ou ataques cardíacos.	
Angina (dor no peito), doença arterial coronária	Antianginosos	Isossorbida	Pode aumentar o risco de alterações na pressão arterial, tonturas, desmaios, aumento de batimentos cardíacos.	
Dores e prevenção de problemas cardíacos	Anti-inflamatórios não esteroides Antiagregante plaquetário	AAS	Pode causar pequenos aumentos na perda de sangue gastrointestinal.	

Pressão alta e insuficiência cardíaca congestiva	Anti-hipertensivos Vasodilatador direto	Hidralazina	Pode aumentar o risco excessivo de hipotensão.
Problemas de circulação sanguínea	Vasodilatador periférico	Pentoxifilina	Pode aumentar o risco excessivo de hipotensão.
Colesterol alta	Hipolipemiantes	Sinvastatina Atorvastatina	Pode aumentar o risco de danos no fígado.
Alergias, resfriados, gripes	Anti-histamínicos	Loratadina Prometazina Dexclorfeniramina	Pode aumentar o risco de sonolência e tonturas.
Ansiedade	Ansiolíticos Benzodiazepínicos	Clonazepam Diazepam Alprazolam	Pode aumentar os efeitos depressores do SNC; sonolência, tonturas; dificuldade em respirar; controle motor prejudicado; problemas de memória.
Problemas de sono	Hipnóticos Fármacos Z	Zolpidem	Pode aumentar os efeitos depressores do SNC; sonolência, tonturas; dificuldade em respirar, controle motor prejudicado, problemas de memória.
Depressão	Antidepressivos Inibidor seletivo da recaptção de serotonina e noradrenalina	Duloxetina	Pode aumentar o risco de danos ao fígado; sonolência, tonturas; sentimentos aumentados de depressão.
Depressão	Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina Clomipramina	Pode aumentar os efeitos depressores do álcool no SNC; sonolência, tonturas; sentimentos aumentados de depressão.
Depressão	Antidepressivos atípicos	Mirtazapina Trazodona	Pode aumentar os efeitos depressores do álcool no SNC; sonolência, tontura; controle motor prejudicado (mirtazapina)
Depressão	Antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptção de Serotonina	Sertralina Fluoxetina Citalopram	Pode aumentar os efeitos depressores do álcool no SNC.
Sintomas psicóticos como delírios e alucinações	Neurolépticos Antipsicóticos	Haloperidol Clorpromazina	Pode aumentar o risco de sedação.
Convulsões ou dor neuropática ou estabilizadores de humor	Anticonvulsivantes	Carbamazepina Fenitoína Pregabalina Ácido valpróico	Pode aumentar o risco de convulsões, sonolência, tonturas, tremores; controle motor prejudicado; danos no fígado (ácido valpróico).

Mal de Parkinson	Antiparkinsonianos	Levodopa	Pode aumentar o risco de queda excessiva da pressão arterial ao levantar-se da posição sentada ou deitada.
Diabetes	Insulina exógena	Insulina	Pode aumentar o efeito hipoglicêmico.
Diabetes	Hipoglicemiantes orais Biguanidas	Metformina	Pode aumentar o risco de dor de cabeça, náuseas, confusão mental, fraqueza e cansaço frequente.
Diabetes	Hipoglicemiantes orais Sulfonilureias	Glibenclamida	Pode aumentar os efeitos hipoglicêmicos.
Alergias e inflamações	Anti-inflamatórios não esteroides	Dexametasona Prednisona Beclometasona Budesonida	Pode aumentar o risco de sangramentos gastrointestinais.
Dores	Analgésicos	Paracetamol	Pode aumentar risco de danos no fígado.
Dores e inflamações	Analgésicos e anti-inflamatórios	Dipirona Diclofenaco Piroxicam Nimesulida Cetoprofeno	Pode reduzir a resposta ao tratamento e aumentar o risco de danos no fígado e em outros problemas gastrointestinais como úlceras e sangramento no estômago.
Dores musculoesqueléticas ou fibromialgia	Relaxantes musculares	Ciclobenzaprina Orfenadrina	Pode aumentar o risco de depressão do SNC.
Câncer, hepatite B e C	Imunomodulador	Interferon	Pode aumentar o risco de danos ao fígado e reduzir a resposta ao tratamento.
Infecções	Antimicrobianos	Isoniazida Dapsona Rifampicina	Pode aumentar o risco de danos no fígado.
Infecções Doença de Chagas	Antiparasitários	Benznidazol	Pode aumentar o risco de batimentos cardíacos, dor de cabeça, náuseas, vômitos e danos no fígado.
Crises de Gota ou cálculo renal	Uricosuricos	Alopurinol Benzobromarona	Pode reduzir a resposta ao tratamento.

Fonte: ¹Dados da pesquisa adaptados do livro Harmful interactions: Mixing alcohol with medicines, publicado originalmente por NIAAA (2014). O livro pode ser acessado no seguinte link: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Harmful_Interactions_English.pdf

²Nota: Para análise da interação álcool-medicamentos em idosos, o consumo de risco de álcool foi definido como mais do que 2 doses padrão por um dia em média e mais do que 7 doses por semana ou mais do que 3 doses padrão em uma única ocasião pelo menos mensalmente. As mulheres devem consumir um limite um pouco mais baixo de bebida em qualquer situação em comparação ao consumo dos homens.