



ARTIGO DE PESQUISA

CONSUMO DE ÁLCOOL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALCOHOL CONSUMPTION AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH

CONSUMO DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA EN MAYOR EN LA SALUD DE LA FAMILIA

Sônia Maria Soares¹, Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima², Madeline A. Naegle³, Patrícia Aparecida Barbosa Silva⁴, Joseph Fabiano Guimarães Santos⁵, Liliam Barbosa Silva⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre o consumo de álcool e qualidade de vida em idosos. **Método:** trata-se de estudo transversal envolvendo idosos (n = 593), usuários de unidades básicas de saúde. Foram utilizados os instrumentos Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption para avaliar o consumo de álcool e World Health Organization Quality of Life-bref para avaliar a qualidade de vida. Regressão logística foi utilizada para verificar associação entre consumo de álcool e variáveis independentes; e técnica de análise de agrupamentos para análise de possíveis grupos homogêneos entre idosos com rastreamento positivo para alcoolismo e qualidade de vida. **Resultados:** Foi encontrado prevalência de consumo de bebida alcoólica de 8,9%. As variáveis escorem Qualidade de Vida Geral <60, depressão e faixa etária 70 a 79 anos mantiveram associação significativa com o desfecho. Obtiveram-se dois grupos homogêneos distintos dispostos em cinco subgrupos. **Conclusão:** Estratégias de enfrentamento devem ser contempladas nos planos de ações das políticas públicas e alerta metodológico na forma de expor a variável alcoolismo é necessário.

Descritores: Idoso; Consumo de bebidas alcoólicas; Qualidade de vida; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between alcohol consumption and quality of life in the elderly. **Method:** Cross-sectional study involving elderly (n = 593), users of basic health units. It was used instruments Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption to assess alcohol consumption and World Health Organization Quality of Life-bref to assess quality of life. Logistic regression was used to assess the association between alcohol consumption and independent variables; and cluster analysis technique for analysis of possible homogeneous groups among elderly people with positive screening for alcohol and quality of life. **Results:** Alcohol consumption prevalence was 8.9%. The variables Overall Quality of Life score < 60, depression and age group 70 to 79 years remained significantly associated with the outcome. There were obtained two distinct homogeneous groups arranged into five subgroups. **Conclusion:** Coping strategies should be included in the plans of actions of public policies and methodological alert in the form to expose the alcoholism variable is required.

Descriptors: Aged; Alcohol drinking; Quality of life; Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre el consumo de alcohol y la calidad de vida en los ancianos. **Método:** Estudio transversal que involucra personas de edad (n = 593), los usuarios de las unidades básicas de salud. Fue utilizado instrumentos alcoholemia Test-Consumo para evaluar el consumo de alcohol y la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida-bref para evaluar la calidad de vida. Se utilizó regresión logística para evaluar la asociación entre el consumo de alcohol y las variables independientes; y la técnica de análisis de cluster para el análisis de posibles grupos homogêneos entre las personas de edad avanzada con detección positiva para el alcohol y la calidad de vida. **Resultados:** La prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas fue de 8,9%. La puntuación Calidad de Vida General < 60, la depresión y la edad del grupo de 70 a 79 años las variables permanecieron asociadas significativamente con el resultado. Se obtuvieron dos grupos homogêneos distintas dispuestas en cinco subgrupos. **Conclusión:** Las estrategias de afrontamiento deben incluirse en los planes de acción de las políticas públicas y de alerta metodológico con el fin de exponer la variable alcoholismo se requiere.

Descriptores: Anciano; Consumo de bebidas alcohólicas; Calidad de vida; Atención primaria de salud.

¹Graduada em Enfermagem. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada IV da Universidade Federal de Minas Gerais. ²Graduada em Enfermagem. Doutorado em Research and Theory Development. Professora Adjunta III da Universidade Federal de Minas Gerais. ³Graduada em Enfermagem. Doutorado em Saúde Mental. Professora do College of Nursing, New York University. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. ⁵Graduado em Medicina. Doutorado em Epidemiologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre o impacto do uso excessivo de álcool no estado geral de saúde e qualidade de vida em pessoas idosas têm sido limitados⁽¹⁻²⁾, especialmente em países em

desenvolvimento onde se evidencia um envelhecimento populacional crescente, com embate no crescimento socioeconômico de cada país.

A comunidade científica indica controvérsias quanto aos efeitos deletérios do álcool na saúde da população. Há uma

tendência de que o uso excessivo do álcool esteja associado com eventos adversos, tais como comprometimento cognitivo⁽³⁾, morte, anos de vida perdidos por incapacidade (DALYs)⁽⁴⁾ e maior probabilidade de distúrbios psicológicos e incapacidades associadas às condições crônicas em moradores que correm residem com idosos alcoólatras⁽⁵⁾. O consumo excessivo de álcool também está relacionado a dez vezes o risco de mortalidade por cirrose hepática e distúrbios mentais, sete vezes o risco de injúria fatal e duas vezes o risco cardiovascular e morte por neoplasias⁽⁶⁾.

Entretanto, outros estudos epidemiológicos apontam que o uso leve a moderado de bebida alcoólica pode trazer benefícios à saúde, com redução na taxa de mortalidade⁽⁷⁾, melhor percepção da qualidade de vida⁽⁸⁾ e utilização para fins terapêuticos⁽⁹⁾.

Além disso, a literatura é enfática quanto ao subdiagnóstico de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, principalmente no nível primário de cuidados em saúde. “Parece provável que a vigilância aos problemas relacionados ao uso de álcool esteja, de fato, substancialmente abaixo do adequado neste cenário de atenção. Sendo assim, em relação a um transtorno psiquiátrico clinicamente mais grave e chamativo (dependência), depreende-se que o reconhecimento dos demais padrões de uso de álcool (uso de risco e uso nocivo/abuso) seja ainda menos comum”⁽¹⁰⁾.

As taxas de prevalência do consumo de risco de bebida alcoólica na população geriátrica têm sido reportadas entre 10,64% na República Dominicana⁽⁵⁾ e 56,01% na Nova Zelândia⁽¹¹⁾. No Brasil, essa estimativa é de 25,7%⁽¹²⁾.

Embora seja relevante em saúde pública investigar a prevalência do consumo excessivo de álcool e seus fatores associados, faz-se necessário analisar também o impacto sobre a qualidade de vida. Poucos estudos investigaram a associação do consumo de

álcool e qualidade de vida entre idosos brasileiros, apesar das consistentes evidências das consequências dos comportamentos de risco sobre os diferentes aspectos da qualidade de vida, em especial as pessoas longevas⁽⁸⁾. Diante do escopo literário, atenção especial deve ser direcionada à população idosa em que os efeitos do álcool são mais acentuados.

A proposta deste estudo é avaliar a associação entre o consumo de álcool e qualidade de vida em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de uma metrópole, Minas Gerais, Brasil. A hipótese é que o consumo excessivo de álcool implica em maior probabilidade de escores mais baixos para a autopercepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, controlado por outras variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com indivíduos com 60 anos ou mais de idade, acompanhados por equipes de Saúde da Família atuantes na regional Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A escolha do referido distrito ocorreu por esta ser a região que possuía o maior número absoluto de idosos cadastrados nas áreas adscritas das unidades de saúde.

A amostra foi não probabilística, dependendo da demanda espontânea e dos atendimentos programados pelas equipes de saúde durante a coleta de dados, que se estendeu no período de outubro de 2010 a junho de 2012.

O cálculo do tamanho amostral baseou-se na fórmula de Lwanga & Lemeshow⁽¹³⁾ e foram utilizados os seguintes parâmetros: prevalência de consumo de álcool em idosos atendidos no nível primário de atenção à saúde de 25,7%⁽¹²⁾, nível de significância de 5% e precisão absoluta de cinco pontos percentuais. O tamanho da amostra inicial foi

de 288 idosos. Considerando-se a possibilidade de ocorrência de 10% de perdas, o tamanho final da amostra necessária foi 317 idosos. Foi possível entrevistar um total de 593 idosos, ultrapassando o cálculo amostral, o que representou 1,32% da população idosa do Distrito Sanitário.

Como critérios de inclusão consideraram-se pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, ter procurado os serviços de saúde das unidades básicas do distrito, concordaram em participar da pesquisa e responderam à entrevista.

Foram excluídos do estudo os idosos com comprometimento cognitivo severo (escore no Mini Exame do Estado Mental - MEEM $\leq$ 9) que impossibilitasse responder ao questionário⁽¹⁴⁾.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas por equipe previamente treinada, composta por três enfermeiras e três bolsistas de iniciação científica. Os idosos elegíveis foram abordados nas unidades básicas de saúde enquanto esperavam por atendimento médico e/ou outros serviços, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistadora.

O questionário foi previamente testado em estudo piloto realizado com 13 idosos para verificar a adequação das perguntas ao objetivo delineado. Não foi observada dificuldade na compreensão das questões pelos informantes, e os dados não foram incorporados ao estudo.

O consumo de álcool foi mensurado por meio do instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption* (AUDIT-C), versão abreviada do instrumento original AUDIT-10 questões. Está estruturado em três perguntas que avaliam a frequência e quantidade habitual consumida e frequência de ingestão excessiva de seis ou mais copos de bebida alcoólica em um único momento. É pontuado em uma escala do tipo Likert (0 a 4 pontos para cada assertiva), pontuação total

varia de 0 a 12 pontos. Quanto maior o escore, maior o consumo de bebida alcoólica. Com base em estudos prévios de validação, um escore $\geq$ 4 para homens e $\geq$ 3 para mulheres sugere abuso de álcool⁽¹⁵⁾ e foram adotados como critério neste estudo.

Para avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref, versão abreviada em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida proposto pela Organização Mundial da Saúde. A escolha desse instrumento é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos⁽¹⁶⁾, e foi traduzido e validado no Brasil⁽¹⁷⁾. O mesmo possui características psicométricas satisfatórias e, por possuir menos questões, é mais viável de ser aplicado na população idosa atendida na Atenção Primária à Saúde. Esse instrumento possui 26 itens, sendo duas questões que avaliam a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), sendo divididas em quatro domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Relações sociais e 4) Meio ambiente⁽¹⁸⁾. Cada um dos itens pontua de 1 a 5 em uma escala do tipo Likert. A pontuação para cada domínio é transformada em uma escala linear de 0 a 100, refletindo pior ou melhor avaliação da QV, respectivamente.

O escore adotado neste estudo para avaliação da QV e satisfação com a saúde foi $<$ 60 pontos (sensibilidade: 95,0% e especificidade: 54,4%). Esse ponto de corte sugestivo de pior qualidade de vida (QV) e insatisfação com a saúde foi proposto pelos autores, detalhes da metodologia utilizada encontra-se descrito em outra publicação⁽¹⁹⁾. O presente estudo obteve sensibilidade de 86,36% e especificidade de 62,87% para o ponto de corte Qualidade de Vida Geral (QVG) $<$ 60, área sob a curva *Receiver-Operating Characteristic* (ROC) 0,764 (IC 95%: 0,726-0,802; p-valor: $<$ 0,001), validando o emprego

deste valor crítico na avaliação da qualidade de vida entre os idosos.

A variável dependente foi consumo de álcool, representada por indivíduos que obtiveram escore ≥ 4 para homens e ≥ 3 para mulheres no instrumento AUDIT-C. Essa medida foi categorizada em AUDIT positivo (1 = provável alcoolismo; 0 = caso contrário). Na análise descritiva foi utilizada a categorização por grupos refletindo o grau de severidade do consumo de álcool: abstinência (escore Zero); consumo de baixo risco (escore 1 a 4); consumo de alto risco ou uso nocivo (escore 5 a 8) e possível dependência alcoólica (escore 9 a 12), com base em estudo anterior⁽²⁰⁾.

As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, condições clínicas, estilo de vida e QV. No primeiro conjunto, constaram: sexo, faixa etária (60-69; 70-79; 80 ou mais anos), naturalidade (Belo Horizonte e Região Metropolitana; Interior de Minas Gerais; outros Estados), situação conjugal (presença de cônjuge foi definida pela condição de casado ou em união estável), escolaridade (nenhuma; 1-3; 4 ou mais anos completos), renda familiar mensal (<1,0; 1,0-2,9; 3,0-4,9; 5 ou mais salários-mínimos), morar sozinho (não; sim). Salário mínimo vigente na época era R\$ 510,00, em 2010; R\$ 540,00 e R\$ 545,00, em 2011; R\$ 622,00, em 2012. As condições clínicas foram: número de comorbidades, comorbidades autor referidas, nível cognitivo, índice de massa corporal (IMC), estilo de vida (tabagismo e atividade física) e qualidade de vida (escore QVG e domínios Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente).

Para mensuração do nível cognitivo utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental - MEEM, tendo sido categorizado como alterado aqueles que apresentaram escore < 13 para analfabetos, < 18 para até oito anos de escolaridade, < 26 para mais de oito anos de escolaridade⁽¹⁴⁾.

O instrumento *The Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) foi utilizado para

avaliar prováveis sintomas depressivos. Com base em estudo prévio de validação, um escore ≥ 3 (sensibilidade: 83% e especificidade: 92%) sugere provável depressão⁽²¹⁾, sendo adotado como critério neste estudo.

Os parâmetros estabelecidos para classificação do IMC seguiram os pontos de corte estabelecidos para indivíduos idosos segundo diretrizes de idade específica para o IMC (baixo peso: < 22 kg/m²; eutrofia: 22 a 27 kg/m²; sobrepeso: > 27 kg/m²)⁽²²⁾.

As variáveis de estilo de vida foram categorizadas da seguinte forma: *Tabagismo*: tabagista (fuma atualmente ou parou de fumar há 12 meses ou menos), não tabagista (nunca fumou), ex-tabagista (parou de fumar há mais de 12 meses); *Atividade física*: foi considerado aquela pessoa que faz atividade física de forma regular, com frequência ≥ 3 vezes/semana, com duração ≥ 30 minutos cada sessão.

Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0 para análise dos dados. Frequências e proporções foram relatadas para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para variáveis contínuas com distribuição normal e mediana e intervalo interquartilico para as variáveis contínuas não paramétricas. Análise de normalidade foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Porcentagens foram comparadas utilizando o teste qui-quadrado. Teste U Mann-Whitney foi usado para comparar as medianas entre dois grupos e teste one-way ANOVA, seguido do teste Tukey para comparação das médias entre três ou mais grupos. Teste de correlação de Spearman's-Rho do escore QVG foi realizado entre os domínios do WHOQOL-bref.

Na análise univariada, adotou-se um nível crítico de valor $p \leq 0,20$ para entrada no modelo multivariado. Modelo de regressão logística por meio do método *Forward* foi elaborado para avaliar a direção e magnitude das associações de cada variável

independente com a variável resposta (AUDIT positivo). Nesta análise, um $p<0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Os valores obtidos foram expressos em *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O ajuste do modelo final foi avaliado pelo teste “*goodness-of-fit test*”.

Para a análise de possíveis grupos homogêneos entre os idosos com rastreamento positivo para alcoolismo e qualidade de vida, baseados nos escores AUDIT-total e grupo QVG<60, foi utilizada a técnica de análise de agrupamentos, elegido o Método Ward e distância Euclidiana.

A participação na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - Parecer nº 0043.0.410.203-10 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Parecer nº 0043.0.410.203-10A, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽²³⁾. Os informantes foram identificados por números arábicos, sequenciando-os pela ordem em que foram entrevistados para garantir o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas e clínicas da amostra

A amostra foi constituída majoritariamente pelo sexo feminino (70,49%). A idade variou entre 60 e 96 anos, mediana de 70 anos. Observou-se que 42,16% viviam com o cônjuge; 53,12% eram provenientes do interior de Minas Gerais e 14,87% nunca frequentaram escola. Aproximadamente, um quarto da amostra recebia menos de um salário-mínimo; 18,21% moravam sozinhos. Em relação às condições crônicas, prevaleceram hipertensão arterial (69,98%) e diabetes *mellitus* (24,11%). Quanto ao estado nutricional, apenas 37,82% dos indivíduos encontravam-se com o índice de massa corporal adequado. Tabagismo foi informado por 6,75% dos entrevistados e 44,59% não praticavam atividade física. Nenhum idoso foi excluído por alteração cognitiva severa (mediana: 25,0; intervalo interquartilíco IQ25-IQ75: 22,0-27,0). Outras características sociodemográficas e clínicas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição da amostra e análise bruta segundo escores *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit-C) - Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2012. (n = 593)

Variáveis	AUDIT-C ^a						p-valor ^b
	Total (n = 593)	Positivo (n = 53)		Negativo (n = 540)		OR _{bruto} (IC95%)	
	n (%)	n	%	n	%		
Sexo							
Feminino	418 (70,49)	35	8,37	383	91,63	1,00 (ref.)	-
Masculino	175 (29,51)	18	10,29	157	89,71	1,26 (0,69-2,28)	0,457
Faixa etária (anos)							
60-69	294 (49,58)	38	12,93	256	87,07	1,00 (ref.)	-
70-79	235 (39,63)	12	5,11	223	94,89	0,36 (0,18-0,71)	0,003
≥ 80	64 (10,79)	3	4,69	61	95,31	0,33 (0,10-1,11)	0,073
Naturalidade							
BH ou RMBH	237 (39,97)	27	11,39	210	88,61	1,00 (ref.)	-
Interior de Minas Gerais	315 (53,12)	22	6,98	293	93,02	0,58 (0,32-1,05)	0,074
Outros	41 (6,91)	4	9,76	37	90,24	0,84 (0,28-2,54)	0,759
Situação conjugal							
Ausência de cônjuge	343 (57,84)	29	8,45	314	91,55	1,00 (ref.)	-
Presença de cônjuge	250 (42,16)	24	9,60	226	90,40	1,15 (0,65-2,03)	0,630
Escolaridade (anos)*							
Nenhum	87 (14,87)	4	4,60	83	95,40	0,42 (0,15-1,21)	0,110
1 a 3	87 (14,87)	6	6,90	81	93,10	0,65 (0,27-1,58)	0,343
4 ou mais	411 (70,26)	42	10,22	369	89,78	1,00 (ref.)	-
Renda mensal (s.m.)*‡							
< 1	144 (24,66)	16	11,11	128	88,89	1,00 (ref.)	-
1 + 3	253 (43,32)	17	6,72	236	93,28	0,58 (0,28-1,18)	0,131

3 - 5	120 (20,55)	10	8,33	110	91,67	0,73 (0,32-1,67)	0,452
≥ 5	67 (11,47)	9	13,43	58	86,57	1,24 (0,52-2,97)	0,628
Morar sozinho							
Sim	108 (18,21)	9	8,33	99	91,67	1,00 (ref.)	-
Não	485 (81,79)	44	9,07	441	90,93	1,09 (0,52-2,32)	0,808
Nº comorbidades							
0	53 (8,94)	4	7,55	49	92,45	1,00 (ref.)	-
1-2	333 (56,16)	32	9,61	301	90,39	1,30 (0,44-3,84)	0,632

Variáveis	AUDIT-C ^a						p-valor ^b
	Total	Positivo		Negativo		OR _{bruto} (IC95%)	
	(n = 593)	(n = 53)		(n = 540)			
	n (%)	n	%	n	%		
Nº comorbidades							
3-4	164 (27,66)	16	9,76	148	90,24	1,32 (0,42-4,15)	0,630
5 ou mais	43 (7,25)	1	2,33	42	97,67	0,29 (0,03-2,71)	0,279
Comorbidades							
Hipertensão arterial	415 (69,98)	38	9,16	377	90,84	1,10 (0,59-2,05)	0,775
Diabetes <i>mellitus</i>	143 (24,11)	10	6,99	133	93,01	0,71 (0,35-1,46)	0,351
Doenças osteomuscular	133 (22,43)	10	7,52	123	92,48	0,79 (0,38-1,61)	0,516
Dislipidemia	86 (14,50)	6	6,98	80	93,02	0,73 (0,30-1,77)	0,492
Doenças glândula tireoide	86 (14,50)	4	4,65	82	95,35	0,46 (0,16-1,30)	0,141
Cardiopatias	82 (13,83)	7	8,54	75	91,46	0,94 (0,41-2,17)	0,891
Alcoolismo autorreferido	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
Nível cognitivo ^{*d}							
Preservado	448 (79,43)	37	8,26	411	91,74	1,00 (ref.)	-
Alterado	116 (20,57)	10	8,62	106	91,38	1,05 (0,50-2,18)	0,900
IMC (kg/m ²)*							
<22	69 (12,73)	7	10,14	62	89,86	1,11 (0,44-2,75)	0,830
22-27	205 (37,82)	19	9,27	186	90,73	1,00 (ref.)	-
>27	268 (49,45)	23	8,58	245	91,42	0,92 (0,49-1,74)	0,795
PHQ-2 ^c							
Negativo	501 (84,49)	50	9,98	451	90,02	1,00 (ref.)	-
Positivo	92 (15,51)	3	3,26	89	96,74	0,30 (0,09-0,99)	0,049
Tabagismo							
Não tabagista	371 (62,56)	27	7,28	344	92,72	1,00 (ref.)	-
Tabagista	40 (6,75)	5	12,50	35	87,50	1,82 (0,66-5,03)	0,248
Ex-tabagista	182 (30,69)	21	11,54	161	88,46	1,66 (0,91-3,03)	0,097
Atividade física*							
Nunca	264 (44,59)	24	9,09	240	90,91	1,00 (ref.)	-
1-3 vezes por semana	211 (35,64)	17	8,06	194	91,94	0,88 (0,46-1,68)	0,690
4-7 vezes por semana	117 (19,76)	12	10,26	105	89,74	1,14 (0,55-2,37)	0,720
QVG<60							
Não	362 (61,05)	25	6,91	337	93,09	1,00 (ref.)	-
Sim	231 (38,95)	28	12,12	203	87,88	1,86 (1,05-3,28)	0,032

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: AUDIT-C: *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*; BH: Belo Horizonte; IC: Intervalo de Confiança; IMC: Índice de Massa Corporal; OR: *Odds Ratio*; PHQ-2: *The Patient Health Questionnaire-2*; QVG: Qualidade de Vida Geral; RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte; s.m.: salário-mínimo. ^a Variações no n total se devem a *missing*. ^a Audit-C score ≥ 4 (homens) e ≥ 3 (mulheres) sugere provável abuso de álcool. ^b p-valor: diferenças das proporções (teste qui-quadrado). ^c PHQ-2 score ≥ 3 sugere provável depressão. ^d Mini Exame do Estado Mental score < 13 para analfabetos, < 18 para até oito anos de escolaridade, < 26 para mais de oito anos de escolaridade indica nível cognitivo alterado. [†] Salário-mínimo vigente na época era R\$ 510,00, em 2010; R\$ 540,00 e R\$ 545,00, em 2011; R\$ 622,00, em 2012.

Consumo de álcool segundo escores AUDIT-C e fatores associados

Considerando o consumo de bebida alcóolica nos últimos 12 meses, 8,94% (IC 95%: 6,63-11,24) dos idosos apresentaram escores AUDIT-C positivo para alcoolismo (score ≥ 3 para mulheres e ≥ 4 para homens). De acordo com o grau de severidade do consumo de álcool, tivemos 80,61% (IC 95%: 77,42-83,80) de idosos abstêmios (score Zero); 14,67% (IC 95%: 11,82-17,53) consumo de baixo risco (score 1 a 4); 3,20% (IC 95%: 1,78-4,63) consumo de alto risco ou uso nocivo (score 5 a 8) e 1,52% (IC 95%: 0,53-2,50) possível

dependência alcóolica (score 9 a 12). Aproximadamente, 5,71% dos idosos do sexo masculino foram classificados no consumo de alto risco e possível dependência alcóolica e 4,31% para o sexo feminino. Não houve diferença estatística entre os sexos ($\chi^2 = 6,78$; df = 3; p-valor: 0,079).

A análise univariada (Tabela 1) indicou as seguintes variáveis explicativas para inclusão no modelo final (p<0,20): faixa etária (OR: 0,36; IC 95%: 0,18-0,71 para faixa etária 70-79 anos e OR: 0,33; IC 95%: 0,10-1,11 para faixa etária 80 anos ou mais); ser proveniente do interior de Minas Gerais (OR: 0,58; IC 95%: 0,32-1,05); não ter frequentado escola (OR:

0,42; IC 95%: 0,15-1,21); rendimento mensal de 1 a 3 salários-mínimos (OR: 0,58; IC 95%: 0,28-1,18); doenças da glândula tireoide (OR: 0,46; IC 95%: 0,16-1,30); PHQ-2 positivo (OR: 0,30; IC 95%: 0,09-0,99); ex-tabagismo (OR: 1,66; IC 95%: 0,91-3,03) e QVG<60 (OR: 1,86; IC 95%: 1,05-3,28).

Após controle das variáveis confundidoras por meio da análise de regressão logística multivariada (Tabela 2), apenas as variáveis escore QVG<60 (OR: 2,21; p-valor: 0,008), PHQ-2 positivo (OR: 0,22; p-

valor: 0,013) e faixa etária 70 a 79 anos (OR: 0,39; p-valor: 0,007) mantiveram associação significativa com o desfecho (AUDIT-C positivo). As variáveis independentes explicaram 6,72% (Pseudo R²=0,0672) da variabilidade das odds da variável dependente. Os resultados do teste de ajuste dos modelos de regressão logística múltipla (Hosmer e Lemeshow) demonstraram um ótimo ajuste do modelo final (Prob>chi²=0,9425).

Tabela 2 - Modelo final de regressão logística tendo *Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit-C)* como variável dependente - Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2012.

(n = 593)			
Variáveis	OR	IC (95%)	p-valor
QVG < 60			
Não	1,00 (ref.)	-	-
Sim	2,21	1,23-3,99	0,008
PHQ-2 ^a			
Negativo	1,00 (ref.)	-	-
Positivo	0,22	0,06-0,73	0,013
Faixa etária (anos)			
60-69	1,00 (ref.)	-	-
70-79	0,39	0,20-0,78	0,007
≥ 80	0,35	0,10-1,17	0,087

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: IC: Intervalo de Confiança; OR: Odds Ratio; PHQ-2: *The Patient Health Questionnaire-2*; QVG: Qualidade de Vida Geral.^a PHQ-2 escore ≥ 3 sugere provável depressão.

A prevalência de consumo de álcool em idosos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde relatada neste estudo foi superior do que aquele informado por outro estudo nacional⁽²⁴⁾. Verificou-se no atual estudo considerável percentual de idosos classificados em consumo de alto risco e dependência alcoólica, somando 4,72% da amostra. Uma possível explicação para percentuais abaixo do evidenciado na literatura é o fato de terem também incluído em suas amostras indivíduos mais jovens, os quais possuem um padrão de consumo mais elevado em relação às faixas etárias mais longevas.

O primeiro estudo brasileiro sobre consumo de álcool em idosos, de base populacional em nível nacional (*Brazilian National Alcohol Survey* - BNAS), detectou

12,4% (n=44) de bebedores pesados (7 drinks/semana); 10,4% (n=34) bebedores padrão 'binge' (> 3 drinks em uma única ocasião) e 2,9% (n=10) dependentes alcóolicos⁽¹²⁾.

Outro estudo realizado com 52.929 indivíduos residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal identificou 16,4% (IC 95%: 15,7%-17,0%) de consumo abusivo de álcool (ingestão de mais de 5 doses para homens ou mais de 4 doses para mulheres em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias), sendo mais frequente entre adultos jovens do sexo masculino com maior escolaridade. A despeito dos indivíduos idosos, a prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 4,0% (IC 95%: 3,1-4,8), considerando faixa etária 65 anos ou mais⁽²⁵⁾.

A avaliação do consumo de álcool em idosos também foi investigada no estudo de

coorte realizado na cidade de São Paulo intitulado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), envolvendo 2.143 pessoas com idade 60 anos ou mais, e seguido por seis anos (2000 e 2006). Os resultados demonstraram menor prevalência (7,3%) de ingestão de bebida alcóolica na categoria 'elevada ingestão' (quatro ou mais dias na semana), seguida da categoria moderada (um ou três dias na semana) com percentual de 13,0%. Também foi evidenciada redução do consumo de álcool com o aumento da idade em ambos os seguimentos. O consumo excessivo de álcool esteve associado com pior percepção do estado de saúde apenas no sexo masculino⁽²⁶⁾.

Em estudo realizado com 123 idosos residentes na cidade de Pindamonhangaba, São Paulo, foi observada baixa prevalência de uso excessivo de álcool (0,8%) e nenhum com dependência alcóolica⁽²⁷⁾. De igual modo, na cidade de São José dos Campos, São Paulo, estudo transversal envolvendo 500 idosos frequentadores de grupos sociais obteve baixos escores no AUDIT-10 questões (média $\pm$ desvio-padrão: $1,48 \pm 2,55$) e o consumo de álcool não esteve associado a nenhum dos domínios do questionário *General Health Related Quality of Life Evaluation* (SF-36) que avalia qualidade de vida⁽²⁾.

No cenário internacional, estudo realizado com 1.395 idosos da cidade Espoo, Finlândia, encontrou um percentual de 17,3% (n=241) de idosos que consomem álcool para fins terapêuticos, destacando-se doenças cardiovasculares, distúrbio do sono, resfriado e indigestão. O consumo terapêutico de álcool foi mais prevalente entre idosos mais longevos, com maior número de comorbidades, e esteve associado com esquecimento em tomar as medicações, preocupação de familiares e quedas/fraturas⁽⁹⁾.

Apenas 10,7% de idosos do sexo masculino e 17,0% feminino eram abstêmios, segundo estudo de coorte *The Rancho Bernardo Study* no sul da Califórnia. O consumo excessivo de álcool ($\geq 3x$ /semana, $\geq$

170g/semana) esteve presente em 17,9% dos homens e 7,5% das mulheres, e estatisticamente significativo (p-valor= $<0,001$). O consumo moderado de álcool esteve associado à melhor percepção de qualidade de vida⁽¹⁾.

Salienta-se que as prevalências de consumo de álcool em pesquisas epidemiológicas podem estar subestimadas em função do viés de informação dada ao estereótipo que envolve o consumo de álcool *versus* pessoas longevas. Esta condição é vista de forma mais intensa entre o sexo feminino, que pode estar atribuída ao sentimento de culpa, vergonha e discriminação em assumir problemas com o álcool⁽²⁸⁾. Essa realidade é evidenciada na presente investigação, ao encontrar controvérsias quanto à existência ou não de alcoolismo na amostra estudada, visto que houve uma tendência de os idosos não referirem o alcoolismo como um problema de saúde. Nenhum dos entrevistados considerou ser alcoolista, ao passo que o rastreamento por meio do instrumento AUDIT-C apontou cerca de 9,0% provável diagnóstico de alcoolismo.

Outra questão que influencia na aproximação da verdadeira taxa de consumo de álcool é a diversidade de instrumentos de rastreamento de consumo de álcool, com pontos de cortes diferenciados, o que pode resultar em maior ou menor precisão de aferição do fenômeno.

Em adição às análises, foi observada uma tendência maior de consumo de álcool no sexo masculino em relação ao feminino (10,29% vs 8,37%), apesar de não significativa, condizente com a literatura^(2,5,11). No entanto, é importante ressaltar que essa tendência vem se diferindo com menor intensidade entre os sexos devido às mudanças no padrão de consumo de álcool nas últimas décadas, podendo ser evidenciada no estudo realizado na Suécia⁽²⁹⁾. Em um período de 30 anos, idosos de 75 anos de idade, houve um aumento de dez vezes a proporção de

mulheres em risco para ingestão de álcool e um quarto dos homens em situação de risco.

Os dados desta pesquisa também identificaram menor probabilidade de consumo de álcool com o avanço da idade, entretanto somente a faixa etária 70 a 79 anos esteve associada com o desfecho. Esse resultado encontra ressonância nas estatísticas de outro estudo que tem revelado associação inversa entre prevalência de consumo de álcool e faixas etárias mais longevas⁽¹¹⁾. Vale ressaltar que, semelhante ao que acontece com as mudanças no padrão de consumo de álcool desagregadas pelo sexo, é evidenciado também com a idade, em que a tendência de maior consumo de álcool em indivíduos mais jovens vem decaindo em relação às pessoas mais velhas⁽³⁰⁾.

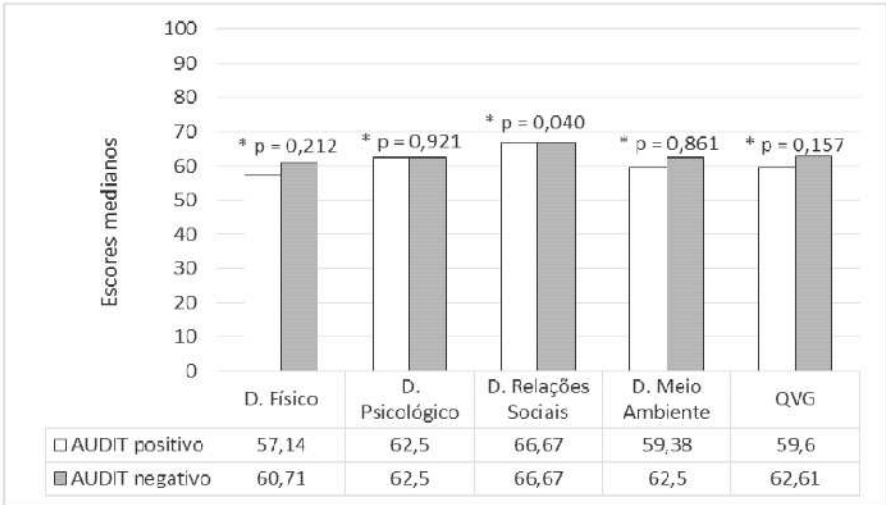
Associação curiosa neste estudo foi depressão atuando como fator protetor para consumo de álcool, contrariando a literatura⁽³¹⁾. Os idosos com rastreamento positivo para depressão, mensurado pelo instrumento PHQ-2, tiveram 78 vezes menos chances de informar problemas com o consumo de álcool em relação aos que não têm depressão. Em outros estudos, não

encontrou associação entre depressão e grupos de risco para alcoolismo^(9,12). Entretanto, recente estudo realizado na Espanha, envolvendo 231 indivíduos (55 a 85 anos), demonstrou que o consumo moderado de álcool, e em particular o vinho, esteve associado com melhor saúde cognitiva em relação aos abstêmios⁽³²⁾.

Qualidade de vida dos idosos segundo o instrumento WHOQOL-bref

Os escores medianos dos quatro domínios e QVG do WHOQOL-bref, estratificados pelos grupos AUDIT-C positivo e negativo, podem ser evidenciados pela Figura 1. Observa-se que o grupo AUDIT-C positivo apresentou menores escores para os componentes Físico (mediana: 57,14; IQ25-IQ75: 10,71), Meio Ambiente (mediana: 59,38; IQ25-IQ75: 12,50) e QVG (mediana: 59,60; IQ25-IQ75: 9,38), e semelhante nos domínios Psicológico (mediana: 62,50; IQ25-IQ75: 12,50) e Relações Sociais (mediana: 66,67; IQ25-IQ75: 25,00). Entretanto, houve diferença estatística somente no domínio Relações Sociais com a variável desfecho (Teste U Mann-Whitney; p-valor: 0,040).

Figura 1 - Qualidade de vida (WHOQOL-bref) em idosos segundo escores AUDIT-C. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2012. (n = 593)



Fonte: Dados da pesquisa.

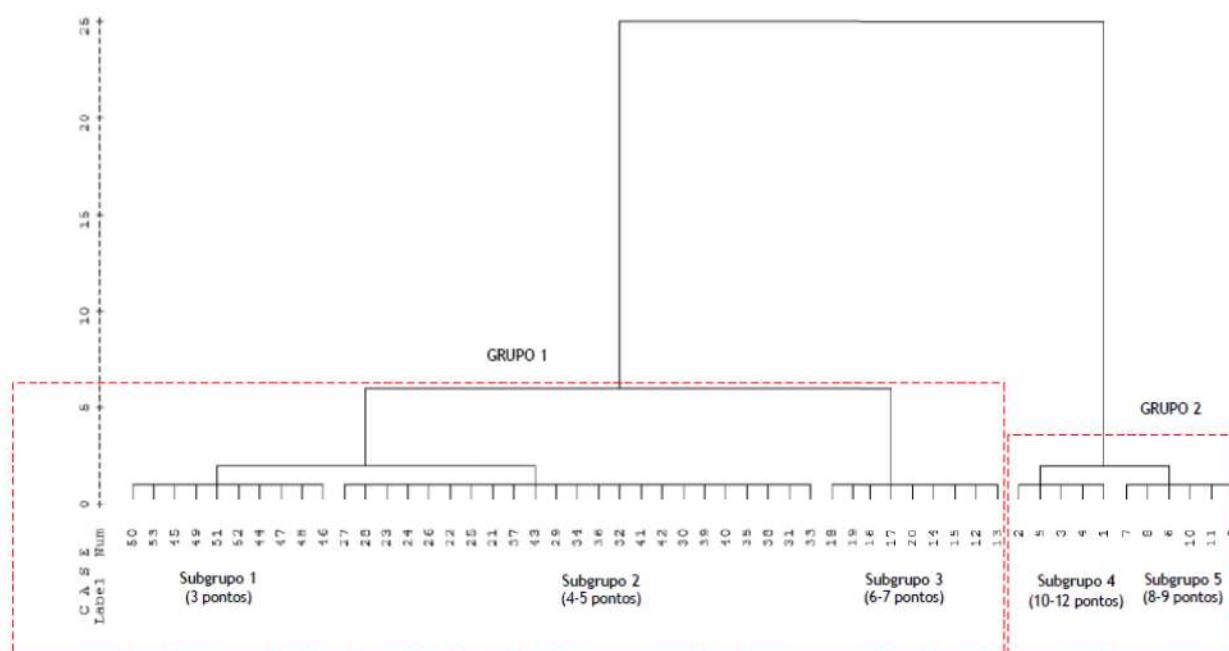
Nota: AUDIT-C: *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*; D.: Domínio; QVG: Qualidade de Vida Geral; WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life Assessment - versão abreviada. Audit-C escore ≥ 4 (homens) e ≥ 3 (mulheres) sugere provável abuso de álcool. * p-valor: diferenças das medianas (teste U Mann-Whitney).

Verificou-se que todos os domínios estiveram significativamente correlacionados com o escore QVG, sendo o menos e o mais correlacionado os domínios Físico ($r=0,633$, correlação moderada, $p<0,001$) e Meio Ambiente ($r=0,774$, correlação forte, $p<0,001$), respectivamente.

Em adição às análises, o resultado da técnica de análise de agrupamentos pelo Método Ward encontra-se representado no Dendrograma (Figura 2). Se fizermos um corte horizontal no gráfico onde se evidencia o maior salto do eixo vertical

da distância entre os subgrupos, obteremos dois grupos homogêneos distintos: o primeiro, representado pelos subgrupos 1, 2 e 3 (escores 3 a 7 pontos no AUDIT-C) e o segundo grupo formado pelos subgrupos 4 e 5 (escores 8 a 12 pontos no AUDIT-C), sendo esses subgrupos distintos dos demais pelo fato de ter formado um grupo isolado, ou seja, heterogêneo em relação aos demais subgrupos.

Figura 2 - Dendrograma obtido pelo Método de Ward dos idosos com rastreamento positivo para alcoolismo, com base nos escores AUDIT-total e grupos QVG menor 60. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2012. (n = 53)



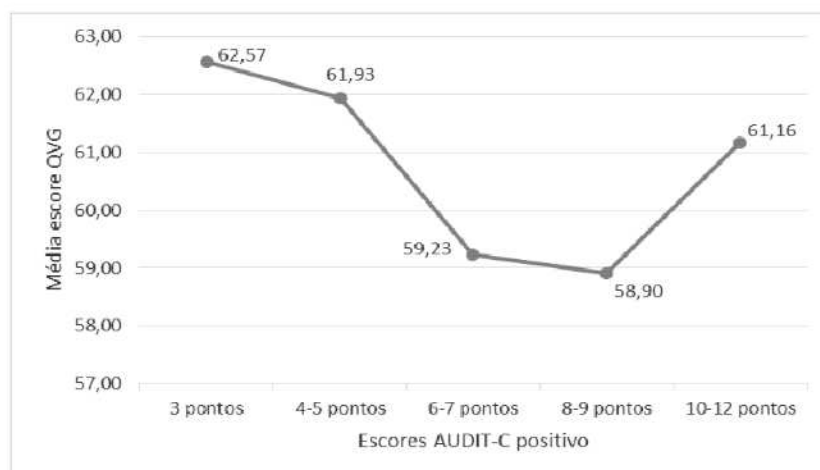
Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Audit-C escore ≥ 4 (homens) e ≥ 3 (mulheres) sugerem provável abuso de álcool. Subgrupo 1: escore AUDIT-C: 3 pontos; Subgrupo 2: escore AUDIT-C: 4-5 pontos; Subgrupo 3: escore AUDIT-C: 6-7 pontos; Subgrupo 4: escore AUDIT-C: 10-12 pontos; Subgrupo 5: escore AUDIT-C: 8-9 pontos.

As médias dos escores QVG para cada subgrupo dos idosos com rastreamento positivo para alcoolismo encontram-se

apresentadas na Figura 3. Não houve diferença estatística entre os subgrupos (teste ANOVA; p-valor: 0,792).

Figura 3 - Qualidade de vida (WHOQOL-bref) em idosos segundo escores AUDIT-C positivo. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2012. (n = 593)



Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: AUDIT-C: *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*; QVG: Qualidade de Vida Geral. Audit-C escore ≥ 4 (homens) e ≥ 3 (mulheres) sugerem provável abuso de álcool.

No tocante à qualidade de vida, escore QVG < 60 foi a única variável explicativa que teve associação direta com consumo de álcool. Os idosos que obtiveram escore QVG < 60 tiveram 2,21 vezes mais chances de ter rastreamento positivo para alcoolismo em relação aos que apresentaram escores QVG mais elevados. Ao avaliar os escores QVG para cada subgrupo dos 53 idosos que apresentaram rastreamento positivo para alcoolismo, observou-se uma tendência de menores escores QVG com o aumento do grau de severidade do consumo de álcool. Entretanto, de forma inesperada, observou-se que o subgrupo 4 (escore 10-12 pontos) que possui os maiores escores do AUDIT-C apresentou média QVG acima dos subgrupos 3 e 5 (escores 6-9 pontos). Esse achado é semelhante ao encontrado no estudo desenvolvido em Singapura, localizado no sudeste asiático⁽³³⁾. Uma possível explicação para tal achado refere-se à causalidade reversa, em que pessoas com estado de saúde satisfatório são mais propensas a continuarem a ingerir bebida alcóolica em relação às pessoas com doenças crônicas ou pode ser que haja realmente nenhum decréscimo nos escores QV associados com o consumo excessivo de álcool para a maioria dos bebedores, que podem associar interação social com a prática de beber, o que promove bem-estar emocional⁽³³⁾.

Portanto, a associação do escore QVG < 60 e rastreamento positivo para alcoolismo

confirma nossa hipótese formulada previamente neste estudo. Em geral, os subgrupos de menor risco para alcoolismo obtiveram maiores escores QVG. Apenas o subgrupo 4 (escore 10-12 pontos) diferiu dessa tendência, mas não foi superior aos subgrupos 1 e 2.

Nesse sentido, o presente estudo suscitou um alerta metodológico na forma de expor a variável alcoolismo nos estudos, sendo necessário um maior cuidado dos autores que estudam tal fenômeno em estabelecer critérios bem definidos quanto à avaliação do consumo de álcool. O emprego de instrumentos validados é uma opção satisfatória, mas requer definição de pontos de corte específicos para a população idosa que possui particularidades específicas em relação ao grupo etário mais jovem.

Uma vez diagnosticado o uso abusivo de álcool, faz-se necessário que o profissional de saúde esteja devidamente capacitado para promover um espaço terapêutico adequado ao idoso. Para tanto, a implementação na prática de algumas propostas de ações de enfrentamento dessa problemática pode ser útil, de modo a intervir antes que o padrão de uso de álcool provoque danos graves à saúde do idoso, por exemplo, as entrevistas motivacionais, que permitem mobilizar recursos motivacionais do paciente e de mudanças de atitude relacionadas ao consumo de álcool, reduzindo progressivamente o risco

de danos provenientes do consumo exagerado de álcool⁽³⁴⁾.

Algumas limitações deste estudo são assumidas e devem ser consideradas quando interpretados os achados. Primeiro, o delineamento transversal dos dados, o qual limita interpretações de causalidade. Segundo, o consumo de álcool pode estar subestimado devido ao viés de informação; pessoas idosas e mulheres tendem a omitir comportamentos de risco; neste caso, o consumo de álcool. Também se explicita o viés de memória, comum em pessoas longevas. Por último, viés de seleção da amostra que pode ter influenciado no maior percentual de pessoas idosas abstêmias ou em baixo risco, uma vez que indivíduos sabidamente dependentes do álcool ou alto risco são menos propensos a procurar serviços médicos na atenção primária, subdiagnosticando o desfecho deste estudo.

CONCLUSÃO

A prevalência de consumo de bebida alcóolica foi de 8,9% neste estudo. A variável escore Qualidade de Vida Geral < 60, depressão e faixa etária 70 a 79 anos mantiveram associação significativa com o desfecho.

Apesar das limitações do estudo, os achados assumem importante relevância no cenário de saúde pública. A emblemática que circunda o uso de bebida alcóolica nas faixas etárias mais avançadas merece atenção especial dos provedores de saúde. Estratégias de enfrentamento devem ser contempladas nos planos de ações das políticas públicas, de tal modo a elevar a qualidade de vida e bem-estar dessa parcela da população mais vulnerável aos efeitos deletérios do álcool.

Para isso, é necessário problematizar, divulgar e desmitificar o alcoolismo na terceira idade, principalmente entre o sexo feminino, assim como incentivar o diagnóstico precoce e proporcionar alternativas de ajuda

terapêutica no nível primário de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Chan AM, von Mühlen D, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: the Rancho Bernardo Study. *Maturitas*. 2009;62(3):294-300. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681249/pdf/nihms96603.pdf>
2. Santos GV, Barreto EC, Santos JFF, Marchini L. Alcohol and quality of life among social groups for the elderly in São José dos Campos, Brazil. *Appl. Res. Qual. Life* 2014;9(2):285-293. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11482-013-9225-y>
3. Sklar AL, Gilbertson R, Boissoneault J, Prather R, Nixon SJ. Differential effects of moderate alcohol consumption on performance among older and younger adults. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2012;36(12):2150-2156. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424337/pdf/nihms-368961.pdf>
4. Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev. panam. salud pública*. 2015;38(6):442-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27440091>
5. Nadkarni A, Acosta D, Rodriguez G, Prince M, Ferri CP. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: the 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. *Drug Alcohol Depend.* 2011;114(1):82-86. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123469/?report=printable>

6. Roerecke M, Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2014;43(3):906-919. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/43/3/906.full.pdf+html>

7. Gea A, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Garcia-Lopez M, Beunza JJ, Estruch R, et al. Mediterranean alcohol-drinking pattern and mortality in the SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Project: a prospective cohort study. *Br. J. Nutr.* 2014;111(10):1871-1880. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9235999&fileId=S0007114513004376>

8. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Alves MC. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev. saúde pública.* 2011;45:485-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2496.pdf>

9. Immonen S, Valvanne J, Pitkälä KH. Alcohol use of older adults: drinking alcohol for medicinal purposes. *Age ageing.* 2011;40(5):633-6377. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/40/5/633.full.pdf+html>

10. Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido na tradução”. *Interface comun. saúde educ.* 2011;15(37):573-85. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119116020>

11. Towers A, Stephens C, Dulin P, Kostick M, Noone J, Alpass F. Estimating older hazardous

and binge drinking prevalence using AUDIT-C and AUDIT-3 thresholds specific to older adults. *Drug alcohol depend.* 2011;117(2):211-218. Disponível em: <http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2811%2900092-5/pdf>

12. Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, et al. Alcohol consumption in late-life: The first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict. behav.* 2008;33(12):1598-1601. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460308002050>

13. Laboratório de Epidemiologia e Estatística. Estimação de uma proporção [Lwanga & Lemeshow]. [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Disponível em: http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di_1_pro_est.html

14. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002795>

15. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch. Intern. Med.* 1998;158(16):1789-1795. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208954>

16. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(8):3505-3512. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03505.pdf>

17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. saúde pública. 2000;34(2):178-183. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>

18. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. Psychol. med. 1998;28:551-558. Disponível em: <http://depts.washington.edu/uwcscs/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20%28WHOQOL%29.pdf>

19. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL- bref como preditor de qualidade de vida de idosos. Rev. saúde pública. 2014;48(3):390-397. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0390.pdf

20. Harris AH, Bradley KA, Bowe T, Henderson P, Moos R. Associations between AUDIT-C and mortality vary by age and sex. Popul. health manag. 2010;13(5):263-268. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135896/pdf/pop.2009.0060.pdf>

21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med. Care. 2003;41(11):1284-1292. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583691>

22. Moraes EN. Avaliação multidimensional do idoso. 4. ed. Belo Horizonte: Folium; 2014. 200 p. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1).

23. Conselho Nacional de Saúde (BR), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU 2013;12:59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

24. Guidolin BL, Silva Filho IG, Nogueira EL, Ribeiro Junior FP, Cataldo Neto A. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto Alegre, Brazil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016;21(1):27-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100027

25. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. Epidemiol. serv. saúde. 2015;24(3):373-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>

26. Wagner GA, Lebrão ML, Duarte YA, Zanetta DM. Alcohol use among older adults: SABE cohort study, São Paulo, Brazil. PLoS ONE. 2014;9(1):1-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3885713/pdf/pone.0085548.pdf>

27. Silva PVC, Santos MBF, Marchini L. Alcohol and medication use among elderly community-dwelling Brazilians. Int. J. Gerontol. 2014;8:133-136. Disponível em: <http://www.ijge-online.com/article/S18739598%2814%2900062-3/pdf>

28. Silva PAB. Fatores associados à qualidade de vida de idosos adscritos no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]. Escola de Enfermagem: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8ZUFP8>

29. Waern M, Marlow T, Morin J, Ostling S, Skoog I. Secular changes in at-risk drinking in Sweden: birth cohort comparisons in 75-year-old men and women 1976-2006. *Age ageing*. 2014;43(2):228-34. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927771/pdf/aft136.pdf>

30. Moore AA, Gould R, Reuben DB, Greendale GA, Carter MK, Zhou K, et al. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *Am. J. Public Health* 2005;95(3):458-465. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449202/pdf/0950458.pdf>

31. Tait RJ, French DJ, Burns R, Anstey KJ. Alcohol use and depression from middle age to the oldest old: gender is more important than age. *Int. psychogeriatr.* 2012;24(8):1275-1283. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22340862>

32. González-Rubio E, San Mauro I, López-Ruiz C, Díaz-Prieto Le, Marcos A, Nova E. Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Qual Life Res.* 2016;25(8):1931-42. Disponível em: <HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/26797806>

33. Lim WY, Subramaniam M, Abdin E, He VY, Vaingankar J, Chong SA. Lifetime and twelve-month prevalence of heavy-drinking in

Singapore: results from a representative cross-sectional study. *BMC public health* (Online). 2013;13(992):1-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028979/pdf/1471-2458-13-992.pdf>

34. Maciel MED. Aplicação da entrevista motivacional em alcoolista: relato de experiência. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2011;1(3):429-34. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/32/203>

Nota: Este artigo é parte de Relatório de Pesquisa intitulado “Qualidade de vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos acompanhados em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte”, sob a coordenação de Sônia Maria Soares e Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima. Agradecemos à FAPEMIG pelo apoio financeiro (FAPEMIG APQ-03626-10 e APQ-00570-09); CAPES (bolsa de estudo Estágio Sênior *New York University* e Bolsas de Iniciação Científica).

Recebido em: 15/11/2015

Versão final reapresentada em: 11/10/2016

Aprovado em: 21/10/2016

Endereço de correspondência

Sônia Maria Soares
Av. Professor Alfredo Balena, 190.
Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100
Belo Horizonte, MG. Brasil.
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br