



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

**CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Ivany Rolim Vinhote

MANAUS

2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

Ivany Rolim Vinhote

**CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, em convênio com UFAM/Fiocruz/UFPA, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas

MANAUS

2014

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V784c Vinhote, Ivany Rolim
Consumo de risco de álcool entre os idosos na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família / Ivany Rolim
Vinhote. 2014
89 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Ana Cyra dos Santos Lucas
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Idoso. 2. Consumo de bebidas alcoólicas . 3. Risco. 4. Atenção primária à saúde. I. Lucas, Ana Cyra dos Santos II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

IVANY ROLIM VINHOTE

**CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, em convênio com UFAM/Fiocruz/UFPA, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Presidente
Prof. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas
Universidade Federal do Amazonas

Membro
Prof Dr. Igor Magalhães
Universidade Federal do Amazonas

Membro
Prof Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes
Universidade Federal do Amazonas

Aos meus pais Omir e Antônia, por todo o amor e apoio que me ofertaram ao longo de suas vidas, além do estímulo diário em todos os obstáculos que encontrei. Às minhas irmãs Ione e Ivone, pela amizade e afeto constante que me deu forças e ânimo ao longo desta jornada. Às minhas queridas e inesquecíveis vovós Antônia e Icléa, que em vida sempre me incentivaram e acreditaram em meus esforços, dedico-lhes esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua presença constante em minha vida, pela saúde e sabedoria para enfrentar as dificuldades e permitir esta vitória. À Nossa Senhora, por sua intercessão e amparo em todos os momentos e principalmente por ouvir minhas preces.

Aos meus pais, irmãs, cunhados e familiares pelo amor e por serem meu alicerce e meu refúgio sempre

À Universidade Federal do Amazonas e ao Instituto Leônidas & Maria Deane – Fiocruz Amazônia, pela oportunidade de realizar o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de mestrado.

À minha orientadora, ProfDra Ana Cyra dos Santos Lucas, que me deu a oportunidade e a honra de trabalhar ao seu lado, por sua amizade, por seus ensinamentos, não só para academia e mas também para a vida.

Ao meu companheiro Tiago Vargas por todo seu incentivo e carinho incansáveis.

Aos membros do grupo de Toxicologia, especialmente Adriana Carla e Luis Ronaldo pelas contribuições durante o trabalho.

À Gleici Jane Cruz pelas contribuições na análise dos dados.

Aos amigos do mestrado: Cynthia, Josielen, Silvia, Michele, Katianne, Franklin, Marcelo, Val, Emanuelle, Bruna, pela diversão, apoio, aprendizado, convivência e amizade diários que suavizaram as dificuldades e intensificaram as alegrias.

Às minhas amigas Anne Caroline, Aline, Pollyanna, Samyra, Sherlly, Carla, Michaele e Lídia.

À Secretaria de Municipal de Saúde (SEMSA) pelas informações concedidas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos do Programa Saúde da Família, pela colaboração durante a coleta de dados.

Aos idosos que participaram da pesquisa pela recepção, compreensão e espírito de colaboração.

A esses minha gratidão.

“Ele (Deus) é o dono de tudo. Devo a Ele a oportunidade que tive de chegar aonde cheguei. Muitas pessoas têm essa capacidade, mas não têm a oportunidade. Ele a deu “prá” mim, não sei porque. Só sei que não posso desperdiçá-la...”

Ayrton Sena

RESUMO

O acelerado aumento no número de idosos na população traz uma série de desafios que se relacionam com a família, pobreza, aposentadoria, principalmente, com a promoção da saúde e prevenção de doenças. Sabe-se que com o avançar da idade há o aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso, como as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e mentais, como a demência e a depressão. Além dessas, o consumo de álcool é um problema que pode comprometer a saúde da população idosa. Buscou-se identificar o uso de risco de álcool entre os idosos cadastrados nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF) em Manaus-AM. Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo-observacional. A população selecionada foi composta por pessoas com 60 anos ou mais, residentes na área da abrangência das ESF distribuídas nas quatro zonas geográficas urbanas de Manaus, AM, e que foram aprovados no Teste de Fluência Verbal. Foram aplicados questionários sobre os aspectos socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, situação de saúde, e o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), instrumento de triagem para identificação de risco de problemas relacionados ao consumo de álcool (OMS). Observou-se que os idosos tinham idade média de $70,52 \pm 7,61$ anos, sendo a maioria do sexo feminino (64,04%), casados/com companheiro (46,06%), morando com familiares (87,07%), da classe socioeconômica C1 (37,22%). 54,89% consideravam a saúde razoável, sendo as doenças mais prevalentes a hipertensão (64,98%). Quanto ao consumo de álcool, foi identificado na aplicação do AUDIT que 78,23% dos idosos entrevistados estavam inseridos no nível I de risco, isto é, no baixo risco ou inexistente; 3,15% no nível III e IV indicando risco elevado. Dessa forma, pode-se observar que o AUDIT se mostrou aplicável na atenção básica para a identificação do uso de risco de álcool entre os idosos. Além disso, os cuidados com os problemas de saúde característicos nessa população fazem parte da rotina de atendimento da Atenção Básica na cidade de Manaus, AM. Contudo, verificou-se que os problemas relacionados ao consumo de álcool ainda são pouco explorados pelos profissionais de saúde que acompanham os idosos.

Palavras-chaves: idoso, consumo de bebidas alcoólicas, risco, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The accelerated increase in the number of elderly in the population, bring a number of challenges that relate to the family, poverty, retirement, especially with health promotion and disease prevention. It is known that with advancing age there is an increase in the prevalence of typical health problems of the elderly, such as cardiovascular disease, cancer, diabetes, rheumatic and mental diseases, such as dementia and depression. Besides these, the consumption of alcohol is a problem that can compromise the health of the elderly population. We sought to identify the hazardous use of alcohol among older registered in the areas covered by the Family Health Strategy (FHS) in Manaus-AM. It is a cross-sectional descriptive-observational. The selected population consisted of people aged 60 or older living in the area of coverage of ESF distributed in four urban geographical areas of Manaus, AM, and have passed the Verbal Fluency Test. Questionnaires on socioeconomic, demographic, epidemiological, health status, and aspects of the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a screening tool for identifying risk of problems related to alcohol consumption (WHO) were applied. It was observed that the elderly had a mean age of $70.52 \pm 7,61$ anos, most females (64.04%), married / with partner (46.06%), living with family (87.07%), socioeconomic class C1 (37.22%). 54.89% considered reasonable health, the most prevalent diseases hypertension (64.98%). Regarding the consumption of alcohol, was identified in the application of AUDIT that 78.23% of the elderly respondents were entered into the risk level I, ie, the low-risk or non-existent; 3.15% at level III and IV indicating high risk. Thus, it can be seen that the AUDIT proved applicable in primary care for the identification of risk of use of alcohol in the elderly. In addition, the care with health problems in this population characteristic part of routine care of Primary Care in the city of Manaus. However, it was found that the problems related to alcohol consumption are still little explored by health professionals treating the elderly.

Keywords: elderly, alcohol consumption, risk, primary health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Curva ROC obtida a partir do score do AUDIT e o resultado do Timeline Followback na identificação do bebedor pesado.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do plano de amostragem, considerando as ESF ativas por Distrito de Saúde.....	31
Tabela 2 – Critério e códigos do descritivo situacional do participante.....	35
Tabela 3 – Resultado da sensibilidade e especificidade na Curva ROC para os scores do AUDIT comparando ao resultado do Timeline Followback (referência), na identificação do bebedor pesado.	41
Tabela 4 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características demográficas socioeconômicas. 2013..	43
Tabela 5 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características econômicas. 2013.	45
Tabela 6 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo aspectos relacionados a saúde. 2013	47
Tabela 7 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo morbidades autorreferidas. 2013.....	48
Tabela 8 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.....	52
Tabela 9 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.....	53
Tabela 10 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.....	55

Tabela 11 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as variáveis sócio demográficas e relacionadas à saúde.

2013.....57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE – *Cut-down, Angry, Guilty and Eye-opener*

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DACAR – Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação

DISA – Distrito de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAST – *Michigan Alcohol Screening Test*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ROC – *Receiving Operating Characteristics*

T-ACE – *Tolerance, Annoyance, Cut-down, e Eye-opener*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFV – Teste de Fluência Verbal

TLFB – *Timeline Followback*

TWEAK – *Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia and Cut-down*

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFPA – Universidade Federal do Pará

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
2.	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos Específicos.....	20
3.	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	Abordagens conceituais sobre o envelhecimento	21
3.2	Epidemiologia do uso de álcool entre idosos	23
3.3	Aspectos relacionados ao consumo de álcool por idosos.....	25
3.4	Métodos para a caracterização do consumo de álcool.....	26
4.	METODOLOGIA.....	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	População em estudo.....	30
4.3	Local de Estudo	30
4.4	Amostragem.....	30
4.5	Critérios de Inclusão	31
4.6	Critérios de Exclusão	32
4.7	Instrumento de coleta de dados.....	32
4.8	Treinamento para aplicação do instrumento	33
4.9	Estudo Piloto.....	33
4.10	Aplicação dos Questionários	34

4.11 Tratamento Estatístico	35
4.12 Avaliação dos pontos de corte do AUDIT	36
4.13 Aspectos éticos	37
4.14 Análise crítica dos riscos e benefícios	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Avaliação dos pontos de corte do AUDIT para a população idosa de Manaus	39
5.2 Perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico	42
5.3 Aspectos relacionados à saúde	46
5.4 Aspectos relacionados ao consumo de risco de álcool	49
5.5 Associações dos fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco	56
6. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	67
APÊNDICE A - Guia para aplicação do Questionário	67
APÊNDICE B - Encaminhamento para intervenções	77
APÊNDICE C - Fluxograma de Pesquisa	78
APÊNDICE D – Esquema de Intervenções	79
ANEXOS	80
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXO B – Termo de Anuência-SEMSA	82
ANEXO C – Parecer de Aprovação – Plataforma Brasil	83
ANEXO D - Questionário	87

1. INTRODUÇÃO

Um dos mais relevantes desafios contemporâneos mundiais é o envelhecimento populacional, denotado pelo crescimento elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. No Brasil não tem sido diferente: esse fenômeno traz crescentes demandas sociais e econômicas revelando números altissonantes, além de alterações claras, inequívocas e irreversíveis na dinâmica populacional (Kalache, Veras, & Ramos, 1987; Kuchemann, 2012).

Estudos mais remotos (KALACHE et al., 1987; ALMEIDA, 1999; GARRIDO; MENEZES, 2002; WONG; CARVALHO, 2006; PILLON et al., 2010) demonstram que o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para sete milhões em 1975 e quatorze milhões em 2002. Os dados do último censo populacional Brasileiro estão de acordo com as previsões, isto é, o contingente de pessoas idosas é crescente, chegando a aproximadamente 20.590.599 milhões, o equivalente a 10,8 % da população total (IBGE, 2011). Além disso, estimam que o número de idosos possa alcançar trinta e quatro milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no ranking mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária (FLORENZA, 1997).

Esse aumento transcendente do contingente de idosos pode ser explicado em face do declínio da taxa de mortalidade no passado – meados da década de 40, com a presença da fecundidade constante, a qual a partir da segunda metade da década de 60 passou a ser reduzida, provocando mudanças na distribuição etária (WONG; CARVALHO, 2006).

É valioso ressaltar que essas mudanças demográficas trazem diversas consequências para a sociedade. Vários setores podem ser afetados: saúde, educação, ciência e tecnologia,

previdência e assistência social, trabalho e emprego, justiça e outras (APRATTO JÚNIOR, 2010).

Dá-se ênfase ao aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso, como as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e mentais (GARRIDO; MENEZES, 2002). Esta última abrange, por exemplo, a demência que é responsável pelo comprometimento mental de aproximadamente 25% dos idosos enquanto que a depressão é apresentada uma variação nas taxas de prevalência entre 5 e 35% (OLIVEIRA et al., 2006).

Além da demência e da depressão, Pavarini et al. (2004) apontam para a presença do consumo de álcool como um problema que pode comprometer a saúde da população idosa. Apesar de a literatura científica insistir na alta prevalência do uso de álcool entre os jovens é relevante destacar que o número de usuários de substâncias psicoativas continuará a aumentar com o crescimento da proporção de idosos (CROME; DAY, 1999).

Também, Almeida(1999) afirma que o consumo de álcool pelo idoso pode estar presente entre 1-10% e associado a complicações médicas, dificuldades financeiras, tabagismo, e maior frequência de eventos estressores de vida, além de que podem ser diferentes daqueles observados entre adultos jovens.

Embora alguns autores como Burguer et al (2004) evidenciem efeitos benéficos do consumo moderado de álcool, são reconhecidas sistematicamente as consequências danosas à saúde acarretadas pelo consumo de bebidas alcoólicas. A ingestão elevada produz malefícios de diferentes naturezas, como o aumento dos riscos de cirrose hepática, de neoplasias de diversas localizações, de doenças cardíacas, de acidente vascular cerebral e de transtornos mentais (BRASIL et al., 2004). Além disso, o Centro de Prevenção e Controle de Doenças

americano (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) (CDC, 2004) mostra que a mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo uso abusivo de álcool são maiores que aquelas produzidas pelo tabagismo.

Para Barros et al (2008), o abuso no consumo de álcool é considerado, atualmente, um dos principais problemas de Saúde Pública, responsável por uma parcela significativa dos óbitos evitáveis. Os estudos realizados acerca desta temática direcionam uma atenção especial aos adolescentes e adultos jovens evidenciando o uso abusivo de álcool e outras drogas. Contudo, com os idosos não tem sido da mesma maneira. Phillips e Katz (2001) descreveram que na terceira idade, a problemática tem sido descrita como complexa, multifatorial, um fenômeno não muito bem entendido, caracterizado por uma epidemia invisível, uma vez que os índices são subestimados e mal identificados (LEVIN et al., 2000).

Segundo o Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Manaus apresenta uma população total de 1.792.880 residentes em área urbana, no qual está inserido um quantitativo de 108.099 idosos, distribuídos em 47.260 homens e 60.840 mulheres. Dessa população 52.446 idosos estão cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (ESF) (SEMSA, 2012). Isso significa que a cobertura do acompanhamento de idosos atinge aproximadamente 49% da população idosa, sendo que no ano de 2012 foram realizadas cerca de 24.124 consultas médicas nesse serviço (SEMSA, 2012).

Nesse sentido, pesquisar sobre o consumo de álcool entre os idosos é de fundamental importância, e com essa necessidade surgiram os seguintes questionamentos:

- Qual o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população geronte na área de abrangência das estratégias saúde da família em Manaus?

- Há consumo de risco entre estes idosos, há sintomas de dependência e quais as conseqüências pessoais e sociais já aparentes?
- Há associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco de álcool nessa faixa etária?

Baseados nos questionamentos acima, este estudo se propõe a investigar o consumo de risco de álcool na população geronte na área urbana da cidade de Manaus, visto a indubitável relevância do conhecimento sobre essa temática para melhor subsidiar população na prevenção de possíveis complicações relacionadas ao consumo de álcool problemático na terceira idade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o consumo de risco de álcool entre os idosos cadastrados na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família, em Manaus, AM.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população geronte em estudo.
- Avaliar os pontos de corte do AUDIT para identificação de problemas no uso de álcool entre a população idosa na cidade de Manaus, AM.
- Identificar o consumo de risco, medindo o consumo, sintomas de dependência e consequências pessoais e sociais derivadas do uso nos idosos.
- Identificar os fatores de associação socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco do álcool conforme as zonas de risco do consumo de álcool.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Abordagens conceituais sobre o envelhecimento

O processo do envelhecimento é um fenômeno de configuração global. (GALETTI et al., 2008) afirma que no Brasil o envelhecimento da população, se comparada aos países ditos desenvolvidos, apresenta-se como um processo relativamente recente. Embora os estudos sobre a temática no país não sejam numerosos, a população geronte cresce gradativamente. Tal fato acarreta consequências no que concerne a estrutura econômica, social e populacional. Com base nesta premissa, para este estudo, faz-se necessário conhecer fatores emergentes desta contextualização e alguns conceitos relacionados ao tema.

Quando se fala em velhice, costuma-se pensar em idade avançada, improdução, doenças, dependência, sofrimentos, inaptidão aos processos sociais, fragilidade, indefesa e outros pensamentos que se relacionam ao obsoletismo. Isso é reflexo de uma história na qual a pessoa idosa foi sendo caracterizada principalmente pelo aspecto cronológico e improdutivo(FARINASSO; LABATE, 2010). Em épocas passadas, o envelhecimento era visto como algo oposto à saúde, um processo degenerativo que impossibilita qualquer desenvolvimento físico. Isso se deu devido à possibilidade das pessoas morrerem no ápice de sua idade fértil. Contudo, nos dias de hoje, mostra-se diferente, visto que, conforme cada região no mundo, a probabilidade de sobrevivência a partir dos sessenta anos vem aumentando progressivamente.

Até o final deste século, a expectativa de vida da população terá aumentado em 20 anos. A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX que, juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico envelhecimento da população mundial. O envelhecimento das populações começou em épocas diferentes, em países diferentes e vem evoluindo em proporções variantes. Geralmente, entretanto, no curso de algumas gerações, a proporção de idosos, com idade de 60 anos ou mais, está aumentando aproximadamente de 1 em 14 para 1 em 4. (ARAUJO; ALVES, 2000)

Atualmente, esta é uma temática que têm ganhado espaço e têm vencido os preconceitos que a sociedade estabelece. Fedrigo (1999) afirma que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível a agressões.

Para Trelha et al (2005), a velhice, agora considerada uma das fases fisiológicas da vida, tem um sentido maior do que uma simples prorrogação desta. Ela representa o aumento da proporção de pessoas com idade avançada constituindo a transição demográfica, efeito que vem acontecendo com a população brasileira acentuadamente nas últimas décadas. Estudos brasileiros realizados por Farinasso et al (2006) e Jomar et al (2012) apontam que este processo é avaliado como irreversível, pois juntamente com essa transição demográfica altera-se o perfil de morbimortalidade.

Pautados nessa realidade, em 2025 estima-se que entre os dez países do mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil na sexta posição (GARRIDO; MENEZES, 2002). Esta aproximação ao limite da vida deve-se aos avanços na medicina e na tecnologia de modo comum, além das mudanças dos hábitos da vida diária.

3.2 Epidemiologia do uso de álcool entre idosos

As perspectivas apontam para um aumento do número de idosos e não obstante, um aumento no número de idosos que possuem problemas relacionados ao álcool, exigindo cuidados com a saúde(CROME; DAY, 1999).

Apesar dos problemas com o álcool serem frequentemente subnotificados, o uso do álcool continua a ser comum entre as pessoas mais velhas(PILLON et al., 2010).Um estudo realizado em Nova Iorque revelou que cerca de 6% de adultos mais velhos são considerados usuários pesados de álcool, ou seja, idosos com uso de mais de dois drinques por dia (KIM et al., 2013).

Sobre isso, uma conjuntura vista em 2001 por Phillips e Katz (2001) também foi encontrada em 2010 por Pillon et al. (2010)em seus estudos, esses autores afirmam que a prevalência de uso de álcool em idosos ainda é mais aceita, principalmente por ser menor que a encontrada nos jovens e, ainda, enfatizam que pouco se sabe sobre o abuso e a dependência das substâncias psicoativas nesse grupo da população com idade avançada.

Para Connell et al. (2003)esse pouco conhecimento acerca do tema se deve à prevalência do uso, abuso e dependência de substância psicoativa entre os idosos ser variante, pois ela está intimamente relacionada ao depende do método utilizado para detectar o uso e as consequências, a distribuição geográfica e a amostra (geralmente são utilizadas sub amostras), o que vem dificultando uma comparação.

É importante lembrar que pacientes com problemas com álcool geralmente necessitam de cuidados de saúde, destacando-se as elevadas taxas de emergência e psiquiátrica(KIM et al., 2013).

Contudo, o consumo de álcool na população parece diminuir com o avanço da idade(MIRAND; WELTE, 1996). Pesquisadores questionam se esta descoberta representa uma verdadeira diminuição no consumo dos indivíduos que envelhecem, ou se reflete diferenças no uso de álcool entre coortes atuais das pessoas idosas quando em comparação com os mais jovens(CONNELL et al., 2003).

A maioria dos dados longitudinais sugere uma pequena mudança no padrão de consumo de álcool com a idade. A diminuição do consumo de álcool entre os idosos pode ocorrer devido a inúmeras razões as quais incluem o aumento fisiológico dos efeitos da bebida, as co-morbidades existentes, a acessibilidade ou conveniência do álcool, as questões financeiras embutidas a uma tendência de menos eventos sociais que enfatizam o consumo de álcool (LIMA et al., 2009).

Cerca de dois terços dos pacientes idosos que possuem problemas com o álcool, iniciaram o consumo ainda na idade jovem(KIM et al., 2013). Entre as complicações do consumo de álcool inclui-se a morte. Porém, muitas pessoas com início precoce do consumo alcóolico sobrevivem e chegam a desenvolver doenças relacionadas ao álcool agravado por mudanças associadas com o envelhecimento. Pessoas com início precoce de consumo de álcool têm uma maior prevalência de comportamentos anti-sociais e histórico familiar marcado pelo alcoolismo. O declínio do status socioeconômico e mudanças familiares também são comuns nesse grupo(KIM et al., 2013).

Alguns dos eventos da terceira idade - como o luto ou a aposentadoria - podem desencadear o início tardio do consumo de álcool em alguns idosos os quais se contam com mais recursos e apoio familiar obtêm melhores resultados no tratamento, quando comparados aos usuários que tiveram início do consumo em idades precoces (BELL et al., 2000).

3.3 Aspectos relacionados ao consumo de álcool por idosos

O abuso do álcool e o alcoolismo são problemas comuns, porém menos estudados entre os adultos mais velhos. É valioso destacar que os efeitos do álcool podem ser aumentados em pacientes idosos já que estes apresentam alterações farmacológicas associadas ao envelhecimento (CONNELL et al., 2003).

Menninger (2002), Connell et al. (2003) e Dar (2006) afirmam que o aumento dos riscos são multifatoriais, entre eles encontram-se os relacionados à idade, como por exemplo, o aumento da fragilidade, as mudanças corporais e no metabolismo das drogas, além do aumento da morbidade e da utilização de medicações prescritas.

Para Menninger (2002) os estudos epidemiológicos, apesar de terem sido desenvolvidos com metodologias e em locais diferentes, estimam que de 2% a 20% dos idosos que fazem uso abusivo de álcool, já que esta é droga de maior consumo nessa faixa etária. Também, Levin et al (2000) estimam que cerca de 1% a 12% apresentem critérios de diagnóstico da síndrome da dependência, além de mencionarem que dependendo do ambiente de tratamento, esses índices são ainda maiores: 14% nas urgências hospitalares, 18% a 41% nas internações em enfermarias e 23% a 44% em enfermarias psiquiátricas (McInnes e Powell, 1994; Bell et al., 2000).

3.4 Métodos para a caracterização do consumo de álcool

Uma abordagem geral para a os cuidados clínicos dos idosos com consumo de álcool excessivo inicia-se pela identificação do problema. Abuso e dependência de álcool são sub-reconhecidas entre os adultos mais velhos. Além disso, o conceito estereotipado de um alcoólico dificulta o reconhecimento de problemas de álcool entre os idosos, principalmente entre as mulheres mais velhas. Vários sinais podem levantar a suspeita de um problema com álcool. Contudo, é de relevância destacar que inúmeras ferramentas de rastreamento prático para o alcoolismo estão disponíveis, entre elas destacam-se os instrumentos de rastreamento que buscam a identificação preliminar de sujeitos com problemas no uso de álcool.

O quadro 1 exhibe os principais instrumentos de triagem para o consumo de risco de álcool.

INSTRUMENTO	MÉTODO	POPULAÇÃO ALVO	NÚMERO DE QUESTÕES	FORMATO	ESCORE	SENSIBILIDADE (%)	ESPECIFICIFICIDADE (%)
AUDIT	Teste de triagem com 10 questões que devem ser aplicadas em forma de entrevista.	Adultos	10	Frequência	É somado conforme os pontos adquiridos na entrevista. Quanto maior o número de pontos, maior o risco. Seu resultado é dividido em 4 zonas de risco (I,II,III,IV).	51-97	78-96
CAGE	Questionário que indica uso nocivo de álcool.	Adultos	4	Sim ou não	2 ou mais perguntas “sim” é considerado potencial risco de consumo.	43-948	70-97
MAST	Auto avaliação do paciente para identificar problemas com álcool na população.	Adultos	4	Sim ou não	2 ou mais perguntas “sim” é considerado potencial risco de consumo.	84-100*	87-95*
MAST-G	Teste de triagem 24 perguntas com respostas “sim” ou “não”	Idosos	24	Sim ou não	5 ou mais perguntas “sim” é considerado potencial risco de consumo.	70	80
T-ACE	Questionário (adaptação do CAGE)	Grávidas	4	Sim ou não e quantidade	2 ou mais perguntas “sim” é considerado potencial risco de consumo.	76	79
TWEAK	Alternativa do Mast.	Mulheres	5	Sim ou não e quantidade	2 ou mais perguntas “sim” é considerado potencial risco de consumo.	75-79	83-90

Quadro 1: Instrumentos de triagem de consumo de risco de álcool. Adaptado por Ivany Vinhote em Outubro de 2014. (INCLUIR REFERENCIAS NO MENDELY)

Abreviações: AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test; CAGE, C: você tem todo senti que deveria diminuir a bebida? (Diminuição), A: as pessoas se incomodam ou reclamam do seu modo de beber? (aborrecido), G: você já se sentiu mal ou culpado por beber? (culpado), E: primeira coisa ao acordar de manhã foi que beber para acalmar ou para se livrar de uma ressaca? (abrir dos olhos); MAST, Michigan Alcoholism Screening Test; MAST-G, Michigan Alcoholism Screening Test-Versão Geriátrica; T-ACE, T: necessita mais de três bebidas para fazer você se sentir bem? (tolerância), A: se sente irritado com as pessoas sobre as com as críticas de seu? (aborrecido), C: você está tentando reduzir o consumo? (diminuição), E: você já usou o álcool logo após despertar de manhã? (abrir dos olhos); TWEAK, T: quantas bebidas você pode ingerir? (Tolerância), W: teve amigos ou parentes preocupados com o seu consumo de álcool no último ano passado? (preocupado), E: você às vezes tomar uma bebida de manhã logo quando você se levanta? (abrir de olhos), A: tem um amigo ou membro da família toda te disse sobre as coisas que você disse ou fez enquanto você estava bebendo que você não se lembrava? (amnésia), K: você se sente, por vezes, a necessidade de reduzir o seu consumo de álcool? (diminuição).

3.4.1 AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

O AUDIT, que foi utilizado neste estudo, é um teste de triagem que apresenta 10 questões relativas à quantidade e frequência de problemas de alcoolismo, dependência de álcool, e afins (BABOR et al., 2001). Esse instrumento, um dos mais usados mundialmente, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 80, a fim de detectar os problemas de bebidas entre os adultos jovens no ensino básico.

Ele destaca-se por sua sensibilidade em detectar o consumo nocivo e utilidade para detectar grupos de risco (SANTOS, DOS et al., 2013). Sua relevância foi comprovada por diversos estudos realizados pelo mundo: Sécia, Estados Unidos, México, Canadá, Finlândia, Nigéria, Índia, Espanha, China, Alemanha, Vietnã, França, Austrália, entre outros. No Brasil, esse instrumento foi validado no Rio Grande do Sul, e em seguida na Bahia. (SANTOS, DOS et al., 2013). Posteriormente, no Amazonas foi realizada a validação para a população ribeirinha, na qual os autores utilizaram uma versão traduzida para português (MORETTI-PIRES, RODRIGO OTÁVIO.; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Esse instrumento abrange: (1) consumo de álcool (por exemplo, “Com que frequência você consome alguma bebida alcoólica?”); (2) dependência do consumo de álcool (por exemplo, “Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?”) e (3) consequências adversas do consumo de álcool (por exemplo, “Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?”) (MENESES-GAYA, DE et al., 2009). Para responder, é necessário que o participante considere o seu consumo de bebidas alcoólicas nos últimos doze meses.

O primeiro item envolve a frequência do consumo e é respondido em uma escala de cinco pontos, variando entre 0 (Nunca) e 4 (Quatro ou mais vezes por semana). O item 2, que mensura a quantidade de bebida alcoólica consumida, inclui cinco opções de respostas que se distribuem entre as opções: não bebo = 0; 1 ou 2 “doses” = 1; 3 ou 4 “doses” = 2; 5 ou 6 “doses” = 3; 7 a 9 “doses” = 4; e 10 ou mais “doses” = 5. Já os seguintes itens (3, 4, 5, 6, 7 e 8) as respostas variam entre os seguintes extremos: Nunca = 0 e Todos os dias ou quase todos = 4. As últimas questões (9 e 10) apresentam como alternativas de resposta: Não = 0; Sim, mas não no último ano = 2; e Sim, durante o último ano = 4. (SANTOS et al., 2012).

O escore é somado conforme os pontos às respectivas respostas dos entrevistados e seguida são classificados conforme a zona de risco, da seguinte forma: Zona I (baixo risco ou risco inexistente) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos (MORETTI-PIRES, RODRIGO OTÁVIO; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Foram ainda desenvolvidos alguns instrumentos que são versões abreviadas derivadas do AUDIT original, como o AUDIT-C com as três primeiras questões apenas (LIU et al., 2001), o AUDIT-QF somente com as duas primeiras questões (AALTO et al., 2006) e o AUDIT-3 com somente a terceira questão (BUSH et al., 1998).

O AUDIT original possui um ponto de corte de 8 pontos para identificação de usuários pesados de álcool. Entretanto, para população idosa Aalto, Alho, Halme, & Seppä, (2011) propõem o ponto de corte de 5 pontos, o qual apresentou melhor especificidade e sensibilidade nesta população.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal do tipo descritivo-observacional.

4.2 População em estudo

A população estudada foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família, na área urbana da cidade de Manaus, Amazonas, Brasil.

4.3 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde que possuem Equipes Saúde da Família (ESF), que estão distribuídas na área urbana cidade de Manaus, AM, em que há idosos cadastrados.

4.4 Amostragem

Para o cálculo inicial da amostra levou-se em consideração para estimativa do tamanho da amostra para a zona urbana da cidade de Manaus e o valor de 3,2%, prevalência para o padrão de “5 ou mais doses de consumo de álcool por dia”, obtido na pesquisa entre idosos de Lima et al. (2009). Considerou-se um erro amostral de 2% e valor de z de 1,96 (IC=95%), resultando em uma amostra mínima de 295 idosos. A estes valores foram adicionados 10% para perdas, e a amostra ficou estabelecida em 325 questionários.

A amostragem foi por conglomerado com sorteio em duas etapas (10% das ESF das zonas e sujeitos). A amostra foi distribuída proporcionalmente ao tamanho da população de idosos atendidos por zona, resultando em 51 sujeitos na zona leste, 42 na zona norte, 96 na

zona oeste e 135 na zona sul. Entre os registros em cada ESF foram selecionados sistematicamente os idosos registrados a serem visitados, conforme distribuição descrita na Tabela 1.

	DISTRITO DE SAÚDE				Total
	LESTE	NORTE	OESTE	SUL	
Idosos Cadastrados*	8.286	6.818	15.471	21.871	52.446
% do total de idosos em ESF Manaus	16	13	29	42	100
ESF ATIVAS*	32	32	41	47	152
Número de ESF Sorteadas	3	3	4	5	15
Questionários Previstos	51	42	96	135	325
Questionários por ESF sorteada	17	14	24	27	

*FONTE: Secretária Municipal de Saúde, DACAR/GERIS(SIAB), Nov/2012

Tabela 1 – Distribuição do plano de amostragem, considerando as ESF ativas por Distrito de Saúde.

Houve consulta quanto ao desejo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF em apoiarem a pesquisa, para a sensibilização inicial dos sujeitos sorteados e realização do primeiro contato, explicando que havia uma pesquisa em curso na ESF e consultando-os se aceitariam receber o pesquisador para explicação mais detalhada da pesquisa.

Com esta anuência foi realizada a visita, com até três tentativas em horários diferentes. Após este número de tentativas e ocorrendo insucesso no acolhimento dos moradores, considerou-se esta unidade amostral como perda.

4.5 Critérios de Inclusão

Para a seleção dos sujeitos, consideraram-se os seguintes critérios: ter idade maior ou igual a 60 anos; residir na área adscrita da ESF; estar cadastrado na ESF; concordar voluntariamente em participar da pesquisa e assinar, ou por impressão datiloscópica no TCLE.

4.6 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra os idosos que não possuíram, no ato da entrevista, condições cognitivas para responder os questionamentos, ou seja, aqueles que não alcançaram os pontos de corte determinados pelo método Teste de Fluência Verbal (TFV) categoria animais (LIMA, FERNANDES, ROSSI, & GOMES, 2007) para avaliação da cognição.

4.7 Instrumento de coleta de dados

O instrumento elaborado para a coleta de dados foi um questionário estruturado que aborda aspectos socioeconômicos e relacionados à saúde (ANEXO D). Juntamente a este, foi acrescentado o AUDIT – instrumento de triagem simples para avaliar o risco do consumo de álcool, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BABOR et al., 2001).

Ele pode ajudar na identificação de excesso de bebida e indica um quadro de intervenção para ajudar consumidores de risco a reduzir ou cessar consumo de álcool e, assim, evitar as consequências negativas do consumo de álcool.

Quanto à caracterização socioeconômica utilizou-se o critério da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) visto que este possui facilidade em obtenção de dados e aplicabilidade na área da saúde (BOING, PERES, KOVALESKI, ZANGE, & ANTUNES, 2005). Os aspectos relacionados à saúde, segundo item do questionário, reúnem informações sobre a auto percepção da saúde, auto cuidado e morbidades previamente diagnosticadas.

O questionário foi preenchido exclusivamente por aplicadores treinados com formação na área da saúde, já que a população idosa reconhecidamente possui dificuldades visuais, além de permitir esclarecimento de respostas ambíguas e mais facilidade para administrar em pessoas com má habilidade de leitura.

4.8 Treinamento para aplicação do instrumento

Com antecipação à coleta de dados, os aplicadores participaram de treinamento, cujo objetivo foi de proporcionar total entendimento dos conceitos envolvidos, promovendo maior uniformidade de percepção possível da equipe quanto às características e elementos analisados.

Para isso, foi elaborado um Guia de Aplicação (APÊNDICE A), um Fluxograma da Pesquisa (APÊNDICE C) e um esquema de Intervenções (APÊNDICE D), os quais proporcionaram aos aplicadores esclarecimentos sobre a aplicação e as potenciais intervenções. Do mesmo modo, foram aplicados treinamentos dirigidos com exposição de teoria e execução prática.

4.9 Estudo Piloto

Para identificar a adequação do instrumento, foram aplicados 10 questionários em um estudo piloto para avaliar a necessidade de eventuais modificações, a fim de tornar o questionário o mais claro possível e prevenir erros. Para avaliação da concordância entre aplicadores, os questionários foram novamente aplicados aos mesmos indivíduos com um intervalo de uma semana.

4.10 Aplicação dos Questionários

O levantamento de dados foi realizado no período de cinco meses (Agosto de 2013 a Janeiro de 2014), obedecendo aos critérios amostrais pré-definidos. Realizou-se o convite para os potenciais participantes para contribuírem com estudo, em caso de aceite, seguiu-se para o esclarecimento da pesquisa e solicitação da assinatura ou aposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A).

Em seguida, foi realizado o teste de avaliação da cognição pelo método do Teste de Fluência Verbal (TFV). Para (2008) a prova de fluência verbal é capaz de subsidiar em informações sobre a capacidade de armazenamento do sistema de memória semântica e na habilidade de recuperar e guardar informações na memória, assim como também, no processamento das funções executivas, através da organização do pensamento e da busca de palavras.

O teste é simples e consiste em solicitar do entrevistado que cite o máximo de animais que conseguir lembrar num prazo de um minuto. Os pontos de cortes são de até 9 animais/minuto para quem tem até 8 anos de escolaridade, e 13 animais/minuto para quem têm acima de 8 anos de escolaridade. Dessa forma, o TFV permitiu a identificação e exclusão de idosos com declínio de memória, fornecendo adequada validade das informações relatadas.

Além disso, foi feito o controle de perdas e taxa de não resposta, usando os critérios e os respectivos códigos e situações descritos no Tabela 2.

Após a identificação do indivíduo participante, deu-se início a entrevista, enfatizando que não havia respostas certas ou erradas e garantindo o sigilo das informações.

CRITÉRIO	CÓDIGO	SITUAÇÃO
Participante	2	Atendeu os critérios de inclusão e não atendeu aos de exclusão para participar da pesquisa.
Não aceitaram participar (não resposta)	4	Idosos que manifestaram a intenção de não participar do estudo.
Excluídos no teste de cognição	6	Idosos que embora tenham aceitado participar, mas não atingiu o ponto de corte no TFV.
Excluídos por outros motivos.	8	Idosos com quadro geral de saúde precário que não tinham condições de responder o TFV.

Tabela 2 – Critério e códigos do descritivo situacional do participante.

4.11 Tratamento Estatístico

As variáveis utilizadas foram divididas em três tipos: as relacionadas ao indivíduo, as que caracterizam os aspectos relacionados à saúde e as que caracterizam o risco do consumo de álcool.

Com os dados coletados, foi montado um banco de dados na planilha Microsoft Excel 2010®. Este foi analisado utilizando o programa estatístico R versão 3.0.

Para verificação da concordância entre os aplicadores, usando como padrão os resultados obtidos com a pesquisadora principal, foi realizada Análise de Concordância Kappa. Os dados pertinentes ao perfil do indivíduo, os aspectos relacionados à saúde e os que caracterizam o risco do consumo de álcool foram conduzidos em análises univariadas, para descrição das variáveis, e bivariadas para verificar a associação entre as características dos indivíduos e a sua classificação nas zonas de risco do AUDIT, usando-se o teste do χ^2 , e para tabela 2 X 2, o teste Exato de Fisher ou razão de verossimilhança.

4.12 Avaliação dos pontos de corte do AUDIT

O AUDIT original possui um ponto de corte de 8 pontos para identificação de usuários com risco existente no uso de álcool, entretanto, para população idosa na Finlândia Aaltoet al. (2011) propôs o ponto de corte de 5 pontos, o qual apresentou melhor especificidade e sensibilidade naquela população. Assim, para avaliar o ponto de corte ideal para a identificação dos usuários risco existente no uso do álcool entre a população idosa em Manaus-AM, foram avaliadas a sensibilidade e a especificidade dos pontos de corte 5 e 8 nesta população para identificação de “bebedores pesados”.

Foi aplicada a entrevista *TimelineFollow-Back* (TLFB) que permite ao sujeito estimar seu consumo diário de álcool nos últimos 28 dias com a ajuda da análise de um calendário com as principais datas festivas. Foi considerado como “bebedor pesado” o sujeito que relatava beber 8 doses de álcool, em média, por semana ou pelo menos 4 doses em um mesmo dia (NIAAA, 2005).

Para comprovar o desempenho dos pontos de corte do AUDIT foi utilizada a curva ROC (*ReceivingOperatingCharacteristics*), que sumariza o poder discriminatório entre as categorias de uso de álcool. Sensibilidade e especificidade foram calculadas para os diferentes pontos de corte, sendo considerado ótimo aquele acima de 0,80, na discriminação dos bebedores pesados obtida por meio do TLFB.

4.13 Aspectos éticos

Este projeto teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (ANEXO B) e, em concordância com a legislação brasileira vigente e resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) tendo sido aprovado por meio do Parecer No. 256.010, de 24/04/2013 (ANEXO C). Posteriormente à aprovação do projeto foi dado início a fase de treinamento e coleta de dados. Destacamos que as entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.14 Análise crítica dos riscos e benefícios

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Pautados na proposta metodológica escolhida para esta pesquisa, esperou-se que os riscos ou prejuízos fossem mínimos aos sujeitos da pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a resguardar o anonimato dos respondentes por meio da codificação da identificação do questionário e ao perceber qualquer sinal de constrangimento na entrevista esta seria encerrada imediatamente.

A participação do sujeito foi voluntária e foi assegurada a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, inclusive com retirada de consentimento *à posteriori*, sem precisar de justificativa. Caso ocorresse algum risco não previsto, ele seria minimizado ou a pesquisa seria suspensa imediatamente ao percebê-lo.

Quanto aos benefícios para o sujeito da pesquisa estava o de identificar a zona de risco do seu consumo álcool e algumas consequências específicas do seu uso nocivo. Caso identificado, através dos resultados apontados pelo teste AUDIT, o sujeito era encaminhado

para uma estrutura de intervenção dentro da própria Atenção Primária ou para entidades que pudessem contribuir com intervenções para auxiliar os indivíduos na atenuação dos prejuízos advindos do consumo de risco do álcool.

Considerou-se ainda que a pesquisa possibilitasse melhor compreensão de aspectos relacionados à saúde e que as informações obtidas são essenciais para promover melhor atenção à saúde do idoso.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sorteados e visitados 339 idosos dos quais 6 se recusaram a participar da pesquisa, 12 não atingiram a pontuação mínima do TFV e 4 não apresentaram idade conforme os critérios de inclusão pré-determinados (≥ 60 anos), dessa forma foram excluídos 22 idosos (6,49%). Assim, 317 idosos foram elegíveis para participar deste estudo, sendo que a amostra mínima exigida era de 295 sujeitos.

A concordância entre os aplicadores na identificação dos níveis de risco de consumo de álcool não foi possível medir no teste piloto em virtude de ter sido identificado apenas um usuário de álcool nesta fase. Dessa maneira, decidimos realizar verificar a concordância da classificação social resultando em uma concordância perfeita com valor Kappa igual a 1,00.

5.1 Avaliação dos pontos de corte do AUDIT para a população idosa de Manaus

A curva ROC (área = 0,986) obtida na avaliação dos pontos de corte do AUDIT considerando o resultado da identificação de bebedores pesados obtidos com o questionário timelinefollowback está representada na Figura 1. E na Tabela 3 são apresentados os valores de sensibilidade e especificidade obtidos para cada um dos escores do AUDIT, na Curva ROC.

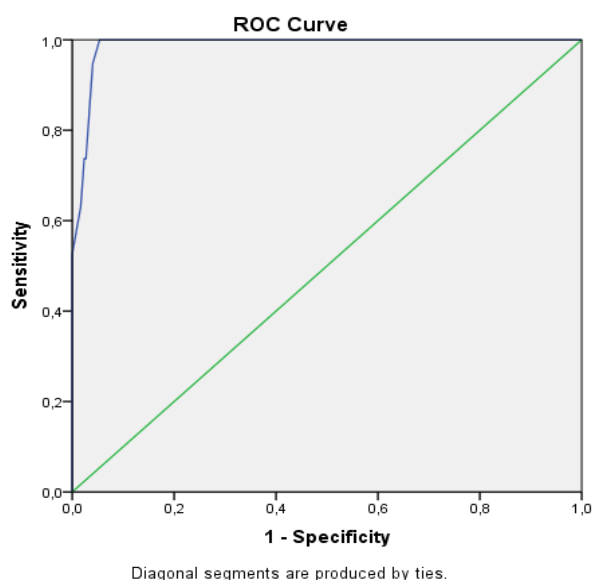


Figura 1: Curva ROC obtida a partir do escore do AUDIT e o resultado do TimelineFollowback na identificação do bebedor pesado.

A tabela 3 permite analisar mais detalhadamente o ponto de corte 8, o utilizado como ponto de corte do AUDIT na população em geral, e o ponto de corte 5, que apresentou para Aalto et al (2011) a melhor especificidade e sensibilidade em população de idosos da Finlândia. Observa-se que os escores 5 e 8, apresentaram sensibilidade de 100%, ou seja os pacientes que realmente apresentavam problemas no uso do álcool eram identificados aplicando-se qualquer um destes pontos de corte (verdadeiros positivos). Já a especificidade, fração de verdadeiros negativos, do escore 5 foi de 81,5% e no escore 8 de 92,10%.

Para a definição do melhor ponto de corte avaliou-se a sensibilidade e especificidade do teste para cada ponto. O estudo obteve uma sensibilidade de 100% tanto o escore 5 quanto no 8, sendo a sensibilidade superior ao encontrado por Aalto et al (2011) que obteve sensibilidade de apenas 48% para o escore 8 e acima de 85% para o escore 5.

A especificidade encontrada para o escore 8 também foi superior a outros estudos, o que garante o escore 8 como o ponto de corte ideal para a população estudada, para identificar os uso problemático do álcool.

Score AUDIT	1-Especificidade (fração de falso +)	Especificidade (fração de verdadeiro -)	Sensibilidade (fração de verdadeiro +)
-0,25	0,681	0,319	1,000
1	0,351	0,649	1,000
2	0,304	0,696	1,000
3	0,258	0,742	1,000
4	0,225	0,775	1,000
5	0,185	0,815	1,000
6	0,153	0,847	1,000
7	0,111	0,889	1,000
8	0,079	0,921	1,000
9	0,064	0,936	1,000
10	0,047	0,953	0,974
11	0,037	0,963	0,895
12	0,030	0,970	0,789
13	0,025	0,975	0,737
14	0,020	0,980	0,684
15	0,008	0,992	0,579
16,25	0,000	1,000	0,474
17,75	0,000	1,000	0,263
20,25	0,000	1,000	0,079
24	0,000	1,000	0,026

Tabela 3– Resultado da sensibilidade e especificidade na Curva ROC para os escores do AUDIT comparando ao resultado do *TimelineFollowback* (referência), na identificação do bebedor pesado.

Note-se que adoção do escore 5 ocasionaria a identificação de 18,5% de falsos positivos (1-especificidade), usuário sem problemas identificados como com problemas no padrão de uso do álcool. Já com a adoção do escore 8, somente 7,9% de falsos positivos iriam ocorrer

Considerando o impacto social negativo da identificação incorreta de usuários de risco (falsos positivos), ao expor idosos que não necessitariam de intervenção terapêutica

sobre o seu uso de álcool, os dados obtidos nesta pesquisa orientam para a utilização do escore 8 no AUDIT para a população idosa de Manaus devendo ser o adotado para triagem de uso de risco de álcool entre idosos de Manaus- AM, o mesmo usado para população adulta em geral.

A sensibilidade e especificidade obtidas neste estudo foram semelhantes a outros estudos realizados no Brasil que tiveram como objetivo a validação do AUDIT no país. Nesses estudos a pontuação 8 também foi indicada como melhor ponto de corte. O estudo de Mendez et al (1999) obteve 91,8% de sensibilidade e 62,3% de especificidade e Lima et al (2005), com sensibilidade 100% e 76% de especificidade, para o escore 8.

5.2 Perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico

Os 317 participantes da pesquisa tinham em média $70,52 \pm 7,61$ anos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 97. O gênero feminino foi predominante (64,04%), assim como os idosos “jovens” – 60 a 69 anos – com 49,21% (Tabela 4).

Os resultados descritos acima corroboram com os encontrados em outras regiões do País. A predominância de idosos jovens (60-69 anos) também foi encontrada no nordeste do Brasil (55,00%) (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009), como visto no município de João Pessoa, no estado de Pernambuco, além do alto índice de feminização (94,00%).

Da mesma maneira, no sul do Brasil, foram encontrados 56,90% de idosas da cidade de Veranópolis, no Rio Grande do Sul (PILGER, 2006), além de 61,20% estar incluído na faixa etária de 60-70 anos.

Variáveis	n	%	IC 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Sexo				
F	203	64,04	58,76	69,32
M	114	35,96	30,68	41,24
Faixa etária				
60-69 anos	156	49,21	43,71	54,71
70-79 anos	114	35,96	30,68	41,24
80-89 anos	44	13,88	10,07	17,69
90 anos ou +	3	0,95	-0,12	2,01
Estado civil				
Casado/companheiro	146	46,06	40,57	51,54
Desquitado/divorciado	25	7,89	4,92	10,85
Solteiro	43	13,56	9,80	17,33
Viúvo	103	32,49	27,34	37,65
Saber				
Não	65	20,50	16,06	24,95
Sim	252	79,50	75,05	83,94
Critério Brasil				
B1	9	2,84	1,01	4,67
B2	27	8,52	5,44	11,59
C1	118	37,22	31,90	42,55
C2	76	23,97	19,27	28,67
D	84	26,50	21,64	31,36
E	3	0,95	-0,12	2,01

Tabela 4 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características demográficas socioeconômicas. 2013.

Essa presença do sexo feminino descrita dos estudos supracitados e em diversos outros caracteriza a feminização da terceira idade. Esse fenômeno pode ser explicado devido à mortalidade ser maior entre os homens do que e mulheres (SOARES, 2012).

Além disso, acredita-se que as mulheres expõem-se menos aos riscos que os homens e que elas possuem postura diferente diante dos cuidados com a saúde (ALVES et al., 2010), permitindo que elas vivam mais anos que os homens. Salienta-se ainda que as alterações demográficas e a inserção de inovações tecnológicas, principalmente no campo da Saúde, representam um aumento de expectativa de vida ao nascer, isto é, em 2050 de 78,1 anos para

os homens e 84,5 anos para as mulheres – 6,4 anos de vida a mais que os homens (SOARES, 2012).

Por outro lado, esse aspecto pode ser mudado. O perfil atual é compreendido por um grupo de mulheres que tinham como principal ocupação os trabalhos domésticos e baixa escolaridade. Contudo, percebe-se o avanço das mulheres nos níveis de escolaridade, campos de trabalho, mobilidade e arranjo social, o que poderá significar o aumento dos riscos de morbidade e mortalidade, e ainda os cuidados com a saúde (ROMERO, 2002).

Em se tratando de o estado civil, observou-se que 46,06% eram casados, 32,49% eram viúvos e apenas 12,93% moravam sozinhos. Desses entrevistados, 96,21% afirmaram ter filhos e a média obtida no grupo foi de $6,15 \pm 3,48$ filhos.

No tangente à situação conjugal há controversas. Em um estudo feito com idosos da cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, demonstrou que 61,70% eram casados e 25,80% eram viúvos (SANTOS E SILVA et al., 2013), assim como no presente estudo. Não obstante, outra pesquisa realizada em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, com frequentadores de um grupo de terceira idade, mostrou que 50,00% eram viúvos e que 40,00% eram casados (KÜMPEL et al., 2011).

Já em Frederico Westphalen, interior rio-grandense, foi realizado um estudo em idosos institucionalizados, no qual se pôde observar que idosos solteiros eram a maioria (64,50%) e sendo inexistente idosos que se declararam casados. No entanto, neste mesmo segmento, (SOARES, 2012) afirma que os idosos casados ou viúvos são os mais prevalentes na terceira idade, sendo as mulheres com alto índice de viuvez.

A maioria dos idosos (87,07%) declara que não reside sozinho. A média de coabitantes é de $3,71 \pm 2,35$ pessoas, sendo que 46,06% são de esposa e descendentes (filhos

e netos). O tipo de domicílio predominante foi casa (93,69%) ou apartamento (6,31%), 84,54% próprio e 15,46% não próprio.

Os resultados encontrados são semelhantes aos vistos no estudo de (PILLON et al., 2010).

Ao perguntar sobre religiosidade, viu-se que 57,10% eram católicos, 34,38% evangélicos e 3,17% espíritas.

Variáveis	n	%	IC 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Possui trabalho remunerado				
Às vezes	22	6,94	4,14	9,74
Não	244	76,97	72,34	81,61
Sim	51	16,09	12,04	20,13
Aposentado				
Não	108	34,07	28,85	39,29
Sim	209	65,93	60,71	71,15
Recebe benefício				
Não	218	68,77	63,67	73,87
Sim	99	31,23	26,13	36,33
Necessita de ajuda dos filhos				
Não	162	51,10	45,60	56,61
Sim	155	48,90	43,39	54,40

Tabela 5 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características econômicas. 2013.

Dos entrevistados, afirmaram saber ler 79,50% e ter em média de $3,32 \pm 3,27$ anos de estudo. As classes socioeconômicas prevalentes de acordo com Critério Brasil foram C1 (37,22%) e D (26,50%).

Notou-se que 16,09% possuíam trabalho remunerado, 65,93% eram aposentados e 31,23% recebiam algum tipo de benefício do governo brasileiro. Além disso, 48,80% afirmaram que necessitam de ajuda financeira dos filhos(Tabela 5).

5.3 Aspectos relacionados à saúde

Ao abordar os aspectos relacionados à saúde, os entrevistados consideraram seu estado de saúde razoável (54,89%) ou bom (20,82%). Essa auto percepção da saúde implica no julgamento do idoso sobre o seu estado de saúde, isto é, nas influências que ele sofre tanto na sua capacidade física quanto na sua cognição, associados aos aspectos ambientais e culturais em que ele está inserido. (FREITAS et al, 2010).

Assim como os estudos realizados com idosos em Bambuí, Minas Gerais, e em Porto Alegre, capital Rio-grandense, não houve variação relevante entre a distribuição da auto percepção da saúde entre os sexos, apesar de alguns estudos apontarem para uma pior auto avaliação das mulheres.

É de conhecimento mundial que quanto mais o sujeito é ativo, menos limitações ele apresenta . A prática de exercícios promove inúmeros benefícios, destacando-se a preservação da capacidade funcional em todas as faixas etárias. Além disso, tem alta performance na proteção de doenças cardiovasculares, na composição corporal, força e flexibilidade, na proteção de doenças articulares e densidade óssea, melhora do perfil lipídico entre outros (Matsudo, 2001).

Destacam-se também os benefícios mentais como: melhora da autoestima e autoconfiança, associados a diminuição dos riscos de depressão (NERI,2001).

A população deste estudo apresentou os seguintes resultados relacionados à prática de exercícios físicos regulares: 72,24% não realiza atividades físicas regularmente, indicando mais riscos de desenvolverem doenças. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com idosos residentes na área de abrangência da atenção básica no Nordeste

Brasileiro, onde 67,5% não realizavam atividades físicas. Já no Sul do país, a população com características semelhantes, apresentou 47,3% de inatividade física.

Acredita-se que essa divergência entre as regiões Norte e Nordeste com a região Sul pode estar associado a esta apresentar melhores indicadores econômicos que aquela (Mourão, 2013). Em relação à hospitalização nos últimos dozes meses, de pelo menos uma vez, foi de 19,24%, conforme descritos na Tabela 6.

Variáveis	n	%	IC 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Como considera a saúde?				
Muito boa	5	1,58	0,21	2,95
Boa	66	20,82	16,35	25,29
Razoável	174	54,89	49,41	60,37
Ruim	50	15,77	11,76	19,79
Muito ruim	15	4,73	2,39	7,07
Não sabe	7	2,21	0,59	3,83
Pratica atividade física?				
Não	229	72,24	67,31	77,17
Sim	88	27,76	22,83	32,69
Ficou hospitalizado nos últimos 12 meses?				
Não	256	80,76	76,42	85,10
Sim	61	19,24	14,90	23,58
Possui alguém para cuidar da saúde?				
Não	61	19,24	14,90	23,58
Sim	256	80,76	76,42	85,10

Tabela 6 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo aspectos relacionados a saúde. 2013

Quanto às morbidades autorreferidas mais prevalentes, destacam-se a hipertensão (64,98%) e a gripe (61,20%) por atingirem mais da metade da população. A diabetes foi a quinta morbidade mais referida pelos entrevistados, conforme exibido pela Tabela 7.

Consoante com os estudos de Mourão, 2013 a hipertensão e a diabetes são as doenças crônicas mais prevalentes. A estreita relação entre as doenças supracitadas com o envelhecimento está associada a mudanças estruturais que o corpo sofre associados ao estilo de vida e hábitos alimentares. Além disso, diversos estudos afirmam que a aposentadoria tendência o idoso a ser mais sedentário, a aumentar o peso corporal e consequentemente a apresentar problemas cardiovasculares.

Morbidades autorreferidas	n	%	IC 95%	
			Limite Inferior	Limite Superior
Hipertensão	206	64,98	59,73	70,24
Gripe	194	61,20	55,83	66,56
Dores de Cabeça	142	44,79	39,32	50,27
Doenças de Colunas/Costas	124	39,12	33,74	44,49
Diabetes	122	38,49	33,13	43,84
Reumatismo	99	31,23	26,13	36,33
Doenças Digestivas	87	27,44	22,53	32,36
Doenças do Coração	87	27,44	22,53	32,36
Depressão	72	22,71	18,10	27,33
Artrose	67	21,14	16,64	25,63
Artrite	59	18,61	14,33	22,90
Osteoporose	53	16,72	12,61	20,83
Problemas emocionais	52	16,40	12,33	20,48
Ansiedade	50	15,77	11,76	19,79
Acidente vascular cerebral	47	14,83	10,91	18,74
Enxaqueca	43	13,56	9,80	17,33
Alergias	42	13,25	9,52	16,98
Anemia	30	9,46	6,24	12,69
Doença Crônica do Pulmão	28	8,83	5,71	11,96
Câncer	28	8,83	5,71	11,96
Doença de pele	20	6,31	3,63	8,99

Tabela 7 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo morbidades autorreferidas. 2013.

Ainda sobre o aspecto de saúde, verificou-se que 95,58% dos idosos participantes não possuíam plano de saúde particular e 93,69% obtinham atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) e 4,73% conjugavam esse atendimento com outro plano de saúde ou com atendimento de cunho particular.

5.4 Aspectos relacionados ao consumo de risco de álcool

Considerando a adoção do ponto de corte 8, verificou-se que 78,23% dos entrevistados estavam inseridos no nível de risco I de uso problemático de álcool, o que significa dizer que apresentavam risco inexistente ou baixo. Já a zona de risco II, isto é, aquela que representa algum tipo de risco relevante, foi representada por 18,61% dos entrevistados. Desses idosos, 3,15% (zonas III e IV) receberam encaminhamento para melhor investigação dos riscos relacionados ao consumo de álcool dentro da própria ESF e para outro tipo de serviço. (Figura 1).

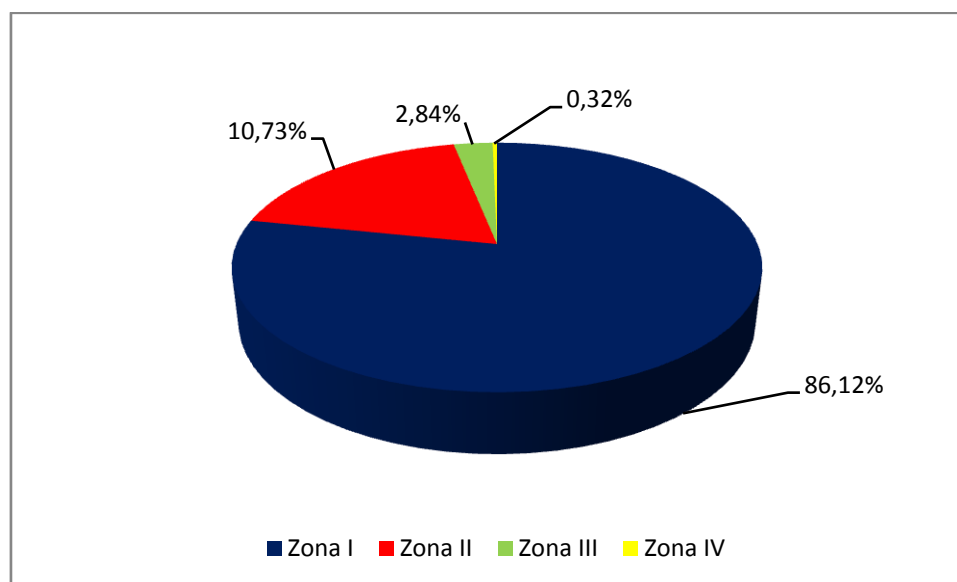
Rigo et. al. (RIGO et al., 2005) demonstraram que a estimativa da prevalência de alcoolismo no grupo dos idosos é de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% nas internações e enfermarias e de 23 a 44% nas unidades psiquiátricas, sendo mais comum entre os homens. Faz-se relevante compreender que o consumo de álcool entre os idosos é pouco diagnosticado, principalmente na comunidade (SILVA, 2008).

Somado a isso, existem diferenças na forma do consumo do álcool e na resposta do etanol nos idosos, já que os índices de morbidades cardiovasculares e o uso de medicamentos são elevados (RIGO et al., 2005).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentas (DSM-IV) não apresenta uma classificação adequada para idosos que fazem uso de álcool sem consequências observáveis. O Instituto Nacional de Alcoolismo e Abuso de Álcool (NIAA)

recomenda que os indivíduos com mais de 65 anos não deveriam ingerir mais de uma dose de álcool, isto é, 360ml de cerveja, 150ml de vinho e 45ml de bebida destilada (RIGO et al., 2005).

Figura 2 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo nível de risco de consumo de álcool. 2013.



Para o item de frequência de consumo, observa-se que 3,79% dos entrevistados consomem bebidas alcoólicas duas ou mais vezes por semana. Quanto a quantidade de doses que se consome tipicamente, 10,41% relatam consumir quatro ou mais doses. Em se tratando do consumo de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião, 13,56% dos idosos entrevistados afirmam que o fazem pelo menos uma vez por mês. Tabela 8.

Quanto aos sintomas de dependência propostos pelo instrumento AUDIT, 6,31% dos idosos participantes afirmaram que chegaram a pensar que não iriam conseguir parar de beber uma vez tendo começado. 9,15% referiram não ter conseguido realizar o que era esperado por causa do consumo de álcool e 8,20% afirmou que precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior (Tabela 9).

Medição do Consumo(Questões 1 a 3 do AUDIT)	Mulheres	%	Homens	%	p	Total	%
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?					0,000		
Nunca	136	71,6	54	28,4		190	59,94
Mensalmente ou menos	63	68,5	29	31,5		92	29,02
De 2 a 4 vezes por mês	1	4,5	21	95,5		22	6,94
De 2 a 3 vezes por semana	3	25,0	9	75,0		12	3,79
4 ou mais vezes por semana	0	0,0	1	100,00		1	0,32
2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?					0,007		
0 ou 1	10	66,7	5	33,3		15	4,73
2 ou 3	43	64,2	24	35,8		67	21,14
4 ou 5	11	33,3	22	66,7		33	10,41
6 ou 7	2	20,0	8	80,0		10	3,15
8 ou mais	1	50,0	1	50,0		2	0,63
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?					0,200		
Nunca	34	60,7	22	39,3		56	17,67
Menos do que uma vez ao mês	22	51,2	21	48,8		43	13,56
Mensalmente	8	47,1	9	52,9		17	5,36
Semanalmente	3	21,3	8	72,2		11	3,47
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	0	0,00		0	0,00

Tabela 8 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.

Sintomas de Dependência (Questões 4 a 6 do AUDIT)	Mulheres	%	Homens	%	p	Total	%
4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?					0,003		
Nunca	62	58,5	44	41,5		106	33,44
Menos do que uma vez ao mês	4	20,0	16	80,0		20	6,31
Mensalmente	1	100,0	0	0,00		1	0,32
Semanalmente	0	0,00	0	0,00		0	0,00
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	0	0,00		0	0,00
5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?					0,000		
Nunca	53	57,0	40	43,0		92	29,02
Menos do que uma vez ao mês	11	42,3	15	57,7		29	9,15
Mensalmente	3	37,5	5	62,5		6	1,89
Semanalmente	0	0,00	0	0,00		0	0,00
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	0	0,00		0	0,00
6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?					0,278		
Nunca	53	57,0	40	43,0		93	29,34
Menos do que uma vez ao mês	11	42,3	15	57,7		26	8,20
Mensalmente	3	37,5	5	62,5		8	2,52
Semanalmente	0	0,00	0	0,00		0	0,00
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	0	0,00		0	0,00

Tabela 9 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.

Ao questionarmos sobre terem sentido remorso ou culpa após ter bebido, 11,36% referiu que isso aconteceu pelo menos uma vez ao mês no último ano.

Quanto aos episódios de amnésia após ter bebido, 6,62% afirmou ter acontecido pelo menos de um episódio nos últimos 12 meses. Ao serem questionados sobre ter causado algum dano ou prejuízo a si próprio ou a outrem após ter consumido bebidas alcoólicas, 10,73% afirmaram que sim. Na tangente de receberem algum tipo de aconselhamento para que deixassem de beber ou diminuíssem o consumo, 8,20% relataram já ter recebido essa sugestão por parente, amigos ou profissionais da saúde (Tabela 10).

Em todos os itens, as prevalências de respostas compatíveis com o consumo de risco foram mais elevadas no sexo masculino (Tabelas 8, 9 e 10). Além disso, nosso estudo encontrou significância estatística entre o sexo em sete dos dez itens do perfil de consumo AUDIT. Apenas os itens 3, 6 e 8 não se mostraram significativamente associados com a variável sexo.

No item sobre frequência de consumo de álcool, observou-se que as mulheres apresentam maior frequência consumo de álcool ao mês (68,5% - Tabela 1), no entanto o número de doses consumidas em uma ocasião típica é maior entre os homens (4 ou 5 doses - 66,7%) (Tabela 1).

Dos homens, 57,7%, relataram que pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado enquanto que 42,3 das mulheres afirmou a mesma situação(Tabela 2).

Consequências sociais e pessoais(Questões 7 a 10 do AUDIT)	Mulheres	%	Homens	%	p	Total	%
7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?					0,001		
Nunca	48	67,6	23	32,4		71	22,40
Menos do que uma vez ao mês	14	38,9	22	61,1		36	11,36
Mensalmente	4	25,0	12	75,0		16	5,05
Semanalmente	1	25,0	3	75,0		4	1,26
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	0	0,00		0	0,00
8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?					0,149		
Nunca	52	56,5	40	43,5		92	29,02
Menos do que uma vez ao mês	11	52,4	10	47,6		21	6,62
Mensalmente	3	25,0	9	75,0		12	3,79
Semanalmente	0	0,00	0	0,00		0	0,00
Todos ou quase todos os dias	0	0,00	1	0,00		1	0,32
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?					0,000		
Não	194	69,3	86	30,7		280	88,33
Sim, mas não nos últimos 12 meses	8	21,2	26	78,8		34	10,73
Sim, nos últimos 12 meses	1	33,3	2	66,7		3	0,95
10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?					0,000		
Não	191	71,3	77	28,7		268	84,54
Sim, mas não nos últimos 12 meses	8	30,8	18	69,2		26	8,20
Sim, nos últimos 12 meses	4	17,4	19	82,6		23	7,26

Tabela 10 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as características do consumo de álcool. 2013.

5.5 Associações dos fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco

Ao verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o nível de risco de consumo de álcool entre os idosos, observou-se que apenas a variável sexo apresentou diferença com relevância estatística ($p < 0,001$). Observa-se na tabela 7 que somente entre os homens houve a identificação de idosos nas zonas de maior risco (III e IV), enquanto as mulheres encontraram-se somente nas zonas de risco I e II.

Quanto às morbidades autorreferidas, optamos por destacar as cinco mais citadas pelos idosos – hipertensão, gripe, dor de cabeça, dor de coluna/costas e diabetes -, além dessas, incluímos: depressão, problemas emocionais e ansiedade. Essas últimas foram escolhidas visto que um estudo realizado em uma instituição asilar na cidade Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil mostrou uma correlação positiva de 65% do etário estudado com sintomas depressivos (NASCIMENTO et al., 2013). Além disso, referente ao consumo de álcool, a proporção de idosos encontrada nos estudos de (FERREIRA et al., 2013) com indicativo de depressão que não bebiam foi significativamente ($p = 0,008$) superior ao sem indicativo.

Variáveis	Níveis de Risco								p-valor
	I		II		III		IV		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									<0,001
F	195	96,1	8	3,9	0	0	0	0	
M	78	69,4	26	22,8	9	7,9	1	0,9	
Faixa etária									0,559
60-69 anos	128	82,1	20	12,8	7	4,5	1	0,6	
70-79 anos	102	89,5	11	9,6	1	0,9	0	0	
80-89 anos	40	90,9	3	6,8	1	2,3	0	0	
90 anos ou +	3	100	0	0	0	0	0	0	
Estado civil									0,038
Com companheiro	118	80,8	22	15,1	6	4,1	0	0	
Sem companheiro	155	90,6	12	7,0	3	1,8	1	0,6	
Critério Brasil									0,311
B1	9	100	0	0	0	0	0	0	
B2	26	96,3	1	3,7	0	0	0	0	
C1	101	85,6	13	11,0	4	3,4	0	0	
C2	67	88,2	9	11,9	0	0	0	0	
D	68	81,0	10	11,9	5	6,0	1	1,2	
E	2	66,7	1	33,0	0	0	0	0	
Religião									0,188
Católica	156	86,2	17	9,4	7	3,9	1	0,6	
Espírita	10	90,9	1	9,1	0	0	0	0	
Evangélica	95	87,2	14	12,8	0	0	0	0	
Outros	12	75,0	2	12,5	2	12,5	0	0	
Situação de Saúde autorreferida									0,560
Muito boa	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0	
Boa	55	83,3	9	13,6	2	3,0	0	0	
Razoável	150	86,2	20	15,5	4	2,3	0	0	
Ruim	45	90,0	2	4,0	2	4,0	1	2,0	
Muito Ruim	13	86,7	2	13,3	0	0	0	0	
Não sabe	7	100	0	0	0	0	0	0	
Prática exercício	76	86,4	11	12,5	1	1,1	0	0	0,478
Principais morbidades autorreferidas									
Hipertensão	182	88,3	18	8,7	6	2,9	0	0	0,209
Gripe	172	88,7	16	8,2	5	2,6	1	0,5	0,235
Dor de cabeça	122	85,9	15	10,6	5	3,5	0	0	0,656
Dor de coluna/costas	113	91,1	8	6,5	2	1,6	1	0,8	0,061
Diabetes	111	91,0	10	8,2	1	0,8	0	0	0,105
Depressão	58	80,6	8	11,1	5	6,9	1	1,4	0,050
Problemas Emocionais	42	82,7	5	9,6	3	5,8	1	1,9	0,150
Ansiedade	42	84,0	5	10,0	2	4,0	1	2,0	0,260

Tabela 11 – Distribuição dos idosos atendidos pela ESF da cidade de Manaus-AM, participantes da pesquisa, segundo as variáveis sócio demográficas e relacionadas à saúde. 2013.

6. CONCLUSÃO

Estudar a saúde do idoso é de grande relevância e um dos grandes desafios a serem enfrentados pela Saúde Pública. O perfil encontrado dos idosos é composto semelhante ao cenário nacional, isto é, corroboram com os achados da literatura brasileira: idosos jovens, aposentados, que não residem sozinhos, que se consideram com saúde razoável e que estão inseridas no baixo risco (ou inexistente) no segmento consumo problemático de álcool.

Destacamos que o consumo de álcool encontrado neste estudo foi maior entre o grupo masculino, mas que foi possível observar um importante consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres, o que pode estar associado a mudanças no comportamento feminino diante do trabalho, renda e independência moral.

Quanto às associações, o presente estudo apresentou significância com as variáveis sexo e estado civil. As variáveis socioeconômicas não apresentaram significância como em outros estudos.

Embora este estudo tenha cumprido os objetivos propostos, devemos considerar que por se tratar de um estudo que busca hábitos e comportamentos, existe a possibilidade de inferências na fidedignidade das respostas obtidas e vieses tanto de memória quanto de resposta que podem levar a uma subestimação de frequências e número de doses de consumo, sendo esta uma limitação inerente ao desenho.

Contudo, foi possível de identificar o uso problemático de consumo de álcool na população atendida na atenção básica em Manaus e distinguir entre aqueles com risco baixo ou inexistente e os com risco existente, moderado ou elevado, sendo estes últimos com baixa prevalência na população.

REFERÊNCIAS

AALTO, M.; ALHO, H.; HALME, J. T.; SEPPÄ, K. 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. 881–5, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661878>>. Acesso em: 7/2/2013.

AALTO, M.; TUUNANEN, M.; SILLANAUKEE, P.; SEPPÄ, K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. **Alcoholism, clinical and experimental research**, v. 30, n. 11, p. 1884–8, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17067353>>. Acesso em: 12/9/2013.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 12–18, 1999.

ALVES, L. C.; LEITE, I. DA C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468–478, 2010.

APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983–2995, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>>.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre envelhecimento**, 2000.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care**. Second ed. 2001.

BARROS, M. B. DE A.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. DE; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 17, n. 4, p. 259–270, 2008.

BELL, A. J.; TALBOT-STERN, J. K.; HENNESSY, A. Characteristics and outcomes of older patients presenting to the emergency department after a fall: a retrospective analysis. **Medical Journal of Australia**, 2000.

BOING, A. F.; PERES, M. A.; KOVALESKI, D. F.; ZANGE, S. E.; ANTUNES, J. LEOPOLDO F. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais : características da produção na década de 90 Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases : a profile of the. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 673–678, 2005.

BRASIL, S. DE V. EM S.; BRASIL, S. DE A. À S.; BRASIL, I. N. DO C. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: 15 capitais e DF, 2002/2003. **Inca**, 2004.

BURGER, M.; MENSINK, G.; BRÖNSTRUP, A.; THIERFELDER, W.; PIETRZIK, K. Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. **European journal of clinical nutrition**, v. 58, n. 4, p. 605–14, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15042128>>. Acesso em: 11/8/2014.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol use among adolescents and adults - New Hampshire. **MMWR Morbidity and Weekly Report**, 2004.

CONNELL, H. O.; CHIN, A.; CUNNINGHAM, C.; LAWLOR, B. Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age Henry. **BMJ Clinical Review**, v. 327, n. September, 2003.

CROME, I. B.; DAY, E. Substance misuse and dependence : older people deserve better services. **Reviews in Clinical Gerontology**, v. 9, n. 04, p. 327–342, 1999.

DAR, K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 12, n. 3, p. 173–181, 2006. Disponível em: <<http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.12.3.173>>. Acesso em: 11/8/2014.

DAWE, S.; LOXTON, N. J.; KAVANAGH, D. J.; MATTICK, R. P. **Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders by.** 2002.

FARINASSO, A. L. DA C.; LABATE, R. C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 588–595, 2010.

FARINASSO, A. L. DA C.; MARQUE, S.; RODRIGUES, R. A. P.; HAAS, V. J. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do psf. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 1, p. 45–52, 2006.

FEDRIGO, C. R. A. M. Fisioterapia na Terceira Idade: o futura de ontem é a realidade de hoje. **RevReabilitar**, 1999.

FERREIRA, P. C. DOS S.; TAVARES, D. M. DOS S.; MARTINS, N. P. F.; RODRIGUES, L. R.; FERREIRA, L. A. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 197–204, 2013.

GALETTI, C.; ALVARENGA, P. G. DE; ANDRADE, A. G. DE; TAVARES, H. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos : uma revisão da literatura. **Rev Psiq Clin**, v. 53, n. Supl 1, p. 39–43, 2008.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo : boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl I, p. 3–6, 2002.

GOUVEA, P. B.; NANCY, S.; HEGETO, D.; LOURENÇO, C. AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE GESTANTES CADASTRADAS NO SISPRENATAL EM LONDRINA / PR * ASSESSMENT OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG PREGNANT WOMEN REGISTERED IN SISPRENATAL IN LONDRINA / PR EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE GESTANTES DEL CATASTRO D. , v. 15, n. 4, p. 624–630, 2010.

HULSE, G. K. Álcool, drogas e muito mais entre idosos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl I, p. 34–41, 2002.

IBGE, I. B. DE G. E E. **SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010**. 2011.

JOMAR, R. T.; PAIXÃO, L. A. R. DA; ABREU, Â.; MENDES, LA M. ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT) E SUA APLICABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Rev APS**, v. 15, n. 1, p. 113–117, 2012.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. **Revista Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200–10, 1987.

KIM, J. W.; LEE, B. C.; LEE, D. Y.; et al. The 5-item Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-5): an effective brief screening test for problem drinking, alcohol use disorders and alcohol dependence. **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 48, n. 1, p. 68–73, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22917753>>. Acesso em: 7/2/2013.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165–180, 2012.

KÜMPEL, D. A.; SILVEIRA, M. M. DA; ROCHA, J. DE P.; et al. Perfil alimentar de idosos frequentadores de um grupo de terceira idade. **Revista Contexto Saúde**, v. 10, n. 20, p. 361–66, 2011.

LEITE-CAVALCANTI, C.; RODRIGUES-GONÇALVES, M. DA C.; RIOS-ASCIUTTI, L. S.; LEITE-CAVALCANTI, A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 865–877, 2009.

LEVIN, S. M.; BLOW, F.; KRUGER, J. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse Among Older Adults. **Anais...** p.152, 2000.

LIMA, M. C. P.; OLIVEIRA, J. B. D. O.; SIMÃO, M. O.; et al. Consumo de álcool e ocorrência de quedas entre idosos na Região Metropolitana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2603–2611, 2009.

LIMA, S. A. DE; FERNANDES, N.; ROSSI, F.; GOMES, M. Função Cognitiva e Depressão em Uma Coorte de Pacientes Submetidos a Diálise Peritoneal , Avaliada pelo Mini-mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na Memória ! Cognitive Function and Depression in a Cohort of Patients on. **J Bras Nefrol Volume**, v. 29, n. 4, 2007.

LIU, Y.; DING, J.; TRUDY, L. B.; et al. Relative Androgen Excess and Increased Cardiovascular Risk after Menopause: A Hypothesized Relation. **American Journal Of Epidemiology**, v. 154, n. 6, p. 489–494, 2001.

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. 1121–3, 1974. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4416585>>.

MCINNES, E.; POWELL, J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 308, n. 6926, p. 444–6, 1994. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2539506&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

MENESES-GAYA, C. DE; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. **Psychology and Neuroscience**, v. 2, n. 1, p. 83–97, 2009. Disponível em: <<http://www.psycneuro.org/index.php/psycneuro/article/view/46/178>>. Acesso em: 9/8/2013.

MENNINGER, J. A. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 66, n. 2, p. 166–83, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12141383>>. .

MIRAND, A. L.; WELTE, J. W. Alcohol consumption among the elderly in a general population, Erie County, New York. **American journal of public health**, v. 86, n. 7, p. 978–84, 1996. Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1380439&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. .

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497–509, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. spe, p. 813–820, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. .

NASCIMENTO, D. C. DO; BRITO, M. A. C.; SANTOS, A. D. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte , Ceará , Brasil. **J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 3, p. 146–150, 2013.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência Prevalence of depression among the elderly population who frequent community centers. **Revista Saúde Pública Saúde**, v. 40, n. 4, p. 2005–2007, 2006.

PAVARINI, S. C. I.; BARHAM, E. J.; VAROTO, V. A. G.; FILIZOLA, C. L. A. O IDOSO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL : RELATO DE EXPERIÊNCIA THE ELDERLY IN A MENTAL HEALTH CONTEXT : REPORTING ON AN EXPERIENCE. **Texto Contexto Enf**, v. 13, n. 4, p. 608–617, 2004.

PHILLIPS, P.; KATZ, A. Uso indevido de drogas em idosos : Uma prioridade política emergente. **Nursing Times Reseach**, v. 6, n. 6, p. 898–905, 2001.

PILGER, J. W. Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis - RS. **Dissertação (Mestrado) Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica.**, p. 153f, 2006.

PILLON, S. C.; CARDOSO, L.; PEREIRA, G. A. M.; MELLO, E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 4, p. 742–748, 2010.

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

RODRIGUES, A. B.; YAMASHITA, É. T.; CHIAPPETTA, A. L. DE M. L. TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL NO ADULTO E NO IDOSO: VERIFICAÇÃO DA APRENDIZAGEM VERBAL. **Rev CEFAC**, v. 10, n. 1, p. 443–451, 2008.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros * Gender differences in the impact of family arrangements on health status of Brazilian elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777–794, 2002.

SANTOS E SILVA, D. L.; SOUSA, I. T. I.; TORRES, V. M. Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro. **RevFioster S Fun**, v. 2, n. 2, p. 13–20, 2013.

SANTOS, W. S. DOS; FERNANDES, D. P.; GRANGEIRO, A. S. DE M.; LOPES, G. S.; SOUSA, E. M. P. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). **Psico UFS**, v. 18, n. 1, p. 121–130, 2013.

SANTOS, W. S. DOS; GOUVEIA, V. V.; FERNANDES, D. P.; et al. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **J Bras Psiquiatr**, v. 61(3), n. 85, p. 117–123, 2012.

SELZER, M. L. O Michigan Alcoholism Screening Teste : The Quest for um novo instrumento de diagnóstico Abstract. , v. 127, p. 1971, 1971.

SEMSA, S. M. DE S. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação (DACAR). Relatório de Gestão. Manaus 2012 pdf. ,2012.

SILVA, A. A. DA. ALCOOLISMO EM IDOSOS SILVA, Alrenilda Aparecida da. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, , n. 10, 2008.

SOARES, C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil Introdução. **Gênero**, v. 12, n. 2, p. 167–185, 2012.

TRELHA, C. S.; NAKAOSKI, T.; FRANCO, S. S.; et al. Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio , do conjunto Ruy Virmond Carnascialli , Londrina / PR Functional capacity of elderly who are forced to stay at home due to their physical limitations , from the housing development. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 26, n. 43, p. 37–46, 2005.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil : sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Est Pop**, v. 23, n. 1, p. 5–26, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Guia para aplicação do Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia



GUIA PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

INTRODUÇÃO

Esse questionário faz parte de uma pesquisa que tem como título “CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, sendo de responsabilidade da Mestranda Ivany Vinhote do Programa de Pós Graduação de Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/AM).

Com o objetivo de proporcionar total entendimento dos conceitos envolvidos, e proporcionar maior uniformidade na aplicação deste questionário quanto às características e elementos analisados, pensamos em criar este guia. Através dele você poderá realizar o preenchimento correto do questionário, além de contribuir na tomada de decisões frente a situações que necessitem de intervenções.



A PESQUISA

As mudanças ocorridas na estrutura populacional, isto é, o crescente e acelerado aumento no número de idosos, trazem consigo uma série de desafios para os quais nem o país e nem o mundo estão devidamente preparados. Esses desafios relacionam-se com a família, pobreza, aposentadoria, asilos e, principalmente, com a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O estudo que propomos busca identificar o uso problemático de álcool entre os idosos cadastrados em nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Manaus, AM. Para isso, serão realizadas entrevistas domiciliares nos idosos, ou seja, nas pessoas que possuem idade igual ou superior a 60 anos que estão cadastradas nas ESF desta cidade. Os questionários possuem questões relacionadas às questões socioeconômicas, aspectos ligados à saúde e por fim, o AUDIT, que é um questionário de triagem simples e de rápida aplicação para o risco de consumo prejudicial de álcool, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

PASSO-A-PASSO

PASSO 1

O primeiro passo consiste em identificar a residência de cada participante. Em seguida você deverá identificar-se e esclarecer o motivo da visita. Após esse momento, **CONVIDE** o idoso para participar da pesquisa, deixando-o sem dúvidas quanto ao sigilo das respostas e do direito que ele possui em desistir da pesquisa a qualquer momento.

PASSO 2

Após o **ACEITE** do participante sem qualquer benefício financeiro, **LEIA** o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, e peça para que ele assine ou faça uma impressão datiloscópica do polegar direito. Guarde uma via com você e deixe a outra com o participante.

PASSO 3

Agora, você irá aplicar o **Teste de Fluência Verbal (TFV)**. Ele está logo abaixo do cabeçalho do questionário. Diga para o participante: **“Fale todos os animais que conseguir lembrar. Vale qualquer tipo de bicho”**. Após este comando você deverá iniciar cronometragem. Cada animal falados animais citados que só diferem devido ao gênero, como gato e gata, recebem apenas um ponto. Palavras distintas quanto à semântica, como boi e vaca, são consideradas duas, valendo assim dois pontos. Também valem pontos as categorias, por exemplo: pássaros). O resultado deste teste deverá ser igual ou superior a 9 pontos, isto é, no mínimo o participante deverá dizer nove animais ou categorias. Esse resultado deverá ser registrado na folha inicial do questionário.

PROJETO DE PESQUISA: CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO.

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL (TFV)

Fale todos os animais que conseguir lembrar. Vale qualquer tipo de bicho. (Após este comando iniciar cronometragem. Os animais citados que só diferem devido ao gênero, como gato e gata, recebem apenas um ponto. Palavras distintas quanto à semântica, como boi e vaca, são consideradas duas, valendo assim dois pontos. Também valem pontos as categorias, exemplo: pássaros).

RESULTADO: Se o Participante citar 9 ou mais animais é considerado que ele atendeu os critérios do TFV.

Preencha com o número de animais citados pelo participante.

PASSO 4

Em seguida, inicie o preenchimento do questionário com os dados de identificação do paciente.

ROTEIRO DE ENTREVISTA																			
IDENTIFICAÇÃO																			
N.º do Questionário:		Telefone:		Data:															
1	0	0	0	0	1	9	9	7	8	1	2	0	5	1	3				
4	Endereço																		
	R	U	A		S	Ã	O		V	I	C	E	N	T	E				
4	Bairro:																		
	C	I	D	A	D	E		N	O	V	A		I	I	I				
	Número:																		
															0	8	9	1	
4	Cidade:																		
	M	A	N	A	U	S													
	UF:																		
	Classificação do participante:																		

- Número do questionário:** este será um número previamente preenchido e deverá repetir no TCLE do participante.
- Telefone:** refere-se ao número do contato do participante, podendo ser celular ou fixo.
- Data:** refere-se ao dia, mês e ano em que a entrevista será realizada.
- Endereço/Bairro/Número/Cidade/UF:** refere-se endereço do contato do participante, também será previamente preenchido, pois os domicílios serão sorteados para participarem da pesquisa.
- Classificação do participante:** você deverá marcar um "X" no quadrinho no código correspondente ao tipo de situação em que o paciente se encontra, conforme a tabela a seguir:

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	SITUAÇÃO
Participante	2	Atendeu os critérios de inclusão e não atendeu aos de exclusão para participar da pesquisa.
Não aceitaram participar (não resposta)	4	Idosos que manifestaram a intenção de não participar do estudo.
Excluídos no teste de cognição	6	Idosos que embora tenham aceitado participar, mas não atingiu o ponto de corte no TFV.
Excluídos por outros motivos.	8	Idosos com quadro geral de saúde precário que não tinham condições de responder o TFV.

PASSO 5

Agora, você fará perguntas sobre o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico do participante. Siga as instruções conformes os itens correspondentes:

1. PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

6 1.1. Qual o sexo do respondente? 7 1.2. Qual sua idade? 8 1.3. Data de Nascimento?
 Masculino Feminino 65 10/05/1948

9 1.4. Qual seu estado civil?
 (1) solteiro (2) casado/companheiro (3) viúvo (4) desquitado/ divorciado

10 1.5. Possui filhos? 12 1.6. Com quem o Sr(a) mora?
 Sim >> quantos? 08 sozinho Marido/esposa Filhos Netos Outros
 Não Quem? *amigo*

13 1.7. O Sr(a) mora em: 14 1.8. O imóvel é: 1.9. Quantas pessoas há na família?
 Casa Apartamento Próprio Não-próprio 15

15 1.10. Quantas pessoas moram na casa incluindo o (a) Sr. (a)? 05

16 1.11. Sabe ler e escrever? Não Sim
 1.12. Qual seu grau de escolaridade? 17 1.3. Como se classifica pela cor da pele:
 (1) Analfabeto/primeiro grau incompleto (1) Negro
 (2) Primeiro grau completo (2) Branco
 (3) Segundo grau incompleto (3) Pardo
 (4) Segundo grau completo (4) Asiático
 (5) Superior incompleto (5) Índio
 (6) Superior completo
 (7) Pós graduado

18 1.14. É o chefe da família? Não Sim

19 1.15. Qual o grau de instrução do chefe da família?

<input type="checkbox"/> (1) Analfabeto/primeiro grau incompleto		Não	Sim	Quantos?
<input type="checkbox"/> (2) Primeiro grau completo	1. Televisão	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>
<input type="checkbox"/> (3) Segundo grau incompleto	2. Rádio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
<input checked="" type="checkbox"/> (4) Segundo grau completo	3. Banheiro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>
<input type="checkbox"/> (5) Superior incompleto	4. Carro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
<input type="checkbox"/> (6) Superior completo	5. Empregada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
<input type="checkbox"/> (7) Pós graduado	6. Aspirador de pó	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	7. Máquina lavar roupa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
	8. Vídeo/ DVD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	9. Geladeira	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
	10. Freezer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

20 1.16. Na sua casa tem:

21 1.17. Você possui trabalho remunerado? Não Sim Às vezes outros _____

1.18. É aposentado? Não Sim

1.19. Precisa de ajuda financeira dos filhos? Não Sim

1.20. Na sua casa tem empregado(a) trabalho diário? Não Sim Quantas?

6. Qual o sexo do respondente: você não fará esta pergunta! Se o respondente do questionário for uma mulher, marque um "x" no quadrinho "Feminino" e se for um homem, marque um "x" no quadrinho "Masculino".
7. Idade: pergunte a idade do respondente (esta deverá ser \geq a 60 anos).
8. Data do nascimento: refere-se ao dia, mês e ano em que o respondente nasceu. Caso ele não saiba responder, pergunte se ele está com algum documento e verifique. Se ele não o tiver, estime o ano após saber a idade.
9. Estado civil: marque um "x" no quadrinho correspondente a resposta dele. Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário.
10. Possui filhos: marque um "x" no quadrinho correspondente a resposta dele. Se a resposta for "SIM", pergunte quantos e preencha o número de filhos relatados pelo participante.
11. Com quem mora: marque um "x" no quadrinho correspondente a resposta dele. Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário. Se ele não responder os itens de "sozinho, marido/esposa, filhos, netos", deverá ser marcado um "x" no item outros, e então se deve perguntar quem.
12. Estado civil: marque um "x" no quadrinho correspondente a resposta dele. Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário.
13. Mora em/imóvel: marque um "x" no quadrinho correspondente a resposta dele. Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário.
14. Quantas pessoas há na família: destina-se a saber quantos são os familiares existentes no grupo familiar ao qual ele pertence. A resposta deverá ser em números.

15. **Quantas pessoas moram na casa:** já essa pergunta busca saber quantos residem com o respondente, podendo ser familiar ou não. Lembre-se de incluí-lo na contagem. A resposta deverá ser expressa em números.
16. **Sabe ler/ Grau de escolaridade:** marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta dele.
17. **Cor de pele:** marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta dele, ou seja, mesmo que o respondente seja visivelmente de cor negra, mas ele se classifica como “pardo” marque a resposta fornecida por ele.
18. **Chefe da família:** é aquela pessoa que tem o poder de decisão e que tem, reconhecidamente dentro de um grupo a autoridade. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante.
19. **Escolaridade do Chefe da família:** se o respondente for o chefe, repita a resposta fornecida pelo item 1.12 do questionário. Caso seja outra pessoa, por exemplo, um filho/filha, pergunte qual a escolaridade deste e em seguida Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta.
20. **Na sua casa tem:** Leia a pergunta e as alternativas por linha. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante. Todas as vezes que ele responder “SIM”, você deverá perguntar “Quantos?” e em seguida preencher o quadrinho com a quantidade de cada item.
21. **Trabalho remunerado/É aposentado/Necessita de ajuda financeira/tem empregada diária:** Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante.

PASSO 6

Neste momento, você iniciará as perguntas relacionadas aos aspectos relacionados à saúde.

2. ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE

- 22 2.1. Como o(a) senhor(a) considera sua saúde?
- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Razoável
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (6) Desconhecida
- 2.2. Pratica exercícios físicos?
- Não Sim
- 23 2.3. Ficou hospitalizado nos últimos 12 meses?
- Não Sim (em caso negativo pular para 2.5)
- 2.4. Quantas vezes ficou hospitalizado nos últimos 12 meses?
-
- 2.5. Possui alguém que lhe ajuda a cuidar dos problemas de saúde? Não Sim
- 2.6. Em caso positivo, quem? filho
- 24 2.7. Vou agora falar uma relação de doenças. Algum médico ou outro profissional já disse que você tinha alguma dessas doenças?

Check list de morbidades auto-referidas. Marcar um X no box referido.

Doen. crón. do pulmão	<input type="checkbox"/>	Doenças de coluna/costas	<input checked="" type="checkbox"/>	Acidente vascular cerebral	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença neurodegenerativa	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	Cirrose	<input type="checkbox"/>
Doenças de pele	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input checked="" type="checkbox"/>	Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Artrose	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionais	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Doen. renal crônica	<input type="checkbox"/>	Enxaqueca	<input type="checkbox"/>	Hanseníase	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Esquistossomose	<input type="checkbox"/>	Câncer	<input type="checkbox"/>	Doença do curacao	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/>	Doenças digestivas	<input type="checkbox"/>	Gripe	<input type="checkbox"/>	Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>

22. **Como considera a saúde? /Pratica exercícios:** Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante.
23. **Ficou hospitalizado:** Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante. Caso o participante responda que “NÃO” pule para a questão 2.5. Em caso de “SIM” siga normalmente as perguntas do questionário.
24. **Morbidades:** Lembre-se de ler as perguntas e as opções existentes no questionário. Marque um “x” no quadrinho correspondente a resposta do participante. Neste item, mais de 1 quadrinho poderá ser marcado.

PASSO 7

Chegou o momento em que você fará perguntas referentes ao risco no consumo de álcool. Para isso, você utilizará o teste que está em anexo ao questionário. Para iniciá-lo você deverá ser empático, não constranger a pessoa e deve deixar claro qual é a finalidade de rastreamento, salientando que este é importante para a avaliação de saúde do paciente. Os respondentes deverão entender bem as questões e você deverá ajudá-los a dar respostas precisas. Lembre-o novamente de que a resposta dada por ele será confidencial.

Exemplo: “Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre se o senhor fez uso de bebidas que contém álcool durante os últimos 12 meses. Não sei se o senhor sabe, mas o álcool pode afetar muitas áreas da nossa saúde, além de ter reações com alguns remédios. Por causa disso, para avaliar sua saúde, é importante para nós conhecermos melhor o seu modo de beber e se você já teve algum problema por causa da bebida. Peça sua ajuda, por favor, para falar honestamente sobre esse assunto, pois poderá nos ajudar muito a identificar e prevenir possíveis problemas de saúde”.

Esclareça que bebidas alcoólicas são chope, vinho, cerveja, vodka, licor, batidas, martini, conhaque, corote, uísque, entre outras. Inicie as perguntas no teste em anexo:

Leia as perguntas e as alternativas. Cada alternativa apresenta os itens com uma numeração que será o escore de cada grade. Esses deverão ser anotados nos quadrinhos dos cantos inferiores direitos de cada grade. Ao termino, serão somados os pontos que dará o escore final, e consequentemente a zona de risco que o respondente se enquadra.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca [vá para as questões 9-10] <input checked="" type="checkbox"/> 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;">1</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">1</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">1</p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca <input checked="" type="checkbox"/> Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? <input checked="" type="checkbox"/> 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;">0</p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? <input checked="" type="checkbox"/> Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">0</p>
<p>ANOTE AQUI O RESULTADO: $\frac{1}{Q1} + \frac{2}{Q2} + \frac{1}{Q3} + \frac{1}{Q4} + \frac{0}{Q5} + \frac{1}{Q6} + \frac{1}{Q7} + \frac{2}{Q8} + \frac{2}{Q9} + \frac{0}{Q10} =$ 11</p>	
<p style="text-align: center;"><u>Equivalentes de Dose Padrão</u></p> <p style="text-align: center;">CERVEJA: 1 copo (de chope -350ml), 1 lata =1 dose, ou 1 garrafas = 2 doses. VINHO: 1 copo comum (250ml) =2 doses, ou 1 garrafa = 8 doses. CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE, OU CONHAQUE: meio copo americano (60ml) =1,5 dose ou 1 garrafa = 20 doses. UÍSQUE, RUM, LICOR, etc: 1 "dose de dosador" (40ml), =1 dose.</p>	

PASSO 8

25. Resultado do AUDIT: Após saber o resultado, volte para o questionário e preencha o campo com o escore final.

3. APLICAR O AUDIT (anexo)

25 Resultado do AUDIT: **1** **1**

NÍVEL DE RISCO	INTERVENÇÃO	ESCORES		
ZONA I	Prevenção Primária	0-7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZONA II	Orientação básica	8-15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZONA III	Intervenção breve e monitoramento	16-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZONA IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Qual a profissão do aplicador? *Agente comunitário de saúde*encaminha para a zona (1) não (2) simencaminha para outro serviço? (1) não (2) sim Qual: _____

26. **Nível de risco:** verifique qual nível de risco que o escore do respondente indica. Conforme for o resultado, inicie as intervenções pré-estabelecidas no quadro presente no questionário.

VOCÊ PRECISA SABER!

O AUDIT para triagem de pacientes é apenas o primeiro passo de um processo que ajudará a reduzir problemas relacionados aos riscos e álcool. Uma vez que tem um caso positivo sido identificado, o próximo passo é o de proporcionar uma intervenção adequada que atenda a necessidades de cada paciente.

A pontuação total do AUDIT proporciona uma maneira simples de identificar cada paciente com uma adequada intervenção, com base no nível de risco.

Além disso, é importante que aqueles pacientes que pontuam negativo o sobre o AUDIT, devem ser orientados sobre boa prática preventiva. Esses pacientes devem ser lembrados sobre os benefícios de beber de baixo risco ou abstinência em certas circunstâncias, como por exemplo: ao operar um veículo ou maquinaria, na presença de co-morbidades; depois de usar certos medicamentos, tais como sedativos, analgésicos e anti-hipertensivos selecionados.

ZONAS DE RISCO

Zona I refere-se a beber de baixo risco ou abstinência.

Zona II consiste do uso de álcool em excesso de baixo risco, e é geralmente indicada quando o escore AUDIT é entre 8 e 15. Uma breve intervenção com conselhos simples e uso de materiais de educativos para o paciente é o mais adequado curso de ação para esses pacientes.

Zona III é sugerida pelo AUDIT pontuações na faixa de 16 a 19. Refere-se ao consumo prejudicial e de risco. Eles podem ser gerenciados por uma combinação de conselhos simples, breve aconselhamento e acompanhamento contínuo, com avaliação diagnóstica adicional indicada se o paciente não responder ou se suspeita de dependência de álcool possível.

Zona IV é sugerida pelo escore de 20 ou mais. Estes doentes devem ser encaminhados para um especialista para avaliação diagnóstica e possível tratamento para a dependência de álcool. Se esses serviços não estão disponíveis, esses pacientes podem ser geridos na

álcool. Se esses serviços não estão disponíveis, esses pacientes podem ser geridos na atenção primária, especialmente quando há ajuda de organizações são capazes de fornecer comunidade suporte base.

Usando uma abordagem de cuidado escalonada, os pacientes podem ser gerenciados no primeiro nível de intervenção sugerida por sua pontuação segundo o AUDIT. Se eles não respondem para a intervenção inicial, deverá ser referido próximo nível de atendimento.

As intervenções breves para perigosos e consumo nocivo constituem uma variedade de atividades caracterizadas por sua baixa intensidade e de curta duração. Eles variam de 5 minutos de simples conselhos sobre como reduzir consumo de risco para várias sessões de aconselhamento breve para abordar condições mais complicadas

Com a finalidade de proporcionar a intervenção precoce, antes ou logo após o início dos problemas relacionados ao álcool, intervenções breves consistem de *feedback* de dados de rastreio para aumentar a motivação para mudar o comportamento de beber, como bem como conselhos simples, educação, saúde, sugestões de construção, habilidade e prática.

Encaminhamento para atendimento especializado de álcool é comum entre os profissionais de cuidados de saúde primários que não têm competência para tratar transtornos por uso de álcool e onde especialidade atendimento está disponível.

Considera-se que deve ser dada ao pacientes a opção de aceitar encaminhamento e tratamento. Muitos pacientes subestimam os riscos associados com a bebida, outros podem não estar preparados a admitir e tratar a sua dependência.

A intervenção breve, adaptado para o propósito de iniciar uma referência usando dados de um exame clínico e exames de sangue, pode ajudar a tratar os pacientes com resistência.

O diagnóstico é um passo necessário quando há alta pontuação positiva do AUDIT, desde o instrumento não fornece suficiente base para estabelecer uma gestão ou plano de tratamento.

O melhor método de estabelecer um diagnóstico é através da utilização de um sistema normalizado, estruturada, entrevista psiquiátrica, tal como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

27. Registre qual a sua profissão e se houve algum tipo de encaminhamento, conforme os itens do questionário. No caso de encaminhamento preencha a ficha de encaminhamento em duas vias (usuário e pesquisador).

PASSO 9

Chegamos ao último item do roteiro de entrevista. Ele destina-se aos registros do próprio questionário e por isso não deverá ser perguntado nada ao respondente. Agradeça a participação

do entrevistado e certifique-se de que todos os campos foram preenchidos e que as medidas de intervenção foram estabelecidas sem dúvidas ou constrangimentos.

4. SOBRE A ENTREVISTA

28

Tentativa de Entrevista:

1.ª / / 2.ª / / 3.ª / / PERDA

DATA	HORA	ENTREVISTADOR
12/05/2013	10:30	João Matos

28. Tentativa de entrevista: como este estudo pré-estabelece os domicílios que participarão da pesquisa, pode ocorrer de você chegar a ele e não conseguir o contato com nenhum morador e principalmente, com nenhum idoso. Por isso, temos como parâmetro **03 tentativas** de visita em diferentes horários, ou seja, a cada ida ao domicílio será registrada a data. Se em três visitas não obtivermos contato com o participante, este será registrado como “PERDA”.

PASSO 10

Agora que você concluiu a entrevista, organize todos os papéis que encontram em suas mãos. Você deverá ter:

- 1) TCLE assinado ou com a impressão datiloscópica do polegar direito do participante.
- 2) Roteiro de entrevista devidamente preenchido, contendo 03 folhas (02 do roteiro + 01 folha com o anexo).
- 3) Em caso de encaminhamento, a ficha de encaminhamento (via pesquisador).

Guarde adequadamente os questionários, protegendo-os elementos líquidos e outros que possam causar prejuízo na leitura dos dados.

Este material foi criado pela Mestranda Ivany Vinhote do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia

Contato: ivanyvinhote@gmail.com

Telefone: (92) 8200 4146

Referência: BABOR, T. F. HIGGINS-BIDDLE, J. C. SAUNDERS, J. B. MONTEIRO, M.G. AUDIT -THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST - Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence, Second edition, 2001.

APÊNDICE B - Encaminhamento para intervenções

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos o (a) Senhor (a) _____
 para avaliação diagnóstica, pois o (a) referido(a) apresentou risco elevado risco moderado desenvolver problemas relacionados ao consumo de álcool. Este resultado foi encontrado através do teste de triagem AUDIT, aplicado durante uma pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

 Solicitante

 Ivany Rolim Vinhote
 Responsável pela Pesquisa

Manaus, ___/___/____.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos o (a) Senhor (a) _____
 para avaliação diagnóstica, pois o (a) referido(a) apresentou risco elevado risco moderado de desenvolver problemas relacionados ao consumo de álcool. Este resultado foi encontrado através do teste de triagem AUDIT, aplicado durante uma pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

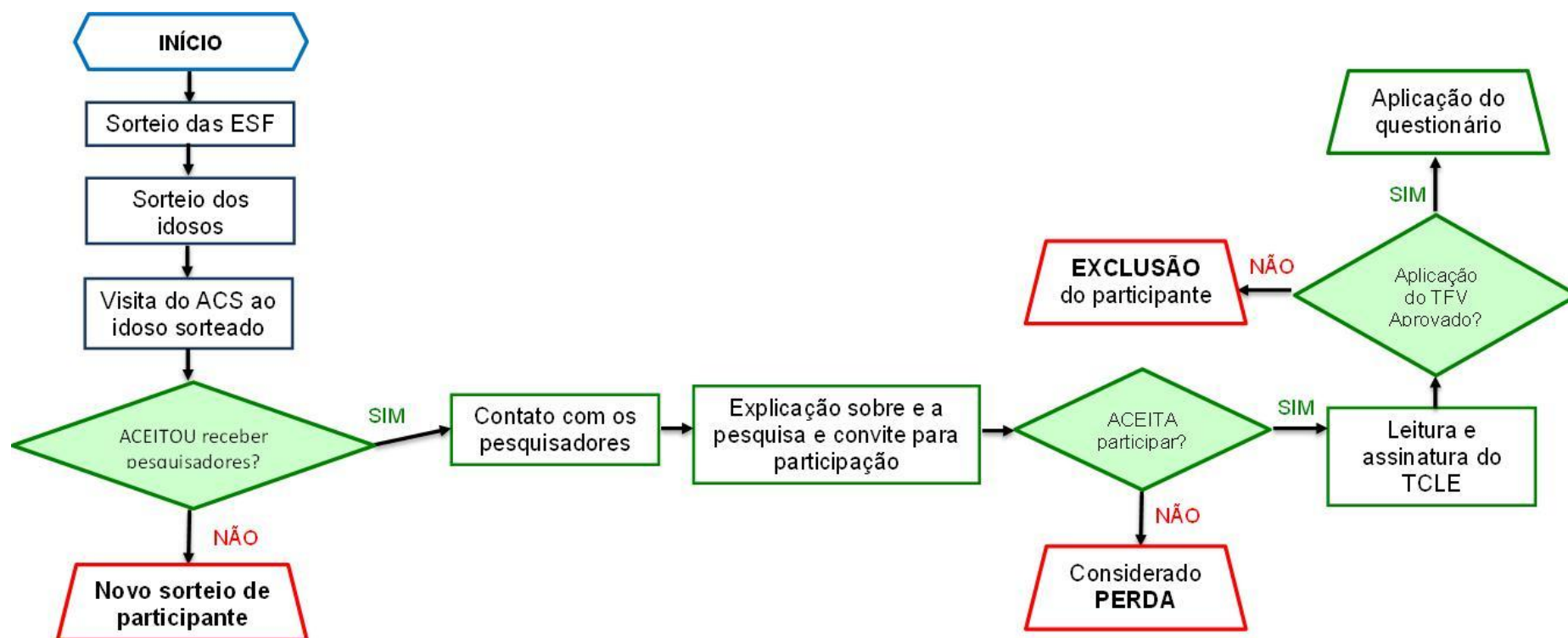
 Solicitante

 Ivany Rolim Vinhote
 Responsável pela Pesquisa

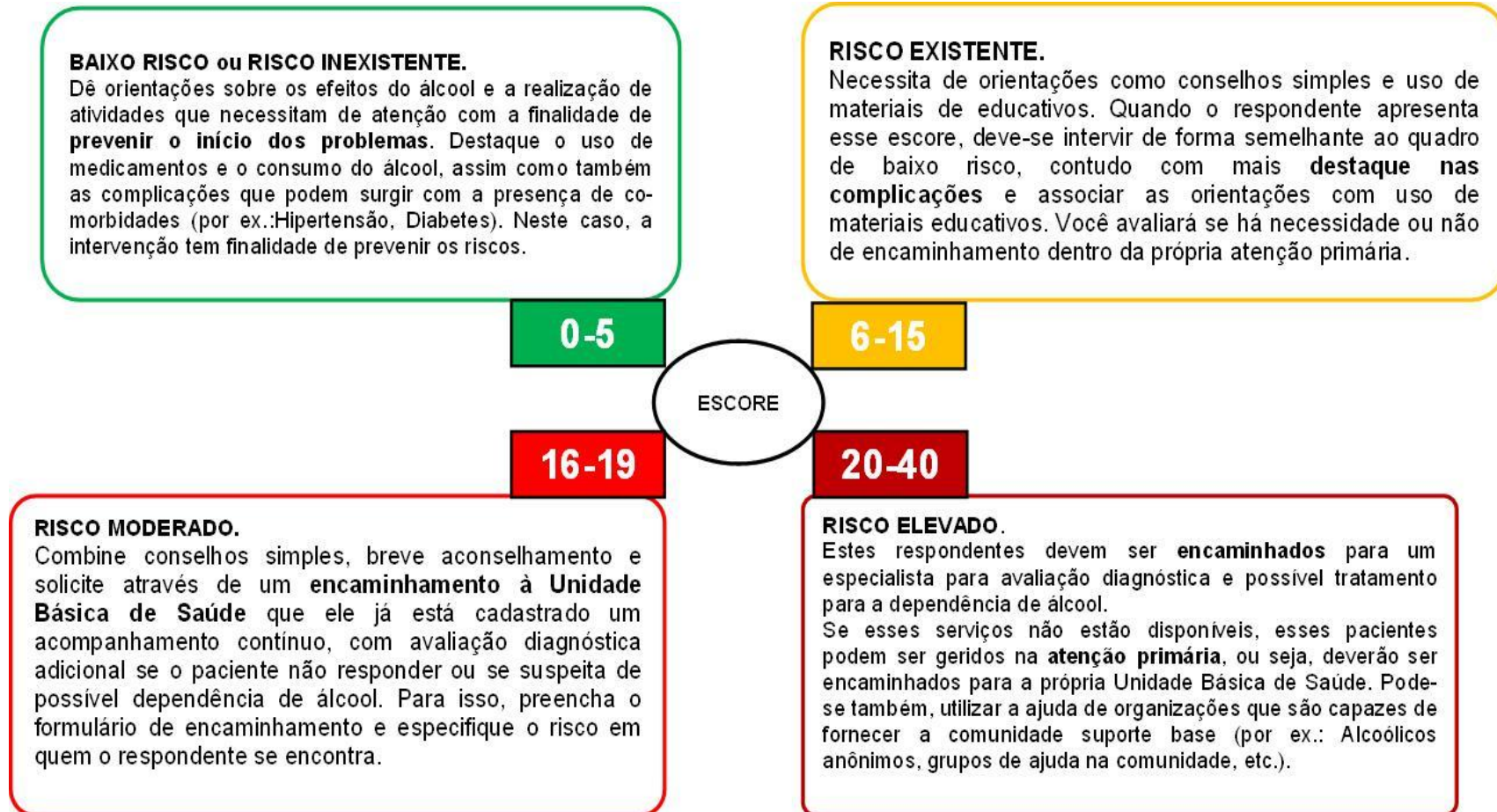
N.º do Questionário:
 Via Pesquisador

Manaus, ___/___/____.

APÊNDICE C - Fluxograma de Pesquisa



APÊNDICE D – Esquema de Intervenções



ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do estudo: CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

Instituição: Universidade Federal do Amazonas – UFAM/ FIOCRUZ/ UFPA

Aluna Pesquisadora: Ivany Rolim Vinhote

Orientadora: Ana Cyra dos Santos Lucas

Eu, _____, estou sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo identificar o uso problemático de álcool entre os idosos cadastrados em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Manaus, AM, além de identificar os consumidores de risco, medindo o consumo, sintomas de dependência e consequências pessoais e sociais nos idosos e por fim verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos com o consumo de risco do álcool.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário que a mim será aplicado por pesquisador treinado. Fui alertado de que o benefício direto da pesquisa é o de identificar o risco de uma provável dependência do álcool entre membros da população idosa e algumas consequências específicas do seu uso nocivo, e neste caso esta pessoa será encaminhada para uma estrutura de intervenção para ajudar usuários de risco a reduzir ou cessar o consumo de álcool e assim evitar as consequências perigosas que o consumo pode trazer. Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, durante a entrevista, mas me foi assegurado que posso pedir para parar a entrevista a qualquer momento e para me retirar do estudo agora ou mesmo depois, se o desejar.

Me foi explicado ainda que caso ocorra algum risco não previsto neste termo, o mesmo será minimizado ou a pesquisa será suspensa. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, interromper ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são a aluna de mestrado Ivany Rolim Vinhote, do Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da UFAM/ FIOCRUZ/UFPA, e sua orientadora Professora Dra Ana Cyra dos Santos Lucas e com elas poderei manter contato pelos telefones ou pessoalmente, ou posso me dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, nos endereços que se encontram no final deste termo.

Rubricas:

Me foi assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me foi garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Assim, declaro ter lido, ou foram lidas para mim, as informações acima antes de assinar este termo. Foi me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo totalmente minhas dúvidas, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo. Assim, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não receberei nenhuma remuneração nem tenho que pagar por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa para minha participação na pesquisa, estes serão assumidos pesquisadores. De igual maneira, caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei. Registro que este termo de consentimento foi impresso em duas vias; assinadas por mim e pelo pesquisador responsável ficando uma via com cada um.

Manaus, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do voluntário

Pesquisador

POLEGAR DIREITO DO
VOLUNTÁRIO

Responsáveis:

Ivany Rolim Vinhote

Mestranda

Prof. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas

Orientadora

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia- UFAM/ILMD-FIOCRUZ/UFPA

Laboratório de Toxicologia - Anexo da Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Av. Ayrão, 1033-A, Prédio Biblioteca Manuel Bastos Lira, 4º andar

Centro - Manaus-AM-Brasil - 69.025-050

Fone: (92)3305-5071

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFAM

Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07

Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM

Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496 . E-mail: cep@ufam.edu.br - cep.ufam@gmail.com

ANEXO B – Termo de Anuência-SEMSA

Saúde



Manaus, 08 de abril de 2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada “**Consumo de risco do álcool entre idosos na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família**” de responsabilidade da pesquisadora **Ivany Rolim Vinhote** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item VII. 14, da Res. CNS n.º 196/96, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no CONEP.


Nora Ney Rodrigues

Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa
COEP/SEMSA

ANEXO C – Parecer de Aprovação – Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: IVANY ROLIM VINHOTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15195213.2.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazonia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 256.010

Data da Relatoria: 24/04/2013

Apresentação do Projeto:

As mudanças ocorridas na estrutura populacional representado pelo crescente e acelerado aumento no número de idosos, trazem consigo uma série de desafios para os quais nem o país e nem o mundo estão devidamente preparados. Esses desafios relacionam-se com a família, pobreza, aposentadoria, principalmente, com a promoção da saúde e prevenção de doenças. Sabe-se que com o avançar da idade dá-se ênfase ao aumento na prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso, como as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e mentais, como a demência e a depressão. Além destas, aponta-se para a presença do consumo de álcool como um problema que pode comprometer a saúde da população idosa. O presente estudo pretende identificar o uso de risco de álcool entre os idosos cadastrados nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF), em Manaus, AM, considerando-se os fatores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e situação de saúde da população alvo. Trata-se de estudo transversal do tipo descritivo-observacional, na qual a população selecionada será composta por pessoas com 60 anos ou mais, residentes na área da abrangência das ESF distribuídas nas quatro zonas geográficas urbanas da cidade de Manaus, AM. Assim, serão aplicados questionários sobre informações referentes aos aspectos socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, situação de saúde e por fim o instrumento de triagem para identificação de risco de problemas relacionados ao consumo de álcool criado para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AUDIT (Alcohol Use

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Disorders Identification Test), que é um teste para triagem de fácil e rápida aplicação capaz de identificar consumidores de risco, medindo o consumo, sintomas de dependência e conseqüências pessoais e sociais nos idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o consumo de risco de álcool entre os idosos cadastrados na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família, em Manaus, AM.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população geronte em estudo. Identificar o consumo de risco, medindo o consumo, sintomas de dependência e conseqüências pessoais e sociais derivadas do uso nos idosos. Identificar os fatores de associação socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco do álcool conforme as zonas de risco. Aplicar a entrevista Timeline Follow-back (TLFB) sobre o consumo de álcool. Comparar os resultados do TLFB (padrão ouro para identificação do beber pesado) com os resultados do AUDIT, considerando os diversos pontos de corte. Definir o ponto de corte do AUDIT mais adequado para a população idosa na cidade de Manaus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

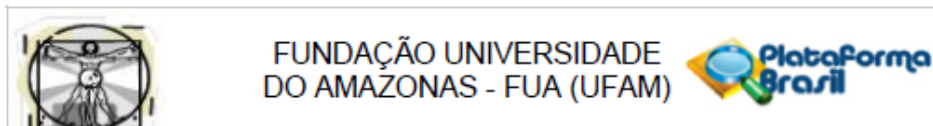
Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Pautados na proposta metodológica escolhida para esta pesquisa, espera-se que os riscos ou prejuízos sejam mínimos aos sujeitos da pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a resguardar o anonimato dos respondentes por meio da codificação da identificação do questionário e ao perceber qualquer sinal de constrangimento na entrevista esta será encerrada imediatamente. A participação do sujeito será voluntária e será assegurada a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, inclusive com retirada de consentimento à posteriori, sem precisar de justificativa. Caso ocorra algum risco não previsto, ele será minimizado ou a pesquisa será suspensa imediatamente ao percebê-lo.

Benefícios:

Quanto aos benefícios para o sujeito da pesquisa está o de identificar a zona de risco do consumo álcool em que ele se classifica e algumas conseqüências específicas do seu uso nocivo. Caso identificado zona de risco que necessite intervenção, através dos resultados apontados pelo teste AUDIT, o sujeito será encaminhado para uma estrutura de intervenção dentro da própria Atenção Primária ou para entidades que possam contribuir com intervenções para auxiliar os indivíduos na atenuação dos prejuízos advindos do consumo de risco do álcool (APÊNDICE B).

Considera-se ainda que a pesquisa possibilitará melhor compreensão de aspectos relacionados à

Endereço:	Rua Teresina, 4950	CEP:	69.057-070
Bairro:	Adrianópolis		
UF:	AM	Município:	MANAUS
Telefone:	(92)3305-5130	Fax:	(92)3305-5130
		E-mail:	cep@ufam.edu.br



saúde da população idosa e que as informações obtidas são essenciais para promover melhor atenção à saúde do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

As variáveis utilizadas estão divididas em três tipos: as relacionadas ao indivíduo, as que caracterizam os aspectos relacionados à saúde e as que caracterizam o risco do consumo de álcool. Com os dados coletados, será montado um banco de dados na planilha Microsoft Excel 2010®. Este será analisado no programa estatístico Epi info versão 6.04. Para verificação da concordância entre os aplicadores, usando como padrão os

resultados obtidos com a pesquisadora principal, será realizada Análise de Concordância Kappa.

Família (ESF) (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012). Isso significa que a cobertura do acompanhamento de idosos atinge aproximadamente 40% da população idosa, sendo que no ano de 2012 foram realizadas cerca de 24.124 consultas médicas nesse serviço. Nesse

sentido, pesquisar sobre o consumo de álcool entre os idosos é de fundamental importância, e com essa necessidade surgiram os seguintes questionamentos: ¿ Qual o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população geronte na área de abrangência das estratégias saúde da família em Manaus?

¿ Há consumo de risco entre estes idosos, há sintomas de dependência e quais as conseqüências pessoais e sociais já aparentes? ¿ Qual a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos com o consumo de risco de álcool nessa faixa etária? Baseados nos questionamentos acima, este estudo se propõe a investigar o consumo de risco de álcool na população geronte na área urbana da cidade de Manaus, visto a indubitável relevância do conhecimento sobre essa temática para melhor subsidiar população na prevenção de possíveis complicações relacionadas ao consumo de álcool problemático na terceira idade.

Tamanho da Amostra no Brasil: 325

Os dados pertinentes ao perfil do indivíduo, os aspectos relacionados à saúde e os que caracterizam o risco do consumo de álcool serão conduzidos em análises univariadas, para descrição das variáveis, e bivariadas para verificar a associação entre as características dos indivíduos e a sua classificação nas zonas de risco do AUDIT, usando-se o teste do Qui-quadrado, e para tabela 2 X 2, o teste Exato de Fisher ou razão de verossimilhança. Também será calculado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a associação entre as pontuações do AUDIT e o consumo de álcool relatado na entrevista do TLFB. Para comprovar o desempenho dos testes será utilizada a curva ROC (Receiving Operating Characteristics), que sumariza o poder discriminatório entre as categorias de uso de álcool. Sensibilidade e especificidade serão calculadas para os diferentes pontos de corte do AUDIT, sendo considerado ótimo aqueles acima de 0,80.

Cronograma de Execução

Endereço: Rua Teresina, 4950	
Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Treinamento dos entrevistadores 05/05/2013 15/05/2013
 Realização de estudo piloto 20/05/2013 31/05/2013
 Coleta de dados 03/06/2013 03/09/2013
 Sistematização, tratamento e análise dos dados 03/07/2013 03/10/2013
 Redação da dissertação 04/10/2013 31/12/2013
 Defesa da dissertação 20/01/2014 25/01/2014
 Pesquisa bibliográfica em bases de dados 02/04/2013 01/01/2014

Orçamento Financeiro - Total em R\$ R\$ 836,00

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Projeto é uma Dissertação de Mestrado, tem relevância científica e contempla todos os itens inerentes a um Projeto científico.

Termo de Anuência - Contemplado

TCLE - Contemplado

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do Exposto somos de parecer pela APROVAÇÃO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 25 de Abril de 2013

Assinador por:
Ana Paula Pessoa de Oliveira
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO D - Questionário

PROJETO DE PESQUISA
CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NAS ÁREA DE ABRANGENCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL (TFV)

Fale todos os animais que conseguir lembrar. Vale qualquer tipo de bicho. (Após este comando iniciar cronometragem. Os animais citados que se diferem devido ao gênero, como gato e gata, recebem apenas um ponto. Palavras distintas quanto à semântica, como boi e vaca, são consideradas duas, valendo assim dois pontos. Também valem pontos as categorias, exemplo: passaros).

RESULTADO: Se o Participante citar 9 ou mais animais é considerado que ele atendeu os critérios do TFV.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

N.º do Questionário: ZONA: ESF: Class. FV: 2 4 6 8

1. PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

1.1. Qual o sexo do respondente? 1.2. Qual sua idade? 1.3. Data de Nascimento?

Masculino Feminino //

1.4 Qual seu estado civil?

(1) solteiro (2) casado/companheiro (3) viúvo (4) desquitado/ divorciado

1.5 Possui filhos?

Sim >>Quantos?

1.6. Com quem o Sr(a) mora?

Sozinho Marido/esposa Filhos Netos Outros

Não

Quem?

1.7. O Sr(a) mora em:

Casa Apartamento

1.8. O imóvel é:

Próprio Não-próprio

1.9. Mora sozinho?

Outro

1.10. Quantas pessoas moram na casa incluindo o (a) Sr. (a)?

1.11. Sabe ler e escrever? Não Sim

1.12. Qual até que série o (a) Sr. (a) estudou?

1.13. Como se classifica pela cor da pele:

(1) Negro

(2) Branco

(3) Pardo

(4) Asiático

(5) Índio

1.14. É o chefe da família? Não Sim

1.15. Qual o grau de instrução do chefe da família?

(1) Analfabeto/primeiro grau incompleto

(2) Primeiro grau completo

(3) Segundo grau incompleto

(4) Segundo grau completo

(5) Superior incompleto

(6) Superior completo

(7) Pós graduado

1.16. Na sua casa tem:

Não Sim Quantos?

1. Televisão

2. Rádio

3. Banheiro

4. Carro

5. Empregada

6. Aspirador de pó

7. Máquina lavar roupa

8. Vídeo/ DVD

9. Geladeira

10. Freezer

1.17. Você possui trabalho remunerado?

Não Sim Às vezes outros _____

1.18. É aposentado?

Não Sim

1.19. Precisa de ajuda financeira dos filhos? Não Sim

1.20. Na sua casa tem empregado(a) trabalho diário?

Não Sim Quantas?

2. ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE

2.1. Como o(a) senhor(a) considera sua saúde?

- (1) Muito boa
 (2) Boa
 (3) Razoável
 (4) Ruim
 (5) Muito ruim
 (6) Desconhecida

2.2. Pratica exercícios físicos?

- Não Sim

2.3. Ficou hospitalizado nos últimos 12 meses?

- Não Sim (em caso negativo pular para 2.5)

2.4. Quantas vezes ficou hospitalizado nos últimos 12 meses?

2.5. Possui alguém que lhe ajuda a cuidar dos problemas de saúde? Não Sim

2.6. Em caso positivo, quem? _____

2.7. Vou agora falar uma relação de doenças. Algum médico ou outro profissional já disse que você tinha alguma dessas doenças?

Check list de morbididades auto-referidas. Marcar um X no box referido.

Doen. crôn. do pulmão	<input type="checkbox"/>	Doenças de coluna/costas	<input type="checkbox"/>	Acidente vascular cerebral	<input type="checkbox"/>	Doença neurodegenerativa	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Artrite	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	Cirrose	<input type="checkbox"/>
Doenças de pele	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Artrose	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionais	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Doen. renal crônica	<input type="checkbox"/>	Enxaqueca	<input type="checkbox"/>	Hanseníase	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Esquistossomose	<input type="checkbox"/>	Câncer	<input type="checkbox"/>	Doença do coração	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	Doenças digestivas	<input type="checkbox"/>	Gripe	<input type="checkbox"/>	Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>

3. APLICAR O AUDIT (anexo)

Resultado do AUDIT:

NÍVEL DE RISCO	INTERVENÇÃO	ESCORES
ZONA I	Prevenção Primária	0-5
ZONA II	Orientação básica	6-15
ZONA III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
ZONA IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

Qual a profissão do aplicador? _____

Houve encaminhamento para a ESF? Não Sim

Houve encaminhamento para outro serviço? Não Sim - Qual? _____

Mais algumas questões para detalhar o USO DE ÁLCOOL nos últimos 30 dias

1) Quantas vezes o Sr.(a). bebeu nos últimos 30 dias? _____

2) Qual tipo de bebida o Sr.(a) usou? _____

3) Quantos doses tomou em cada vez que bebeu? (usar referência do quadro do AUDIT) _____

4. SOBRE A ENTREVISTA

Tentativa de Entrevista:

1.ª / /

2.ª / /

3.ª / /

PERDA

DATA	HORA	ENTREVISTADOR

PROJETO DE PESQUISA: CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

Leia as perguntas abaixo e inicie com cuidado. Inicie a entrevista dizendo: “Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique que você quer dizer com “consumo de álcool”, usando os exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas a quantidade de termos de “dose padrão”. Marque a pontuação de cada resposta no quadrinho correspondente e some ao final.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p align="right"><input type="text"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1</p> <p>(1) 2 ou 3</p> <p>(2) 4 ou 5</p> <p>(3) 6 ou 7</p> <p>(4) 8 ou mais</p> <p align="right"><input type="text"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todas os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p align="right"><input type="text"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p align="right"><input type="text"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p align="right"><input type="text"/></p>
<p>ANOTE AQUI O RESULTADO: ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ =</p>	
<p align="center"> Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Equivalentes de Dose Padrão CERVEJA: 1 copo (de chope -350ml), 1 lata =1 dose, ou 1 garrafas = 2 doses. VINHO: 1 copo comum (250ml) =2 doses, ou 1 garrafa = 8 doses. CACHAÇA, VODCA, UÍSQE, OU CONHAQUE: meio copo americano (60ml) =1,5 dose ou 1 garrafa = 20 doses. UÍSQE, RUM, LICOR, etc: 1 “dose de dosador” (40ml), =1 dose. </p>	