



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ANA PATRÍCIA RIBEIRO VICENTE

ALCOOLISMO NOS IDOSOS

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO**

03/2012

Título: Alcoolismo nos idosos

Autor: Ana Patrícia Ribeiro Vicente

Orientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Afiliação: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço:

Travessa Padre Manuel da Nóbrega, Lote 7/ 1º Dto. 3000-325 Coimbra

Email: aprvicente@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Veríssimo pela orientação, pelas sugestões e correcções, pelo tempo concedido e disponibilidade demonstrada, desde o início.

Agradeço aos meus pais pelo apoio, preocupação e esclarecimentos, pelo carinho e pela paciência, que nunca se esgotam, e se revelaram fundamentais para a execução deste trabalho. Obrigada por estarem sempre presentes e pelo suporte emocional e económico que me permite ser a pessoa que sou e ter alcançado esta fase.

Agradeço à minha irmã Filipa que, apesar de longe, nunca deixou de se preocupar, ajudar e incentivar-me e contribuiu, também, para elevar o meu ânimo. Também aos meus avós João e Manuela e à tia Maria João pelo carinho, preocupação e pelas palavras certas, nos momentos certos.

Finalmente, agradeço aos amigos e às amigas que compreenderam ausências, suportaram desabafos, partilharam conselhos e experiências, estão presentes para festejar vitórias e ajudam a superar derrotas.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	4
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	8
1. EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS	10
1.1 CONSUMO DE ÁLCOOL – PANORAMA MUNDIAL.....	10
1.2 CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS – PANORAMA EUROPEU.....	12
1.3 PANORAMA NACIONAL.....	14
2. CLASSIFICAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	16
3. CAUSAS E CIRCUNSTÂNCIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS	21
4. CONSEQUÊNCIAS ATRIBUIDAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL	23
4.1 METABOLISMO DO ÁLCOOL.....	24
4.2 ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	27
4.3 CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS.....	28
5. DIAGNÓSTICO	34
6. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS	39
7. CONCLUSÃO	42
BIBLIOGRAFIA	

RESUMO

Introdução: O consumo de álcool, principalmente considerado nocivo, de risco, ou associado a dependência, contribui para um aumento da morbilidade e mortalidade. Isto verifica-se com maior frequência na população mais jovem.

No entanto, a avaliação do consumo de álcool nos idosos vem sendo demonstrada válida e necessária, principalmente porque existe um aumento global da população idosa e também pela subvalorização frequente deste aspecto, neste grupo etário.

Objectivos: Identificar o panorama do consumo de álcool nos idosos; Identificar motivos para o consumo de álcool nos idosos; Estabelecer uma relação entre o consumo de álcool e problemas relevantes e frequentes nos idosos; Identificar métodos diagnósticos indicados para a avaliação do consumo, para os idosos; Expor técnicas de abordagem terapêutica.

Métodos: Foram identificados artigos e informação relevantes através de pesquisa no PubMed, WHO (World Health Organization), NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), ADAI (Alcohol and Drug Abuse Institute) Library, DGS (Direcção Geral de Saúde), Portal da Saúde e Instituto Nacional de Estatística.

Discussão: Demonstrou-se que os padrões de consumo de álcool diferem entre as diversas regiões e que existe um aumento do consumo de álcool nos idosos.

Existem motivos diversos para o consumo de álcool nos idosos, no entanto o consumo de risco, nocivo ou associado a dependência verifica-se com maior frequência no contexto de patologias, para alívio das mesmas, em contexto social desfavorável, reforma, entre outros.

O consumo de álcool, mesmo não considerado de risco, está associado ao início ou agravamento de patologias de base, ou de eventos frequentes nos idosos e, ainda, interage com medicação.

Os questionários CAGE, AUDIT, ARPS, MAST-G e SMAST-G são considerados os métodos diagnósticos mais eficazes para a avaliação do consumo de álcool nos idosos.

O tratamento da dependência alcoólica não difere nas diferentes idades, mas existem determinados factores nos idosos que podem influenciar o insucesso terapêutico.

Conclusão: Foram demonstradas a importância da avaliação do consumo de álcool em idosos, a necessidade de definir quantidades adequadas de consumo para os idosos, abordagens terapêuticas e definidas estratégias preventivas de padrões de consumo nocivo ou associado a dependência.

Palavras-chave: Alcohol; Alcoholism; Elderly; Causes; Epidemiology; Consequences; Medication.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol use especially harmful or hazardous use and associated with dependence, contributes to increased morbidity and mortality. This occurs most frequently in the younger population.

However, the assessment of alcohol consumption in the elderly has been demonstrated valid and necessary, especially because there is an overall increase in elderly population and also by the frequent undervaluation of this aspect, in this age group.

Objectives: To identify the picture of alcohol use among the elderly; To identify motives for alcohol use among older people; To establish a relationship between alcohol consumption and relevant and frequent problems in the elderly; To identify diagnostic methods of consumption evaluation suitable for the elderly; To exhibit techniques of therapeutic approach.

Methods: Through a search of PubMed, WHO (World Health Organization), NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), ADAI (Alcohol and Drug Abuse Institute) Library, DGS (Direcção Geral de Saúde) Portal da Saúde, and Instituto Nacional de Estatística relevant articles and information were identified.

Discussion: It has been demonstrated that the patterns of alcohol are different from one region to another and there is an increased use of alcohol among the elderly.

There are several reasons for alcohol consumption in the elderly, however the hazardous and harmful use and the association with dependence occur more frequently in the context of diseases, to relieve them, in unfavorable social context, reform, among others.

Alcohol consumption, even not considered hazardous use, is associated with the onset or worsening of base pathologies or frequent events in the elderly and it also interacts with medications.

The CAGE questionnaire, AUDIT, ARPS, MAST-G and SMAST-G are considered the most effective diagnostic methods for the assessment of alcohol use in the elderly.

The treatment of alcohol dependence in older people does not differ from the one used in younger people, however there are certain factors in the elderly that may influence therapeutic failure.

Conclusion: The importance of the alcohol use assessment and screen in the elderly was demonstrated, as also the need to define adequate amounts of alcohol use for the elderly, and the therapeutic approaches and preventive strategies of consumption patterns such as harmful use or dependence.

Keywords: Alcohol; Alcoholism; Elderly; Causes; Epidemiology; Consequences; Medication.

INTRODUÇÃO

As estatísticas providenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, a nível mundial, o consumo de álcool puro per capita equivale a 6,13 L, por cada indivíduo com idade igual ou superior a 15 anos. A OMS confirma, ainda, o consumo de álcool como terceiro factor de risco de doença e incapacidade, considerado principal causa de 60 diferentes tipos de doença e danos para a saúde, sendo ainda responsável por 4% de todas as mortes, a nível mundial.

O consumo de álcool verifica-se, com maior frequência e globalmente, nas populações mais jovens, sendo que a sua prevalência diminui com a idade e aumenta, pelo contrário, a porção populacional não consumidora (Hajat et al. 2004 e Kirchner et al. 2007).

O consumo de álcool na população idosa é frequentemente associado a, pelo menos, dois mitos: primeiro, é tido como um problema pouco frequente nesta faixa etária; segundo, representa um sucesso terapêutico limitado quando diagnosticado no indivíduo idoso (Sorocco e Ferrell, 2006).

O alcoolismo nos idosos tem sido considerado uma epidemia silenciosa, maioritariamente devido ao aumento absoluto desta porção de população (Ferreira e Weems, 2008), e igualmente invisível, contribuindo, para tal, um conjunto de factores, nomeadamente: a dificuldade de diagnosticar um problema de alcoolismo nesta população; a negligência do mesmo, conseqüente a estereótipos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde; a revogação da discussão da temática, tanto pelos pacientes, como pelos profissionais de saúde, pelo desconforto que pode causar a sua abordagem (Sorocco e Ferrell, 2006).

É sabido que o índice de envelhecimento tem aumentado, principalmente desde as últimas 20 décadas, e esta tendência crescente deve-se ao decréscimo da fecundidade e ao aumento da longevidade, em ambos os sexos. Por esse mesmo motivo, o número de idosos com problemas alcoólicos tende a aumentar, ainda que a prevalência desta situação se mantenha constante (Fink et al. 2002). De facto e, por esta razão, o alcoolismo nesta porção etária pode revelar-se um importante problema de saúde pública (Hajat et al. 2004).

Com efeito, vários estudos têm sido realizados com o propósito de avaliar, não só, a prevalência do consumo de álcool na população idosa, como também, causas precipitantes ou de aumento do consumo e, ainda, potenciais riscos decorrentes de consumo nocivo, de risco, ou dependência, nesta mesma faixa etária.

Objectivos e Métodos

Pela necessidade crescente de avaliar os hábitos alcoólicos nesta faixa populacional, foi relevante o estudo da evolução da demografia populacional, a nível mundial, com ênfase no panorama nacional. Também, a relação do consumo de álcool com as alterações fisiológicas do envelhecimento e as principais consequências do seu consumo, nesta faixa etária. Ainda, agrupar um conjunto de motivos atribuídos ao consumo de álcool, nos idosos, clarificar os diferentes tipos de consumo e quais os mais associados a riscos. E, finalmente, explorar métodos diagnósticos e abordar estratégias terapêuticas a aplicar na população idosa.

Para tal foi realizada uma revisão de artigos e literatura com pesquisa nas seguintes bases de dados: PubMed, WHO (World Health Organization), NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), ADAI (Alcohol and Drug Abuse Institute) Library, DGS (Direcção Geral de Saúde) Portal da Saúde, e, ainda do Instituto Nacional de Estatística.

1. EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA E PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO IDOSA

A importância de avaliar a prevalência do consumo de álcool, principalmente na população idosa, está relacionada com alterações demográficas, a nível mundial. Adicionalmente, uma vez que esta faixa etária está sujeita a alterações fisiológicas e associada a mais patologias, nomeadamente crónicas, necessitando frequentemente de múltipla medicação, representa a maior percentagem de população que consome cuidados de saúde. Estes motivos justificam a detecção precoce de casos de alcoolismo, nesta população, não só com o intuito de iniciar tratamento adequado, mas também o de compreender as razões para o consumo excessivo e, se possível, modificar os factores que o incitam.

1.1 CONSUMO DE ÁLCOOL – PANORAMA MUNDIAL

O envelhecimento da população apresenta uma evolução crescente, a nível mundial. Actualmente, segundo a OMS, a porção populacional da faixa etária igual ou superior a 60 anos representa cerca de 650 milhões com uma previsão de aumento para 2 biliões de idosos em 2050.

Um relatório da OMS, sobre a situação global do álcool e saúde, estima que o consumo alcoólico nocivo e de risco constituem o maior factor de risco de morte, doença ou ferimento tanto para o consumidor como para terceiros. Com efeito, o consumo nocivo de álcool é responsável por, aproximadamente, 2,55 milhões de mortes por ano.

O mesmo relatório atribui, ainda, aos países desenvolvidos os níveis de consumo mais elevados, incluindo nos mesmos a Europa Ocidental e de Leste. Igualmente e em geral, nos países com maior rendimento também se observam os níveis mais elevados de consumo.

Segundo a OMS, a abstenção e o *heavy episodic drinking diferiam* são os indicadores que exercem um maior impacto nos padrões de consumo, a nível global. Assim, estima-se que 45% da população mundial, com idade igual ou superior a 15 anos, nunca consumiu álcool, durante a sua vida e 11,5% dos consumidores reportam um *heavy episodic drinking diferiam*.

Relacionando a existência de *heavy episodic drinking diferiam* com os rendimentos dos países, foi detectado que em regiões mais desenvolvidas como a Europa e a América este comportamento é mais comum em países com menor rendimento. Pelo contrário, nas regiões subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, como o Sudeste Asiático ou África, verificou-se que os países mais ricos são mais propensos a este comportamento de consumo alcoólico.

Blazer and Wu (2011), através da avaliação de uma amostra de 10015 indivíduos com idades entre os 50 e os 64 anos e outro grupo de 6289 indivíduos de idade superior a 65 anos, identificaram que 56% e 43 % dos indivíduos, respectivamente aos grupos anteriores, reportaram consumo de álcool durante o ano anterior.

Blazer and Wu (2009) confirmam, ainda, que se assiste a um aumento do consumo de álcool na população idosa.

1.2 CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO IDOSA – PANORAMA EUROPEU

A necessidade de abordar a prevalência do consumo alcoólico, em países da União Europeia, prende-se pelo facto desta região ser das que está associada a maior consumo per capita de álcool, à escala mundial.

O relatório realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Pública Sueco (Hallgren et al. 2009) identifica, no mínimo, 3 razões para o estudo do consumo de álcool na população idosa. Uma das razões está relacionada com a ausência de informação sobre os efeitos sociais e na saúde dos idosos, atribuídos ao consumo de álcool. Outra está relacionada com a tendência crescente da população idosa nos países europeus. A última estabelece a relação entre o consumo de álcool e as alterações biológicas que se verificam com o envelhecimento.

O mesmo relatório confirma, ainda, que algumas alterações nas áreas sociais, económicas e regulamentares contribuíram para a modificação dos padrões de consumo alcoólico em todas as faixas etárias. Nomeadamente, medidas como a diminuição dos preços médios de álcool e uma maior disponibilidade aumentou a facilidade em adquirir bebidas alcoólicas. Para além disso, o estado sócio económico parece influenciar os padrões de consumo, onde se verifica que indivíduos com situações sócio-económicas mais desfavorecidas tendem a consumir menos álcool, porém mais provavelmente estão associados a situações de *heavy episodic drinking* ou dependência.

De uma maneira geral, o volume de álcool consumido diminuiu de 15 L, em 1997, para 11 L por ano e por adulto, em 2005. No entanto, os países da União Europeia continuam a reportar o maior consumo de álcool, em todo mundo (Hallgren et al. 2009).

Este mesmo relatório avaliou a tendência do consumo alcoólico e seus prejuízos, na população idosa, em dez países da União Europeia: Finlândia, Suécia, Itália, Reino Unido (Inglaterra, Escócia, Gales, excluindo Irlanda do Norte), Letónia, Eslovénia, República Checa, Alemanha, Polónia e Espanha. A detecção de algumas diferenças no método utilizado para recolha de dados, na quantidade de dados, na ausência de informação em aspectos importantes como padrões de hospitalização, ou *guidelines* de consumo, e no uso de medidas de avaliação do consumo dificultou a comparação dos resultados entre os países. Porém, algumas conclusões podem ser retiradas, nomeadamente o número de idosos a consumir álcool que aumentou nos últimos 5-10 anos. Também, de uma forma geral, o maior consumo de álcool foi verificado no sexo masculino, em todas as faixas etárias. Outro aumento, relacionado com o consumo de álcool nos idosos, principalmente na faixa etária entre os 60 e os 65 anos, verificou-se no número de hospitalizações, nomeadamente em países como a Finlândia, Suécia e Polónia, entre 1998 e 2007. Nos dois primeiros países é de realçar, para além disto, um aumento mais rápido e um número mais significativo de hospitalizações de mulheres idosas, comparativamente aos homens. Foi, também, possível confirmar que o consumo de álcool nos idosos é mais frequente na faixa etária entre os 60 e os 70 anos, relativamente ao grupo de indivíduos com idade superior a 75 anos. Precisamente no grupo de indivíduos entre os 60 e os 70 anos de idade foi reportado um aumento de mortes relacionadas com o consumo de álcool, comparativamente ao grupo com idade superior a 80 anos, cujos valores se mantiveram estáveis, entre 1997 e 2007.

1.3 PANORAMA NACIONAL

O Instituto Nacional de Estatística prevê, nos próximos 25 anos, um aumento da população idosa, ou seja indivíduos com idade superior a 65 anos, para um valor equivalente ao dobro da população jovem, a faixa etária que compreende o intervalo entre 0-14 anos de idade.

Efectivamente, verifica-se um aumento progressivo do índice de envelhecimento (Gráfico 1), que se traduz pela razão entre a população idosa e a população jovem. Atingiu, em 2011, o seu valor mais elevado, correspondendo a 129, quando em 2009 foi de 117,6, no início da década foi de 102,2 e em 1990 representava 68,1. Isto significa que, por cada 100 jovens, há 129 idosos, actualmente. Assim, é compreensível que as estimativas prevejam um índice de envelhecimento equivalente a 242 idosos por cada 100 jovens, em 2050.

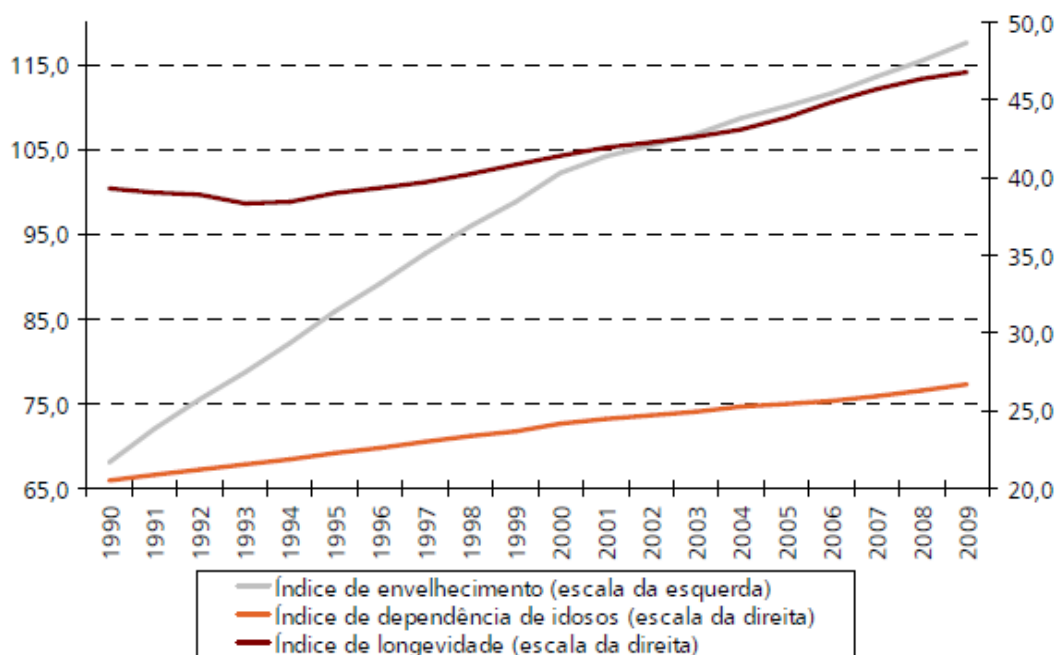
Aliás, já desde 1991, a tendência crescente desta faixa etária é evidente e surge como consequência da diminuição da fecundidade e aumento da longevidade. Esta última, que corresponde à esperança média de vida, alcançou, por sua vez, os valores de 76 (75,80) anos, no sexo masculino, e 82 (81,80) anos, no sexo feminino, entre 2007 e 2009. Desta forma, acentua-se o aumento da esperança média de vida para 2,44 anos em ambos os sexos, 2,77 no sexo masculino e 2,11 no sexo feminino, desde 1999 a 2001.

Finalmente, os resultados dos Censos 2011 indicam que a porção da população jovem corresponde a 15% da população residente em Portugal, em contraste com os 19% de população com idade superior a 65 anos.

Neste sentido e, no contexto da avaliação da prevalência do alcoolismo na população idosa, pela possível negligência destes casos nesta faixa etária, o estudo do consumo alcoólico é essencial, a nível nacional.

De facto, a evolução dos indicadores de saúde, do Plano Nacional de Saúde referente ao período entre 2004-2010, na faixa etária dos 65 aos 74 anos, indica um aumento do consumo de álcool, nos 12 meses anteriores, de 78,6% para 81,7%, no sexo masculino, e de 38,7% para 43,7%, no sexo oposto. De realçar o aumento de 3,1%, no caso dos homens, e de 5% no caso das mulheres, entre 1998-1999 e 2005-2006, com a informação de que, para além de outros indicadores, o item consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses está dependente do Inquérito Nacional de Saúde.

Gráfico 1 – Efeitos na estrutura etária entre 1990-2009



Fonte: Anuário Estatístico de 2009 – Edição 2011.

2. CLASSIFICAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

A necessidade de estipular tipos de consumo resulta da diversidade de terminologias usadas em vários estudos, que se tornam confusas, ambíguas e não têm uma definição concreta, variando entre os diversos estudos.

Por exemplo, o conceito de bebida padrão foi criado no sentido de quantificar o consumo de álcool diário ou semanal. Tendo em conta que a graduação difere nas diversas bebidas alcoólicas, de forma a calcular facilmente a quantidade de álcool em cada uma, os copos usualmente usados para cada bebida têm quantidades de álcool idêntica, que corresponde, então a uma unidade de bebida padrão. Este conceito varia nos diferentes países e tem tendência a modificar-se ao longo do tempo. Isto verifica-se no Reino Unido, onde a bebida padrão corresponde a 8g de álcool puro, na Austrália e Nova Zelândia corresponde a 10g, nos estados EUA a 14g e no Japão a 19,75g. Na maior parte dos países da Europa, a bebida padrão corresponde a 10g de álcool puro (Hallgren et al. 2009). Em Portugal, a quantidade de álcool pode ser quantificada como está representada na Quadro 1.

A OMS recomenda não mais que duas unidades de bebida padrão diários, o equivalente a 20g de álcool, e, pelo menos, dois dias de abstenção alcoólica semanalmente.

Para a população idosa, apenas nos Estados Unidos da América, na Itália, Nova Zelândia e Austrália recomendam um consumo de álcool inferior ao da população mais jovem. Nomeadamente, o NIAAA recomenda o limite de uma bebida alcoólica por dia, o que representa metade do consumo comparativamente a indivíduos com idades inferiores a 65 anos (Lang et al. 2007)

Quadro 1. Quantidade de Álcool e Qualidade de Bebida

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3dl	1,65dl	0,5dl	0,5dl
Conteúdo de álcool puro	12g	12-13g	10-12g	14-16g

Adaptado de M. L. de Mello et al. (2001).

Apesar disto, é importante reter que o risco associado ao consumo de álcool está dependente da ingestão total do mesmo, da forma como é ingerido e do tipo de bebida.

Vários são os termos que definem o consumo de álcool, porém a OMS define alguns termos pela classificação de patologias mentais e comportamentais ICD-10 e através do léxico de termos relacionados com o álcool e drogas. Considerarei os mais relevantes:

- Consumo de risco (*hazardous drinking diferiam*) – Nível ou padrão de consumo que implica provavelmente danos físicos ou mentais, se persistir. Qualquer nível de consumo alcoólico pode representar risco (Anderson e Baumberg, 2006).
- Consumo nocivo (*harmful drinking diferiam*) – Padrão de consumo que provoca danos à saúde física ou mental. Termo equivalente a *alcohol abuse diferiam*, pelos critérios da classificação DSM-III-R (1987) e DSM-IV (1994), da American Psychiatric Association (APA).
- Intoxicação – Condição consequente do consumo de álcool que resulta em distúrbios da consciência, cognição, percepção, emoções ou comportamentos, ou outras funções psicológicas ou físicas.

- *Heavy episodic drinking diferiam* – Consumo de, pelo menos, 60g de álcool numa ocasião. Este termo é frequentemente utilizado nalguns estudos como *binge drinking diferiam*.
- Dependência – Conjunto de aspectos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o álcool se torna uma prioridade. Podem desenvolver-se após o consumo prolongado de álcool. O desejo de consumir bebidas alcoólicas é frequente, tal como o consumo descontrolado e continuado apesar das consequências. Está igualmente relacionada com aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação em períodos de abstenção. Os critérios de diagnósticos de dependência alcoólica podem seguir as classificações DSM-III-R e DSM-IV (APA), ou a classificação ICD-10 (WHO), esta última considerada *gold-standard* para a avaliação de dependência alcoólica nos idosos (Wetterling et al. 2003).
- *Alcohol use disorders diferiam* (AUD) - Representam um grupo de patologias decorrentes do consumo de álcool e abrangem uma categoria diagnóstica de consumo nocivo, dependência e psicoses alcoólicas.
- Alcoolismo – Este termo não está incluído na classificação ICD-10. É utilizado, geralmente, no contexto de consumo continuado e crónico e respectivas consequências, mas foi preferencialmente abandonado em favor de dependência alcoólica (Anderson e Baumberg, 2006).

Termos como consumo leve, moderado, ou excessivo, não têm uma definição internacional aceite (Hallgren et al. 2009), assim como alcoolismo, abuso de álcool, entre outros, são vistos como ambíguos e pouco esclarecedores (Anderson e Baumberg, 2006). Apesar disso, alguns estudos utilizam termos semelhantes, com definições adequadas aos mesmos (Sorock et al.

2006; Kirchner et al. 2007; Ferreira e Weems et al. 2008), o que acaba por se tornar confuso, dificultando a avaliação correcta e concreta de padrões de consumo.

A OMS define, ainda, categorias de consumo alcoólico baseadas em gramas de álcool por dia e específicas para cada género, representadas no Quadro 2.

Quadro 2. Categorias de consumo de álcool em g/dia

Género Categoria	Masculino	Feminino
	Abstenção	0
Nível I	> 0-40g	> 0-20g
Nível II	> 40-60g	> 20-40g
Nível III	> 60g	> 40g

Adaptado de Anderson e Baumberg, 2006

Alguns estudos classificam o consumo alcoólico nos idosos em três principais tipos:

- *Early onset drinkers diferiam* – Grupo de indivíduos que desenvolve problemas relacionados com o álcool desde idades jovens. Estima-se que 2/3 dos idosos pertencem a este grupo (Ferreira e Weems 2008; IAS 2010).
- *Late onset drinkers diferiam* – Grupo de indivíduos que inicia o consumo problemático de álcool em idades avançadas (IAS 2010).
- *Binge drinkers diferiam* – Grupo de indivíduos que apresenta um consumo ocasional de álcool (IAS 2010).

Cerca de 1/3 dos alcoólicos idosos são classificados como *late onset drinkers diferiam* devido a diagnóstico tardio, após os 70 anos de idade (Ferreira e Weems, 2008) ou desenvolvem problemas relacionados com o álcool após os 60 anos de idade (Sorocco, 2006).

Um estudo, cujo objectivo principal foi perceber se os *late onset drinkers diferiam* diferiam dos *early onset drinkers diferiam*, incluiu no primeiro grupo indivíduos com início de dependência alcoólica pelos 45 anos de idade e no segundo grupo com início em idades inferiores a 25 anos (Wetterling et al. 2003). O primeiro grupo, em comparação com o segundo, apresentou menos complicações psico-sociais e problemas relacionados com o álcool, sugerindo que os tipos de problemas relacionados com o álcool seriam semelhantes nos dois grupos, mas com menor frequência no primeiro grupo. Outra classificação para *late onset drinkers diferiam* e *early onset drinkers diferiam* inclui indivíduos com idades superiores a 40 anos e inferiores a 40 anos, respectivamente (Sorocco e Ferrell, 2006).

A OMS declara que o consumo nocivo de álcool é um dos principais riscos para a saúde, estando associado a, aproximadamente, 2,5 milhões de mortes por ano. A nível global, cerca de 11,5% de consumidores de álcool apresentam semanalmente *heavy episodic drinking diferiam*, com uma proporção de 4:1 do sexo masculino para o feminino. Este tipo de consumo é um dos indicadores mais relevantes de consequências agudas do consumo de álcool, nomeadamente traumatismos.

O álcool é identificado, pela OMS, como causa de patologia ou trauma, relativamente à incidência e à evolução dos mesmos. O impacto do consumo de álcool, nestas consequências, está relacionado com o volume e o padrão de consumo. Este último tem sido responsabilizado por dois tipos de consequências, sendo elas, os traumatismos e doenças cardiovasculares, principalmente se caracterizado como *heavy episodic drinking diferiam*.

3. CAUSAS E CIRCUNSTÂNCIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS

As causas que motivam o início ou aumento de consumo de álcool na população idosa têm sido documentados em alguns estudos. A importância de compreender estes motivos justifica-se para que seja possível identificar grupos de risco, motivos de hospitalização, entre outros, relacionados com o consumo de álcool, nesta população. Desta forma, após o diagnóstico, seria fundamental iniciar tratamento, atenuar o factor motivador, ou alertar o consumidor para os perigos relacionados com o consumo de álcool.

Neste sentido, é essencial esclarecer que o consumo de álcool está relacionado com estilos de vida, género, padrões sociais, antecedentes pessoais ou familiares de consumo alcoólico, fisiologia, hereditariedade cultural, estado de saúde, normas de consumo e princípios morais (Immonen et al. 2010), factores que variam nas diferentes sociedades e de pessoa para pessoa.

Immonen et al. (2010) realizaram um questionário a uma população de 2100 idosos, com idades superiores a 65 anos. Desses, 868 indivíduos reportaram consumo de álcool e 831 declararam o motivo do consumo. Os principais motivos de consumo identificados foram: “para divertimento ou festividades” (58,7%), “motivos sociais” (54,2%), “propósito terapêutico” (20,1%), “consumo às refeições” (13,8%). No entanto, uma percentagem elevada de indivíduos, definidos como consumidores de risco, justificou o consumo de álcool por “vida sem significado”, “aliviar ansiedade”, “aliviar a solidão” e “aliviar a depressão”.

Factores de risco precipitantes de consumo alcoólico nos idosos, identificados em estudos anteriores, incluem: consumo elevado em idades jovens, mais tempo e oportunidade de consumir, dor ou insónia causadas por doença. Outros factores, nomeadamente, depressão,

ansiedade, solidão, ausência de apoio social e aborrecimento, são frequentemente motivadores de consumo alcoólico em idosos (Immonen et al. 2010).

Sorocco e Ferrell (2006) identificaram factores de risco motivadores de consumo de risco ou nocivo de álcool, em idosos, que incluem:

- Problemas psicológicos, principalmente a ansiedade;
- Reforma e isolamento;
- Eventos motivadores de stress (nomeadamente a menopausa, a adaptação à saída dos filhos de casa, falecimento do esposo(a), ou parceiro(a), ou a prestação cuidados);
- Ambiente envolvente e cultura.

Também associados a consumo de álcool, nos idosos, foram identificados factores como “doença grave num ente querido” ou “mudança de residência” (Hajat et al. 2004). Algumas condições sociais, como o desalojamento, viver isolado, estar divorciado ou ser solteiro, foram associadas a *alcohol use disorders diferiam*, nos idosos (Onen et al. 2005).

Blazer e Wu (2011), num estudo efectuado a nível nacional nos Estados Unidos da América, identificaram que um número elevado de idosos consumidores de álcool, que apresentava forte probabilidade de apresentar dependência alcoólica, estava associado a rendimentos mais baixos, a depressão maior, a dependência nicotínica, e a consumo de drogas ilícitas, no ano anterior.

Portanto, é compreensível a necessidade de identificar estes factores tendo em vista a detecção precoce ou a prevenção do consumo de álcool de risco, ou nocivo, nos idosos. Primeiro porque alguns são modificáveis, depois porque o tratamento de patologias, como a depressão ou a ansiedade, podem modificar ou prevenir os hábitos de consumo.

4. CONSEQUÊNCIAS ATRIBUIDAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL

O consumo de álcool é tido como principal causa de cerca de 30 patologias contidas na Classificação Internacional de Doenças (ICD-10), pela OMS, contribuindo para a sua evolução e incidência. Particularmente, um padrão de consumo entendido como nocivo é o mais relacionado a consequências a curto ou longo prazo, estas últimas mais relacionadas com *heavy episodic drinking diferiam*.

É necessário esclarecer que os efeitos tóxicos do álcool se manifestam através de acções tóxicas agudas ou crónicas. A intoxicação aguda é conhecida vulgarmente como embriaguez e manifesta-se, inicialmente, através da acção depressora do álcool absorvido e, posteriormente, por sintomas vegetativos (por exemplo, náuseas, vômitos, midríase e taquicardia) e alterações neurovegetativas (como a hipotermia e depressão cardio-respiratória), consequentes à elevação de níveis de álcool no sangue (M. L. de Mello et al. 2001). A acção tóxica, a médio e longo prazo, do álcool, manifesta-se predominantemente através de patologia neuropsiquiátrica, mas está, igualmente, envolvida no desencadear e evolução de patologia gastrointestinal (por exemplo, cirrose hepática e pancreatite), doenças cardiovasculares (nomeadamente, hipertensão, arritmias e enfarte hemorrágico), foi associada a carcinogénese (factor carcinogénico identificado para cancro colo-rectal, da mama, hepatocarcinoma, cancro da laringe, orofaringe e esofágico) e pode, ainda, estar relacionada com o desenvolvimento de diabetes mellitus, entre outros (WHO 2011).

Compreende-se, também, que os mecanismos potenciadores de doença ou que constituem prejuízo para a saúde estejam dependentes de factores como o padrão e volume de consumo alcoólico, que se traduzem no efeito do álcool nos órgãos e tecidos, na dependência e

intoxicação (WHO 2011). Outros factores a ponderar, na avaliação das consequências do consumo de álcool, estão relacionadas com a história pessoal de consumo, o género, a composição corporal, o estado nutricional, a toma de medicamentos ou outras drogas e, neste contexto, a idade (Hallgren, et al. 2009).

A população idosa, estando sujeita a um conjunto de modificações corporais, apresentado uma maior prevalência de múltiplas patologias e estando sujeita um maior consumo de medicamentos, estará mais susceptível aos efeitos do álcool e à interacção do mesmo com medicação e comorbilidades, como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial e a depressão (Fink et al. 2002). E, uma vez que os idosos tendem a ser mais sensíveis aos efeitos físicos e cognitivos do álcool (Hallgren, et al. 2009), o seu consumo, entendido como adequado ou não prejudicial em faixas etárias mais jovens, poderá não ser indicado para uma população mais envelhecida.

Desta forma, para além de identificar situações patológicas decorrentes do consumo de álcool, numa população idosa é fundamental enquadrar esse consumo a todo o processo de envelhecimento, à prevalência de patologias nesta faixa etária e ao consumo de medicação.

Considero, então, que uma breve revisão do metabolismo do álcool e o conhecimento de alterações fisiopatológicas inerentes ao envelhecimento, facilitem a compreensão e o esclarecimento das consequências do consumo de álcool.

4.1 METABOLISMO DO ÁLCOOL

Neste trabalho, qualquer referência ao álcool corresponde ao álcool etílico, ou etanol, sendo este o tipo de álcool contido em bebidas alcoólicas para fins de consumo.

O etanol é absorvido maioritariamente pelo tubo digestivo, cerca de 30% no estômago, 65% do duodeno e o restante no cólon. O metabolismo do etanol processa-se em duas fases, a primeira corresponde à formação de acetaldeído e a segunda à formação de acetato (Fig. 1).

Metabolismo do Etanol

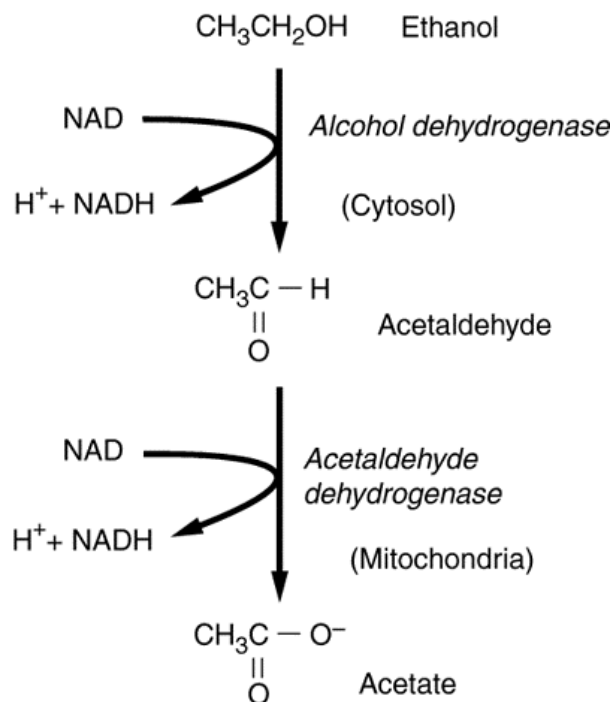


Figura 1: Adaptada de *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2006; 24(8): 1151-1161. © 2006 Blackwell Publishing.

O etanol é degradado em acetaldeído, molécula muito reactiva e tóxica para o organismo, pela enzima álcool desidrogenase (ADH). No entanto, pode ser processado por outras duas vias de recurso quando a actividade da ADH está reduzida, ou bloqueada, o que acontece no caso de consumidores considerados dependentes ou com padrão de consumo nocivo.

As vias de recurso são denominadas: MEOS (sistema microsossómico de oxidação do etanol) e Catalase (Fig. 2). A via MEOS pode ser activada num contexto de consumo de risco ou nocivo, sendo responsável pela degradação de cerca de 20% do álcool ingerido. A via da Catalase é considerada uma via de recurso tóxica, ao interagir com os ácidos nucleicos constituintes do DNA (ácido desoxirribonucleico), tendo capacidade destrutiva.

Vias de degradação do Etanol

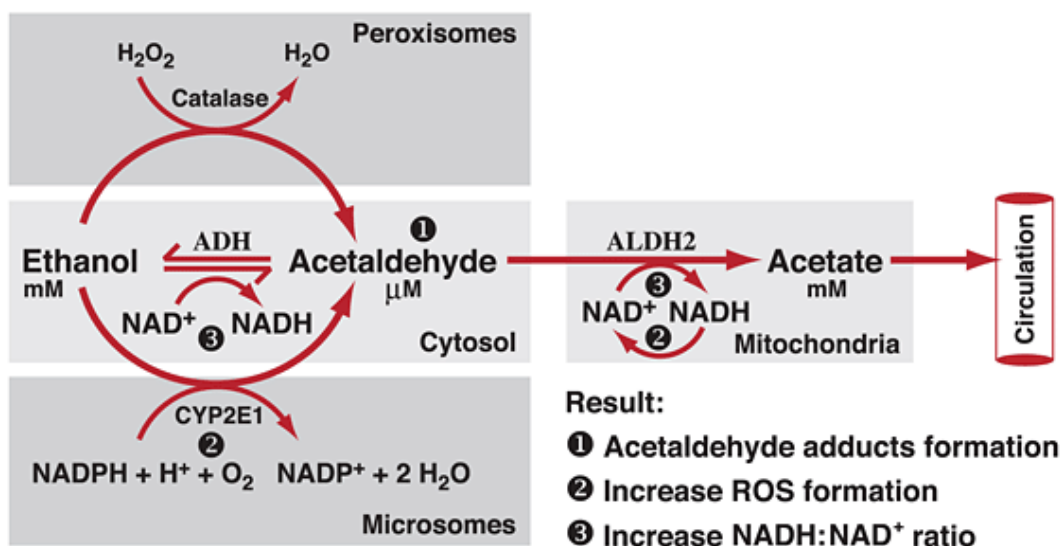


Figura 2. Degradação do etanol em acetaldeído: pela enzima ADH, no citosol; pela enzima CYP2E1, nos microssomas; pela enzima catalase, nos peroxisomas. Conversão do acetaldeído em acetato, na mitocôndria. Fonte: NIAAA.

Posteriormente, o acetaldeído é degradado em acetato pela enzima acetaldeído desidrogenase, processo que ocorre essencialmente no fígado.

A eliminação de cerca de 90% do etanol ingerido ocorre no fígado, sendo apenas 10% eliminado pelos pulmões, urina e suor.

A concentração máxima de álcool no sangue é atingida cerca de 45 a 75 minutos após a ingestão (Ferreira e Weems, 2008). A velocidade de absorção depende de factores como o volume e concentração de álcool ingerido, estados de jejum, condições que afectam a mucosa gástrica ou intestinal, entre outros (M. L. de Mello et al.2001).

Fundamental é reter que o perigo de consumo de doses elevadas de álcool, representado risco e danos para a saúde, está relacionado com aceleração da degradação do etanol, nessas circunstâncias. Desta forma, o consumo de risco ou nocivo continuado, representa uma acumulação de partículas tóxicas em excesso no tecido hepático que, posteriormente, afecta o metabolismo de outros nutrientes, nomeadamente o proteico, o lipídico e o dos hidratos de carbono (M. L. de Mello et al. 2001).

4.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Rodríguez-Rodero et al. (2011) definem envelhecimento como um processo de declínio funcional e estrutural de um organismo, dependente de alterações moleculares e celulares que provocam diversos efeitos no decurso da vida, a nível individual. Ladislav Robert (1994) refere-se ao envelhecimento como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente.

De facto, o processo de envelhecimento acarreta modificações na estrutura corporal, nos tecidos e órgãos e na resposta do organismo a factores externos. E, neste sentido, justifica-se referir as alterações que condicionam respostas e adaptações diferentes quando o consumo de álcool está envolvido. É compreensível, então, que, nesta faixa etária seja essencial relacionar o consumo de álcool com as modificações corporais.

A redução da quantidade total de água corporal, da enzima álcool desidrogenase e o aumento da sensibilidade do sistema nervoso central (Sorock et al. 2007), nesta faixa etária, representam modificações que influenciam a resposta do organismo à ingestão de álcool. Outra alteração no decurso do envelhecimento é o aumento da gordura corporal, que influencia a redução de água corporal total e do volume de líquido intersticial intestinal. Este facto compromete a distribuição do álcool e traduz-se numa elevação da concentração máxima de álcool no sangue, quando em comparação com a ingestão de uma dose semelhante num indivíduo mais jovem com a mesma massa corporal (Sorock et al. 2007, Ferreira e Weems 2008).

4.3 CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS IDOSOS

Hallgren, et al. (2009) abordam problemas frequentes nos idosos cuja incidência pode aumentar quando em associação com o consumo de álcool. São eles traumas e acidentes, saúde mental e interações medicamentosas. Neste sentido, justifica-se a avaliação da associação entre o consumo de álcool com estes problemas, para que seja possível perceber se existe, ou não, relação causal entre os mesmos e se, de facto, pode ser considerado como factor de aumento do risco de ocorrência destes eventos.

As três principais causas de morte por trauma ou acidentes, nos idosos, incluem traumatismo auto-infligido, nomeadamente suicídio, as quedas e acidentes rodoviários (Hallgren et al. 2009 e Sorock et al. 2007).

Sorock et al. (2007) identificaram que o consumo de álcool, nos idosos, estava mais associado a suicídio, comparativamente a acidentes com veículos motorizados ou a quedas. O consumo

de álcool, avaliado durante um ano, foi associado um aumento de 70% no risco de morte decorrente de acidentes com veículos motorizados ou quedas e a um aumento de 60% no risco de morte por suicídio. No geral, o consumo de 12 ou mais bebidas padrão por ano foi associado a um aumento de 50-70% de risco de acidentes de viação, suicídio e quedas. O consumo alcoólico de risco é considerado um factor independente de suicídio, na população idosa (Hallgren et al.2009).

No entanto, o aumento de risco destes eventos, associado ao consumo de álcool, em idosos, ainda não está completamente esclarecido. Porém, tendo em conta o efeito nefasto do álcool nas capacidades motoras, será razoável assumir que o consumo do mesmo, relacionado com o envelhecimento, possa estar associado a um aumento do risco de ocorrência destes eventos (Hallgren et al. 2009).

A depressão é reconhecida como uma patologia muito prevalente nos idosos. Para além deste facto, um consumo alcoólico nocivo, ou de risco, está relacionado com o aumento de sintomas depressivos e a prevalência de depressão major é maior em doentes submetidos a tratamento de desintoxicação. Também, foi documentado um aumento da prevalência de *alcohol use disorders* em doentes em tratamento de depressão (Hallgren et al. 2009).

Outros aspectos documentados são os efeitos do consumo nocivo ou de risco de álcool considerados semelhantes aos efeitos evidenciados pela doença de Alzheimer. Estudos sugerem, ainda, que o consumo nocivo ou de risco de álcool, por um período prolongado pode estar associado a um aumento de risco de desenvolvimento de Alzheimer (Hallgren et al. 2009). Efectivamente, o compromisso das funções cognitivas e cerebelares, após o consumo de álcool, mesmo que seja apenas o equivalente a uma bebida padrão, é mais evidente nos idosos, o que significa que estes são mais susceptíveis à toxicidade do álcool (Wetterling et al 2003).

Os idosos são os que, com maior frequência, estão associados a um elevado consumo de medicação. Isto revela-se problemático, não só pela possibilidade de interacções medicamentosas, mas também quando o consumo de álcool está envolvido.

Algumas das interacções medicamentosas estão relacionadas com alterações inerentes ao envelhecimento que se reflectem na absorção, distribuição e eliminação dos medicamentos (Hallgren et al. 2009). O envelhecimento condiciona, igualmente, modificações da distribuição e do metabolismo do álcool. Por sua vez, o consumo de álcool pode agravar determinadas condições associadas ao envelhecimento, nomeadamente, a reduzida capacidade homeostática, a toma de medicação e a prevalência de patologias crónicas (Moore et al. 2007).

O risco de interacções com potencial nocivo, entre o consumo de álcool e medicação, está intimamente relacionado com alterações orgânicas relacionadas com a idade, com o volume de álcool ingerido, o tipo e quantidade de medicação utilizada, o consumo simultâneo de medicação e álcool e, ainda, patologias crónicas presentes num indivíduo. O álcool interfere no efeito final da medicação através da alteração do metabolismo dos medicamentos, da modificação do efeito da medicação e da sua capacidade de exacerbação de efeitos adversos. E, apesar destas interacções se verificarem com maior frequência associadas a *heavy episodic drinking* *diferiam*, também são relatadas quando o consumo não é considerado nocivo ou de risco (Moore et al. 2007).

Resumindo, os riscos da combinação álcool-medicamento traduzem-se através de interacções farmacocinéticas, nomeadamente, aumento dos níveis de álcool no sangue e aumento, ou redução do metabolismo do medicamento (Tabela 1). Ainda, através de interacções farmacodinâmicas, com exacerbação dos efeitos terapêuticos ou adversos dos medicamentos,

podendo resultar em: hemorragias digestivas altas (Ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios não esteróides, Clopidogrel e Ticlopidina); sedação ou compromisso de funções psicomotoras (Benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, alguns anti-histamínicos, narcóticos, relaxantes musculares, Fenobarbital, Barbitúricos); hipotensão (Vasodilatadores, incluindo os Nitratos, Hidralazina e Bloqueadores- α , Antidepressivos tricíclicos, Barbitúricos e medicamentos utilizados na doença de Parkinson). E, por fim, resultar em reacções do tipo dissulfiram (Fig. 3), ou crises hipertensivas. Estas últimas estão relacionadas a toma de inibidores da monoamina oxidase, nomeadamente a Tranilipromina e Fenelzina (Moore et al. 2007).

Efeito dissulfiram em interacção álcool-medicamentos

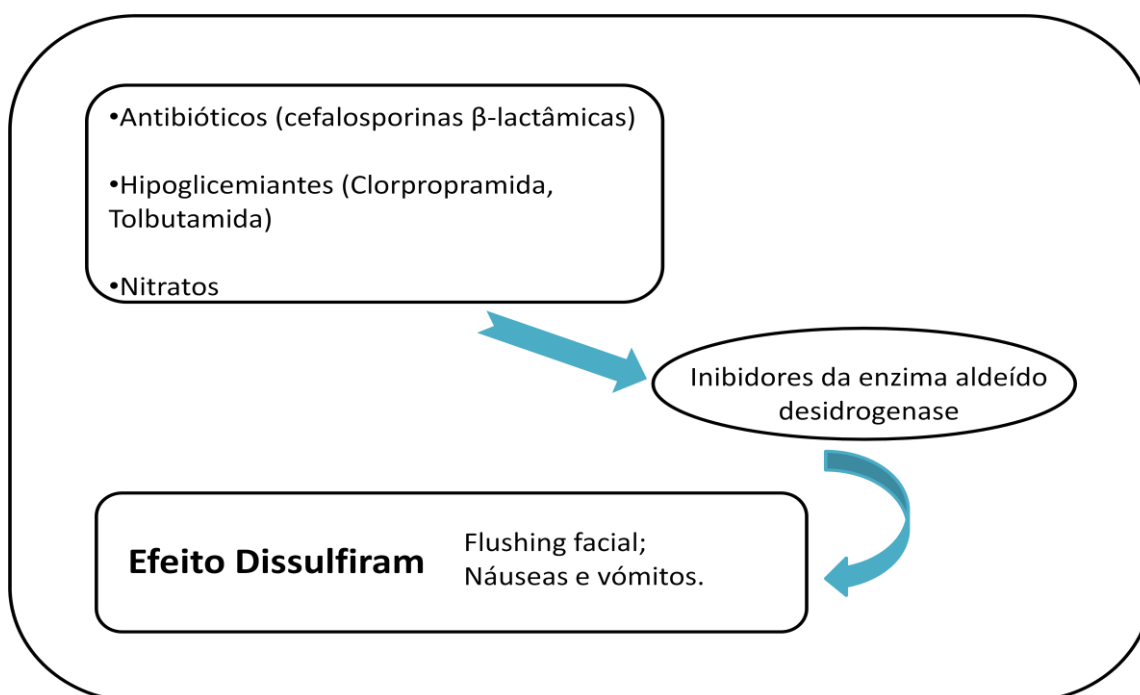


Figura 3.

Uma outra problemática, que se verifica com frequência nesta faixa etária e principalmente nos serviços de urgência, é a dificuldade de diagnosticar casos de dependência alcoólica devido à sua apresentação atípica. Ou seja, situações de queda, a depressão e outras

comorbilidades físicas ou psiquiátricas, eventos frequentes nos idosos, podem mascarar a dependência alcoólica (Onen et al. 2005 e Hallgren et al. 2009) e seria prudente uma avaliação cuidada nestas situações.

Foram relatadas, também, no contexto de Serviço de Urgência, situações de queda e delírio associadas muito mais frequentemente a idosos consumidores de álcool, comparativamente aos que não consomem. Adicionalmente, idosos consumidores de álcool apresentam-se usualmente, no serviço de urgência, com alterações, sinais ou sintomas gastrointestinais (Onen et al. 2005).

Fink et al. (2002) classificaram idosos consumidores de risco pela quantidade de álcool consumida associado à toma de medicação com potencial interação adversa com o álcool. Por sua vez, o consumo nocivo foi definido pela quantidade de álcool consumida associada a patologias médicas (nomeadamente hipertensão, cirrose, hepatite ou gastrite) e psiquiátricas, sendo a mais frequente a depressão.

Moore et al. (2007) confirmam que o consumo de quantidades específicas de álcool pode mesmo agravar condições patológicas presentes, frequentemente, nos idosos, como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, patologia gastrointestinal, a gota, a insónia, a depressão e compromisso cognitivo.

Tabela 1. Tipos de interação álcool-medicamentos.

Tipo de interação	Efeito clínico	Medicamentos
Aumento dos níveis de álcool no sangue	Aumento do risco de efeitos adversos do álcool	Ranitidina, Cimetidina, Nizatidina
Redução do metabolismo do medicamento	Aumento da eficácia do medicamento	Benzodiazepinas, Narcóticos, Varfarina
Aumento do metabolismo do medicamento	Redução da eficácia do medicamento	Benzodiazepinas, Barbitúricos, Varfarina, Fenitoína, Propanolol, Tolbutamida, Isoniazida, Anti-retrovirais (inibidores da protease e inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos)
	Hepatotoxicidade	Acetaminofeno, Isoniazida, Fenilbutazona, Metotrexato

Adaptado de Moore et al. (2007).

5. DIAGNÓSTICO

As bases do diagnóstico de consumo de álcool apoiam-se, acima de tudo, na elaboração de histórica clínica com clarificação de hábitos de consumo, na identificação de sinais e sintomas concordantes com estados de intoxicação aguda, ou crônica de álcool e nos exames complementares necessários à confirmação de patologias.

Muitos estudos apoiam-se em escalas e questionários de diagnóstico para avaliação do tipo de consumo alcoólico. E, sabendo que existem diversos questionários, Sorocco e Ferrell (2006) recomendam os seguintes, como os mais indicados para avaliação da população idosa:

- CAGE - Questionário composto por 4 perguntas, num formato de respostas sim ou não. Cada resposta positiva recebe pontuação de 1 valor. Um significado clínico positivo corresponde a uma pontuação igual ou superior a 2 (Figura 4).
- MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric) - Questionário composto por 24 perguntas, num formato de respostas sim ou não. Cada resposta positiva recebe pontuação de 1 valor. Um resultado com 5 ou mais respostas positivas indica problemas alcoólicos.
- SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric) - Versão do questionário MAST-G, num formato de 10 perguntas. Um resultado de 2 ou mais respostas positivas indica problema alcoólico.
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) - Questionário composto por 10 perguntas de escolha múltipla que avaliam a frequência e quantidade de álcool

consumida, a dependência e os problemas consequentes do consumo. Avalia o risco em 4 zonas, cada uma correspondente a intervenções diferentes. A zona 1 corresponde a um total de 0-7 pontos, a zona 2 a um total de 8-15 pontos; a zona 3 a um total de 16-19 pontos e a Zona 4 a um total de 20-40 pontos.

- ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) – Questionário que, em 60 perguntas, inclui a identificação do género, a avaliação de patologias médicas/psiquiátricas, de sintomas de doença, hábitos tabágicos e hábitos medicamentosos, da função física e do estado de saúde, da quantidade e frequência de consumo alcoólico, da existência ou ausência do padrão de consumo *heavy episodic drinking diferiam*, de sintomas de dependência alcoólica, ou de consumo nocivo e uma pergunta relacionada com a condução de veículos motorizados após o consumo de álcool.

A validade da avaliação do consumo alcoólico será tanto maior quando questionados não só os hábitos alcoólicos recentes, ou seja no último ano, mas também o consumo alcoólico no decurso da vida. A sensibilidade e especificidade de cada teste determinam, igualmente, a sua validade e credibilidade. Neste contexto, outros factores que contribuem para o aumento da eficácia destes testes estão relacionados com as suas características, nomeadamente, a brevidade, a facilidade de utilização e pontuação (Charpitel, 1997). Estes últimos factores devem ser tidos em conta, quando se avalia a população idosa.

O questionário CAGE (Fig. 4), desenvolvido por Ewing em 1984, permite a identificação de indivíduos com dependência alcoólica recente, ou no passado, e tem a vantagem de ser rápido (realizado em cerca de um minuto) e fácil de utilizar. Apresenta, no entanto, desvantagens, nomeadamente a reduzida sensibilidade quando utilizado no sexo feminino e a impossibilidade de avaliação de padrões de consumo *heavy episodic drinking diferiam*.

Questionário CAGE

- C** 1. Alguma vez sentiu/ sente necessidade de diminuir ou parar o consumo de álcool? (**C**ut down)
- A** 2. Alguma vez se sentiu/ sente-se criticado pelo seu modo de consumo alcoólico? (**A**nnoyed)
- G** 3. Alguma vez se sentiu/ sente-se culpado pelo seu consumo de álcool? (**G**uilty)
- E** 4. Alguma vez sentiu/ sente necessidade de consumir álcool pela manhã, para diminuir o nervosismo? (**E**ye-opener)

Figura 4. Adaptada de Ewing (1984)

Por sua vez, os questionários MAST-G e SMAST-G (Blow et al. 1992), foram desenvolvidos com o objectivo de avaliar o consumo de álcool em idosos e identificar indivíduos com critérios de consumo nocivo, ou dependência alcoólica, recentes ou anteriores. Uma vez que o questionário MAST-G é muito extenso, pode ser considerado desvantajoso em algumas situações devido ao tempo longo de execução. Assim, nesses casos, a utilização da versão curta pode facilitar a avaliação (Sorocco e Ferrell 2006).

O questionário AUDIT (Fig. 5) foi desenvolvido pela OMS (Babor et al. 1992) para detectar indivíduos associados a consumo de risco ou nocivo. Apresenta a vantagem de poder ser aplicada a uma variedade de etnias e outros indivíduos, não necessariamente no contexto de cuidados primários ou serviço de urgência, para além de poder ser executado rapidamente (em cerca de 2 minutos).

Questionário AUDIT

<p>1. How often do you have a drink containing alcohol?</p> <p>(0) Never [Skip to Qs 9-10] (1) Monthly or less (2) 2 to 4 times a month (3) 2 to 3 times a week (4) 4 or more times a week</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?</p> <p>(0) 1 or 2 (1) 3 or 4 (2) 5 or 6 (3) 7, 8, or 9 (4) 10 or more</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>3. How often do you have six or more drinks on one occasion?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p><i>Skip to Questions 9 and 10 if Total Score for Questions 2 and 3 = 0</i></p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. Have you or someone else been injured as a result of your drinking?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>10. Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>

Figura 5. Fonte: Babor et al. (2001)

Finalmente, o questionário ARPS (Fink et al. 2002) foi desenvolvido pela necessidade de relacionar determinados factores relevantes para a população idosa com os riscos associados ao consumo de álcool. E, também, para além de identificar idosos com consumo nocivo ou dependência alcoólica, permite detectar qual a população idosa em risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de álcool isolado, ou associado a comorbilidades já existentes, consumo de medicação e estado funcional. Consegue, então, agrupar os tipos de

consumo alcoólico em nocivo, de risco e não associado a risco, segundo as definições da OMS (Fink et al. 2002). Apresenta como vantagens a facilidade e rapidez de execução (em cerca de 10 minutos) e, ao identificar outros problemas relacionados com o consumo de álcool, possibilita uma mais correcta planificação e adequação do tratamento (Sorocco e Ferrell 2006).

Todos estes questionários têm duas vertentes de utilização: Podem ser realizados pelo próprio indivíduo, ou pelo profissional de saúde.

A eficácia da avaliação do consumo alcoólico aumenta quando estes questionários são utilizados como complemento uns dos outros e, principalmente, na população idosa, pela diferente abordagem de cada um possibilita (Sorocco e Ferrell 2006).

6. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

O tratamento da dependência alcoólica assenta numa multiplicidade de acções e, para esse efeito, está dependente de equipas amplas de especialistas que integram o seu conhecimento e funções num objectivo comum. Por outro lado, o envolvimento de familiares ou pessoas próximas ao indivíduo, com convivência directa, deve ser incluído no tratamento. Se por um lado existe uma abordagem terapêutica biofarmacológica e psicológica, existe igualmente a necessidade de abordagem sócio-familiar (M. L. de Mello et al. 2001).

Em geral, o tratamento apresenta como principais objectivos (M. L. de Mello et al. 2001):

- Tratamento da intoxicação alcoólica e patologias médicas ou neuropsiquiátricas associadas.
- Permitir e possibilitar, ao doente, a capacidade de reconstrução e reorganização de vida.
- Incentivar a abstinência alcoólica e a capacidade de reintegração no meio sócio-familiar.

M. L. de Mello et al. (2001) organiza o tratamento em quatro fases. A primeira fase estabelece o primeiro contacto, momento em que se reconhece e avalia a situação do doente. A segunda fase é reconhecida como desintoxicação, no qual se procede ao tratamento dos efeitos directos do álcool e das consequentes patologias médicas e neuropsiquiátricas. A terceira fase inclui outras terapêuticas farmacológicas, com a intenção de controlar e diminuir o desejo de consumir álcool, resultando na supressão da síndrome de abstinência, após a desintoxicação e abstenção alcoólica, nomeadamente através da utilização naltrexona. Finalmente, a quarta fase prevê programas de psicoterapia que visam a reintegração do indivíduo no meio sócio-

familiar e motivam o auto-controlo e valorização pessoal da abstinência alcoólica, através de psicoterapia de grupo ou, em casos excepcionais, psicoterapia individual.

Relativamente à população idosa, defende-se uma abordagem inicial de opções terapêuticas o menos intensiva possível, tendo o profissional de saúde o cuidado de revelar preocupação perante a confirmação de problemas decorrentes de consumo alcoólico e alertar o indivíduo para o perigo e risco para a saúde de determinados padrões de consumo. Torna-se igualmente importante aferir todas as informações relevantes, como o historial de consumo alcoólico, as patologias base do doente, a medicação habitual e a existência de um padrão de dependência alcoólica, de forma a possibilitar uma melhor referenciação para avaliação e tratamento específicos, sendo o doente o interveniente principal da decisão (Sorocco e Ferrell 2006).

Segundo Sorocco e Ferrell (2006), as opções terapêuticas consideráveis incluem intervenções curtas, intervenções familiares, aconselhamento de incentivo e terapêuticas cognitivo-comportamentais.

As primeiras baseiam-se em sessões de aconselhamento com recurso as estratégias de “motivar para mudar”, educação do doente, estabelecimento de contratos e objectivos a cumprir, motivação da mudança de comportamento de consumo e partilha de informação e ou documentação. Através destas sessões será possível, então, inquirir motivos de consumo, esclarecer os tipos de consumo e as consequências dos mesmos para a saúde do doente, permitindo, também, a sensibilização do doente para níveis adequados de consumo, os motivos para não consumir, entre outros.

Por sua vez, as intervenções familiares incluem o esclarecimento de familiares ou indivíduos, com contacto directo e próximo do doente, para os perigos do consumo nocivo de álcool e a sua prevenção. Trata-se de uma técnica de confronto pelos anteriores com o indivíduo em

questão, com prévio aconselhamento profissional sobre a melhor forma de comunicação, devendo estar ser, preferencialmente, factual, transmitir apoio e ser emocionalmente neutra.

O aconselhamento motivacional centra-se na decisão e responsabilidade do doente, sendo este que procura compreender a sua situação, avaliar os seus riscos e alterar ou não o seu comportamento. Ou seja, não existe persuasão do profissional com intenção de estimular mudança no doente.

Finalmente, as abordagens cognitivas e comportamentais têm como objectivo ensinar e treinar o indivíduo para saber lidar com e ultrapassar um comportamento continuado e aditivo de consumo, incluindo modificações comportamentais, técnicas de gestão pessoal e terapias cognitivo-comportamentais. Foram demonstradas como as mais eficazes, comparativamente às anteriores.

Considero importante referir que o insucesso terapêutico depende de factores diversos, nos quais estão incluídos: a idade e estado mental, o estado civil, o isolamento, desemprego, a aposentação, a personalidade do indivíduo, motivação inicial ausente ou insuficiente para o tratamento, ou ausência de apoio social e/ou familiar (M. L. de Mello et al. 2001).

7. CONCLUSÃO

Com este trabalho, foi possível concluir que o consumo de álcool, apesar de claramente mais prevalente na população jovem, verifica-se nos idosos. Para além disso, padrões de consumo nocivos, de risco, o *heavy episodic drinking* e padrões de dependência são, igualmente, uma realidade nesta faixa etária. No entanto, a dificuldade da avaliação dos padrões de consumo pode estar associada a uma utilização de termos e definições considerados ambíguos nos diferentes estudos, que diferem, ainda, nos diferentes países.

Com efeito, os padrões acima referidos, tidos como comportamentos de risco para consequências imediatas ou a médio e longo prazo, representam um risco agravado na população idosa. Isto porque, para além do processo de envelhecimento ser responsável por alterações corporais e metabólicas, os idosos estão dependentes de factores que contribuem para a modificação do efeito do álcool, agravando as consequências decorrentes do seu consumo. Justifica-se, então, que a avaliação do consumo de álcool num idoso tenha em consideração todos os factores anteriores, sem esquecer que mesmo um consumo que não represente risco ou danos para a saúde do indivíduo, pode afectar o efeito final da ingestão alcoólica, nesta população.

Outro ponto assinalável é a necessidade do conhecimento das substâncias que podem interagir de modo nefasto com o álcool e a capacidade deste último contribuir para o agravamento de algumas das condições patológicas mais frequentes nesta faixa etária. Ainda importante é reconhecer que existem, no idoso, patologias muito frequentes e problemáticas que justificam o acesso a consultas de especialidades médicas, ou ao serviço de urgência, com a capacidade de mascarar alguns quadros decorrentes do consumo alcoólico nocivo, *heavy episodic*

drinking diferiam, ou de dependência alcoólica. Neste sentido, é determinante não negligenciar possíveis intoxicações alcoólicas como causa de situações patológicas e traumáticas específicas e frequentes no idoso.

Como tal, pode afirmar-se que durante a avaliação clínica de um indivíduo, nesta faixa etária, uma suspeita de consumo alcoólico, tido como prejudicial para o mesmo, deve ser indicação para uma abordagem de sensibilização para os problemas decorrentes de um consumo nocivo e aferir o padrão de consumo do mesmo, enquadrando-o no estado de saúde do indivíduo.

Para tal, a utilização de questionários diagnósticos, indicados ou aplicáveis nesta população, tem-se revelado útil para determinar o risco associado ao consumo, o padrão de consumo e factores enquadrados nesse consumo. Isto é importante na medida em que existe a possibilidade de adequar uma avaliação e diagnósticos correctos à idade do indivíduo.

Finalmente, há que ter em conta que a idade do doente não é impeditiva de um tratamento eficaz, mas que há factores que contribuem para o insucesso do mesmo. Apesar disso, uma detecção precoce do problema, um seguimento e tratamento adequados à idade, ao estado de saúde e o conhecimento situação sócio-familiar do indivíduo podem contribuir para o sucesso terapêutico.

Acima de tudo, e uma vez que o número de idosos que reportam *early onset drinking diferiam* é maior, comparativamente ao número de *late onset drinking diferiam*, o ideal será apostar na prevenção primária de comportamentos e de padrões de consumo considerados como nocivos, de risco ou de dependência alcoólica. Com efeito, a OMS estabelece protocolos e medidas de intervenção para reduzir o consumo nocivo de álcool que se baseiam em estratégias de diminuição da oferta e de redução da procura. As primeiras abrangem medidas de controlo para diminuir a disponibilidade de álcool, nomeadamente o aumento da idade mínima de

início de consumo, limitar a venda em determinadas horas ou dias, entre outros. As segundas incluem medidas que incentivam a redução de consumo, como o aumento de preços do álcool, protocolos e leis aplicáveis à condução de veículos motorizados sob o efeito de álcool, redução de campanhas publicitárias, campanhas de redução de consumo e, ainda, a sensibilização junto da população, através de acções de educação em escolas e no meio laboral.

Outro tipo de estratégia a adoptar, inserido na população idosa, seria o estabelecimento de *guidelines* de consumo para as diferentes idades. De facto, alguns países já adoptam *guidelines* específicas para a população idosa.

Assim, só através de uma educação, transmissão de conhecimento, informação e esclarecimento precoces dos riscos que o consumo nocivo de álcool representa para a saúde dos indivíduos, será possível uma redução das repercussões a curto, médio e longo prazo para os mesmos.

BIBLIOGRAFIA

Allen JP, Litten RZ, Fertig JZ and Babor T (1997) A review of research on the alcohol use disorders identification (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4): 613-619.

Anderson P and Baumberg B (2006) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001) *The alcohol use disorders identification test – Guidelines for use in primary care*, Second edition. World Health Organization.

Blazer DG and Wu L-T (2011) The epidemiology of alcohol use disorders and subthreshold dependence in a middle-aged and elderly community sample. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19: 685-694.

Blazer DG and Wu L-T (2009) The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults national survey on drug use and health. *Am J Psychiatry*, 166(10): 1162-1169.

Cherpitel CJ (1997) Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 21(4): 348-351.

Connors GJ and Volk RJ (2004) *Self-Report Screening for Alcohol Problems Among Adults*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Ferreira MP and Weems MKS (2008) Alcohol consumption by aging adults in the United States: Health benefits and detriments. *J Am Diet Assoc*, 108: 1668-1676.

Fink A, Morton SC, Beck JC, Moore AA et al. (2002) The alcohol-related problems survey: Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*, 50: 1717-1722.

Hajat S, Haines A, Bullpit C and Fletcher A (2004) Patterns and determinants of alcohol consumption in people aged 75 years and older: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age and Aging*, 33(2): 170-177.

Hallgren M, Högberg P, Andréasson S (2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Expert Conference on Alcohol and Health, Stockholm, Sweden. Swedish National Institute of Public Health.

Hasin D (2003) Classification of alcohol use disorders. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Immonen S, Valvanne J and Pitkälä K H (2011) Older adults' own reasoning for their alcohol consumption. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26: 1169-1176.

Institute of Alcohol Studies (2010) Alcohol and the elderly. (Disponível on-line: <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/elderly.pdf>).

Instituto Nacional de Estatística (2011) Censos 2011 – Resultados preliminares.

Instituto Nacional de Estatística (2010) Anuário estatístico de Portugal 2009

Instituto Nacional de Estatística (2010) Estatísticas demográficas 2009.

Instituto Nacional de Estatística (2007) Dia internacional do idoso.

Kirchner JE, Zubritsky C, Marisue C et al. (2007) Alcohol consumption among older adults in primary care. *Society of General Internal Medicine*, 22: 92-97.

Lang I, Guralnik J, Wallace RB and Melzer D (2007) What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in U.S and English national cohorts. *J Am Geriatr Soc*, 55: 49-57.

Liew H-P (2011) Trajectories of alcohol consumption among the elderly widowed population: A semi-parametric, group-based modeling approach. *Advances in Life Course Research*, 16: 124-131.

Mello MLM de, Barrias J e Breda J, *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, 2001.

Monteiro MG (2010) The road to a world health organization global strategy for reducing the harmful use of alcohol. *Alcohol Research and Health*, 34(2).

Moore AA, Whiteman EJ, and Ward KT (2007) Risks of combined alcohol/ medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*, 5: 64-74.

Moos RH, Brennan PL, Schutte KK and Moos BS (2010) Social and financial resources and high-risk alcohol consumption among older adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4): 646-654.

Onen S-H, Onen F, Mangeon J-P et al. (2005) Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41: 191-200.

Portal da Saúde (2010) Evolução dos indicadores de saúde do PNS 2004-2010.

Portal da Saúde (2005) Idosos – Problemas de saúde. (Disponível online: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/idosos/lidarcomproblemasdesaude.htm>)

Sorocco KH and Ferrell SW (2006) Alcohol use among older adults. *The Journal of General Psychology*, 133(4): 453-467.

Sorock GS, Chen L-H, Gonzalzo SR and Baker, SP (2006) Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol*, 40: 193-199.

Veríssimo MT (2010) Disciplina de Geriatria – Aulas Teóricas. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Wetterling T, Veltrup C, John U and Driessen M (2003) Late onset alcoholism. *European Psychiatry*, 18: 112-118.

World Health Organization (2011) *Global status report on alcohol and health*.

World Health Organization (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*.

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (Disponível online: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf)