

Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)

Alcohol consumption patterns and associated factors among elderly Brazilians: National Health Survey (2013)

Beatriz Prado Noronha (<http://orcid.org/0000-0001-9598-7503>)¹

Mary Anne Nascimento-Souza (<https://orcid.org/0000-0002-3525-6554>)¹

Maria Fernanda Lima-Costa (<https://orcid.org/0000-0002-3474-2980>)¹

Sérgio Viana Peixoto (<https://orcid.org/0000-0001-9431-2280>)¹

Abstract *The scope of this study was to analyze the pattern of alcohol consumption among elderly Brazilians (60 years and over) and their association with sociodemographic factors, lifestyle habits and health conditions. This is a cross-sectional study of 10,537 elderly (90.1%) participants from the National Health Survey of 2013. The consumption of alcoholic beverages was classified as non-use, mild / moderate use and risk use. The multinomial regression model was used to study the associated factors. The prevalence for mild / moderate and risk use was 9.4% (95% CI: 8.4-10.6%) and 4.6% (95%CI: 4.0-5.3%), respectively. The two consumption patterns were inversely associated with age and more frequent among men, better schooling, smokers and physical activity practitioners. Mild / moderate consumption was less frequent among non-whites and those with a history of stroke and diabetes, whereas risk use was less frequent among the elderly diagnosed for heart disease and more frequent among those suffering from depression. This result identifies profiles of greater vulnerability, with small differences between two patterns of consumption. This information should be considered in the preparation of proposals to promote healthy habits and control of alcohol use among the elderly.*

Key words *Health of the elderly, Alcoholic beverages, Epidemiological factors; Surveys and questionnaires*

Resumo *O objetivo foi analisar o padrão de consumo de álcool entre idosos (60 anos ou mais) brasileiros e sua associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 10.537 idosos (90,1%) participantes da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. O consumo de bebidas alcoólicas foi classificado em não uso, uso leve/moderado e uso de risco. Utilizou-se o modelo de regressão multinomial para o estudo dos fatores associados. A prevalência para uso leve/moderado e de risco foi de 9,4% (IC95%: 8,4-10,6%) e 4,6% (IC95%:4,0-5,3%), respectivamente. Os dois padrões de consumo foram inversamente associados à idade, mais frequentes entre homens, mais escolarizados, fumantes e que praticavam atividade física. O consumo leve/moderado foi menos frequente entre não brancos e entre aqueles com relato de AVC e diabetes, enquanto o consumo de risco foi menos frequente entre idosos com diagnóstico para doenças do coração e mais frequentes entre os que reportaram depressão. Esse resultado identifica perfis de maior vulnerabilidade, com pequenas diferenças entre os padrões de consumo. Essas informações devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis e controle do abuso de álcool em idosos.*

Palavras-chave *Saúde do idoso, Bebidas alcoólicas, Fatores epidemiológicos, Inquéritos e questionários*

¹ Instituto René Rachou, Fiocruz. Av. Augusto de Lima 911, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. pn.beatriz@gmail.com

Introdução

A associação entre consumo de álcool e saúde tem sido um tema de grande debate nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na perspectiva da Saúde Pública, o álcool está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹. Essas doenças vêm ganhando relevância nas faixas etárias mais velhas em função do acelerado processo de envelhecimento da população, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil². Nesse sentido, o uso de álcool por idosos é ainda mais preocupante devido a alterações fisiológicas relacionadas à idade, que podem aumentar a sensibilidade e reduzir a tolerância ao álcool, favorecendo o desenvolvimento de eventos adversos à saúde nessa parcela da população³.

No Brasil, dados do primeiro levantamento sobre os padrões de consumo de álcool em idosos demonstraram que 12,0% dos idosos bebiam pesado (mais de 7 doses por semana), 10,4% bebiam em excesso (mais de 3 doses em uma ocasião) e 2,9% dependiam do álcool⁴. Estudos posteriores registraram uma variação entre 1,1% e 12,4%, considerando outros padrões de consumo (moderado, excessivo, pesado, *binge*, abusivo e dependência)^{5,6}. Acredita-se que diferenças metodológicas e particularidades sociais, culturais e econômicas das populações estudadas podem explicar as variações nas prevalências apresentadas.

A ingestão excessiva de álcool é considerada uma epidemia, sendo a terceira causa de mortes no mundo, atrás somente do câncer e das doenças cardiovasculares¹. Além disso, o consumo alcoólico de risco é caracterizado pela progressão de doenças agudas e por afetar negativamente as relações pessoais, sociais e a qualidade de vida⁷. Por outro lado, a literatura também registra possíveis benefícios de um padrão de consumo leve/moderado de álcool entre homens e mulheres idosos^{8,9}. A maior parte dos resultados desses estudos está relacionada a condições de saúde, como a diminuição do risco de doença cardiovascular, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC)¹⁰ e menor prevalência de sintomas depressivos¹¹.

Portanto, diante do cenário de rápido crescimento da população idosa, pesquisas que avaliem os hábitos de vida desse segmento podem contribuir para o planejamento de ações em saúde voltado à promoção de comportamentos saudáveis. O controle do uso abusivo de álcool

exige dos serviços e programas de saúde novas abordagens e olhares voltados a essa problemática, com adoção de técnicas de identificação e tratamento apropriados à população idosa. Deste modo, este estudo tem como objetivo investigar o padrão do consumo de álcool entre idosos brasileiros e os fatores sócio-demográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados a esse comportamento.

Métodos

População de estudo e amostra

Estudo transversal, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A pesquisa emprega um amplo processo de amostragem e tem como principal objetivo produzir dados, sobre a situação de saúde, estilos de vida e atenção à saúde da população brasileira¹².

As informações foram coletadas por meio de entrevista e o questionário aplicado foi composto por 16 módulos, subdivididos em três partes: I) domiciliar, II) relativo a todos os moradores do domicílio e III) individual (aplicada para um morador de 18 anos ou mais, selecionado com a mesma probabilidade entre todos os residentes adultos do domicílio)¹². Para o presente estudo, foram incluídos todos os indivíduos participantes da pesquisa com idade igual ou superior a 60 anos, que responderam à terceira etapa do plano amostral (morador selecionado) e que apresentaram resposta para todas as variáveis analisadas, totalizando 10.537 participantes (90,1% dos respondentes dessa etapa). A resposta era dada pelo próprio indivíduo, exceto nos casos do entrevistado não estar em condições de participar por motivo de saúde, em que outra pessoa do domicílio poderia responder à entrevista.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa de acordo com a Resolução do CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, assegurando aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo, mediante a assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Variáveis e procedimentos de coleta

No presente estudo, o desfecho de interesse foi o uso de álcool, avaliado segundo três padrões de consumo: (I) não uso (abstinência), (II) uso leve/moderado; e (III) uso de risco, estimados com base na quantidade ingerida em doses por semana. Para classificação destes padrões de consumo, foram seguidos os valores de referência propostos pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA): consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens) e o consumo de risco (mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens).

A classificação para a quantidade de álcool contida em uma dose de bebida seguiu a referência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Nesse caso, uma dose de bebida alcoólica contém o correspondente entre 10 a 15 gramas de álcool, e equipara-se a uma lata de cerveja (350 ml), uma taça de vinho (150 ml) ou uma dose de cachaça, uísque e/ou outra bebida alcoólica destilada (45 ml)¹³.

As questões que investigam o consumo de álcool estão inseridas no módulo P do questionário que aborda o estilo de vida dos participantes. A primeira pergunta relacionada ao consumo foi “Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?”, os participantes que responderam “nunca ter bebido” ou “menos de uma vez por mês” foram alocados na categoria “não uso” (abstêmicos). Os idosos que responderam “Nunca ou menos de uma vez por semana” à seguinte questão “Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?” também foram considerados abstêmicos. Todos os outros participantes seguiram para a questão “Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome?”. A partir dessas duas últimas questões, foi calculada a frequência do consumo, em doses por semana, e os participantes agrupados nos dois padrões de consumo “uso leve/moderado” e “uso de risco”. Além disso, os idosos que relataram consumo *binge* de álcool (4 ou mais doses/dia para mulheres e 5 ou mais doses/dia para homens nos últimos 30 dias) em pergunta específica inserida no questionário, foram também agrupados no “uso de risco”.

As variáveis exploratórias foram agrupadas em três blocos: (1) sóciodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade em anos (60-69, 70-79, 80 ou mais), estado civil (agrupado em casado e não casado), cor da pele (agrupada em branca e

não branca), escolaridade (categorizada em primário ou menos e médio ou mais); (2) hábitos de vida: tabagismo (nunca fumou/ex fumante e fumante atual), atividade física nos últimos três meses (sim, não) e (3) condições de saúde autorreferidas: hipertensão arterial, doenças do coração, acidente vascular encefálico (AVC), diabetes *mellitus* e depressão (não, sim).

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva das características da população em estudo pelo perfil de consumo de álcool, além de verificar as possíveis associações entre as variáveis pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. Posteriormente, foi utilizada a regressão logística multinomial para obter estimativas de *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança, considerando como categoria de referência o grupo “não uso”. Nesta análise, o ajuste foi realizado por blocos de variáveis, de modo que o bloco 1 foi ajustado por todas as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, cor e escolaridade), o bloco 2 por todas as variáveis do bloco 1 acrescido das variáveis relacionadas aos hábitos de vida (tabagismo e atividade física), e, por último, o bloco 3 que foi ajustado por todas as variáveis dos blocos anteriores, além das variáveis referentes às condições de saúde do idoso (hipertensão arterial, doenças do coração, AVC, diabetes *mellitus* e depressão).

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Stata[®] versão 13.0 (StataCorp LLP, College Station, TX), incluindo os parâmetros do desenho amostral da PNS.

Resultados

Em relação ao padrão de consumo de álcool, 9,4% (IC95%: 8,4-10,6) apresentava consumo leve ou moderado e 4,6% (IC95%: 3,9-5,3) apresentava consumo de risco. Quando avaliada por sexo, a prevalência dos padrões de consumo leve/moderado e de risco foi maior entre os homens em comparação às mulheres (15,7% - IC95%: 13,8-17,9; 8,6% - IC95%: 7,3-10,3 e 4,8% - IC95%: 3,9-5,9; 1,5% - IC95%: 1,1-2,1, respectivamente) (Figura 1).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das características da amostra analisada para o total e de acordo com os diferentes padrões de consumo avaliados. Dos 10.537 participantes do estudo, 57,4% eram do sexo feminino, a maioria tinha idade entre 60-69 anos (56,3%) e era casada

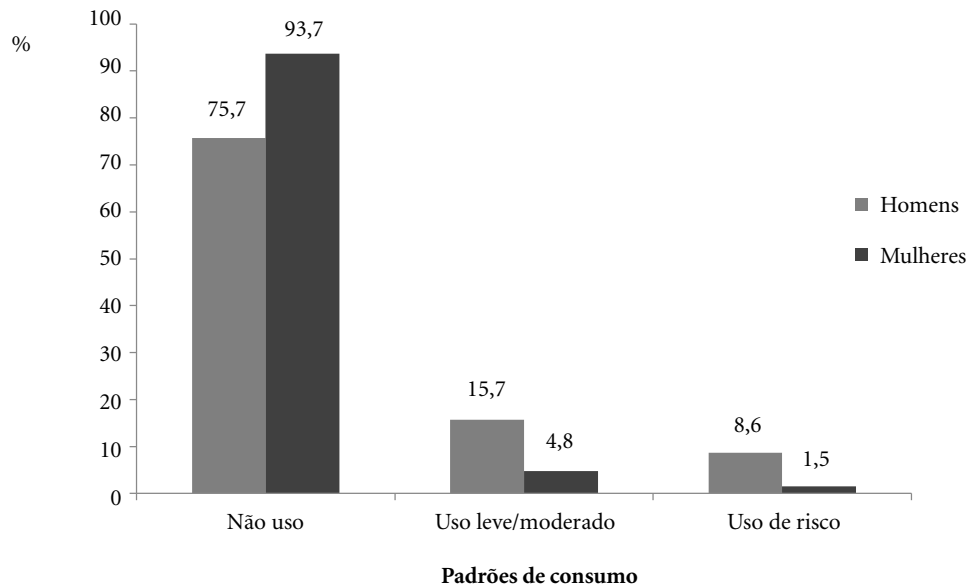


Figura 1. Prevalência do consumo de álcool, por sexo, entre idosos brasileiros (PNS, 2013).

(53,2%). Cerca da metade dos entrevistados se auto classificaram como brancos (54,8%) e menos de um quarto declarou ter concluído pelo menos o ensino médio (23,3%). Em relação aos hábitos de vida, 88,1% dos idosos relatou nunca ter fumado ou ser ex-fumante e 77,4% não ter praticado atividade física nos últimos três meses. Um pouco mais da metade da amostra tinha histórico de hipertensão arterial (52,3%), sendo as demais condições de saúde menos frequentes. De maneira geral, os participantes que reportavam consumo de bebidas alcoólicas apresentaram, significativamente, maior proporção de homens, mais jovens, casados, com maior escolaridade, fumantes, que praticavam atividades físicas e que não reportavam diagnóstico médico para todas as doenças, exceto depressão (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os resultados da regressão logística multinomial da associação entre os padrões de consumo e as variáveis exploratórias incluídas no estado. Na análise bruta, com exceção da depressão, todas as variáveis investigadas apresentaram associação significativa com pelo menos uma categoria de consumo de álcool. Na análise ajustada, os resultados mostraram que sexo feminino (OR: 0,24; IC95%: 0,40-0,76), idade entre 70-79 (OR: 0,55; IC95%: 0,40-0,76) e 80 ou mais (OR: 0,62; IC95%: 0,41-0,99), cor

de pele não branca (OR: 0,48; IC95%: 0,37-0,63), escolaridade igual a ensino médio ou mais (OR: 2,08; IC95%: 1,61-2,70), tabagismo atual (OR: 1,68; IC95%: 1,13-2,50), não praticar atividade física (OR: 0,45; IC95%: 0,34-0,61) e histórico de AVC (OR: 0,41; IC95%: 0,21-0,82) e diabetes *mellitus* (OR: 0,55; IC95%: 0,36-0,85) foram associadas ao consumo leve/moderado de álcool. Em relação ao consumo de risco, sexo feminino (OR: 0,13; IC95%: 0,09-0,19), idade entre 70-79 (OR: 0,36; IC95%: 0,23-0,56) e igual ou superior a 80 anos (OR: 0,14; IC95%: 0,04-0,42), escolaridade igual a médio ou mais (OR: 1,74; IC95%: 1,23-2,46), tabagismo atual (OR: 3,91; IC95%: 2,68-5,72), não praticar atividade física (OR: 0,63; IC95%: 0,43-0,92) e relatos de doenças do coração (OR: 0,31; IC95%: 0,17-0,59) e depressão (OR: 2,00; IC95%: 1,04-3,85) estiveram associadas a essa categoria.

Discussão

O presente estudo evidenciou que, apesar da maioria dos participantes relatar abstinência ao uso de álcool (86,0%), ainda observa-se uma prevalência considerável de idosos que apresentam um padrão que excede as atuais recomendações

Tabela 1. Características da amostra estudada, de acordo com o consumo de álcool (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Variáveis	Total %	Não uso %	Consumo Leve/Moderado %	Consumo de risco %	Valor p*
Sexo					
Masculino	42,6	37,5	71,1	80,7	< 0,001
Feminino	57,4	62,5	28,9	19,3	
Idade em anos					
60-69	56,3	53,8	67,5	79,9	< 0,001
70-79	30,0	31,7	21,4	17,2	
80 ou +	13,7	14,5	11,1	2,9	
Estado civil					
Casado	53,2	51,4	65,9	60,7	< 0,001
Não casado	46,8	48,6	34,1	39,3	
Cor					
Branco	54,8	53,1	71,9	50,4	< 0,001
Não branco	45,2	46,9	28,1	49,6	
Escolaridade					
Primário ou menos	76,7	79,1	59,8	66,1	< 0,001
Médio ou mais	23,3	20,9	40,2	33,9	
Tabagismo					
Nunca ou ex-fumante	88,1	89,8	83,9	63,7	< 0,001
Fuma atualmente	11,9	10,2	16,1	36,3	
Atividade Física					
Sim	22,6	20,4	39,3	29,7	< 0,001
Não	77,4	79,6	60,7	70,3	
Hipertensão					
Não	47,7	46,2	55,5	60,6	< 0,001
Sim	52,3	53,8	44,5	39,4	
Doenças do coração					
Não	88,1	87,7	88,1	95,9	0,009
Sim	11,9	12,3	11,9	4,1	
AVC					
Não	94,9	94,4	97,8	97,1	0,010
Sim	5,1	5,6	2,2	2,9	
Diabetes					
Não	80,9	79,8	89,1	86,2	< 0,001
Sim	19,1	20,2	10,9	13,8	
Depressão					
Não	90,1	90,0	91,9	88,6	0,568
Sim	9,9	10,0	8,1	11,4	

Todas as estimativas apresentadas consideraram os parâmetros amostrais da PNS. AVC- Acidente vascular cerebral. *Teste do Qui-quadrado de Pearson.

de consumo (até 1 dose por dia para mulheres e 2 doses por dia para homens) propostas pela OMS. Este achado está em consonância com outros estudos nacionais^{4,14} e de outros países como Estados Unidos, Austrália, Inglaterra e Finlândia¹⁵⁻¹⁸.

O valor encontrado de prevalência para o consumo de risco (4,6%) foi semelhante ao ob-

servado em um estudo realizado na Alemanha, em uma amostra com idosos com 75 anos ou mais, em que a prevalência foi de 6,5%¹⁹ e outro realizado na Coreia, que encontrou uma taxa de 5,4% para bebedores de risco a partir de 60 anos²⁰. Em relação ao consumo moderado de álcool, são raros os estudos que abordam essa

Tabela 2. Fatores sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde associados ao consumo de álcool entre idosos brasileiros (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Bloco	Variáveis	Análise Bruta		Análise Ajustada	
		Leve/Moderado OR (IC95%)	Risco OR (IC95%)	Leve/Moderado OR (IC95%)	Risco OR (IC95%)
1	Sexo				
	Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
	Feminino	0,24 (0,18-0,32)	0,14 (0,10-0,21)	0,24 (0,40-0,76)	0,13 (0,09-0,19)
	Idade				
	60-69	1,00	1,00	1,00	1,00
	70-79	0,54 (0,39-0,73)	0,36 (0,23-0,57)	0,55 (0,40-0,76)	0,36 (0,23-0,56)
	80 ou +	0,61 (0,40-0,94)	0,13 (0,04-0,40)	0,62 (0,41-0,99)	0,14 (0,04-0,42)
	Estado civil				
	Casado	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não casado	0,55 (0,43-0,70)	0,68 (0,49-0,96)	0,92 (0,70-1,20)	1,31 (0,90-1,90)
	Cor				
	Branco	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não branco	0,44 (0,34-0,58)	1,11 (0,81-1,53)	0,48 (0,37-0,63)	1,10 (0,78-1,56)
	Escolaridade				
	Até primário	1,00	1,00	1,00	1,00
	Médio ou >	2,55 (1,99-3,28)	1,95 (1,40-2,70)	2,08 (1,61-2,70)	1,74 (1,23-2,46)
2	Tabagismo				
	Nunca ou ex-fumante	1,00	1,00	1,00	1,00
	Fumante atual	1,69 (1,19-2,41)	5,05 (3,53-7,22)	1,68 (1,13-2,50)	3,91 (2,68-5,72)
	Atividade Física				
	Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não	0,39 (0,30-0,51)	0,60 (0,42-0,86)	0,45 (0,34-0,61)	0,63 (0,43-0,92)
3	Hipertensão				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,69 (0,55-0,86)	0,56 (0,40-0,77)	0,88 (0,68-1,13)	0,80 (0,58-1,12)
	Doenças do coração				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,97 (0,64-1,46)	0,30 (0,17-0,54)	0,95 (0,59-1,53)	0,31 (0,17-0,59)
	AVC***				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,37 (0,20-0,71)	0,51 (0,19-1,37)	0,41 (0,21-0,82)	0,63 (0,23-1,68)
	Diabetes				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,48 (0,33-0,70)	0,63 (0,38-1,05)	0,55 (0,36-0,85)	0,80 (0,47-1,35)
	Depressão				
	Não	1,00	1,00	1,00	1,00
	Sim	0,79 (0,49-1,28)	1,15 (0,61-2,16)	1,11 (0,66-1,87)	2,00 (1,04-3,85)

]OR (IC95%): *Odds ratio* e intervalo de 95% de confiança, obtido pela regressão multinomial, considerando o não uso de álcool como categoria de referência. AVC: Acidente vascular cerebral. Bloco 1 (variáveis sociodemográficas); bloco 2 (variáveis do bloco 1 + hábitos de vida); bloco 3 (variáveis do bloco 2 + condições de saúde)

categoria em idosos. O valor de prevalência encontrado (9,4%) foi inferior ao de um estudo longitudinal com idosos irlandeses (43,1%)²¹, mas essa diferença é atribuída à definição adotada para o consumo moderado no estudo irlandês, que foi de até 4 doses por dia ou até 10 doses por semana.

Em relação aos fatores associados, o consumo de álcool, independente do padrão analisado, foi menos frequente entre as mulheres e nas faixas etárias mais altas. O maior consumo observado no sexo masculino é consistente com outros estudos populacionais^{22,23}, ocorrendo, provavelmente, devido a diferenças biológicas associadas ao sexo

feminino, como menor quantidade de água, de enzimas digestivas e massa corpórea. Essas características interferem na absorção e metabolismo do álcool ingerido e podem predispor a severos efeitos adversos relacionados ao álcool, reduzindo o consumo entre as mulheres²⁴.

Além disso, apenas um terço da população idosa começa a fazer uso do álcool após os 60 anos de idade²⁵. A maioria parece seguir um comportamento no qual o consumo de álcool na velhice e os valores sociais e morais associados a este hábito, seriam determinados ainda no início da juventude, ou seja, receberia influência dos padrões desenvolvidos durante toda a vida¹⁴. Nesse sentido, questões socioculturais, como participação mais efetiva dos homens em eventos sociais e ocupacionais associados ao álcool, podem ter influenciado no desenvolvimento de um padrão de consumo alcoólico mais acentuado em homens comparados às mulheres nessa população²².

Analisando-se as faixas etárias, acredita-se que o consumo de álcool em idosos é menor que a população mais jovem devido a algumas hipóteses: (1) a quantidade de álcool que os adultos bebem confortavelmente é alterada na velhice como consequência de mudanças fisiológicas relacionadas à idade^{18,26}, propiciando a redução desse consumo; (2) idosos podem reduzir o consumo de álcool como resultado da deterioração da saúde e surgimento de doenças; (3) bebedores de risco morrem mais cedo, reduzindo a prevalência em idades mais avançadas; (4) a coorte atual de idosos bebe menos que coortes anteriores, como resultado de experiências compartilhadas e de mudanças no contexto histórico que influenciam os padrões de consumo; (5) baixas prevalências do consumo de álcool podem estar relacionadas à problemas na mensuração precisa do consumo de beber em idosos²⁶; e (6) pessoas que envelhecem vivenciando problemas com álcool são mais propensas a apresentar agravos de saúde relacionados a processos de hospitalização constante ou serem institucionalizadas, apresentando, portanto, menor chance de participar de inquéritos domiciliares²⁶. Essas hipóteses podem também explicar, pelo menos em parte, a redução da prevalência de consumo na população idosa com o aumento da idade, como observado no presente estudo, resultado consistente com outros achados²⁷⁻²⁹. Ressalta-se que a associação entre consumo de álcool e idade em estudos transversais pode sofrer efeito de coorte ou período devendo esses fatores serem considerados na interpretação desses resultados.

Neste estudo, ter cor de pele não branca foi um fator protetor na avaliação do consumo leve/moderado de álcool, achado que corrobora grande parte dos estudos que investigaram essa associação^{8,30}. As causas para esse resultado não estão bem esclarecidas na literatura, mas acredita-se que essa menor prevalência possa estar associada à restrição econômica de acesso ao álcool pela grande maioria desse segmento populacional³¹. No entanto, este dado não é consenso na literatura, e estudos realizados no Brasil¹⁴ e em outros países^{28,32} já demonstraram a associação inversa, sugerindo que pessoas de pele não branca são mais propensas a fazer uso não moderado de álcool, resultado não evidenciado entre os participantes da PNS.

Embora alguns autores ainda apontem para a maior escolaridade como fator protetor para o consumo de álcool^{33,34}, sobretudo o de risco^{14,35}, a maioria dos estudos mostra associação semelhante ao observado entre idosos brasileiros participantes da PNS, com a maior escolaridade estando associada ao maior consumo^{23,36}. No Brasil, poucos estudos buscam investigar a associação entre determinantes sociais e o consumo de álcool, sobretudo em idosos, sendo essa ainda uma lacuna em aberto que precisa ser investigada²². De qualquer forma, a consistente associação observada entre idosos brasileiros, independente do padrão de consumo, mostra a importância de se considerar os segmentos de maior escolaridade como alvo para políticas de intervenções que visem à redução desse consumo.

As associações clássicas entre tabagismo e consumo de álcool foram replicadas neste estudo, para ambos os padrões de consumo investigados, porém mais evidente no consumo de risco. Esse resultado reforça outros inúmeros estudos^{20,27} e chama atenção para a importância dessa combinação de fatores de risco para a saúde entre idosos brasileiros. O uso de tabaco aliado ao consumo de álcool configura-se como uma importante causa de morbimortalidade em diferentes países e faixas etárias, em particular para a população idosa^{37,38}. Embora alguns estudos tenham encontrado associação positiva entre consumo moderado de álcool e cessação do tabagismo, sugerindo que beber leve/moderado pode, de alguma forma, facilitar a cessação do uso de tabaco³⁹, o presente estudo não demonstrou essa associação, indicando que o hábito de fumar é mais frequente entre os bebedores, em qualquer quantidade.

Nossos resultados demonstraram que a inatividade física apresentou associação inversa com o consumo de álcool, corroborando outros reali-

zados no Brasil⁴⁰ e no mundo⁴¹. Acredita-se que as possíveis limitações físicas que implicam na redução ou cessação da prática de atividade física podem estar relacionadas ao baixo consumo de álcool. Além disso, idosos que apresentam doenças ou lesões relacionadas ao consumo de álcool podem apresentar quadro de maior gravidade, como resultado de reservas fisiológicas diminuídas e outras morbidades associadas, resultando em uma menor prática de atividades físicas⁴², o que pode explicar as associações reportadas nesse estudo.

As associações com condições de saúde observadas nessa análise evidenciaram um padrão semelhante ao observado em outras populações¹⁰ em que idosos com relatos de doenças do coração, AVC e diabetes *mellitus* apresentavam menor consumo de álcool. Por outro lado, embora acredita-se que níveis moderados de consumo possam reduzir os riscos para doenças coronarianas em uma associação em forma de “U” ou “J”⁴³, nossos resultados mostraram associação significativa apenas entre relato de doenças do coração e consumo de risco, mas não com o consumo leve/moderado. De qualquer forma, é possível supor que os participantes com os eventos acima referidos sejam menos propensos a beber devido ao medo de interações negativas com medicamentos e acompanhamento médico mais frequente para estas condições crônicas, sendo que essa associação poderia ser explicada pela causalidade reversa entre essas variáveis. No entanto, para compreender melhor a associação entre beber e saúde é necessário considerar o desenvolvimento de perfis de consumo de álcool ao longo da vida (se houve moderação ou interrupção) e como esses estão associados aos eventos de saúde descritos acima²⁹, o que não pode ser considerado nesse estudo, dada sua natureza seccional.

O histórico de diagnóstico para depressão seguiu um padrão diferente das demais condições de saúde e revelou uma associação significativa e positiva para o consumo de risco de álcool, resultado consistente com outros estudos^{28,44}. De modo semelhante, outro estudo realizado no Brasil evidenciou a associação entre o consumo de álcool e depressão apenas para o padrão de dependência alcoólica⁴. Apesar de evidências de pior prognóstico de depressão entre abstêmicos, em comparação aos indivíduos que bebem quantidades moderadas¹¹, nossos resultados não evidenciaram essa associação.

No que se refere às limitações deste estudo, embora o desenho transversal tenha sido adequado à investigação dos objetivos estabelecidos (estimar a prevalência de uso moderado e de risco de álcool, e os fatores a eles associados), esse delineamento não permite estabelecer relações temporais entre o uso de álcool e as variáveis independentes, podendo algumas dessas associações serem resultado de causalidade reversa. Outra limitação a ser considerada é a possibilidade de viés de informação, por omissão de dados, sobretudo no que se refere ao consumo de álcool, o que poderia ter reduzido a magnitude das associações reportadas. Por outro lado, trata-se de um estudo conduzido em uma amostra nacional, que se utilizou de procedimentos padronizados para a coleta das informações, assegurando sua validade interna¹².

Em resumo, acredita-se que esses achados possam contribuir para o conhecimento sobre o consumo de álcool entre idosos, visto que poucos estudos até o momento buscaram examinar a associação de diversos fatores com mais de um padrão de consumo de álcool entre mulheres e homens idosos. Os resultados apontaram para um conjunto de fatores associados ao consumo de álcool, que podem auxiliar nas investigações desse tema, bem como possibilitar subsídios ao planejamento de futuras intervenções, pela identificação de grupos mais vulneráveis a esse consumo. A partir desses resultados esforços devem ser direcionados para o controle do uso, principalmente no que diz respeito ao consumo de risco de álcool, visto que esse é um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

Colaboradores

BP Noronha trabalhou na concepção, realização da pesquisa e redação final; MAN Souza trabalhou nas análises estatísticas e redação final; MF Lima-Costa trabalhou na revisão crítica e redação final; SV Peixoto trabalhou na concepção, orientação, revisão crítica e redação final.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3):548-554.
- Substance abuse among older adults* (SAMSHA). Rockville: US. Department of Health and Human Services;1998.
- Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Laranjeira R. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav* 2008; 33(12):1598-1601.
- Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):12-18.
- Lopes MA, Furtado EF, Ferrioli E, Litvoc J, Bottino CM. Prevalence of alcohol-related problems in an elderly population and their association with cognitive impairment and dementia. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34(4):726-733.
- Kuerbis A, Sacco PA. Review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommends for future directions. *Substance Abuse* 2013; 7:13-37.
- Stott DJ, Falconer A, Kerr GD, Murray HM, Trompet S. Does low to moderate alcohol intake protect against cognitive decline in older people? *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:2217-2224.
- Neafsy EJ, Collins MA. Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2011; 7:465-484.
- Mukamal KJ, Longstreth WT Jr, Mittleman MA, Crum RM, Siscovick DS. Alcohol consumption and subclinical findings on magnetic resonance imaging of the brain in older adults the cardiovascular health study. *Stroke* 2001; 32:1939-1946.
- Zimmerman T, McDougall Junior GH, Becker H. Older women's cognitive and affective response to moderate drinking. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(11):1095-1102.
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Júnior PR, Damacena GN, Azevedo LO, Azevedo-Silva G, Filha Theme MM, Lopes CS, Romero DE, Almeida WS, Monteiro CA. National Health Survey in Brazil: design and methodology of application. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):333-342.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *The doctor's guide to help patients with alcohol problems*. Washington: NIAAA; 1995.
- Hirata ES, Nakano EY, Junior JA, Litvoc J, Bottino CM. Prevalence and correlates of alcoholism in community-dwelling elderly living in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24:1045-1053.
- Roopali B, Parikh MD, Junquera P, Yusef C, Juan D. Predictors of Binge Drinking in Elderly Americans. *The American Journal on Addictions* 2015; 24:621-627.
- Authoritative information and statistics to promote better health and wellbeing. (AIHW). *Australia's welfare 2011*. Canberra: Australian of Institute Health and Welfare; 2011.
- Henni A, Bideau C, Routon X, Berrut G, Cholet J. Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement* 2013; 11:33-42.
- Wu LT, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol* 2013; 43(2):304-317.
- Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, et al. At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24(12):1376-1385.
- Kim KW, Choi EA, Lee SB, Park JH, Lee JJ, Huh Y, Youn JC, Jhoo JH, Choo IH, Kim MH, Lee DY, Woo JI. Prevalence and neuropsychiatric comorbidities of alcohol use disorders in an elderly Korean population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24:1420-1428.
- Cousins G, Galvin R, Flood M, Kennedy MC, Motterlini N, Henman MC, Kenny RA, Fahey T. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatrics* 2014; 14:57.
- Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, James SA. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):45-54.
- Nadkarni A, Acosta D, Rodriguez G, Prince M, Ferri CP. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: The 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. *Drug Alcohol Depend* 2011; 114(1):82-86.
- Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Alcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri: Minha Editora; 2009.
- Glynn RJ, Bouchard GR, LoCastro JS, Laird NM. Aging and generational effects on drinking behaviors in men: results from the normative aging study. *Am J Public Health* 1985; 75:1413-1419.
- Stall R. Research issues concerning alcohol consumption among aging populations. *Drug Alcohol Depend* 1987; 19:195-213.
- Turvey CL, Schultz SK, Klein DM. Alcohol use and health outcomes in the oldest old. *Subst. Abuse Treat. Prevent Policy* 2006; 1:8.
- Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, Oslin DW, Sanchez HA, Durai UN, Miles KM, Llorente MD, Costantino G, Levkoff S. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007; 22(1):92-97.
- Platt A, Sloan FA, Costanzo P. Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. *J Stud Alcohol Drugs* 2010; 71:169-179.
- Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S, Moore AA. The Alcohol-Related Problems Survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1717-1722.

31. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(7):830-842.
32. Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:310-316.
33. Hamilton V, Hamilton BH. Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium? *Can J Econ* 1997; 30:135-145.
34. Flowers NT, Naimi TS, Brewer RD, Elder RW, Shults RA, Jiles R. Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32(4):639-644.
35. Crum RM, Helzer JE, Anthony JC. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *Am J Public Health* 1993; 83:839-837.
36. Bridevaux IP, Bradley KA, Bryson CL, McDonnell MB, Fihn SD. Alcohol Screening Results in Elderly Male Veterans: Association with Health Status and Mortality. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1510-1517.
37. Sher KJ, Wood MD, Wood PK, Raskin G. Alcohol outcome expectancies and alcohol use: A latent variable crosslagged panel study. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(4):561-574.
38. Leeman RF, McKee SA, Toll BA, Krishnan-Sarin S, Cooney JL, Makuch RW, O'Malley SS. Risk factors for treatment failure in smokers: relationship to alcohol use and to lifetime history of an alcohol use disorder. *Nicotine Tob. Res.* 2008; 10(12):1793-1809.
39. Breitling LP, Müller H, Raum E, Rothenbacher D, Brenner H. Low-to-moderate alcohol consumption and smoking cessation rates: Retrospective analysis of 4576 elderly ever-smokers. *Drug Alcohol Depend* 2010; 108):122-129.
40. Santos AS, Viana DA, Souza MC, Meneguci J, Silveira RE, Silvano CR, Rodrigues LR, Damião R. Atividade Física, Alcool e Tabaco entre Idosos. *Rev Família, Ciclos de Vida e Saude no Contexto Social* 2014; 2(1):6-13.
41. Conroy DE, Ram N, Pincus AL, Coffman DL, Lorek AE, Rebar AL, Roche MJ. Daily Physical Activity and Alcohol Use Across the Adult Lifespan. *Health Psychol* 2015; 34(6):653-660.
42. Wadd S, Papadopoulos C. Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. *BMC Research Notes* 2014; 7:741
43. Bo P, Marchioni E, Bosone D, Soragna D, Albergati A, Micieli G, Trotti R, Savoldi F. Effects of moderate and high doses of alcohol on carotid atherogenesis. *Eur Neurol* 2001; 45:97-103.
44. Choi NG, Dinitto D. Heavy/binge drinking and depressive symptoms of depression, excessive drug use in the elderly: differences in genders. *J Geriatric Psychiatry* 2011; 26:860-868.

Artigo apresentado em 28/12/2017

Aprovado em 28/03/2018

Versão final apresentada em 30/03/2018