

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

ALCOOLISMO NO IDOSO

Ana Paula Novais Oliveira

Mestrado Integrado em Medicina – 6ºAno

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: apno_92@hotmail.com

Fevereiro 2016

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Métodos	9
Desenvolvimento	10
Padrões de consumo	10
Epidemiologia	12
Etiologia e fatores de risco	16
Farmacologia do álcool e a idade	18
Manifestações Clínicas	20
Interações entre fármacos e álcool	30
Rastreio e diagnóstico	37
Tratamento	44
Conclusão	49
Agradecimentos	53
Bibliografia	54
Anexo 1	58

Abreviaturas

ADH – Enzima Álcool Desidrogenase

ADN – Ácido desoxirribonucleico

AINE - Anti-inflamatório não esteróide

ALDH - Aldeído Desidrogenase

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

HTA – Hipertensão Arterial

INS - Inquérito Nacional de Saúde

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OMS – Organização Mundial da Saúde/ WHO – *World Health Organization*

SNC – Sistema Nervoso Central

Resumo

O alcoolismo do idoso é um problema em crescimento dado o aumento população geriátrica e da necessidade de cuidados que lhe estão associados. Com este trabalho pretendeu-se proporcionar uma visão geral sobre o consumo de álcool em indivíduos com mais de 65 anos através de uma pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed e ClinicalKey na biblioteca do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra.

Cerca de 50% dos idosos são consumidores diários de álcool, sendo que 1 a 3% da população geriátrica padece de Distúrbio do Uso do Álcool, causa importante de morbimortalidade física e psíquica bem como de *stress* social. O consumo de álcool crónico está associado a lesão de vários órgãos se expressão mais grave no idoso. Apresentam maior vulnerabilidade ao aparecimento de patologia hepática, maior risco cardiovascular pelo aumento dos valores de pressão arterial e maior prevalência de demência, 5 vezes mais elevada do que nos indivíduos não alcoólicos. A depressão é uma comorbilidade frequente. Paralelamente, 90% dos idosos tomam medicação diariamente, sendo que muitos fármacos banalmente prescritos têm potencial de interação com o álcool, resultando em prejuízo dos mesmos.

Alguns métodos foram recomendados para o rastreio do abuso desta substância, estando validados em Portugal o questionário CAGE e o AUDIT, com o intuito de efetuar uma avaliação e diagnóstico precoces. O tratamento dos idosos apresenta resultados benéficos que se equiparam ao tratamento dos indivíduos jovens, sendo que o mais efetivo resulta da associação do tratamento farmacológico com a intervenção psicológica. Contudo, toda esta análise carece de investigação mais aprofundada dadas as lacunas de informação sobre a epidemiologia, rastreio e intervenção terapêutica nos idosos.

Palavras-Chave: Alcoolismo; Idoso; Padrões de consumo; Epidemiologia; Interações fármacos-álcool; Rastreio alcoolismo; Tratamento.

Abstract

The alcoholism among the elderly is a growing problem due to the increasing geriatric population and the need of nursing associated with it. With this review it is intended to provide an overview of alcohol consumption in individuals over 65 years through a literature research performed on PubMed and ClinicalKey database in the library of the Hospital of the University of Coimbra.

Approximately 50% of the elderly population is a daily alcohol consumer, and 1 to 3% of the geriatric population suffers from alcohol use disorder, which is a major cause of physical and psychological morbimortality and social stress. The chronic consumption of alcohol is associated with impairment to various organs and, to a greater extent, in the elderly. They are more vulnerable to the emergence of liver disease, to a higher cardiovascular risk due to the increase of blood pressure and to a greater prevalence of dementia, five times higher than in the non-alcoholic individuals. Depression is a common comorbidity. At the same time, 90% of the elderly take daily medication, whereas many of the prescribed drugs have the potential to interact with alcohol, resulting in prejudice of the same.

Some methods were recommended to trace this substance abuse, being CAGE and AUDIT the validated questionnaires in Portugal, in order to make an early assessment and diagnosis. Treatment presents with beneficial results that are equivalent to those of younger subjects. Moreover, the most effective treatment results from the association of the pharmacological treatment with the psychological intervention. However, all this analysis requires further investigation given the information gaps on the epidemiology, screening and therapeutic intervention in the elderly.

Keywords: Alcoholism; Aged; Drinking patterns; Epidemiology; Alcohol-drug interactions; Alcoholism screening; Treatment

Introdução

A percentagem de população idosa na Europa está entre as mais altas do mundo e tenderá a aumentar.¹ O prolongamento da vida e a diminuição da taxa de fecundidade têm conduzido ao envelhecimento da população, ao qual Portugal não está alheio² pelo que surgirão novas necessidades em saúde, nomeadamente, no que diz respeito a esta faixa etária. Segundo as recomendações da OMS, idoso pode ser definido, nos países desenvolvidos, como a pessoa que já completou 65 anos, embora não haja um consenso quanto aos limites de idade que devam estabelecer os grupos de estudo sobre o envelhecimento.³

O alcoolismo é um problema de saúde pública em crescimento entre a população geriátrica, do qual Portugal não será exceção já que é, tradicionalmente, um dos principais consumidores de bebidas alcoólicas,⁴ sendo responsável por uma marcada morbidade e mortalidade.⁵⁻⁷ Foi definido pela DGS como *“a totalidade de problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”*.⁸ O diagnóstico pode, formalmente, ser baseado na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* que define esta perturbação como Distúrbio do uso de álcool, embora estes critérios possam ser menos relevantes quando aplicados à população geriátrica uma vez que não estão adaptados às especificidades dos idosos. O consumo de álcool pode, também, ser determinado através da quantificação da bebida padrão ingerida diária ou semanalmente.⁹ Em Portugal, recomenda-se, após os 65 anos, a quantidade máxima diária de uma bebida padrão, o equivalente a 10 gramas de álcool puro.¹⁰

O envelhecimento compreende um conjunto de alterações fisiológicas que tornam os idosos mais vulneráveis à ingestão de álcool,¹¹ e o seu consumo excessivo está relacionado a um acentuado declínio cognitivo, comorbilidades psiquiátricas e graves problemas físicos.¹²

Contudo, muitos dos sintomas relacionados com o consumo abusivo de álcool podem mimetizar outras patologias frequentes, como a depressão e a demência, dificultando a sua identificação. A inexistência de critérios adaptados, o desconhecimento geral da população sobre os padrões de consumo recomendados e a menor sensibilização dos clínicos para identificação deste problema no idoso contribuem de igual forma para a sua invisibilidade.¹¹

Na sua maioria, a população geriátrica está polimedicada, tornando-a mais suscetível às reações adversas que possam advir da interação entre álcool e fármacos, muitos dos quais frequentemente prescritos. A título de exemplo, o álcool potencia o efeito sedativo das benzodiazepinas, aumentando a probabilidade de quedas e fraturas, uma das principais causas de morte no idoso.^{13,14} Note-se que, mesmo o consumo considerado moderado pode ser prejudicial já que, frequentemente, o idoso apresenta várias comorbilidades crónicas.

Existem alguns fatores de risco que devem deixar o clínico de sobreaviso, nomeadamente, perturbações da personalidade, acontecimentos de vida traumáticos ou agravamento da patologia crónica de base.¹¹ Neste sentido, têm sido criados instrumentos de rastreio, como o *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*, ainda que sem validação portuguesa e o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*^{7,9}, validado e utilizado em Portugal.

O objetivo deste trabalho foi realçar a problemática do consumo excessivo de álcool entre a população idosa, num país que se sabe envelhecido e com hábitos alcoólicos marcados. Para tal, propõe-se uma abordagem sumária sobre os seus efeitos e impacto no envelhecimento, os métodos de identificação disponíveis bem como o tratamento preconizado atualmente, acentuando a necessidade de realização de mais estudos sobre a prevalência e a intervenção.

Métodos

Reviu-se e analisou-se a literatura médica sobre alcoolismo no idoso, abrangendo um período compreendido entre os anos de 2005 a 2015 e incluindo artigos em língua portuguesa e inglesa, de revistas reconhecidas cientificamente, bem como de livros que abordassem o tema em estudo.

Realizaram-se pesquisas na base de dados PubMed e na ClinicalKey, com a finalidade de encontrar estudos, artigos de revisão e *guidelines*. Esta pesquisa foi realizada na Biblioteca do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, tendo sido utilizados os termos *MeSH* “*Alcoholism*” (que inclui “*Alcohol abuse*”, “*Alcohol addiction*”, “*Alcohol dependence*”, “*Alcohol intoxication*”) e “*Aged*” (que inclui “*Elderly*”), em combinação.

Foram estabelecidos como métodos de inclusão/exclusão dos diversos artigos o idioma, português ou inglês, e o período de publicação, desde o 2005 até 2015. Numa primeira etapa procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas sendo, de seguida, seleccionados artigos publicados nos idiomas e período supramencionados. Posteriormente, procedeu-se à leitura do título e resumo de cada, obtendo-se a versão completa do texto sempre que acessível através da biblioteca referida anteriormente. Só foram incluídos estudos clínicos por não terem sido encontrados estudos pré-clínicos.

Desenvolvimento

Padrões de consumo

Para dar visibilidade a este problema é importante estar ciente das diretrizes de consumo e reconhecer as suas várias categorias.¹¹

Em Portugal recomenda-se, para o homem e para a mulher após os 65 anos, saudáveis e sem toma regular de medicação que o contraindique, a quantidade máxima diária de uma bebida padrão, ou seja, o volume de bebida alcoólica equivalente a 10 gramas de álcool puro.¹⁰ No sentido de facilitar a quantificação do consumo, sabe-se que uma bebida padrão corresponde a 250 mililitros de cerveja com 5° de graduação, um copo de 100 mililitros de vinho com 13° de graduação e a 60 mililitros de Porto com 20°.

Estas recomendações de consumo variam, ligeiramente, entre associações/países. Segundo o NIAAA, instituição americana, a bebida padrão corresponde a 12 gramas de álcool puro, havendo a indicação para que o consumo não ultrapasse uma bebida padrão por dia ou 7 bebidas padrão por semana.^{11,15} O reduzido número de artigos disponíveis acerca deste tema tem, na sua maioria, estes valores como referência.

No idoso, os problemas relacionados com o álcool não estão, necessariamente, dependentes da quantidade e frequência de consumo, relacionando-se, sobretudo, com o contexto patológico e farmacológico. Posto isto, são três as categorias de comportamento de consumo nas quais podem ser incluídos: consumo de baixo risco ou abstinência, consumo de risco e consumo nocivo de álcool. Os consumidores de baixo risco ou em abstinência são aqueles que cumprem as recomendações previstas ou optam por não ingerir álcool.⁹ O consumo de risco (segundo o NIAAA, definido pela ingestão de mais de 3 bebidas na mesma ocasião ou mais de 7 bebidas durante uma semana) corresponde a um padrão de consumo que acarreta risco de consequências prejudiciais para a saúde, mas ainda sem manifestações

clínicas e que, pelo risco que representam, carecem de avaliação precoce. A ingestão de álcool concomitante a fármacos que o contraíndicam faz parte desta categoria. Por último, considera-se consumo nocivo de álcool o padrão que se traduz em consequências para a saúde física, emocional e sociofamiliar.^{9,10}

Numa perspectiva quantitativa, o consumo episódico excessivo, ou *binge drinking*, pode ser definido como o consumo igual ou superior a 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, no espaço de duas horas,⁹⁻¹¹ podendo ser integrado num quadro de consumo de risco. O consumo pesado, *heavy drinking*, é definido como o consumo de 5 ou mais bebidas padrão em 5 dias ou mais no último mês.

Existem, atualmente, alguns estudos que realçam a importância da divisão entre o consumo de início precoce (início antes dos 40 anos) e o de início tardio (tipicamente, depois dos 50 anos), uma vez que os indivíduos desses grupos apresentam algumas especificidades. Se, por um lado, os idosos que iniciaram o consumo de álcool precocemente apresentam, mais frequentemente, história familiar de consumo abusivo e comorbilidades psiquiátricas que favorecem o prolongamento do problema, o consumo de início tardio está habitualmente relacionado com um evento que desencadeia ansiedade e instabilidade no idoso.^{11,16,17}

Atualmente, o diagnóstico de Distúrbio do Uso do Álcool deve-se basear nos critérios DSM-5, com as devidas ressalvas quando aplicado na população geriátrica, em detrimento da distinção entre abuso ou dependência de álcool previstos pelo DSM-IV.^{5,9}

Estes critérios de diagnósticos não são os mais adequados às especificidades dos idosos, o que dificulta e atrasa a identificação do consumo excessivo de álcool e o devido acompanhamento e tratamento.

Epidemiologia

Cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas, o que causou, em 2012, aproximadamente 3.3 milhões de mortes (equivalente a 5.9% de mortalidade), havendo uma percentagem mais significativa no sexo masculino (7.6%) do que no sexo feminino (4.0%). É uma patologia que causa, sobretudo, uma enorme morbidade e incapacidade sendo que, quando constitui uma causa de morte, essa se deve principalmente à doença cardiovascular, patologia psiquiátrica e doença gastrointestinal associadas.¹⁸

Tal como sugere a figura 1, o número de mortes atribuíveis ao consumo de álcool destaca-se na região Europeia com uma percentagem de 13.3%, consequência necessária e esperada dos seus elevados padrões de consumo.¹⁸ Este valor parece estar igualmente relacionado com os padrões de consumo praticados nos países da Europa de Leste, nos quais a percentagem de mortes atribuíveis ao consumo de álcool ronda os 50% no adulto jovem e constitui a principal causa de morte no idoso.¹⁹

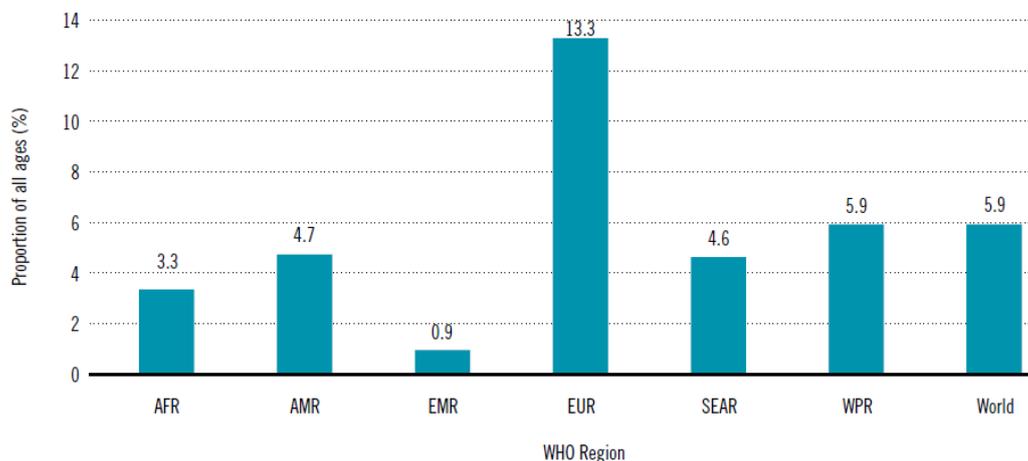


Figura 1 - Percentagem de todas as mortes relacionadas com o consumo de álcool em diferentes regiões do mundo. Retirado de Global Status Health Report on alcohol and health 2014 da WHO, disponível em *WHO website*.

O alcoolismo na população idosa manteve-se um tema pouco abordado e diagnosticado ao longo dos tempos. Para a sua invisibilidade, contribuía a dificuldade diagnóstica e, em alguns casos, a pouca aceitação social do seu consumo, nomeadamente das mulheres, criando uma tendência para evitar a abordagem deste assunto com a pessoa idosa e, muitas vezes, um viés da resposta.¹¹ Recentemente, o projeto GENACIS baseado em dados obtidos em 35 países do mundo, incluindo a Europa, demonstrou que a prevalência do consumo no idoso não diminui significativamente com o envelhecimento.²⁰ Dada a rápida tendência de crescimento da população idosa a nível global, prevê-se que a prevalência de problemas relacionados com o consumo de álcool nesta faixa etária se venha a destacar.^{11,18}

Estima-se que cerca de metade dos idosos são consumidores de álcool, tendência que diminui gradualmente, com uma percentagem de consumo de 25% nos idosos com mais de 85 anos. O Distúrbio do Uso de Álcool afeta 1 a 3% da população geriátrica, sendo uma causa importante de morbilidade psíquica e física bem como de *stress* social.¹⁹ Um estudo americano objetivou uma prevalência de 6.9% de idosos com padrão de consumo episódico excessivo e de 1.8% com padrão de consumo pesado. A nível dos cuidados de saúde primários, 10 a 15% dos idosos apresentaram consumo nocivo de álcool.¹¹ Já a nível hospitalar, é de destacar uma elevada percentagem de idosos internados na Medicina Interna por Distúrbio do Uso de Álcool, cerca de 30%, podendo alcançar na psiquiatria os 50%.¹⁹

Embora a percentagem de morte atribuível ao álcool do idoso seja inferior à dos grupos etários mais jovens, apresenta um valor significativo na região Europeia, a par da tendência já prevista acima (figura 2).

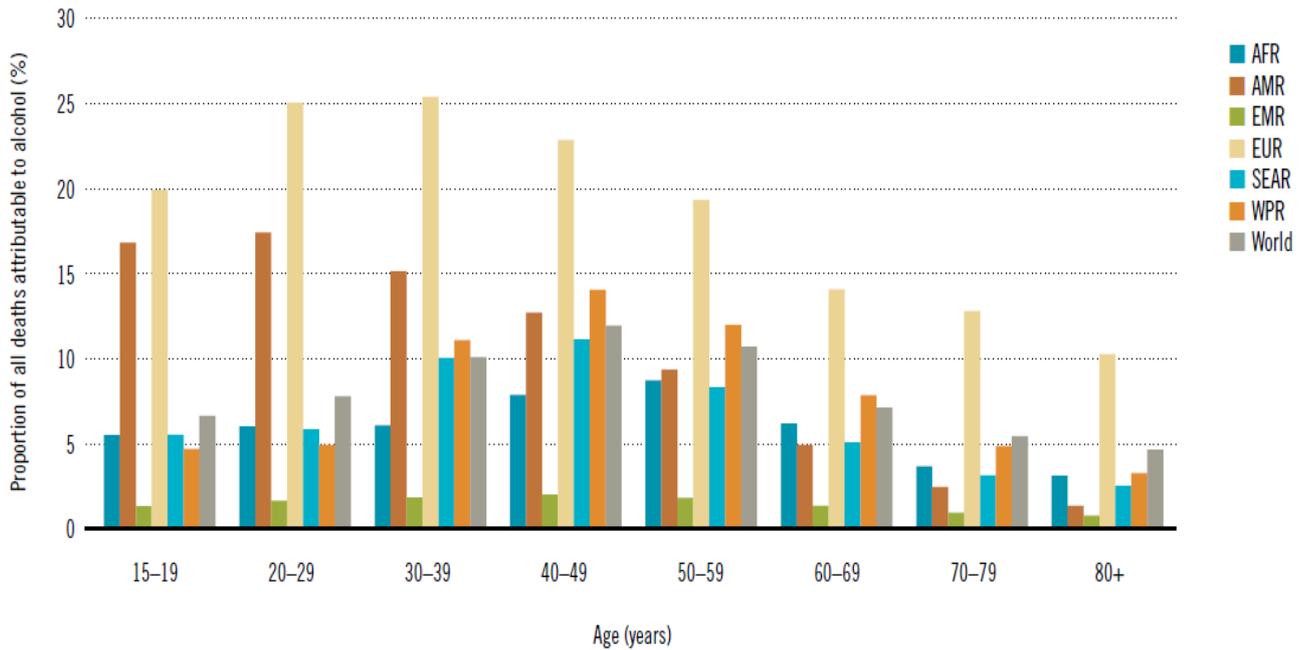
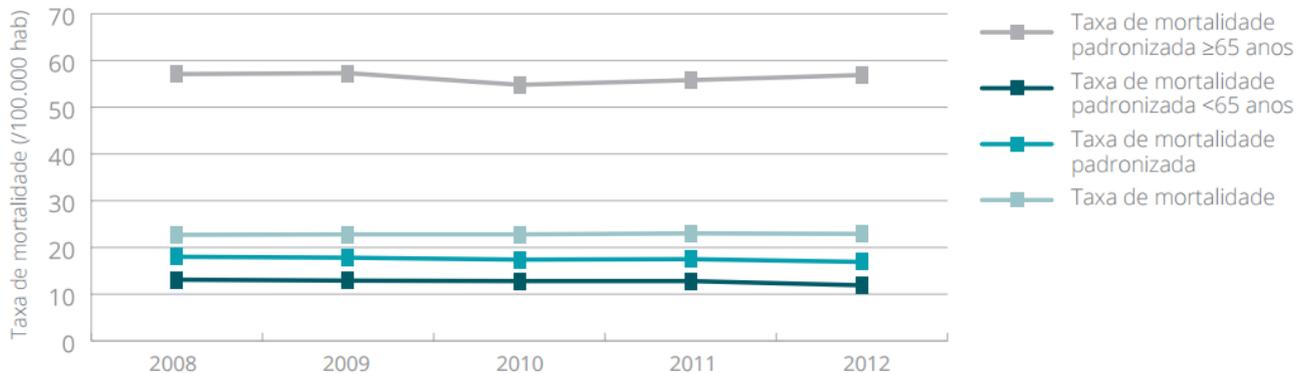


Figura 2 - Percentagem de todas as mortes relacionadas com o consumo de álcool em diferentes grupos etários. Retirado de Global Status Health Report on alcohol and health 2014 da WHO, disponível em *WHO website*. EUR: Europa

Portugal é, tradicionalmente, um dos maiores consumidores de bebidas alcoólicas apresentando níveis elevados de morbilidade e mortalidade inevitavelmente associados (figura 3).⁴ Considerando o consumo que é registado através de dados nacionais de produção, importação, exportação e vendas, estima-se que em 2007 terão sido consumidos 11,7 litros de álcool puro *per capita* em Portugal, valor superior à média dos 5 países da União Europeia com consumos menores no mesmo ano (8,1 litros per capita).

No 4º INS realizado entre 2005 e 2006 foi possível apurar que 40,5% dos residentes em Portugal Continental afirmou ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista, proporção essa que aumentou para 54,8% no conjunto da população masculina. Ainda de acordo com o 4º INS, 24,5% dos residentes referiu ter consumido bebidas alcoólicas todos os dias, na semana anterior à entrevista. Esta tendência mantém-se

entre população idosa que no parâmetro referido anteriormente registou um consumo de 37,7% entre os 65 e os 74 anos e de 32,3% entre os 75 e os 84 anos.²¹



Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da ID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 3 - Evolução da taxa de mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2008 a 2012). Retirado de Portugal, Saúde Mental em números – 2014 da Direção Geral de Saúde.

A mortalidade associada a doenças atribuíveis ao álcool revela uma estabilidade entre os anos 2007 e 2012 no grupo sénior. Na análise em função do sexo, o valor das taxas sublinhadas no sexo masculino são três vezes superiores comparativamente às taxas de mortalidade femininas.²²

Etiologia e fatores de risco

Não existe uma causa específica e esclarecida para os problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool no idoso,⁵ havendo uma forte evidência que sugere uma predisposição genética marcada. Isto verifica-se em especial nos consumidores de início precoce que possuem, muitas vezes, uma história familiar que o corrobora. Por outro lado, pensa-se que o consumo de início tardio estará mais associado a fatores de risco sociais, físicos e psicológicos (Tabela 1).^{5,9}

<p>Fatores de risco físicos</p>	<p>Sexo masculino Etnia caucasiana Dor crónica</p>
<p>Fatores de risco sociais</p>	<p>Reforma inesperada ou forçada Isolamento Viver sozinho Perda familiar Condição financeira elevada</p>
<p>Fatores de risco psicológicos</p>	<p>Ansiedade Comportamento impulsivo Perda de estratégias de <i>coping</i> História de problemas relacionados com álcool</p>

Tabela 1 - Fatores de risco para o consumo excessivo de álcool no idoso. Adaptado de Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. Clin Geriatric Med 30. 2014; 629-654

Sabe-se que de entre todos os fatores demográficos referidos, ter uma condição financeira elevada é o único preditor de aumento de consumo de álcool no idoso.^{5,9}

Relativamente aos fatores psiquiátricos, embora sejam pouco os estudos que os relacionem com o alcoolismo no idoso, existe alguma evidência que sugere uma correlação entre o consumo excessivo de álcool e a depressão.^{9,11} As semelhanças respeitantes às suas formas de apresentação podem complicar o diagnóstico e distinção entre ambas. A perda de estratégias de *coping* para lidar com situações de *stress* está relacionada com a manutenção de um comportamento aditivo na idade geriátrica.⁹

Determinados acontecimentos de vida podem proporcionar o aumento do consumo de álcool. A reforma e a diminuição da vida social parecem ser os principais fatores a contribuir para o consumo excessivo de início tardio.²³ A morte do cônjuge ou o divórcio parecem ser também fatores predisponentes ainda que com menor evidência que a doença de uma pessoa próxima ou alteração de residência.^{9,23} Estes efeitos variam entre género. Por exemplo, a morte do cônjuge parece estar associado ao aumento de consumo de álcool no homem mas não na mulher.²⁴

O reconhecimento e valorização destes fatores facilitam a identificação do consumo excessivo de álcool no idoso e uma intervenção precoce.¹¹

Farmacologia do álcool e a idade

Os efeitos do álcool a nível celular e do órgão estão alterados no idoso devido às mudanças da fisiologia relacionadas com o envelhecimento.²⁵

O etanol (C₂H₅OH) é uma molécula não essencial que resulta da fermentação alcoólica de plantas com elevado teor de hidratos de carbono. Após a ingestão, cerca de 10% é metabolizado pela ADH na mucosa gástrica, o que constitui o primeiro passo do seu metabolismo.¹⁹ O álcool que não é metabolizado difunde-se lentamente ainda no estômago e rapidamente através da parte proximal do intestino, sendo que o esvaziamento gástrico é mais prolongado no organismo envelhecido. Depois da absorção, inicia o seu percurso através da veia porta até ao fígado no qual parte é metabolizado. O restante álcool sai do fígado e entra na circulação sistémica, distribuindo-se pelo organismo.¹⁴

A composição corporal do idoso sofre alterações, havendo uma maior desequilíbrio entre a percentagem de massa gorda e a percentagem de água corporal, que está relativamente diminuída. Considerando que o álcool é uma substância hidrossolúvel, é possível prever que a diminuição da massa de água corporal vai condicionar uma redução do volume de distribuição, resultando num aumento de concentração de etanol quando comparado com o jovem com igual consumo.²⁵ Verificou-se ainda que a sensibilidade ao álcool da mulher idosa é superior quando comparada a adultos jovens e homens idosos.²⁶

O álcool é transportado, novamente, através da corrente sanguínea até ao fígado onde é metabolizado pela ADH hepática e pelas enzimas do citocromo P450, em particular pelo sistema microsomal de oxidação do etanol. A ADH converte o álcool em acetaldeído, substância tóxica para o fígado, que, por sua vez, é metabolizada pela ALDH. De notar que muitas pessoas de descendência asiática experienciam rubor facial, náuseas e vômitos após ingestão de álcool como consequência das variações inatas das enzimas responsáveis pelo metabolismo do acetaldeído, resultando no chamado efeito *dissulfiram*.

Alguns estudos sugerem que existe uma atividade carcinogénica do álcool e que esta se deve à capacidade do acetaldeído mutar o ADN a vários níveis, interferindo com a sinalização intracelular e provocando a destabilização das ligações entre proteínas.

No idoso, não só o volume hepático é menor refletido por uma diminuição do número de hepatócitos, como também apresenta um fluxo sanguíneo diminuído, afetando a eliminação hepática do etanol. A soma destes fatores ao facto da atividade da ADH (gástrica e hepática) ser significativamente menor, favorece o aumento da concentração de etanol que permanece na corrente sanguínea.²⁷ As enzimas do citocromo P450 metabolizam uma pequena fração de álcool quando este é consumido moderada e ocasionalmente, mas parecem ter uma atividade aumentada quando o álcool é consumido excessivamente e de forma crónica.¹⁴

A permeabilidade da barreira hemato-encefálica e a sensibilidade dos recetores neuronais estão aumentadas, sendo mais um mecanismo promotor do prejuízo desproporcional associado ao consumo de álcool, nesta faixa etária.⁹

Estas alterações explicam o paradoxo do idoso parecer mais alcoolizado do que o jovem quando ingere a mesma quantidade de álcool,¹⁷ e o aumento da suscetibilidade aos efeitos negativos associados ao seu consumo, mesmo em quantidades moderadas.⁹

Manifestações Clínicas

Perceber os padrões de consumo de álcool no idoso, e os problemas que lhe são inerentes, é importante se considerarmos o impacto negativo que esta substância pode ter no envelhecimento.¹¹ A predisposição pessoal para desenvolver uma doença relacionada com o álcool correlaciona-se com o padrão de consumo e a duração, em associação com outros fatores como o género, a predisposição genética, fatores relacionados com a dieta e meio envolvente.¹⁹

O consumo excessivo de álcool, de curta duração ou crónico, tem efeitos adversos que se sobrepõem, claramente, aos benefícios.¹⁹ O alcoolismo crónico é associado a múltiplas patologias descritas de seguida, resumidas na tabela 2.

A sintomatologia clínica pode cingir-se à descompensação ou exacerbação de doenças crónicas pré-existentes, como é o caso da insuficiência cardíaca e diabetes, cujos doentes devem ser recomendados a manter abstinência alcoólica. Em doentes com DPOC pode despoletar um quadro de confusão devido à sua ação inibitória no centro respiratório.⁵ Um estudo americano recente demonstrou que, aproximadamente, um terço dos adultos com condições crónicas consomem álcool, havendo uma percentagem significativa que praticava um consumo de risco.²⁸

As outras situações podem sugerir um problema com o álcool, nomeadamente a ausência de resposta à terapêutica instituída a uma patologia normalmente passível de tratamento, consumo frequente de ansiolíticos e sedativos e perda de peso associada a desnutrição.¹¹

Demência e declínio cognitivo

O consumo excessivo de álcool tem efeitos negativos na função cognitiva, particularmente preocupantes no idoso.⁵ O álcool exerce alterações direta e indiretamente a nível do SNC, sendo que as alterações indiretas são mediadas pela malnutrição com consequentes défices nutricionais, nomeadamente da tiamina (vitamina B1), do ácido nicotínico, da vitamina B e de folato.¹⁹

A tiamina é uma vitamina solúvel em água que participa no metabolismo dos hidratos de carbono, síntese de neurotransmissores e produção de ácidos nucleicos. Uma vez que o organismo humano não é capaz de produzir, o seu aporte depende exclusivamente da sua ingestão, sendo esta absorvida a nível intestinal. Podendo haver défice por diminuição do seu aporte nutricional, este acentua-se pela maior necessidade de tiamina requerida pelo consumo de álcool. A encefalopatia de Wernicke é uma condição neurológica aguda que resulta do défice dessa vitamina e que é caracterizada pela tríade de marcha atáxica, confusão e movimento anormal do olho (nistagmo). Este nistagmo pode levar a oftalmoplegia, tipicamente do sexto par craniano, com consequente fragilidade do músculo reto lateral. É subdiagnosticada porque os doentes raramente se apresentam com a tríade. A síndrome de Korsakoff resulta do défice prolongado de tiamina e é caracterizado pela amnésia retrógrada e anterógrada com confabulação e problemas físicos relacionados com a marcha e neuropatia periférica. Se surgirem em simultâneo, podem ser nomeadas como a Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK).²⁹ Esta patologia não está exclusivamente associada ao consumo excessivo e prolongado de álcool, podendo estar presente em qualquer situação que condicione défice de tiamina.

A demência alcoólica é um diagnóstico clínico efetuado na presença de demência diretamente atribuível ao consumo excessivo de álcool, tornando-se importante, do ponto de vista clínico, diferenciar esta, que inclui a SWK, dos outros tipos de demências. Além dos

mecanismos de lesão referidos anteriormente, outros parecem estar envolvidos nesta patologia, nomeadamente, a lesão vascular e a disfunção metabólica. O diagnóstico de demência atribuível ao álcool está incluído no DSM-5, numa entidade designada de Transtorno Neurocognitivo Major, definido pelo declínio cognitivo substancial que interfere com a independência individual. Assim, é atualmente designada por Transtorno Neurocognitivo Induzido pelo Álcool (moderado ou severo). Trata-se de uma condição progressiva e irreversível.⁵

Vários estudos foram realizados no sentido de perceber a relação entre a idade de início de consumo e o declínio cognitivo individual. Embora fosse esperado um maior dano cognitivo nos consumidores de início precoce, dada a maior vulnerabilidade do lobo frontal em idade jovem, não foram objetivadas diferenças na performance cognitiva entre os consumidores de início precoce e os consumidores tardios. Contudo, quando comparados com o grupo com consumo moderado, foi possível destacar um declínio cognitivo mais acentuado.¹²

Os efeitos protetores atribuíveis ao consumo moderado de álcool, nomeadamente na proteção da progressão da doença de Alzheimer e no declínio cognitivo continuam a criar controvérsia. Um estudo recente demonstrou que a dieta do tipo Mediterrânea, caracterizada pelo consumo moderado de álcool, pode ter os efeitos benéficos referidos anteriormente.¹⁹

Perturbações psiquiátricas

Mais de 90% dos idosos diagnosticados com Distúrbio do Uso de Álcool têm uma história de depressão. A relação entre este distúrbio e a depressão é complexa, faltando perceber se se comporta como causa ou consequência.

A depressão e os distúrbios de ansiedade, quando relacionados com o AUD, são responsáveis por 70% dos casos de suicídio.¹⁹ Cerca de 40% de alcoólicos tentaram o suicídio em algum momento, sendo que 7% terminaram, efetivamente, com as suas vidas. Sabe-se que o maior risco é atribuído a homens idosos e, embora não haja consenso, acredita-se que esta percentagem esteja relacionada com a perda de estratégias de *coping* e com o facto das decisões do sexo masculino serem consideradas mais letais. Os investigadores apuraram também que a associação entre alcoolismo e suicídio efetivo aumenta com a idade, permanecendo intacto ao longo do tempo quando se refere apenas a tentativas de suicídio.³⁰

A associação entre depressão e Distúrbio do Uso do Álcool está também relacionada com situações de violência doméstica, divórcio e declínio social e financeiro.

Nos doentes deprimidos que descontinuam o consumo de álcool verifica-se uma acentuação da condição psiquiátrica. Ainda assim, o tratamento da ansiedade e dos sintomas depressivos continuam a ser um ponto crucial do tratamento dos doentes alcoólicos.¹⁹

Doença Hepática

Os idosos que iniciaram o consumo de álcool precocemente são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doença hepática alcoólica. O espectro de apresentação desta doença é muito semelhante no idoso e no jovem, embora os sintomas inespecíficos, como a anorexia e o mal-estar geral, sejam mais frequentes no idoso.¹⁹

Nos Estados Unidos da América, o pico de incidência de apresentação da cirrose alcoólica ronda os 70 anos, sendo que a sua proporção relacionada com álcool aumenta progressiva e constantemente com a idade. De salientar que, geralmente, os doentes idosos apresentam-se com uma doença histologicamente mais avançada do que os jovens.

A esteato-hepatite alcoólica é frequentemente observada nas biópsias hepáticas dos consumidores alcoólicos, mesmo que assintomáticos, muitas vezes associada a cirrose alcoólica. Não existe uma correlação comprovada entre a severidade das manifestações clínicas e a severidade da doença histológica, não podendo, por isso, excluir-se a presença de esteato-hepatite alcoólica pela ausência de sintomatologia.

Quando sintomática, pode apresentar-se sob variadas formas, podendo ser subdividida em leve ou grave, considerando a intensidade e a frequência de apresentação. Os sintomas possíveis incluem hepatomegalia, icterícia grave, náuseas e vômitos, dor abdominal, encefalopatia hepática e, em um terço dos casos, ginecomastia. Frequentemente surge também febre e leucocitose. Se associada a cirrose, pode apresentar-se clinicamente como uma cirrose hepática descompensada.³¹

Dada a diversidade de patologia característica da população geriátrica e a maior suscetibilidade a lesões, os doentes idosos com doença hepática apresentam sintomatologia mais severa e complicações mais frequentemente. Num estudo Britânico, verificou-se que a mortalidade da cirrose era de 5% ao fim de um ano e de 24% ao fim de 3 anos na população com menos de 60 anos, comparado com 34% e 54% respetivamente, na população com mais

de 60 anos. Acima dos 70 anos, a cirrose tem uma mortalidade de 75% ao fim de um ano. Cerca de metade dos doentes idosos desenvolve um carcinoma hepatocelular, constituindo a principal causa de morte.

Laboratorialmente, de destacar o aumento da gamaglutamiltransferase (GGT) e das transaminases (tipicamente inferiores a 300 U/L), caracteristicamente com um aumento mais pronunciado da atividade da aspartato aminotransferase (AST) do que da alanina aminotransferase (ALT).³¹ Uma razão AST/ALT superior a 2 é fortemente indicativo de doença hepática alcoólica. O nível de bilirrubina sérica correlaciona-se com os sinais morfológicos da esteato-hepatite alcoólica, e os níveis de proteínas séricas estão diminuídos. Relativamente aos parâmetros hematológicos, de destacar a anemia macrocítica, a trombocitopenia e a leucocitose relacionada com o consumo abusivo de álcool. Posto isto, alguns marcadores laboratoriais podem ajudar a verificar ou excluir esse consumo, nomeadamente a atividade da GGT, o volume globular médio (VGM) e os níveis sanguíneos de álcool.²⁷ Alguns estudos mostram que a sensibilidade do VGM e da GGT na deteção do consumo excessivo de álcool é maior nos idosos quando comparados com a população mais jovem.¹⁹

O prognóstico da doença hepática alcoólica depende da severidade verificada aquando do diagnóstico. Existem sinais clínicos, como a hipertensão portal, o edema, a ascite, a icterícia e hemorragia de varizes esofágicas, e valores laboratoriais, como o aumento da bilirrubina, diminuição da albumina e do tempo de protrombina, disfunção renal bem como a anemia e leucocitose, que constituem critérios de prognóstico e que auxiliam essa determinação.²⁷ Como já referido previamente, no idoso, o prognóstico está diretamente relacionada com a idade.³¹

O álcool pode ter papel como cofator numa doença hepática pré-existente, levando à deterioração da doença crónica causada pelas infeções do vírus da Hepatite B (HBV) e da

Hepatite C (HCV), esteato-hepatite não alcoólica e hemocromatose. Estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos demonstraram que o consumo superior a 30gramas de álcool puro por dia no doente com infecção por HCV se relaciona com o aumento da fibrose, cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC). Relativamente à interação entre o consumo de álcool e a infecção por HBV, são escassos os estudos, sugerindo que o álcool pode acelerar o carcinogénese favorecida também pela infecção. Não existe informação disponível sobre o efeito do álcool na esteato-hepatite não alcoólica (relacionada com obesidade, síndrome metabólico e diabetes) mas sabe-se que a deposição de gordura é favorecida pelo mesmo.

Todos os estudos disponíveis apontam para uma clara relação entre o consumo de álcool e a aceleração da deterioração da doença hepática crónica de base, mais pronunciada no idoso.²⁷

Fraturas

São vários os mecanismos através dos quais o consumo inapropriado de álcool pode desencadear quedas e, conseqüentemente, fraturas.

Existe alguma evidência, embora inconsistente, da associação positiva entre o consumo de álcool e a baixa densidade mineral óssea, nomeadamente, nos homens com mais de 50 anos.²³ A junção deste fator com a confusão aguda, a hipotensão ortostática e a ataxia desencadeadas pelo álcool favorece a ocorrência de desequilíbrios e quedas. A neuropatia sensitivo-motora distal também é uma condição favorecedora. Os idosos com maior fragilidade e mobilidade reduzida devem ser aconselhados a evitar o consumo de álcool,¹⁹ uma vez que as fraturas constituem uma das principais causas de morte no idoso.

Doença cardiovascular

A doença coronária atribuível ao consumo de álcool parece ter uma relação dose-dependente. Vários estudos demonstraram uma associação traduzida por uma curva em U entre estas duas variáveis, que se aplica também à população geriátrica, sugerindo que aqueles que consomem álcool em pequenas quantidades apresentam risco de mortalidade inferior quando comparados com aqueles que não consomem (abstinência alcoólica) ou os que consomem excessivamente. Se, por um lado, o consumo de pequenas doses parece ser cardioprotetor, por outro, apresenta efeitos tóxicos se consumido irregularmente e em grandes quantidades.²³

O risco de EAM aumenta no decorrer de outras alterações como a exacerbação da HTA, em particular a pressão arterial-sistólica, que parece ocorrer de forma mais acentuada no idoso do que no jovem, e da dislipidémia.¹⁹

A literatura sugere que existe uma relação linear entre o consumo de álcool e o AVC hemorrágico, não estando bem esclarecida a forma de influência no AVC isquémico.²³

Cancro

O álcool foi considerado uma substância carcinogénica pela *International Agency for Research on Cancer*. Associa-se, de forma dose-dependente, com o aumento do risco de cancro da cavidade oral e faringe, esófago, estômago, cólon, recto e mama.³² Contudo, não existe nenhum estudo disponível acerca desta associação no idoso.

O consumo de álcool aumenta a aromatização, processo através do qual os esteróides são convertidos em estrogénios, e diminui o metabolismo do mesmo. Este aumento de estrogénio a nível sanguíneo está associado ao aumento da incidência de cancro da mama na mulher em menopausa.³³

A presença de sintomas gastrointestinais como obstipação, perda de peso, diarreia, disfagia e dor abdominal num indivíduo idoso com anamnese positiva para consumo excessivo de álcool deve levantar a suspeita de cancro relacionado com álcool.¹⁹

Manifestações de consumo crónico do álcool	
Demência e declínio cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatia de Wernicke • Síndrome de Korsakoff • Demência alcoólica / Transtorno Neurocognitivo Induzido pelo Álcool
Perturbações psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Ansiedade • Tentativas de suicídio
Doença hepática	<ul style="list-style-type: none"> • Esteato-hepatite alcoólica • Cirrose hepática • Carcinoma hepatocelular
Doença cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • HTA sistólica • AVC • EAM • Cardiomiopatia
Cancro	<ul style="list-style-type: none"> • Cavidade Oral • Faringe • Trato gastrointestinal • Mama
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Fraturas por quedas • Acidentes de viação

Tabela 2 - Manifestações mais frequentes do consumo crónico de álcool no idoso.

Interações entre fármacos e álcool

Cerca de 90% dos idosos tomam medicação e, à medida que envelhecem, o número de fármacos consumido aumenta, aumentando frequentemente a polimedicação. O consumo concomitante de álcool e fármacos coloca o idoso sob maior risco de sofrer danos já que o seu organismo é mais suscetível às reações adversas resultantes da interação entre o álcool e os fármacos ou mesmo entre fármacos.⁶ O metabolismo e a capacidade de depuração mais lentos inviabilizam uma resolução rápida desses efeitos, que dependem igualmente da quantidade de álcool ingerido e do tipo de fármaco consumido.^{14,23}

São poucos os estudos que investigaram a prevalência das interações entre fármacos e álcool no indivíduo idoso. Tendo por base os dados do programa PACE na Pensilvânia, um programa financiado pelo Estado que proporciona benefícios na prescrição para indivíduos idosos com baixos rendimentos, os investigadores verificaram que 19% de todos os que consomem álcool tomam fármacos com potencial de interação negativa com o álcool. Outro estudo realizado no Estado de Nova Iorque estimou que 25% daqueles que consomem álcool tomam medicação que reage negativamente com o álcool. Um terceiro estudo realizado em Itália, utilizando a base de dados disponível pelo Grupo Italiano de Farmacoepidemiologia em Idosos, objetivou que as reações adversas de fármacos eram 24% mais frequentes nos que consumiam álcool de forma moderada comparativamente aos que não consumiam.²³

O álcool tem a capacidade de reagir adversamente com muitos fármacos, de prescrição médica obrigatória ou não, através de vários mecanismos, interferindo com a eficácia da medicação e exacerbando os seus efeitos adversos. A interação é mais frequente se o consumo for excessivo, mas pode acontecer com consumos moderados.¹⁴

O consumo concomitante de álcool e fármacos manifesta-se sob variadas formas, tais como o aumento dos níveis de álcool no sangue, alteração do metabolismo dos fármacos (aumento ou diminuição) e reações *dissulfiram-like*.^{13,14,23}

O aumento dos níveis de álcool no sangue pode estar relacionado, por exemplo, com a toma de antagonistas do recetor H₂, como a ranitidina e a cimetidina, que quando combinados com o álcool, mesmo em pequenas doses, aumentam a quantidade de álcool de tal forma que podem causar alterações cognitivas e motoras. Esta alteração deve-se à diminuição da atividade de ADH gástrica. Este risco está aumentado no idoso já que, por alterações próprias da idade, apresenta concentrações maiores de álcool no sangue e maior sensibilidade cerebral quando comparado com o jovem com igual consumo.¹⁴ A aspirina também está relacionada com o efeito de aumento de níveis de álcool, mesmo com o consumo moderado desta substância, através da inibição do primeiro passo do seu metabolismo.³⁴

A alteração do metabolismo de fármacos pode traduzir-se pelo seu aumento ou diminuição. Indivíduos com consumo prolongado do álcool, tal como referido anteriormente, têm maior ativação das enzimas do citocromo P450, ampliando a taxa de metabolismo de fármacos como as benzodiazepinas, varfarina, fenitoína, propranolol, tolbutamida, isoniazida e terapêutica anti-retroviral. Isto resulta numa diminuição dos níveis destes fármacos em circulação, sendo necessário um aumento da dose para obter o efeito desejado. O maior risco diz respeito ao insucesso terapêutico que pode resultar numa inadequada anticoagulação no caso dos doentes que sob terapêutica com varfarina,⁶ ou aumento do número de crises epiléticas no caso dos doentes sob terapêutica com fenitoína. Outro risco que se associa ao aumento do metabolismo destes fármacos prende-se com a maior quantidade de metabolitos tóxicos que podem causar lesão hepática. Por outro lado, o consumo pontual excessivo relaciona-se com o efeito oposto a nível do citocromo P450, resultando numa inibição do metabolismo hepático dos fármacos. Assim, os mesmos fármacos referidos acima podem

sofrer uma metabolização mais lenta, resultando no aumento da sua concentração em circulação. Nestes casos, deve ser administrado uma dose menor a fim de evitar uma *overdose*.^{14,34}

As reações *dissulfiram-like* podem ser desencadeadas por diversos fármacos como antibióticos beta-lactâmicos, cefoperzone e moxalactam, nitratos e sulfonilureias de longa duração de ação como a tolbutamida.

Outro dos efeitos do consumo de álcool e fármacos em simultâneo resulta da exacerbação dos efeitos terapêuticos ou reações adversas próprias dos fármacos.^{6,14,23}

Os AINE e a aspirina combinados com o consumo de álcool, podem aumentar o risco de hemorragia gastrointestinal pela lesão da mucosa gástrica e pelo aumento do tempo de hemorragia. Considerando a prevalência de patologia osteoarticular na população idosa e facilidade com que são tomados perante dores consideradas banais, é fácil prever que a toma de AINE é muito frequente, tornando importante considerar este risco no indivíduo idoso com consumo de álcool conhecido.^{13,19}

Os idosos são mais suscetíveis aos efeitos sedativos do álcool que se exacerbam drasticamente com a toma concomitante de benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares, anti-histamínicos sedativos ou barbitúricos, originando, muitas vezes, quedas, acidentes de carro ou mesmo morte.¹³ Os agentes opióides apresentam importantes efeitos sedativos, sendo potencialmente fatais quando consumidos juntamente com o álcool uma vez que há diminuição acentuada do reflexo de tosse e das funções respiratórias, que podem resultar na aspiração de comida ou outros objetos para a via respiratória causando obstrução da via aérea potencialmente fatal.³⁴ Outro efeito possível é a hipotensão ortostática resultante da combinação do álcool com fármacos vasodilatadores, inibidores da monoamina oxidase (MAO), fármacos para o tratamento da doença de Parkinson ou barbitúricos.¹⁴ Posto

isto, os doentes que estão sob ação destes fármacos devem receber indicações para evitar o papel de condutor ou outras situações que exijam maior atenção e vigilância.³⁴

Por último, o álcool pode interferir com a eficácia de alguns medicamentos, podendo desencadear, inclusive, exacerbações da patologia de base, nomeadamente, hipertensão, diabetes, gota, insónia, depressão e disfunção cognitiva. Outras patologias, não necessariamente mais prevalentes no idoso, também podem sofrer exacerbações relacionadas com o consumo de álcool, tais como a doença hepática, o cancro da mama e convulsões.¹⁴

O consumo de álcool parece estar relacionado de forma dose-dependente com o risco de desenvolver hipertensão, um fator de risco cardiovascular, podendo dificultar o tratamento da mesma. A dislipidémia também constitui um fator de risco cardiovascular exacerbado pelo consumo de álcool uma vez que este reduz o metabolismo dos lípidos, favorecendo a produção de lipoproteínas de muito baixo peso molecular (VLDL).³⁴

No que diz respeito à Diabetes *Mellitus* (DM), o consumo de álcool pode desencadear hipoglicémias ou hiperglicémias, dependendo do estado nutricional do doente, tendo ambas graves repercussões na sua saúde. O consumo moderado pode causar hipoglicémias, principalmente se ingerido fora das refeições ou com o doente em jejum, já que os níveis de glicose já estão diminuídos e o organismo depende da neoglicogénese no fígado, que está inibida, para produzir novas moléculas de glicose.³⁴ O consumo pesado pode condicionar a exacerbação da neuropatia e da retinopatia diabética, podendo também estar associado ao mau controlo glicémico e à má adesão terapêutica. Posto isto, a recomendação para os doentes com DM é que o consumo de álcool não exceda uma bebida padrão por dia.¹⁴

Relativamente a patologia gastrointestinal superior, sabe-se que o álcool pode causar irritação gástrica, havendo um aumento muito acentuado do risco de hemorragia nos consumidores de álcool relativamente aos que não consomem. Por este motivo, o tratamento da úlcera gástrica inclui a abstinência alcoólica. Menos esclarecida é a relação entre o

consumo de álcool e a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Os estudos são contraditórios, e embora não haja evidência significativa dessa relação, o consumo de álcool deve ser reduzido como forma de tratamento. Uma vez que a DRGE é mais frequente no idoso, este deve ser esclarecido que o consumo de álcool pode constituir um fator de agravamento.

Como é do conhecimento geral, o álcool, particularmente a cerveja e as bebidas espirituais, aumentam o risco de gota fazendo parte do tratamento a redução ou mesmo evicção desse consumo.¹⁴

O álcool interfere com o sono, dificultando o seu início e manutenção. Este efeito é particularmente grave no idoso com maior prevalência de distúrbios respiratórios do sono. Assim, o álcool não constitui uma ajuda eficaz para iniciar o sono, ao contrário de crenças iniciais, podendo causar graves problemas de insônia se o consumo for excessivo. Relativamente aos sintomas depressivos, muitos estudos incidiram sobre a sua prevalência na abstinência em doentes com história de dependência alcoólica, mostrando uma incidência dramática desses sintomas. Dados os efeitos neurotóxicos e sedativos, o consumo de álcool deve ser igualmente evitado nos doentes com demência.¹⁴

Tal como referido anteriormente, o consumo de álcool pode também acelerar o agravamento da patologia hepática de base, exercendo um efeito lesivo. Este efeito é particularmente importante na infeção por HCV uma vez que acelera a progressão da doença e aumentando o risco de cirrose e de carcinoma hepatocelular.³⁴ O fígado é o principal local onde ocorrem as interações entre o álcool e alguns fármacos. Contudo, é o alvo de lesão para o número reduzido de fármacos como o paracetamol, a fenitoína e o metotrexato. No consumo crónico de álcool dá-se um aumento da atividade do CYP2E1 que resulta na formação de mais metabolitos com propriedades hepatotóxicas. Assim, pequenas quantidades de paracetamol (3 gramas) podem desencadear uma lesão hepática grave no idoso com

consumo alcoólico crônico. Relativamente ao metotrexato, tem um efeito fibrogénico potenciado pelo consumo de álcool, mesmo em baixas quantidades, motivo pelo qual deve ser suspenso o consumo desta substância durante o tratamento com metotrexato.²⁷

São escassos os estudos sobre a prevalência de consumo de álcool associado às classes farmacológicas mais frequentes no idoso. Um estudo americano relatou que o consumo de álcool era concomitante à toma de fármacos em 20,2% dos doentes medicados com anti-inflamatórios não esteróides, 20,1% dos doentes medicados com anti-histamínicos e 19,8% dos doentes medicados com anti-hipertensivos. Mais recentemente, um estudo Irlandês verificou que de todos os doentes que tomavam medicação com potencial de interação com o álcool, 50 a 60% consumiam essa substância, destacando-se o consumo concomitante de álcool e relaxantes musculares em 80% dos doentes. Aproximadamente, 20% dos doentes tinham consumo pesado de álcool associado ao uso simultâneo de terapêutica antidiabética anticoagulantes, antiagregantes e anti-hipertensores. Particularmente preocupante é o consumo de álcool e substâncias psicotrópicas, havendo uma percentagem de 16% de consumidores pesados de álcool que tomam estes medicamentos.¹³

Aumento dos níveis de alcoolémia	Antagonistas do recetor H2; Aspirina	
Alteração do metabolismo dos fármacos	Aumento/Diminuição (consumo crónico/consumo esporádico respetivamente)	Benzodiazepinas; Varfarina; Fenitoína; Propranolol; Tolbutamida; Isoniazida; Anti-retrovirais
Reação <i>dissulfiram-like</i>	Antibióticos beta-lactâmicos; Nitratos; Sulfonilureias de longa duração de ação	
Exacerbação dos efeitos terapêuticos/adversos dos fármacos	Hemorragia Gastrointestinal	AINE Aspirina
	Sedação	Benzodiazepinas; Antidepressivos tricíclicos; Anti-histamínicos sedativos; opiáceos
	Hipotensão ortostática	Vasodilatadores Inibidores da MAO
Diminuir eficácia do tratamento de patologia de base	DM - Hiperglicémia/hipoglicémia	
	Gota	
	Sono - Insónia inicial	
	Lesão hepática	

Tabela 3 - Interações e efeitos do consumo simultâneo de álcool e fármacos.

Rastreo e diagnóstico

Considerando a prevalência de consumo de álcool na população geriátrica exibida anteriormente, é fácil perceber a importância do seu rastreo, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, promovendo uma intervenção precoce. Muitos estudos provaram que o clínico tem menor tendência a perguntar acerca do consumo de álcool ao doente idoso causando, frequentemente, uma subestimação do problema.⁵ O rastreo facilita a deteção de comportamentos de risco, antecipando o aparecimento de manifestações associadas ao consumo abusivo e facilitando uma orientação atempada do doente.³³

Os idosos devem ser questionados anualmente acerca do seu consumo de álcool, aproveitando as consultas de rotina. Outras situações sugerem a necessidade de rastrear este problema, nomeadamente, fases de transição, acontecimentos de vida traumáticos ou outros fatores de risco apontados anteriormente, e alterações físicas e mentais, tal como a exacerbação de doenças crónicas e história de quedas.^{5,33}

O primeiro passo para a avaliação de risco do doente idoso é a recolha de uma história completa acerca do consumo de álcool, estando atento aos sinais não-verbais que possam sugerir a minimização do consumo por parte do doente.¹⁷

Alguns questionários de rastreo foram criados para facilitar a identificação de indivíduos com problemas relacionados com consumo de álcool, com especial ênfase nos cuidados de saúde primários, categorizando os consumidores em diferentes grupos de risco. Podem ser feitos através de questões colocadas verbalmente, por questionário preenchido em papel ou questionário no computador, tendo todos os métodos equivalente validade.¹⁵ Entre os métodos de rastreo criados com esta finalidade destacam-se o CAGE (acrónimo de *Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers*), o MAST-G – *Geriatric version of Michigan Alcoholism Screening Test* e o AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

O questionário CAGE, já validado para a língua portuguesa, é uma das ferramentas *standard* para a pesquisa de consumo excessivo de álcool. É constituído por 4 questões que pretendem avaliar de forma rápida o risco de um indivíduo desenvolver alguma dependência, sendo que as três primeiras perguntas se referem à experiência subjetiva e a última questão explora aspetos relacionados com a abstinência alcoólica. O teste indica uma provável dependência alcoólica se tiver duas ou mais respostas positivas, embora qualquer resposta positiva mereça uma reavaliação posterior. Embora possa ser aplicado na população geriátrica, esta ferramenta não fornece qualquer informação sobre o tempo de consumo e a quantidade de álcool ingerido, informação crucial para a avaliação do idoso com história de consumo excessivo de álcool.^{11,29}

Questionário CAGE
<i>Cutting</i> Alguma vez tentou deixar de beber?
<i>Annoyance by criticism</i> Alguma vez se sentiu aborrecido/a por se sentir criticado/a em relação à bebida?
<i>Guilty feeling</i> Já se sentiu culpado/a por beber?
<i>Eye-openers</i> Já procurou ajuda pelo facto de se sentir alcoólico?

Tabela 4 - Questionário CAGE

O MAST-G surgiu em 1992 através da adaptação do questionário MAST, constituindo o único método de rastreio desenvolvido especificamente para a população geriátrica. Por esse motivo, baseia-se nas consequências específicas do consumo excessivo de álcool relacionadas com a idade e está validado para a deteção do abuso e dependência do álcool no idoso.¹¹ Tem sido utilizado em vários países, apresentando elevada especificidade e sensibilidade. É um

teste de resposta fácil e simples constituído por 24 questões. Cada resposta positiva equivale a um ponto, sendo que a soma das respostas igual ou superior a 5 indicam problemas relacionados com o álcool.³⁵ Só está adaptado para português do Brasil.

Dado que o MAST-G parecia ser um teste longo, surgiu o SMAST-G, versão curta do anterior, produzida com o intuito de criar uma ferramenta de rastreio de rápida aplicação. É constituído por 10 perguntas do questionário inicial, sendo que duas ou mais respostas positivas apontam para problemas de consumo de álcool no idoso.¹⁵

Short Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (SMAST-G)
1. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?
2. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?
3. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?
4. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night
5. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?
6. Do you drink to take your mind off your problems?
7. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?
8. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?
9. Have you ever made rules to manage your drinking?
10. When you feel lonely, does having a drink help?

Tabela 5 – Versão geriátrica do SMAST – *Short Michigan Alcoholism Screening Test*

Em Portugal, preconiza-se que a deteção precoce do consumo excessivo de álcool deve ser realizada através do questionário AUDIT. Este questionário foi desenvolvido pela OMS e a versão portuguesa foi validada em 2002. O estudo de validação original demonstrou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94% para um ponto de corte de 8, existindo forte evidência da sua efetividade.

As perguntas do AUDIT (Anexo 1) mostraram-se consistentes independentemente da idade, sexo ou contexto cultural. É composto por dez questões, sendo que as primeiras oito questões têm 5 opções de resposta (de 0 a 4), e as duas últimas têm 3 opções (pontuadas com 0, 2 ou 4). Este questionário, ao contrário de outros, inclui perguntas acerca da frequência e da quantidade de álcool consumido e refere-se, em termos temporais, apenas ao ano anterior à data do questionário.²⁹ Foi elaborado uma versão curta deste questionário, chamado AUDIT-C, que consiste apenas nas três primeiras perguntas, mostrando uma relação positiva e significativa com o teste original.

Segundo as normas da DGS, deve ser proposta uma avaliação inicial através do AUDIT-C. O ponto de corte é de 5 para os homens e de 4 para as mulheres, estando recomendado que para resultados iguais ou superiores é proposta a realização das restantes perguntas do questionário AUDIT. Após a realização do AUDIT, cujo ponto de corte é 8 para ambos os sexos, podemos categorizar os doentes em três grupos: consumo de risco de álcool se resultado do AUDIT entre 8 e 15 pontos, consumo nocivo de álcool se a pontuação está entre 16 e 19 e provável dependência se a pontuação do questionário AUDIT for superior a 20 (Figura 5). Para os diferentes grupos de risco estão, naturalmente, previstas condutas de acompanhamento adequadas, sendo que os doentes sem critérios de risco devem ser reavaliados num prazo de 4 anos.¹⁰

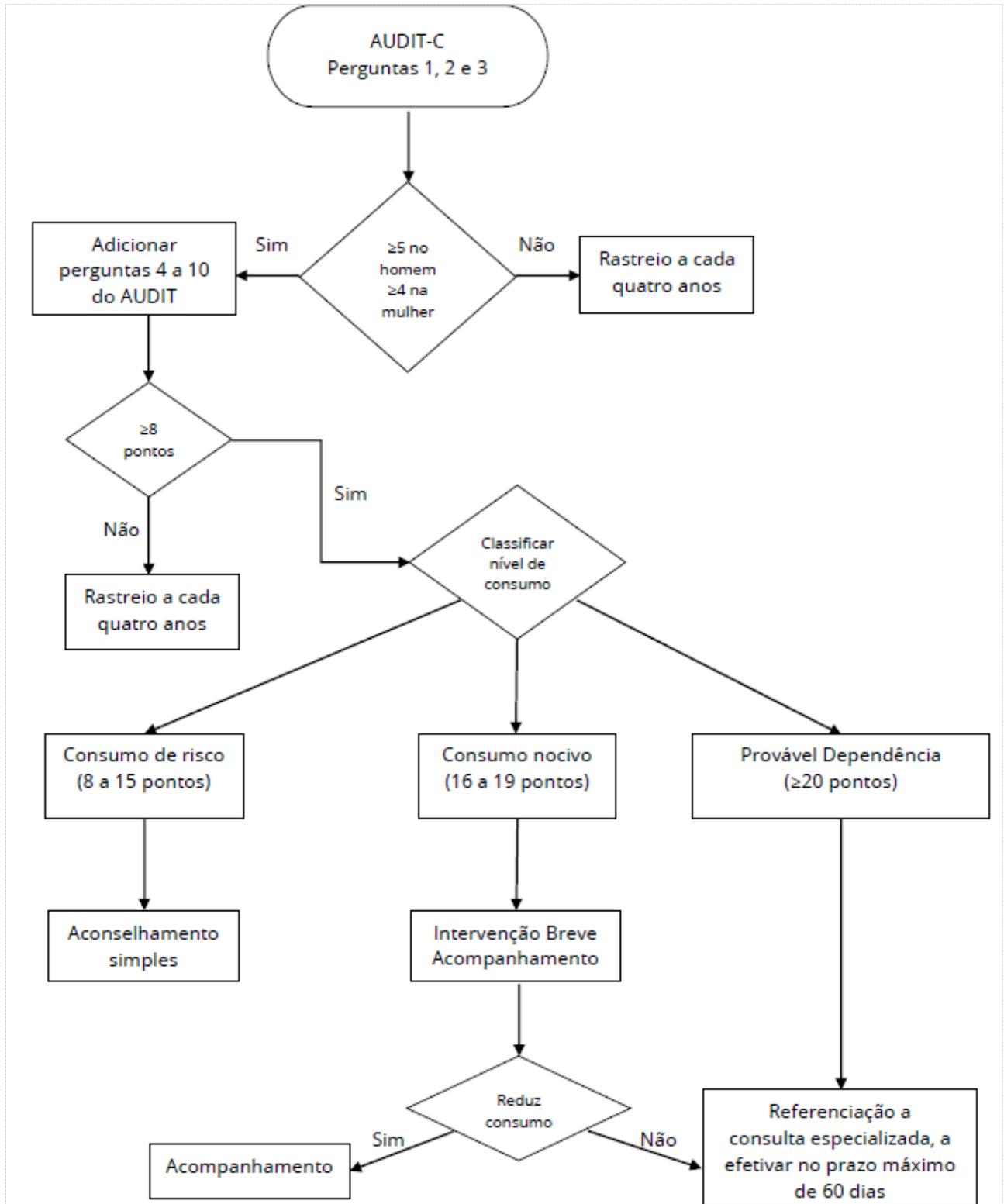


Figura 4 – Algoritmo de deteção do consumo excessivo de álcool, retirado da norma nº030/2012 da DGS.

Alguns estudos foram realizados no sentido de perceber qual o tipo de rastreio mais adequado para aplicar no idoso em cuidados de saúde primários, revelando que o questionário CAGE parece ser apropriado para detetar dependência e o questionário AUDIT é mais adequado para pesquisar padrões de consumo nocivos.³⁶

A realização do rastreio vai auxiliar na identificação de doentes que necessitem de investigação adicional para poderem estabelecer o diagnóstico de Distúrbio do Uso de Álcool. Este diagnóstico deve basear-se nos critérios da DSM-5 que incluem os dois distúrbios previstos anteriormente pela DSM-IV, abuso e dependência de álcool, num único grupo, e são os seguintes:

1. Consumo de álcool em maiores quantidades ou durante mais tempo que o previsto;
2. Desejo constante ou tentativas infrutíferas de diminuir o consumo de álcool;
3. Dispêndio de muito tempo para obter, consumir álcool ou recuperar dos seus efeitos;
4. Desejo premente de consumir álcool;
5. Uso recorrente de álcool resultando num incumprimento de tarefas importantes no trabalho, na escola ou em casa;
6. Abandono ou redução de atividade sociais, ocupacionais ou recreativas importantes por causa do álcool;
7. Uso recorrente de álcool em situações que é fisicamente perigoso;
8. Continuação do uso de álcool apesar da existência de problemas físicos ou psicológicos provocados ou agravados pelo álcool;
9. Tolerância – necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito ou diminuição do efeito com a mesma dose;

10. Síndrome de abstinência – sudorese, taquicardia, tremores, insônia, náuseas ou vômitos, alucinações, agitação psicomotora, ansiedade, crises convulsivas – ou uso de álcool ou benzodiazepinas para a evitar).

O diagnóstico pode ser feito se, pelo menos, quaisquer dois dos 11 critérios estiverem presentes. Baseado no número de critérios encontrados é possível subdividir em leve (2 a 3 sintomas), moderado (4 a 5 sintomas) ou severo (com 6 ou mais sintomas).⁵ Contudo, estes critérios apresentam algumas limitações quando aplicados nos idosos já que estes possuem condicionantes físicas, psicológicas e sociais muito particulares. A interrupção de papéis sociais e profissionais é frequente no idoso, não estando necessariamente relacionada com o consumo de álcool, sendo, por isso, um critério mais difícil de valorizar. Por outro lado, o idoso tem mais dificuldade em valorizar os problemas relacionados com o consumo abusivo de álcool, dificultando a avaliação do consumo persistente indiferente aos problemas associados.⁹

A pesquisa de marcadores de lesão hepática demonstrou alguma utilidade no diagnóstico de alcoolismo quando combinada com a elaboração de uma história clínica completa e a aplicação de métodos de rastreio.⁷

Tratamento

Durante vários anos prevaleceu a crença de que o doente idoso não seria suscetível ao tratamento desta adição. Contudo, essa ideia tem vindo a esbater-se.⁵ Num estudo de eficácia com controlo placebo, randomizado, duplamente cego, realizado ao longo de 9 meses com sujeitos entre os 21 e os 75 anos, demonstrou-se que existe uma maior adesão ao tratamento da adição por parte do doente idoso comparativamente ao doente jovem, o que se considera ser um bom preditor do seu sucesso.³⁷

Desintoxicação

Os sintomas de abstinência alcoólica, que variam na sua severidade, podem surgir até uma semana após a ingestão da última bebida, ocorrendo mais frequentemente naqueles que a apresentaram no passado.⁵ Manifesta-se por dois ou mais sintomas dos descritos de seguida: hiperatividade autonómica, tremor aumentado, insónia, náuseas ou vómitos, alucinações auditivas, agitação psicomotora, ansiedade ou convulsões.²⁵ Embora apenas 5% dos doentes desenvolvam *delirium* ou convulsões durante a abstinência, os idosos devem ser monitorizados a nível hospitalar durante este período dada a sua vulnerabilidade a complicações médicas no contexto de outras comorbilidades.^{5,25} O tratamento em ambulatório pode ser considerado nos doentes medicamente estáveis, com bom suporte social e familiar e com a facilidade de serem transportados rapidamente até ao hospital, se necessário.²⁵

As benzodiazepinas são o tratamento de eleição para diminuir os sintomas de abstinência e evitar o *delirium* e as convulsões. Com o intuito de evitar alguns riscos de sedação prolongada provocados pelas benzodiazepinas de longa duração de ação, são recomendadas as benzodiazepinas de curta duração de ação, dos quais são exemplo o lorazepam e o oxazepam. Uma vez que sofrem uma degradação hepática simples e rápida,

tornam-se mais seguros e efetivos na terapêutica instituída aos idosos e nos doentes com patologia hepática. Concomitantemente, o tratamento inclui a suplementação com magnésio e tiamina, já que os idosos são mais suscetíveis de desenvolver complicações como a Síndrome de Wernicke-Korsakoff.^{19,25} Nos casos de agitação severa associados a distúrbios de sono e de comportamento sem resposta ao tratamento com benzodiazepinas, pode ser instituído, cautelosamente, o haloperidol em associação. Os beta-bloqueantes podem ter lugar no tratamento da taquicardia e hipertensão mas carecem de monitorização dado o risco de desencadearem hipotensão ortostática no idoso. Um esquema possível é a administração de 1 a 2 mg de oxazepam a cada 4 orais, via oral, intramuscular ou intravenoso, reduzindo a dose para metade no segundo e terceiro dia de tratamento, e associar tiamina durante 3 a 5 dias.^{5,19} Em caso de *delirium tremens*, deve ser administrado diazepam. Contudo, não estão disponíveis estudos controlados que avaliem a eficácia dos medicamentos no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica no idoso.¹⁹

Reabilitação

Os objetivos da reabilitação devem centrar-se na manutenção da motivação elevada e na mudança de atitudes do doente em recuperação, diminuindo o risco de recaída.¹⁹ Os doentes devem ser integrados neste programa após a desintoxicação, sendo favorecidos pelo menor intervalo de tempo entre estes dois momentos.

A primeira opção de tratamento explorada, no caso do doente idoso, deverá ser a menos intensiva. O clínico deverá explicar ao doente os padrões de consumo e os riscos que lhe estão associados, expondo os efeitos adversos que advêm da interação entre alguns fármacos e o álcool. Ao doente diagnosticado com Distúrbio do Uso de Álcool, dever-lhe-á ser recomendado a cessação definitiva do consumo.¹¹

Quando se inicia o programa de tratamento e acompanhamento do doente idoso, deve-se considerar a variabilidade na capacidade de percepção da doença e da motivação para o tratamento, o peso das comorbilidades e o suporte familiar. Considerando todos estes parâmetros, deve ser elaborada a melhor proposta de acompanhamento e tratamento ao doente, envolvendo, sempre que possível, a família.²⁵

Existe um conjunto de fármacos a ponderar para o tratamento farmacológico desta patologia nos cuidados de saúde, dos quais se destacam o dissulfiram, a naltrexona e o acamprosato.

O dissulfiram é um agente que provoca aversão ao consumo de álcool uma vez que aumenta os efeitos negativos do seu consumo.⁹ Contudo, não é recomendado para o tratamento do idoso uma vez que representa um elevado risco cardiovascular devido à toxicidade do acetaldeído acumulado.⁷

A naltrexona é um antagonista opióide que reduz o desejo de ingerir álcool e o sentimento de prazer que está associado ao seu consumo, sendo que alguns estudos reportaram um aumento de tempo até uma recaída e uma melhoria de resultados na ordem dos 20%. Dado o seu perfil seguro, está aprovado para a prevenção de recaídas no idoso alcoólico.^{5,19} A maior limitação ao uso da naltrexona no idoso deve-se ao facto do seu mecanismo de ação se centrar no bloqueio do recetor opióide, interferindo com o tratamento da dor crónica da qual muitos padecem. Pode, simultaneamente, potenciar os sintomas de uma depressão.

O acamprosato é um modulador GABA que apresenta um efeito semelhante à naltrexona já que favorece a manutenção da abstinência. Embora não haja qualquer estudo sobre o seu efeito neste grupo etário, considera-se relativamente seguro uma vez que foram reportados efeitos adversos mínimos na restante população.⁹ A associação do acamprosato

com a naltrexona parece apresentar benefícios ligeiramente superiores, embora os estudos sejam contraditórios.^{5,19}

Esta intervenção torna-se mais efetiva quando associada a terapia cognitivo e comportamental e a integração num grupo de apoio, do qual é exemplo o grupo Alcoólicos Anónimos.⁵

Tratamento psicológico

Existem diversos tipos de intervenção a considerar nestes doentes.

As intervenções breves consistem em sessões de aconselhamento que devem incluir estratégias de motivação, educação do doente, definição de objetivo e desenvolvimento de técnicas de modificação de comportamento. Constitui uma opção prática e custo-efetiva. Alguns modelos foram desenvolvidos no sentido de orientar esta intervenção. O modelo FRAMES, acrónimo de *feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy*, foi adaptado para os idosos e fornece ferramentas para o acompanhamento de resultados, coloca a responsabilidade de não voltar a beber no doente e cria um leque de possibilidades para alterar o comportamento do doente relativamente ao consumo de álcool.

O aconselhamento motivacional baseia-se em técnicas de entrevistas motivacionais. Permite que o doente tenha espaço para digerir a informação, avaliar os seus próprios riscos, aceitando a responsabilidade da mudança de comportamento a que deliberadamente acedeu, sem que lhe tenha sido imposta. É uma opção para doentes em ambulatório que não estejam preparados para uma intervenção orientada para a ação.

A efetividade da terapia cognitivae comportamental já foi demonstrada em diversos problemas psiquiátricos, nomeadamente no consumo abusivo de substâncias. São estruturadas diversas intervenções nas quais o doente aprende estratégias de *coping* para lidar com o impulso de consumir, culminando sempre numa tentativa de mudança de comportamento.

Num estudo realizado recentemente, demonstrou-se que o doente alcoólico era favorecido pelo tratamento associado da naltrexona com a terapia cognitivo-comportamental.³⁸

A psicoterapia de grupo é outra das opções de tratamento disponíveis, com especial destaque em Portugal. Possibilita um processo terapêutico de relações, permitindo que os elementos que participam tomem consciência de problemas, necessidades e recursos em comum. As sessões periódicas do grupo, já em “pós-cura”, tornam-se essenciais e estimulantes para a manutenção da abstinência alcoólica e valorização e promoção dos seus elementos. Paralelamente, a criação de Grupos de Discussão, como temas previamente estabelecidos, oferece uma dimensão educativa e psico-pedagógica, importante num país em que os fatores de risco socioculturais são tão marcados.⁸ Este tipo de intervenção pode ser útil no tratamento e acompanhamento dos idosos já que possibilita a diminuição do isolamento, vergonha e estigma. Contudo, não estão disponíveis estudos sobre este tipo de intervenção na população geriátrica. Alguns autores sugeriram a adaptação deste tipo de encontros, tornando o ritmo do encontro adequado ao acompanhamento por parte do idoso e dedicando mais tempo às perdas e aos fatores sociais.⁹

Conclusão

A população idosa tem vindo a aumentar de forma marcada na Europa, tendência que se vai manter. Associado a este fenómeno, fez-se notar um aumento nas necessidades de acompanhamento e tratamento destes doentes com algumas especificidades, para os quais os profissionais e os serviços de saúde devem estar preparados.

Na Europa, a percentagem de consumo de bebidas alcoólicas é notória, sendo responsável por uma percentagem significativa de mortes. Embora ainda sejam escassos os estudos disponíveis acerca do consumo de álcool na população idosa há, atualmente, alguma evidência de que esse consumo se prolonga depois dos 65 anos, com cerca de metade dos idosos a admitir ser consumidor de bebidas alcoólicas. Pela tendência crescente do número de idosos e por se ter conhecimento da morbi-mortalidade que lhe está associada, prevê-se que o alcoolismo no idoso seja um problema que venha a receber maior destaque num futuro próximo. Em Portugal, um país tradicionalmente ligado à ingestão de álcool, sabe-se que o consumo é superior à média europeia.

Com o decorrer do envelhecimento, o organismo sofre alterações que o tornam mais suscetível aos efeitos negativos do álcool. São vários os mecanismos envolvidos, dos quais se destacam a diminuição da percentagem da água corporal, a diminuição da atividade de enzimas envolvidas na degradação do etanol e a própria alteração estrutural a nível hepático, fatores esses que favorecem o aumento da concentração de álcool, permitindo que o idoso experiencie efeitos mais graves, comparativamente ao jovem, quando ingere a mesma quantidade de álcool. Logo, as recomendações diferem entre o idoso e o jovem, aconselhando-se o consumo máximo de uma bebida padrão por dia para ambos os sexos no idoso.

Foram descritos alguns fatores de risco preditores do consumo abusivo de álcool no idoso, sendo que a condição financeira elevada é o único com uma relação comprovada com o

aumento do consumo numa fase mais tardia. Contudo, as condições familiares e sociais parecem ter também especial impacto nestes doentes, pelas perdas próprias desta etapa.

A par do conhecimento dos fatores favorecedores, devem estar presentes as manifestações próprias da doença, o que torna a possibilidade de intervenção mais precoce e efetiva. O consumo excessivo de álcool prejudica o envelhecimento, sendo díspares as suas formas de apresentação. A quantificação e avaliação da ingestão desta substância deve ser considerada quando ocorre exacerbação de doenças crónicas de base e ausência de resposta a terapêutica da qual seria esperado obter uma evolução positiva.

As complicações que advêm desse consumo também devem ser consideradas uma vez que são mais graves no idoso. A demência atribuível ao consumo de álcool parece ter uma relação com a quantidade de substância ingerida, não havendo evidência estatística da sua maior associação com o consumo de início mais precoce. Paralelamente, desenvolvem défices vitamínicos dos quais pode resultar a SWK, passando frequentemente despercebida pela ausência da totalidade de sintomas associados. Uma elevada percentagem destes doentes apresenta também uma história de patologia depressiva, constituindo um componente importante do seu tratamento. A doença hepática, em tudo semelhante à do alcoólico jovem, parece ter maior gravidade histológica no idoso, estando associada a sintomatologia mais acentuada e complicações mais frequentes. O rebote do consumo moderado a nível cardiovascular continua por esclarecer, sendo certo que o consumo excessivo provoca acentuação dos fatores de risco cardiovasculares, podendo culminar em situações fatais como um enfarte agudo do miocárdio. Para além da sua associação dose-dependente com o cancro da mama e outras neoplasias para os quais o clínico deve estar alerta no caso do aparecimento de sintomatologia sugestiva, no idoso é de grande relevância a sua associação com a ocorrência de quedas e fraturas, importante causa de morbi-mortalidade nesta faixa etária.

Uma das considerações mais importantes a ter no acompanhamento do doente idoso é a polimedicação. Cerca de 90% dos idosos tomam medicação habitualmente, muitos dos quais com potencial de interação com o álcool, sejam eles de prescrição obrigatória ou não. São vários os mecanismos através dos quais essa interação pode ocorrer, podendo interferir a nível do metabolismo do álcool, permitindo o aumento da sua concentração no sangue (ex, anti-histamínico, aspirina), alteração do metabolismo do fármaco e ainda o seu aumento ou diminuição, provocando anulação ou prolongamento do efeito do fármaco, respetivamente (varfarina, fenitoína e propanolol) e desencadeando reações *dissufiram-like* (betalactâmicos, nitratos e sulfonilureias). Pode manifestar-se também pela exacerbação de efeitos secundários dos fármacos aumentando, por exemplo, a probabilidade de hemorragia gastrointestinal na toma simultânea com AINE ou prolongamento da sedação das benzodiazepinas. Por último, pode participar do agravamento de doença crónica de base por interferir com a eficácia da terapêutica. De entre os escassos estudos realizados neste âmbito, foi possível apurar que o consumo de álcool simultaneamente à toma de fármacos que padecem de interação é frequente, nomeadamente, anti-histamínicos, anti-hipertensores e AINE. Com maior índice de gravidade e numa percentagem significativa, ainda que inferior aos fármacos referidos anteriormente, está a toma de anticoagulantes e antiagregantes.

Considerando todo o impacto que o consumo de álcool pode ter na saúde e bem-estar do idoso, foram desenvolvidos questionários que facilitam o seu rastreio. Atualmente, em Portugal, são aplicados o questionário CAGE e o AUDIT, sendo que o primeiro será mais adequado à pesquisa de dependência e o segundo para definir padrões de consumo de risco. Outros já foram desenvolvidos, nomeadamente o SMAST-G, com a particularidade de ter sido adaptado às especificidades da população idosa, ainda que sem validação em Portugal. O diagnóstico baseado nos critérios da DSM-5, embora tenha sido simplificado por juntar duas

categorias distintas previstas pela DSM-IV com pouco impacto prático, carece de uma adaptação às especificidades dos idosos.

Do tratamento do alcoolismo deve fazer parte a intervenção farmacológica e a intervenção psicológica, sendo que a estratégia mais efetiva resulta da junção das duas intervenções. Esta reabilitação deve ser devidamente pensada e adaptada à capacidade de entendimento e à condição dos doentes idosos que apresentam uma capacidade de resposta ao tratamento que se sobrepõe à observada nos jovens, embora as taxas de referenciação ainda sejam significativamente inferiores.

Os cuidados de saúde primários vão representar um papel de destaque no reconhecimento e acompanhamento do Distúrbio de Uso de Álcool no idoso, pelo crescimento marcado desta faixa etária, tal como referido inicialmente, e pelo aumento de reconhecimento do mesmo. Contudo, são escassos os estudos sobre este distúrbio na população geriátrica, havendo uma provável subestimação do problema a nível europeu, do qual Portugal não é exceção. É premente a realização de novos estudos que permitam perceber, cada vez melhor, o que contribui para o consumo excessivo de álcool de início tardio ou a manutenção desse depois dos 65 anos e desenvolver opções de rastreio, diagnóstico e tratamento adaptadas que simplifiquem a orientação destes doentes e tornando as intervenções atempadas e custo-efetivas.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Manuel Veríssimo, pelo apoio, generosidade e orientação.

À Dra. Patrícia Mendes, pela coorientação, pela amabilidade e pelo tempo dispendido, fundamental para o culminar deste trabalho

Aos meus pais e irmãos, pelo exemplo de trabalho e honestidade e por incansavelmente me acompanharem em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos, Miguel e Matilde, pela alegria e carinho de todos os dias.

Às minhas amigas, porque esta etapa foi vivida em conjunto.

Bibliografia

1. León-Muñoz LM, Galán I, Donado-Campos J, Sánchez-Alonso F, López-García E, Valencia-Martín JL, et al. Patterns of Alcohol Consumption in the Older Population of Spain, 2008-2010. Elsevier Inc. 2015;115(2):213–24.
2. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. A Direcção-Geral da Saúde–Notas históricas. 2004;
3. Definition of an older or elderly person [Internet]. p. World Health Organization, 2015 [updated 2015 Sep 28; cited 2015 Sep 30]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
4. DGS - Programa Nacional para a Saude Mental - Direcção de Serviços de Informação e Análise. Portugal - Saúde Mental em números - 2013. Ministério da Saude. 2013;104.
5. Bommersbach TJ, Lapid MI, Rummans TA, Morse RM. Geriatric Alcohol Use Disorder : A Review for. Mayo Clin Proc. Elsevier Inc; 2015;90(5):659–66.
6. Immonen S, Pitkälä K. The prevalence of potential alcohol-drug interactions in older adults. Eur Geriatr Med. 2012;3(January):S134.
7. Kalapatapu RK, Paris P, Neugroschl J a. Alcohol use disorders in geriatrics. Int J Psychiatry Med. 2010;40(3):321–37.
8. Mello ML, Barrias J, Breda J. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. 2011. 120 p.
9. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. Clinic Geriatric Med 30. 2014; 629-654

10. DGS - Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool. Norma 30/2012. Ministério da Saúde. 2012.
11. Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *J Gen Psychol.* 2006;133(4):453–67.
12. Kist N, Sandjojo J, Kok RM, van den Berg JF. Cognitive functioning in older adults with early, late, and very late onset alcohol dependence. *Int Psychogeriatrics.* 2014;26(11):1863–9.
13. Cousins G, Galvin R, Flood M, Kennedy M-C, Motterlini N, Henman MC, et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatr.* 2014;14(1):57.
14. Moore A a., Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007;5(1):64–74.
15. Blow FC, Barry KL. Alcohol and substance misuse in older adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):310–9.
16. Christie MM, Bamber D, Powell C, Arrindell T, Pant A. Older adult problem drinkers: Who presents for alcohol treatment? *Aging Ment Health.* 2013;17(1):24–32.
17. Campbell JW, Resnick B, Warshaw GA. Alcoholism. *Geriatric Syndromes and Common Special Problems.*
18. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health 2014. *Glob status Rep alcohol.* 2014;1–392.
19. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol.* 2012;47(6):411–6.

20. Wilsnack SC. The GENACIS project: a review of findings and some implications for global needs in women-focused substance abuse prevention and intervention. *Subst Abuse Rehabil.* 2012;3(Suppl 1):5–15.
21. Direcção-Geral da Saúde. Perfil de Saúde em Portugal. Plano Nac Saúde 2012 - 2016. 2012;1–41.
22. DGS. Idade maior em números – 2014 : A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. 2014;223.
23. Petrini C. From bench to bedside and to health policies: Ethics in translational research. *Clin Ter.* 2011;162(1):51–9.
24. Satre DD, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Effects of age and life transitions on alcohol and drug treatment outcome over nine years. *J Stud Alcohol Drugs.* 2012;73(3):459–68.
25. Rigler SK. Reprinted for educational, informational and non-profit purposes only. 2000;(3).
26. Studies N, Alcohol ON. Alcohol use and problems among older women and men : A review. 2007;24.
27. Seitz HK, Stickel F. Alcoholic liver disease in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2007;23(4):905–21, viii.
28. Ryan M, Merrick EL, Hodgkin D, Horgan CM, Garnick DW, Panas L, et al. Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *J Gen Intern Med.* 2013;28(10):1326–32.

29. Colella C, Savage C, Whitmer K. Alcohol Use in the Elderly and the Risk for Wernicke-Korsakoff Syndrome. *J Nurse Pract. American College of Nurse Practitioners*; 2010;6(8):614–21.
30. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *ScientificWorldJournal*. 2006;6:1405–11.
31. Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B. *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. 5th edition. Wiley-Blackwell; 2012.
32. Bagnardi V, Blangiardo M, Vecchia C La, Corrao G, D P. Alcohol Consumption and the Risk of Cancer: a meta-analysis. *Alcohol Res Heal*. 2001;25(4):263–70.
33. Goldstein NS, Hodgson N, Savage C, Walton-Moss B. Alcohol Use and the Older Adult Woman. *J Nurse Pract. Elsevier, Inc*; 2015;11(4):436–42.
34. Weathermon R, Crabb DW. Alcohol and medication interactions. *Alcohol Res Health*. 1999;23(1):40–54.
35. Kano MY, Pillon SC. transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). 2014;
36. Berks J, McCornick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. University of York. 2008.
37. Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism Treatment Adherence: Older Age Predicts Better Adherence and Drinking Outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry. American Association for Geriatric Psychiatry*; 2002;10(6):740–7.
38. Oslin DW, Lynch KG, Pettinati HM, Kampman KM, Gariti P, Gelfand L, et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(7):1299–308.

Anexo 1

AUDIT C	1.	Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? 0 = nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semana 4 = quatro ou mais vezes por semana	<input type="text"/>
	2.	Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? 0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais	<input type="text"/>
	3.	Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	4.	Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	5.	Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	6.	Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	7.	Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	8.	Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="text"/>
	9.	Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? 0 = não 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses	<input type="text"/>
	10.	Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? 0 = não	<input type="text"/>

Anexo 1 - Questionário AUDIT, versão portuguesa, retirado da norma nº030/2012- Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool, da DGS.