



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

PIB-S/0040/2013

ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DO AUDIT ENTRE IDOSOS
DA ESF EM MANAUS, AM

Bolsista Adriana Carla da Silva Costa, CNPq

MANAUS
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-S/0040/2013

ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DO AUDIT ENTRE IDOSOS
DA ESF EM MANAUS, AM

Bolsista: Adriana Carla da Silva Costa, CNPq

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cyra dos Santos Lucas

MANAUS
2014

RESUMO

Um problema de saúde da população idosa é o uso de substâncias psicoativas, principalmente o consumo de álcool. Assim, é importante a correta identificação do uso problemático de álcool para o devido encaminhamento do usuário para tratamento. O *alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento de triagem para o uso de álcool, adota um ponto de corte 8 para identificação de risco existente no uso de álcool em adultos, e Aalto e col. (2011) recomenda o escore 5 para idosos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a adaptação dos pontos de corte do AUDIT para a população idosa na cidade de Manaus, AM. Trata-se de um estudo transversal descritivo-observacional. Uma amostra de 317 idosos foi obtida de forma aleatória, por conglomerados, da população de idosos cadastrados nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família, na cidade de Manaus, de novembro/2013 a fevereiro/2014. Foi aplicado um questionário abordando aspectos socioeconômicos e saúde, o AUDIT, e uma entrevista com metodologia *timeline follow-back* (TLFB) sobre o consumo de álcool (usada como padrão ouro para identificação do beber pesado). As condições cognitivas dos idosos foram avaliadas por meio do Teste de Fluência Verbal. Os dados coletados foram submetidos à crítica e inseridos em planilha de banco de dados e analisados com programa estatístico ROCR versão 1.0-5. Dos 317 idosos, a maioria era do sexo feminino (64,04%), entre 60 e 69 anos (49,21%), casado ou com companheiro (46,06%), católico (57,10%), não fumante (63,09%) e considerava a saúde razoável (54,89%). A classe econômica mais frequente foi C1 (37,22%). Quanto ao uso de álcool, 5,99% dos idosos foram identificados como bebedores pesados pelo TLFB. Ambos os escore 5 e 8, apresentaram sensibilidade de 100%. Já a especificidade do escore 5 foi de 81,5% e no escore 8 de 92,10%. Portanto, a adoção de escore 8 no AUDIT para a identificação de uso de risco de álcool na população idosa de Manaus apresentou um número menor de falsos positivos (7,9%, sem prejuízo na identificação de verdadeiros positivos) devendo ser adotada para triagem de uso de álcool entre idosos de Manaus- AM. Foram identificados, após a definição do ponto de corte 8 para o AUDIT, 86,12% dos idosos em baixo risco de consumo de álcool, 10,73% em risco existente, 2,84% em risco moderado e 0,32% em risco elevado.

Palavras-chave: Idoso, Álcool, AUDIT.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS:	5
2.1. Objetivo Geral:	5
2.2. Objetivos Específicos:	5
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	6
4. METODOLOGIA	8
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
6. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos de álcool (SAITZ, 2005), isso ocorre devido à redução da tolerância para o álcool, assim os adultos mais velhos são mais impactados pelo álcool devido a um aumento da frequência de doença e uso de medicamentos. A prevalência do uso, abuso e dependência de substância psicoativa entre os idosos varia muito, pois depende do método utilizado para detectar o uso e as consequências, a distribuição geográfica e a amostra (geralmente são utilizadas subamostras), o que dificulta uma comparação (DUFOUR & FULLER, 1995). Vários sinais podem levantar a suspeita de um problema com álcool e atualmente existem inúmeras ferramentas disponíveis para o rastreio prático do alcoolismo. O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) faz parte dessa gama.

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde – OMS (BABOR *et al.*, 2001) para ser aplicado em diferentes cenários, como na Atenção Primária à Saúde, a fim de identificar usuários que estão nos estágios iniciais sem um grau significativo de danos relacionados com o álcool. Apresenta dez questões que avaliam quantidade e frequência de problemas de alcoolismo, dependência de álcool, e afins.

Estudos recentes Aalto *et al.* (2011) mostram que foram desenvolvidas versões abreviadas derivadas do AUDIT original, como o AUDIT-C com as três primeiras questões apenas (BUSH *et al.*, 1998), o AUDIT-QF somente com as duas primeiras questões (AALTO *et al.*, 2006) e o AUDIT-3 com somente a terceira questão (BUSH *et al.*, 1998). O AUDIT original possui um ponto de corte de 8 pontos, entretanto, para

população idosa Aalto *et al.* (2011) propôs o ponto de corte de 5 pontos, o qual apresentou melhor especificidade e sensibilidade nesta população.

Assim, este trabalho se propõe a avaliar o ponto de corte ideal para a identificação dos usuários com uso de risco do álcool entre a população idosa em Manaus-AM, para utilização na prevenção ao uso desta substância na atenção básica de saúde.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo Geral:

- Avaliar a adaptação dos pontos de corte do AUDIT para a população idosa na cidade de Manaus, AM.

2.2. Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população geronte em estudo.
- Aplicar a versão original do questionário AUDIT.
- Aplicar a entrevista Timeline Follow-back (TLFB) sobre o consumo de álcool.
- Comparar os resultados do TLFB (padrão ouro para identificação do beber pesado) com os resultados do AUDIT, considerando os diversos pontos de corte.
- Definir o ponto de corte do AUDIT mais adequado para a população idosa na cidade de Manaus.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Envelhecimento Populacional e Consumo de Álcool

O aumento da população idosa é uma realidade em todo o mundo, o Brasil não foge a essa regra, destacando-se em três aspectos: o envelhecimento de sua população tem sido gradual e contínuo; o segmento idoso é o que mais cresce no país; e o número absoluto de idosos se apresenta com valores elevados, constituindo-se na sexta maior população idosa do mundo (OMS, 1998).

Diante do aumento da população idosa, um problema preocupante para os profissionais de saúde e a Saúde Pública tem sido o uso de substâncias psicoativas (PILLON SC *et al.*, 2010). Um problema de saúde da população idosa é o uso de substâncias psicoativas, principalmente o consumo de álcool. Assim, é importante a correta identificação do uso problemático de álcool para o devido encaminhamento do usuário para tratamento.

Além do problema da indução de dependência, o uso de álcool está relacionado a diversos problemas de saúde. Estudos demonstram que a mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo uso abusivo de álcool são maiores que aquelas produzidas pelo tabagismo (COSTA JSD *et al.* 2004; RONZANI *et al.*,2005) . Ainda, segundo Costa JSD *et al.* (2004) o consumo abusivo de álcool também provoca direta ou indiretamente custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo. Além disso, a dependência do álcool aumenta o risco para transtornos familiares.

Segundo Pillon SC *et al.* (2010) existem vários fatores que prejudicam a identificação do consumo de álcool entre idosos, entre eles: idosos que por diversos motivos (vergonha, medo, demência, estilo de vida, isolamento), não relatam seu consumo e na dificuldade em identificar os sinais e sintomas do uso por estes estarem

também relacionados à suas consequências e por si não serem tão específicos, tais como acidentes, transtornos mentais (depressão, ansiedade, demência) insônia e autonegligência.

3.2. AUDIT

Existem metodologias validadas no mundo, inclusive no Brasil para a identificação do consumo de álcool, entre elas o AUDIT, pois é necessário o desenvolvimento de instrumentos para detecção e intervenção imediata do consumo de álcool na população.

O principal instrumento de rastreamento para o uso de álcool atualmente em uso é o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), um instrumento de auto-relato desenvolvido para identificar vários padrões de uso de álcool, de fácil aplicação e correção e com validação transcultural (RONZANI *et al.*, 2005). O instrumento (AALTO, 2011) foi originalmente desenvolvido para identificar os bebedor pesado, incluindo aqueles que estão nos estágios iniciais sem um grau significativo de danos relacionados com o álcool (SAUNDERS *et al.*, 1993).

O AUDIT é composto por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência (BABOR *et al.*, 2003). Analisando o teste verifica-se que as primeiras três perguntas do questionário são relacionadas ao consumo de álcool e as demais relacionadas às consequências negativas do uso de álcool. A pontuação é obtida somando-se as opções que o respondente assinala (MARTINS RA *et al.*, 2008).

Os idosos são mais vulneráveis ao consumo de álcool, assim, o critério de marcação beber pesado é mais rigoroso do que para os grupos etários mais jovens, e questionários devem ser testados contra este critério menor (BERKS & McCORMICK, 2008).

Segundo Moretti-Pires RO & Corradi-Webster CM (2011), autores sugeriram que o instrumento e seu ponto de corte fossem testados e validados para uso em outros grupos, já que o aumento ou a diminuição do ponto de corte pode melhorar a detecção, para os diferentes contextos culturais. Assim, através dos resultados encontrados ponderar-se-á encontrar ferramentas e estratégias que auxiliem no processo de rastreio precoce e intervenções necessárias a esse tipo de problema, padronizado para população da região.

Além da metodologia citada, utiliza-se o instrumento TLFB. O Timeline Followback é uma entrevista com base no calendário em que fornece estimativas retrospectivas do consumo diário de álcool durante um período de tempo antes da entrevista (AALTO, 2011). O TLFB utiliza as datas no calendário para favorecer a memória do idoso e assim tentar evitar um vies, sendo um mecanismo adicional para facilitar a identificação do consumo de álcool.

4. METODOLOGIA

A pesquisa é um estudo transversal do tipo descritivo-observacional. A população estudada incluiu pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas nas áreas de abrangência das Estratégias Saúde da Família, na Zona leste da cidade de Manaus, Amazonas, Brasil.

Os critérios de inclusão considerados foram: a) Ter idade maior ou igual a 60 anos; b) Residir na área adscrita da ESF; c) Estar cadastrado na ESF; d) Concordar

voluntariamente participar da pesquisa e assinar e/ou por impressão datiloscópica no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: a) os idosos que não alcançarem os pontos de corte no teste de avaliação da cognição determinados pelo método Teste de Fluência Verbal (TFV) categoria animais (LIMA *et al.*, 2007).

Foram preenchidos 325 questionários, número de amostra calculado com base no número de idosos cadastrados na cidade de Manaus na ESF, usando como prevalência de referência 3,2% para o “padrão de consumo de álcool por dia de 5 ou mais doses” obtido na pesquisa entre idosos de Lima *et al.* (2009). A amostragem será por conglomerado (zona) com sorteio em uma etapa (10% das ESF da zona). A amostra foi distribuída proporcionalmente ao tamanho da população de idosos atendidos por zona, resultando em 51 sujeitos na zona leste, 42 na zona norte, 96 na zona oeste e 135 na zona sul.

O instrumento de coleta de dados elaborado foi um questionário estruturado que aborda aspectos socioeconômicos e relacionados à saúde. Também é acrescentado o AUDIT – instrumento de triagem simples para o risco de consumo prejudicial de álcool, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BABOR *et al.*, 2001). Ele pode ajudar na identificação de excesso de bebida e indica um quadro de intervenção para ajudar consumidores de risco a reduzir ou cessar consumo de álcool e, assim, evitar as consequências negativas do consumo de álcool.

Quanto à caracterização socioeconômica utilizou-se o critério da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME) visto que este possui facilidade em obtenção de dados e aplicabilidade na área da saúde (BOING *et al.*, 2005). Os aspectos relacionados à saúde, segundo item do questionário, reuniram

informações sobre o autopercepção da saúde, autocuidado e morbididades previamente diagnosticadas.

Além disso, foi aplicada a entrevista *Timeline Follow-Back* (TLFB) que permite ao sujeito estimar seu consumo diário de álcool nos últimos 28 dias com a ajuda da análise de um calendário com as principais datas festivas. Desta forma, sendo considerado bebedor pesado o sujeito que bebe 8 doses de álcool, em média, por semana ou pelo menos 4 doses em um mesmo dia (NIAAA, 2005).

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

Aos participantes potenciais, realizou-se o convite para participação do estudo, seguindo em caso de aceite para o esclarecimento da pesquisa e solicitação da assinatura ou oposição do TCLE. Em seguida, foi realizado o teste de avaliação da cognição pelo método do TFV.

Os dados pertinentes ao perfil do indivíduo, os aspectos relacionados à saúde e os que caracterizam o risco do consumo de álcool foram conduzidos em análises univariadas, para descrição das variáveis. Também foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* para avaliar a associação entre as pontuações do AUDIT e o consumo de álcool relatado na entrevista do TLFB. Para comprovar o desempenho dos testes foi utilizada a curva ROC (*Receiving Operating Characteristics*), que sumariza o poder discriminatório entre as categorias de uso de álcool. Sensibilidade e especificidade serão calculadas para os diferentes pontos de corte do AUDIT, sendo considerado ótimo aquele acima de 0,80.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), em concordância com a Resolução 196/96 (BRASIL, 2002) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado com o Parecer No 256.010, de 24/04/2013.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014 foram entrevistados 317 idosos. Em relação ao gênero, 64,04% (n=203) eram mulheres e 35,96% pertenciam ao sexo masculino, sendo semelhante a outros estudos epidemiológicos que tiveram a mesma população estudada (PEREIRA *et al*, 2008; GALATO *et al*, 2010), demonstrando a maior preocupação da mulher com a saúde e a maior procura pelos serviços de saúde. A faixa etária predominante foi a de 60-69 anos, representando 49,21% da população estudada, o mesmo ocorreu no estudo de Cavalcanti *et al* (2009) e Flores & Mengue (2005). Quando abordados sobre filhos, 92,21% afirmaram possuir e 46,6% eram casados. Em relação à classe econômica, avaliado segundo o Critério Brasil, 37,22% (n=118) pertence à classe C1 e 26,50% (n=84) a classe D, sendo as mais representativas, sendo possível verificar mais claramente na tabela 1.

Em relação ao trabalho remunerado, 76,97% disse não realizar, 65,93% afirmaram serem aposentados e 31,23% disseram receber algum benefício do governo. Quando questionados sobre ter alguma religião, 57,10% afirmaram ter o catolicismo como religião. Quanto tabagismo, 63,09% disseram não fumar e 27,76% confirmaram terem parado de fumar.

Em relação à saúde, 54,89% (n=174) consideraram sua saúde razoável, 72,24% (n=229) afirmaram não realizar exercícios físicos regularmente e 19,24% (n=61) foram hospitalizados no último ano (Tabela 2).

Características socioeconômicas		n	%
Sexo			
	F	203	64,04
	M	114	35,96
Idade			
	60-69	156	49,21
	70-79	114	35,96
	80-89	44	13,88
	90+	3	0,95
Estado Civil			
	Casado/companheiro	146	46,06
	Desquitado/divorciado	25	7,89
	Solteiro	43	13,56
	Viúvo	103	32,49
Critério Brasil			
	B1	9	2,84
	B2	27	8,52
	C1	118	37,22
	C2	76	23,97
	D	84	26,50
	E	3	0,95
Religião			
	Católica	181	57,10
	Espírita	11	3,47
	Evangélica	109	34,38
	Outros	16	5,05
Fuma			
	Não	200	63,09
	Parei	88	27,76
	Sim/frequentemente	17	5,36
	Sim/raramente	12	3,79
Sabe ler			
	Não	65	20,50
	Sim	252	79,50
Cor da Pele			
	Asiático	2	0,63
	Branco	56	17,67
	Índio	18	5,68
	Negro	40	12,62
	Pardo	201	63,41

Tabela 1: Características socioeconômicas dos idosos entrevistados

Fonte: pesquisa de campo

Quando questionados sobre como conseguem atendimento médico, 93,69% (n=207) utilizam o Sistema Único de Saúde e 4,42% (n=14) possuem plano de saúde particular.

As doenças mais prevalentes na população estudada foram: hipertensão (64,98%), gripe (61,20%), dor de cabeça (44,79%), doença da costa ou da coluna (39,12%), diabetes (38,49%) e reumatismo (31,23%). Quando comparado com o estudo de Cavalcanti *et al* (2009) que avaliou prevalência de doenças na população idosa também identificou a hipertensão como doença crônica não transmissível predominante nos idosos.

Características relacionadas à saúde		
	n	%
Como considera a sua saúde		
Boa	66	20,82
Desconhecida	7	2,21
Muito boa	5	1,58
Muito ruim	15	4,73
Razoável	174	54,89
Ruim	50	15,77
Pratica exercício		
Não	229	72,24
Sim	88	27,76
Ficou hospitalizado		
Não	256	80,76
Sim	61	19,24
Possui alguém que ajuda a cuidar da saúde		
Não	61	19,24
Sim	256	80,76
Possui plano de saúde particular		
Não	303	95,58
Sim	14	4,42
Como consegue atendimento médico		
Plano de saúde	5	1,58
Unidade do SUS	297	93,69
Unidade do SUS/outros	1	0,32
Unidade do SUS/particular	4	1,26
Unidade do SUS/plano de saúde	10	3,15

Tabela 2: Características relacionadas à saúde.

Fonte: pesquisa de campo.

A curva ROC obtida através da representação dos valores de sensibilidade e especificidade encontrados para cada ponto de corte do AUDIT está representada na Figura 1.

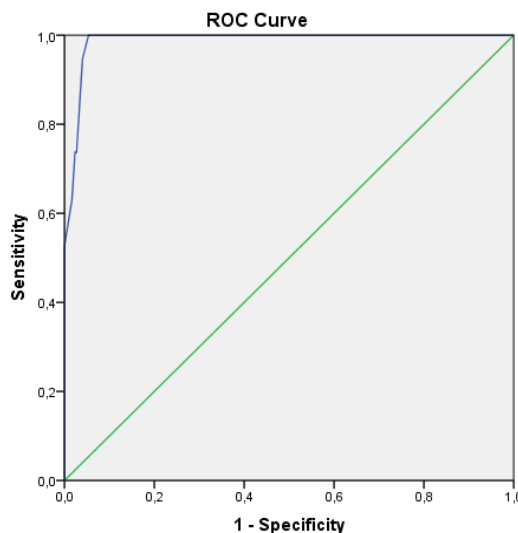


Figura 1: Curva ROC obtida a partir do score do AUDIT e o resultado do Timeline Followback na identificação do bebedor pesado.
Fonte: Pesquisa de campo

Na Tabela 3 são apresentados os valores de sensibilidade e especificidade obtidos para cada um dos scores do AUDIT, considerando o resultado da identificação de usuários pesados obtidos com o questionário *timeline followback*.

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

(verdadeiros positivos). Já a especificidade, fração de verdadeiros negativos, do escore 5 foi de 81,5% e no escore 8 de 92,10%.

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

Tabela 3: Resultado da sensibilidade e especificidade na Curva ROC para os scores do AUDIT comparando ao resultado do Timeline Followback (referência), na identificação do bebedor pesado.

Para a definição do melhor ponto de corte avaliou-se a sensibilidade e especificidade do teste para cada ponto. O estudo obteve uma sensibilidade de 100% tanto o escore 5 quanto no 8, sendo a sensibilidade superior ao encontrado por Aalto *et al* (2011) que obteve sensibilidade de apenas 48% para o score 8 e acima de 85% para o escore 5. A especificidade encontrada para o escore 8 também foi superior a outros estudos, o que garante o escore 8 como o ponto de corte ideal para a população estudada, para identificar os uso problemático do álcool.

Note-se que adoção do escore 5 ocasionaria a identificação de 18,5% de falsos positivos (1-especificidade), usuário sem problemas identificados como com problemas

no padrão de uso do álcool. Já com a adoção do escore 8, somente 7,9% de falsos positivos iriam ocorrer

Considerando o impacto social negativo da identificação incorreta de usuários de risco (falsos positivos), ao expor idosos que não necessitariam de intervenção terapêutica sobre o seu uso de álcool, os dados obtidos nesta pesquisa orientam para a utilização do escore 8 no AUDIT para a população idosa de Manaus devendo ser o adotado para triagem de uso de risco de álcool entre idosos de Manaus- AM, o mesmo usado para população adulta em geral.

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

Com a aplicação do ponto de corte 8, os idosos foram distribuídos quanto à zona de risco quanto ao uso de álcool: 86,12% dos idosos encontravam-se na zona de baixo risco, 10,73% em risco existente, 2,84 em risco moderado e 0,32% em risco elevado para o consumo de álcool. Esse resultado é semelhante a outros estudos, como Pereira *et al* (2008) que obteve 3,2% para o consumo pesado de álcool.

Depois de classificados na zona de risco quanto ao uso de álcool, os idosos que foram considerados pertencentes à zona de baixo risco foram informados dos benefícios de não consumir bebidas alcoólicas, que é a diminuição do risco de doenças e conseqüentemente melhor qualidade de vida, para os demais grupos foram explicados as conseqüências prejudiciais do consumo excessivo de álcool, e ocorreu encaminhamento

para profissional especializado somente quando o idoso encontrava-se na zona de alto risco.

6. CONCLUSÃO

O estudo indica que o ponto de corte a ser adotado no AUDIT para aplicação em idosos da Estratégia Saúde da Família deve ser o 8, sem a necessidade de adaptação específica para esta população, em virtude dos melhores resultados de sensibilidade e especificidade obtidos, e a garantia de menor ocorrência de falso-positivo nesta população.

A distribuição obtida na curva ROC demonstrou que os escores 5 e 8 obtiveram no teste uma sensibilidade de 100%, entretanto, foi a especificidade que determinou qual o escore adotar, pois o escore 5 ocasionaria na população uma taxa de falso-positivos superior ao ponto de corte 8.

Os estudos sobre adaptações dos valores de corte em instrumentos de diagnóstico para cada população é importante com vista a que fatores locais podem interferir nos padrões de uso de drogas e conseqüentemente na eficiência destes instrumentos e nos resultados da pesquisa com a aplicação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

AALTO, Mauri, et al. **The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly.** International journal of geriatric psychiatry, 2011. 881-885.

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa: **Critério de Classificação Econômica Brasil.** São Paulo, 2008.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT - THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST - Guidelines for Use in Primary Care.** World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence, Second edition, 2001. Publicação WHO/MSD/MSB/01.6a. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf em 8 de fevereiro de 2013.

BABOR T.F et al. **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária.** Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, 2003.

BABOR, T. F., Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). **AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care.** *PAHO*, 92(4), 1-29.

BERKS, J., McCormick R. 2008. **Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review.** *Int Psychogeriatr* 20: 1090–1103.

BOING, Antônio Fernando, et al. **Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90.** *Cad Saúde Pública*, 2005.

Cavalcanti et al. **Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos Brasileiros.** *Revista de Salud Pública.* Vol. 11(6). DEZ 2009.

COSTA, J.S.D. et al. **Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional.** *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.38, n.2, p. 284-91, 2004.

DUFOUR M, Fuller RK. **Alcohol in the elderly.** *Annu Rev Med* 46:123-132, 1995.

FLORES, L. M; MENGUE, S. S. **Uso de medicamentos por idosos na região sul.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-9, 2005.

GALATO et al. **Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2899-2905, 2010.

LIMA, Maria Cristina Pereira et al. **Uso de álcool e quedas entre os idosos na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, 2009.

LIMA, Simone Aparecida de, et al. **Função Cognitiva e Depressão em uma Coorte de Pacientes Submetidos a Diálise Peritoneal, Avaliada pelo Mini-mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na Memória** J. Bras. Nefrol, São Paulo, v. 29, n. 4, p.252-257, dez. 2007.

Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. **Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample.** Alcohol Alcohol 2005; 40:584-9.

MARTINS RA et al. **Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) para Identificação do Consumo de Álcool entre Estudantes do Ensino Médio.** Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. Vol. 42, n. 2, p. 307-316, 2008.

Mendez BE. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.** Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.

NIAAA. **Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated.** Edn. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Bethesda. 2005.

PEREIRA et al. **O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional.** Arq Bras Cardiol, 91(1): 1-10. 2008.

PILLON SC, et al. **Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – Álcool e outras drogas.** Esc Anna Nery (impr.). Vol. 14, n. 4, p. 742-748, out-dez. 2010.

RONZANI et al. **Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 3, p. 852-861, mai-jun. 2005.

SAITZ R. **Clinical practice. Unhealthy alcohol use.** N Engl J Med. 352: 596– 607. 2005.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação (DACAR). Relatório de Gestão. Manaus, 2012. PDF.

World Health Organization. **Population aging: a public health challenge.** Geneva: WHO; 1998.