

Uso do álcool em idosos: validação transcultural do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*

USE OF ALCOHOL IN THE ELDERLY: TRANSCULTURAL VALIDATION OF THE MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST – GERIATRIC VERSION (MAST-G)

CONSUMO DE ÁLCOHOL EN ANCIANOS: VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST - GERIATRIC VERSION (MAST-G)

Marcia Yumi Kano¹, Manoel Antônio dos Santos², Sandra Cristina Pillon³

RESUMO

Objetivo: Avaliar a consistência interna da versão traduzida e adaptada para o Brasil do instrumento *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)*.

Método: Estudo descritivo de corte transversal. Os dados foram coletados por meio de um questionário com informações sociodemográficas, o CID-10 e o MAST-G, seguindo as etapas de tradução e adaptação transcultural. Foram entrevistados 111 idosos do município de São Carlos, SP, Brasil.

Resultados: A média de idade dos entrevistados foi de 70 anos, sendo 45% homens e 55% mulheres, com escolaridade média de três anos; 92% residiam com a família; 48% dos sujeitos consumiam bebida alcoólica. O MAST-G apresentou bom índice de confiabilidade, com Alfa de Cronbach $\alpha = 0,7873$, e bons índices de especificidade e sensibilidade, com nota de corte de cinco respostas positivas. **Conclusão:** A versão brasileira do MAST-G apresentou valores de consistência interna semelhantes aos da versão original em inglês, mostrando-se adequada para uso no contexto nacional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the internal consistency of the version of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G) instrument, translated and adapted for Brazil. **Method:** This was a descriptive, cross-sectional study. Data were collected through a demographic questionnaire, the ICD-10 and the MAST-G, following the steps of translation and cultural adaptation. One hundred eleven elderly in the city of São Carlos, SP, Brazil were interviewed.

Results: The mean age of those interviewed was 70 years, with 45% men and 55% women, with the mean education of three years; 92% resided with family; 48% of the subjects consumed alcoholic beverages. The MAST-G presented a good level of reliability, with Cronbach's $\alpha = 0.7873$, and good levels of sensitivity and specificity with a cutoff score of five positive responses. **Conclusion:** The Brazilian version of the MAST-G presented internal consistency values similar to the original English version, showing it to be adequate for use in the national context.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la consistencia interna de la versión traducida y adaptada para Brasil del instrumento *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)* – Prueba de detección del alcoholismo de Michigan – Versión Geriátrica. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario con informaciones sociodemográficas, CIE-10 y MAST-G, siguiendo las etapas de traducción y adaptación transcultural. Fueron entrevistados a 111 ancianos de la ciudad de São Carlos, SP, Brasil.

Resultados: El promedio de edad de los entrevistados fue de 70 años, siendo el 45% varones y el 55% mujeres, con escolaridad media de tres años; el 92% vivían con la familia; el 48% de los sujetos consumían bebidas alcohólicas. El MAST-G presentó buen índice de fiabilidad, con Alfa de Cronbach $\alpha = 0,7873$ y buenos índices de especificidad y sensibilidad, con nota de corte de cinco respuestas positivas. **Conclusión:** La versión brasileña del MAST-G ha presentado valores de consistencia interna similares a los de la versión original en inglés, mostrándose adecuada para su empleo en el marco nacional.

DESCRITORES

Idoso

Transtornos relacionados ao uso de álcool
Estudos de validação

DESCRIPTORS

Aged

Alcohol-related disorders
Validation studies

DESCRIPTORES

Anciano

Trastornos relacionados com alcohol
Estudios de validación

¹ Mestre em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil ² Professor Associado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ³ Professor Titular, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Estima-se que, em 2025, haverá no mundo cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e, em 2050, este número poderá chegar a dois bilhões⁽¹⁾. Segundo dados obtidos no Censo de 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, sendo que 20.590.599 (10,8%) tinha idade igual ou superior a 60 anos. Se, por um lado, o crescente envelhecimento populacional trouxe os benefícios da maior longevidade desejados por todos, por outro inseriu um novo perfil de morbimortalidade caracterizado pelo aumento e acúmulo de doenças crônicas não transmissíveis⁽²⁾. A inversão da pirâmide demográfica reflete aumento da expectativa de vida devido, principalmente, ao avanço da tecnologia médica. No entanto, as transições nos papéis sociais podem favorecer o consumo abusivo e crônico do álcool na população idosa, acarretando danos à saúde (quadros demenciais, cirrose, pancreatite, agravamento de sintomas preexistentes), a curto e longo prazo, bem como alterações de comportamento. Pode-se dizer que o alcoolismo é uma doença crônica, progressiva e potencialmente fatal, caracterizada por sintomas como o descontrole sobre o uso do álcool e uma constante preocupação com a ingestão de bebida, prevalecendo seu consumo apesar das consequências adversas. Os sintomas podem ser acompanhados por distorções no pensamento, notadamente a negação quanto à dependência e aos efeitos deletérios de seu consumo sobre a saúde e bem-estar do indivíduo⁽³⁾.

As peculiaridades envolvidas nas diferentes faixas etárias precisam ser consideradas, como é caso da população idosa em relação ao uso do álcool. No Brasil, a prevalência do alcoolismo entre pessoas de 15 e 65 anos é da ordem de 13%, reconhecida como um fator determinante em mais de 10% de toda morbimortalidade⁽⁴⁻⁵⁾. Na população idosa, os dados do primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool⁽⁶⁾ mostram que 7% dos idosos consomem álcool frequentemente, 8% muito frequentemente, 10% ocasionalmente, 8% raramente e 68% nunca beberam ou consumiram álcool, no máximo, uma vez no período de um ano. Estudo populacional realizado na região metropolitana de São Paulo com uma amostra de 169 homens idosos identificou alta taxa de abstinência atual (61,6%) e, desse total, 38% eram ex-bebedores⁽⁷⁾.

Estima-se prevalência de 10% de alcoolistas idosos na população geral, 14% nas urgências hospitalares, 18% em internações em enfermarias, de 23 a 40% em unidades psiquiátricas⁽⁸⁾ e de 2 a 4% em serviços especializados, sendo um problema mais comum entre homens^(4,8-9).

Alguns fatores podem contribuir para dificultar a identificação da doença entre os idosos, como a negação do consumo, abuso ou dependência do álcool, a falta de protocolos que favoreçam com que médicos e outros profissionais de saúde possam investigar adequadamente os problemas relacionados ao álcool quando atendem pacientes idosos, e até mesmo o fato de familiares, cuidadores e amigos

colaborarem, inconscientemente, com as pessoas idosas em negar a existência de problemas relacionados ao álcool. Além disso, os programas existentes nas clínicas de desintoxicação e reabilitação ainda são incipientes na abordagem de temas específicos relacionados à população idosa⁽³⁾.

Considerando a dificuldade de detecção do uso abusivo de álcool na população idosa, é necessário empreender esforços para elaborar e validar instrumentos de rastreamento nessa faixa etária. Dada a necessidade de produzir novos conhecimentos na área de saúde do idoso, a questão de pesquisa que deu origem ao presente estudo é a adaptação transcultural e validação de um instrumento de *screening* para detecção de abuso e dependência do álcool, em sua versão para indivíduos acima de 65 anos.

Em 1971, o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) foi publicado, desenvolvido e adaptado para jovens adultos⁽¹⁰⁾. Durante os anos seguintes, esse instrumento sofreu adaptações e, em 1992, o *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G)⁽¹¹⁾ foi publicado, visando detectar o abuso e a provável dependência do álcool em pessoas idosas. Seu desenvolvimento foi importante devido à abordagem específica para os idosos com problemas relacionados ao consumo do álcool. O instrumento contém 24 questões dicotômicas, elaboradas segundo os critérios do DSM-III Revisado (DSM-III-R).

Há um consenso de que esse instrumento identifica o uso, abuso e provável dependência ao álcool em idosos. Desse modo, o MAST-G tornou-se um importante aliado dos profissionais de saúde, quando se pretende obter uma visão mais ampliada da vida biopsicossocial do idoso, uma vez que pode proporcionar um atendimento de melhor qualidade, bem como oferecer subsídios para orientação, tratamento e reabilitação⁽¹²⁻¹³⁾.

O MAST-G foi desenvolvido em duas fases, sendo um teste-piloto seguido da validação. No início do desenvolvimento do instrumento, após várias pesquisas, comprou-se um total de 94 itens. No teste-piloto averiguou-se a qualidade da redação e compreensão dos itens. Participaram 125 pessoas com idade superior a 55 anos, provenientes de vários locais e de diferentes comunidades e clínicas. Nessa avaliação também foram registrados os dados sociodemográficos e verificada a existência de problemas de saúde. Ainda nessa etapa, o questionário foi novamente submetido a 840 pessoas, com idade acima de 55 anos. Após avaliação dos resultados, a versão final do instrumento resultou em 32 itens⁽¹⁴⁾.

Na fase da validação, utilizou-se uma amostra de 280 pessoas, com idade superior a 66 anos. Os sujeitos foram classificados em cinco grupos: (1) os que preenchiam critérios de dependência de álcool e não estavam em tratamento; (2) os que estavam fazendo tratamento para alcoolismo; (3) aqueles com histórico de alcoolismo e que estavam em recuperação; (4) os bebedores sociais; (5) os abstêmios. Com esses grupos objetivou-se contar

com uma amostra mais diversificada possível e assegurar que ela fosse representativa dos idosos no seu comportamento de beber. Como padrão-ouro de validação foi utilizado o DSM-III-R. Desse modo, o MAST-G resultou em um instrumento constituído por 24 itens.

O MAST-G tem sido utilizado em vários países, apresentando, na maioria dos casos, alta especificidade e sensibilidade⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. As propriedades psicométricas desse instrumento se mostraram superiores às de outros que identificam o abuso ou dependência de álcool em idosos, com sensibilidade de 94,9%, especificidade de 77,8%, valor preditivo de 89,4% e valor preditivo negativo de 88,6%⁽¹⁴⁾. Por ter sido desenvolvido especialmente para a idosos⁽¹⁶⁾, o MAST-G apresenta como característica uma resposta fácil e simples (dicotômica), mas é considerado por muitos como relativamente longo por apresentar 24 questões, o que dificultaria sua aplicação. Porém, esse instrumento tem a vantagem de abordar percepções sobre a saúde e os comportamentos de risco do idoso, bem como os prejuízos causados pelo consumo do álcool, o que torna relevante realizar sua validação para o contexto brasileiro. Especificamente para a área de enfermagem, este estudo é de grande interesse, pois os profissionais integram as equipes de saúde em diversos contextos de atuação, de forma que estarão em condições propícias para identificar os problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool entre os idosos.

Este estudo teve como objetivo avaliar a consistência interna da versão traduzida e adaptada para o Brasil do MAST-G para a população idosa.

MÉTODO

O desenho metodológico do estudo foi do tipo descritivo de corte transversal.

Local e amostra

O estudo foi realizado com idosos residentes nos cinco bairros de abrangência de uma USF do município de São Carlos, Estado de São Paulo, Brasil. No ano de 2011, estavam cadastradas nessas USF 3.958 (100%) famílias que tinham entre seus membros 1.540 (38,4%) pessoas idosas. Foram convidados a participar do estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 128 (8,3%) dos idosos cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde na USF. Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizados os seguintes parâmetros: prevalência estimada de 8%⁽⁶⁾ para uso de álcool no último ano, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5%. O número estimado foi de 106 idosos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: (1) idade igual ou superior a 60 anos; (2) residente no município de São Carlos; (3) nota de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁷⁾ abaixo da classificação indicativa de possível demência; (4) apresentar nível de independência, mensurado pelo Índice de Katz⁽¹⁸⁾ com nota de corte a pontuação ≥ 5 .

Instrumentos

Informações sociodemográficas, contendo questões relativas a sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação e moradia.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁷⁾, um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo, empregado isoladamente ou incorporado a baterias mais amplas⁽¹⁹⁾. Permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Foi utilizada a tradução brasileira⁽²⁰⁾ e a versão atualizada⁽²¹⁾ do MEEM. O instrumento tem uma pontuação máxima 30 pontos. Para detecção de possível demência, os escores obtidos foram avaliados de acordo com o nível de escolaridade, com as seguintes notas de corte: <24 para sujeitos escolarizados, <18 para alfabetizados e <14 para analfabetos.

O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (Índice de Katz): consiste de seis itens com respostas dicotômicas, relacionadas às atividades de autocuidado, como: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, continência (controle sobre eliminações) e mobilidade. É o instrumento mais utilizado nos estudos em gerontologia e permite uma avaliação da funcionalidade do indivíduo⁽¹⁸⁾. Adotou-se como nota de corte a pontuação ≥ 5 , indicativa de independência.

O *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G): consiste de 24 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não). Nesse instrumento cada resposta *sim* vale um ponto e a nota de corte de 5 pontos é tomada como um indicativo de provável abuso do álcool. A pontuação entre 0 a 4 pontos significa que não há evidência de alcoolismo, enquanto que uma soma igual ou acima de 5 pontos indica problemas relacionados com o uso do álcool.

Durante a aplicação do instrumento, ao formular a pergunta, se a resposta for evasiva ou ambígua, recomenda-se continuar questionando claramente e solicitar ao idoso que escolha uma resposta que seja mais próxima à sua experiência, tendo em vista seu padrão de consumo. Uma dificuldade típica para a aplicação do MAST-G pode ocorrer quando o entrevistado não consome bebida alcoólica. Por exemplo, se o entrevistado consumia abusivamente e, por algum motivo, parou o consumo há um mês, isso dificulta a caracterização do padrão de consumo. Por esse motivo, deve-se considerar a quantidade de bebida e os sintomas relacionados no período de maior consumo no ano anterior. Contudo, deve-se fazer uma anotação da circunstância especial em que o entrevistado se encontra e o período em que foi avaliado⁽²²⁾.

Entrevista estruturada em conformidade com os Critérios Diagnósticos para Pesquisa (CDP-10) da CID-10⁽²³⁾. Essa entrevista possibilita verificar se o sujeito apresenta diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de álcool, subdivididos em *uso nocivo* ou de *síndrome de abstinência de álcool*. Consiste de 10 questões, com respostas dicotômicas (sim ou não).

Procedimentos

Foi obtida uma lista contendo os nomes e endereços dos idosos cadastrados na USF. De posse dessa lista, uma equipe composta por cinco pesquisadores, devidamente treinados, foram às residências dos idosos. Foram convidados a participar do estudo 128 sujeitos que preenchiem os critérios de inclusão; 19 recusaram-se a participar alegando receio e/ou preocupação em relação ao uso que seria feito das informações coletadas.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação dos instrumentos durou, em média, 45 minutos e ocorreu em um único encontro. As entrevistas foram realizadas no período de maio a agosto de 2011. Após o preenchimento do MEEM e do Índice de Katz, foram aplicados o Questionário de Informações Sociodemográficas, os critérios do CID-10 e o MAST-G. Nenhum sujeito foi excluído por apresentar pontuações indicativas de comprometimentos cognitivos e/ou funcionais. Durante a aplicação do MAST-G, o pesquisador leu cada uma das 24 perguntas, solicitando ao entrevistado que respondesse *sim* ou *não* à questão formulada, anotando imediatamente a resposta no formulário.

A tradução e adaptação transcultural do instrumento consistiram de quatro etapas: tradução, retrotradução, estudo piloto e julgamento do instrumento final⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Primeira etapa: Tradução. Foram realizadas duas traduções do instrumento original⁽⁹⁾ do inglês para o português por tradutores independentes, de língua materna portuguesa com bom domínio do inglês, qualificados (juramentados) e orientados quanto ao objetivo do estudo.

Segunda etapa: Retrotradução. Essa versão foi apresentada a um profissional nativo de língua inglesa com bom domínio da língua portuguesa, sem conhecimento prévio sobre o MAST-G, solicitando-se que realizasse uma retrotradução do instrumento para o inglesa.

Terceira etapa: Estudo Piloto. As duas versões traduzidas foram apresentadas para dez pessoas de diferentes níveis de escolaridade, para que comentassem sobre a interpretação de cada uma das 24 questões traduzidas. Em seguida, foi solicitado que cada pessoa realizasse uma descrição por escrito sobre a facilidade de compreensão das questões contidas em cada uma das duas versões, sendo permitidas sugestões de mudanças para aprimoramento do instrumento. A partir dessa etapa, uma nova versão em português do instrumento foi elaborada, incorporando-se as sugestões propostas para a adequação e melhoria da compreensão das questões.

Quarta etapa: Julgamento. Essa etapa consistiu na revisão técnica e avaliação das equivalências semântica e conceitual por especialistas. Um comitê de juízes foi formado por 7 pessoas, sendo 5 membros com fluência na língua inglesa e domínio da temática. Esse comitê analisou

a retrotradução, comparando-a com a versão original do instrumento, para a identificação de problemas e discordâncias, resultando em uma lista de sugestões e alterações para a elaboração da versão-síntese. Essa versão final do instrumento foi produzida observando-se a equivalência semântica, equivalência idiomática (expressões coloquiais e do idioma), equivalência cultural ou experimental, equivalência conceitual e equivalência de pontuação, finalizando o processo de adaptação da versão em português do instrumento, que foi utilizada no presente estudo.

Este estudo obteve autorização da Diretora Geral dos Cuidados Ambulatoriais do município de São Carlos, SP, Brasil, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (processo nº 101/2011).

Análise estatística. Foi elaborado um banco de dados empregando o Microsoft Excel 2000. Posteriormente, os dados foram transferidos para o *Statistical Package Social Science (SPSS) version 19 for Windows* e o *SAS/STATA® version 9* para análise dos dados. A consistência do instrumento investigado foi verificada por meio do Alpha de Cronbach, que é calculado com o objetivo de verificar a consistência interna dos itens, podendo assumir valores entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, mais confiável é o instrumento de avaliação, sendo considerado apropriados valores iguais ou maiores do que 0,7⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Para verificar a sensibilidade do MAST-G e descrever quantitativamente o desempenho do instrumento traduzido para o português, foram utilizadas as curvas ROC (*receiver operating characteristic*), estabelecendo-se o diagnóstico clínico de *uso nocivo* ou *dependência de álcool* da CID-10 como padrão-ouro.

Em geral, um teste de diagnóstico tende a ser avaliado por duas medidas (no presente estudo, escores obtidos no MAST-G e critérios diagnósticos segundo a CID-10), definindo-se a sensibilidade como o valor de falso verdadeiro positivo (FVP) e a especificidade como o valor de falso verdadeiro negativo (FVN). A curva ROC pode ser representada em um plano da sensibilidade (SE) e da especificidade (ES), sendo possível tomar a curva mais próxima do canto superior esquerdo como aquela que fornece o maior poder discriminante⁽²⁸⁾.

RESULTADOS

Foram abordados 128 idosos, dos quais 111 (86,7%) compuseram a amostra. Em relação às informações sociodemográficas (Tabela 1), 50 entrevistados (45%) eram do sexo masculino e 61 (55%) do sexo feminino. A idade média dos idosos foi de 70 anos (Dp±6,9), sem diferença entre os sexos; a amplitude etária variou de 60 a 92 anos para o sexo feminino e de 60 a 82 anos para o sexo masculino. Em relação ao estado civil, 68 (61%) eram casados, 26 (23%) viúvos, 9 (8,6%) solteiros e 8 (7,4%) se declara-

ram separados ou divorciados. Foi observada uma média de escolaridade de apenas três anos de estudo ($Dp\pm 3$), sendo que 18 idosos (16%) se declararam analfabetos ou com menos de um ano de escolaridade. Em relação à residência, 102 idosos (92%) declararam morar com a família e apenas 9 (8%) moravam sozinhos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos usuários da USF – São Carlos SP, Brasil, 2011

		n	%
Sexo	Masculino	50	45
	Feminino	61	55
Estado civil	Casados	68	61
	Viúvos	26	23
	Solteiros	9	8,6
	Separados/Divorciados	8	7,4
Escolaridade	Nenhum	18	16
	1-2 anos	29	26
	3-4 anos	47	42
	5-6 anos	4	4
	>6 anos	13	12
Tipo de moradia	Casa / apartamento próprio	100	90,9
	Casa / apartamento alugado	11	9,1
Com quem reside	Com a família	102	92
	Sozinho	9	8

Nota: (n = 111)

O valor médio calculado do MEEM para os 111 idosos que participaram da pesquisa foi de 23 pontos ($Dp\pm 3,4$) em uma escala de 0 a 30, sendo 23 pontos ($Dp\pm 3,2$) para os homens e 23 pontos ($Dp\pm 3,5$) para as mulheres, dados não apresentados em tabela.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, 54 (48%) consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, dentre os quais se verificou positividade (CID-10) para o uso nocivo em 43 (79%) idosos, sendo que 11 (21%) eram abstêmios.

Em relação ao sexo, 18 (33,3%) dos que apresentaram critérios positivos para uso nocivo (CID-10) eram homens e 25 (46,3%) mulheres, dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação do consumo de álcool, segundo o sexo dos idosos usuários da USF – São Carlos SP, Brasil, 2011

		n	%
Uso nocivo de álcool	Masculino	18	33
	Feminino	25	46
Abstêmios	Masculino	7	13
	Feminino	4	8

Nota: (n = 54)

Na avaliação da confiabilidade do MAST-G, foi obtido um valor de Alpha de Cronbach de 0,7873. Da amostra de 111 idosos, 25 (22%) assinalaram cinco ou mais respostas *sim* no instrumento, indicando a possibilidade de apresentarem problemas relacionados ao uso do álcool^(9,28). Para testar esse desempenho, foram construídas cinco diferentes curvas ROC (Figura 1), cada uma tomando como corte 2, 3, 4, 5 ou 6 respostas *sim* dos 111 questionários aplicados. A Tabela 3 mostra os valores das áreas sob as curvas (UAC),

calculados para cada uma das cinco curvas ROC. A curva construída tomando como valor de corte apenas duas respostas praticamente se sobrepôs à diagonal, com uma área sob a curva de apenas 0,5486, indicando total aleatoriedade das respostas. Por outro lado, foi possível observar um afastamento das curvas ROC da diagonal e um aumento do valor da área sob a curva, quando foram tomados valores de corte maiores, sendo que as curvas ROC com valores de corte de 5 ou 6 praticamente se sobrepõem, com áreas de 0,8851 e 0,9051, respectivamente. Pode-se entender que as respostas positivas aos 24 itens mostram grande sensibilidade ao uso de bebidas alcoólicas, ou que é alta a probabilidade de um entrevistado que tenha respondido *sim* a cinco ou mais questões no questionário ter problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool.

Tabela 3 – Área sob as curvas (UAC) calculada para as cinco curvas ROC – São Carlos, SP, Brasil, 2011

Curva	UAC
6 SIM	0,9051
5 SIM	0,8851
4 SIM	0,7913
3 SIM	0,7169
2 SIM	0,5486

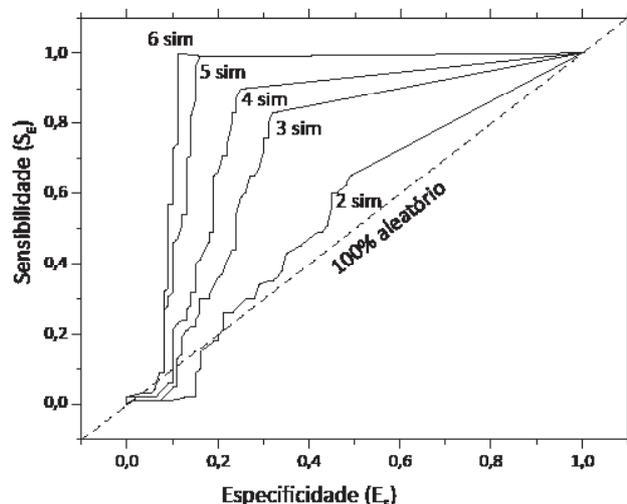


Figura 1 - Curvas ROC do MAST-G em relação ao uso de álcool, avaliado pelo CID-10, dos idosos usuários da USF - São Carlos, SP, Brasil, 2011. (n = 111)

DISCUSSÃO

Evidências apontam crescimento no número de idosos com problemas relacionados ao uso de álcool que, embora possam ser prevenidos, têm sido inevitáveis nessa faixa etária⁽¹⁰⁻¹²⁾.

O abuso de álcool coloca os idosos em maior risco de vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que nem sempre são detectados pelos profissionais nos diversos serviços de saúde. Assim, as estimativas do consumo atual de álcool na po-

pulação idosa variam, mas suas consequências nesta fase da vida, além da gravidade dos problemas de saúde, têm gerado grande impacto nos cuidados de saúde.

Em relação às características sociodemográficas dos idosos, houve predominância do sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade e que residiam com a família, sem diferença estatisticamente significativa quando comparados pela variável sexo. Distribuição semelhante à obtida no presente estudo também foi observada em outras pesquisas que investigaram o uso de álcool na população idosa^(4,9,19).

Um dado interessante do presente estudo refere-se ao número de mulheres na amostra, independentemente da questão numérica, uma vez que não houve diferença quando comparadas aos homens. Destaca-se que quase a metade (46%) delas tem apresentado um padrão nocivo de consumo de bebidas alcoólicas. Há de se ressaltar que 32% dos idosos brasileiros consomem bebidas alcoólicas. No entanto, os homens idosos bebem em menor quantidade e frequência quando comparados aos jovens, uma vez que os problemas diminuem com a idade, mas se diferenciam fortemente quando se compara o padrão de consumo de mulheres com a mesma faixa etária⁽⁶⁾.

Por outro lado, diversos estudos sobre o uso, uso nocivo e dependência do álcool em idosos foram desenvolvidos em amostras compostas majoritariamente por homens, considerando também as questões raciais e indivíduos com baixo nível de escolaridade, o que dificulta a comparação entre os dados. Além disso, há evidências de que as pessoas que começaram a beber mais tardiamente nem sempre apresentavam problemas no trabalho ou enfrentavam problemas financeiros, ou mesmo nunca tiveram problemas com a justiça, por estarem dirigindo embriagadas. Apesar disso, mesmo com essas dificuldades para identificar problemas relacionados ao uso de álcool em idosos, há estudos que mostram que a prevalência de seu consumo abusivo por idosos com 65 anos ou mais está muito mais presente entre os homens quando comparados às mulheres⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Os dados obtidos são preocupantes, uma vez que a amostra é composta por idosos que foram recrutados no domicílio e que são acompanhados pelos profissionais do Programa Saúde da Família, além de apresentarem bons níveis de lucidez e independência física, segundo avaliação do MEEM (média de 23 pontos). O fato de estarem preservados do ponto de vista cognitivo e da capacidade de autonomia pode facilitar o consumo de álcool de forma despercebida por parte da família e da equipe de saúde, caracterizando indício de uma epidemia invisível, uma vez que os problemas e, por conseguinte, os índices são subestimados e mal identificados^(27,29-30).

Nesse sentido, mais estudos, treinamentos e conscientização por parte dos profissionais de saúde são fundamentais para melhoria da identificação e implementação de

intervenções eficazes junto a essa clientela. Recomenda-se, por conseguinte, que haja uma articulação mais efetiva entre os serviços de saúde (atenção primária), essenciais para a promoção da continuidade de cuidados, especialmente os programas de geriatria e os serviços especializados no tratamento do uso de substâncias psicoativas.

Os resultados encontrados para a versão brasileira do MAST-G indicam que esse instrumento é bastante robusto e confiável para a detecção de problemas associados ao abuso ou dependência do álcool por pessoas idosas. De acordo com a literatura⁽⁹⁾, uma pessoa que responda *sim* a cinco ou mais perguntas do MAST-G pode ter algum tipo de problema com o uso do álcool^(9,29). Observa-se que praticamente não houve diferença em relação ao risco da existência de problemas com o álcool entre os idosos que responderam *sim* a cinco ou mais questões, o que é consistente com os resultados obtidos para o MAST-G original em língua inglesa^(9,30). A tradução do instrumento para o português não alterou a especificidade e sensibilidade observadas no MAST-G em inglês, o que é esperado no trabalho de validação.

Um dos maiores desafios que este estudo enfrentou foi o risco de que a sensibilidade e especificidade fossem perdidas ou corrompidas ao se traduzirem as 24 questões do instrumento original para o português, sendo necessário muito mais do que cinco respostas positivas para se identificar adequadamente a existência de risco de abuso ou provável dependência de álcool.

Os resultados obtidos são bastante promissores, principalmente considerando que a maioria dos estudos anteriores com o MAST-G foram realizados com amostras bastante específicas, como veteranos de guerra⁽²⁹⁾ ou idosos que sofreram acidente vascular cerebral⁽²⁰⁾. Contudo, a ausência de resultados obtidos por um segundo instrumento de triagem, como o CAGE ou AUDIT, pode ser uma limitação deste estudo para uma avaliação mais precisa do MAST-G e sua comparação com outros instrumentos já validados.

Este estudo mostrou que a versão traduzida para o português do MAST-G pode ser empregada para identificar problemas relacionados ao abuso do álcool ou a dependência do álcool em idosos de ambos os sexos. Contudo, é necessário considerar a possível existência de algum viés nos resultados, ocasionado pelo tipo de amostra estudada. Em primeiro lugar, a estratégia de buscar os idosos para a pesquisa no banco de dados das UFS do município de São Carlos, SP, Brasil, pode ter direcionado o resultado para um tipo específico de idoso que faz uso dos serviços públicos de saúde. Esse segmento populacional pode ser diferente daquele que utiliza os serviços privados, de tal modo que os resultados encontrados não possam ser generalizados. Ainda, a pesquisa, embora abrangendo ambos os sexos, limitou-se aos idosos com baixo nível de escolaridade (média de três anos de estudo), fatores que a especifica.

Ao contrário da ideia geralmente aceita pelo senso comum, a prevalência de maiores níveis de uso de bebida alcoólica também ocorre nas camadas econômicas superiores da sociedade⁽¹⁰⁾. Por essa razão, seria importante estender esta investigação a idosos de outras camadas socioeconômicas.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar e validar a tradução para o português do instrumento MAST-G para a detecção de problemas relacionados ao uso ou abuso do álcool ou provável dependência de álcool em idosos de ambos os sexos, usuários da USF de um município brasileiro. Com base nos resultados obtidos, considera-se que o instrumento encontra-se traduzido e adaptado para o idioma português. O MAST-G mostrou ser de fácil compreensão e o valor do índice de consistência interna obtido foi considerado satisfatório.

Em relação à especificidade e sensibilidade, observou-se o mesmo valor de corte de cinco respostas *sim*, indicativo da existência de problemas relacionados ao uso/abuso do álcool pelo idoso, corroborando os resultados apresentados nos estudos com o instrumento original em inglês.

Observou-se que, a despeito de vários autores questionarem o tempo necessário para a aplicação do ques-

tionário de 24 itens, a versão traduzida para o português evidenciou que se trata de um instrumento pouco intimidativo e de fácil aplicação.

São necessárias análises de equivalência de mensuração e reprodutibilidade, bem como uma análise de validade de construto, por exemplo, por meio de análise fatorial. Outra limitação deste estudo envolveu o manejo da relação que se dá entre o profissional e o paciente para que se possa perceber a necessidade de utilizar o instrumento, uma vez que seu uso demanda um maior dispêndio de tempo e atenção junto ao idoso. Muitas vezes o idoso pode apresentar estado de confusão mental ou estar debilitado e desorientado. Além disso, geralmente o profissional não dispõe de um espaço de trabalho adequado (como uma sala reservada no serviço) para acolher e receber o idoso e, assim, garantir o sigilo e a fidedignidade das respostas.

Conclui-se que o MAST-G permite averiguar diversas questões acerca do comportamento do beber do idoso, favorecendo um atendimento especializado e uma assistência de qualidade. Embora os resultados obtidos estejam em concordância com aqueles encontrados em estudos realizados com a versão original em inglês, uma ação importante e necessária seria uma avaliação conjunta do instrumento com outras ferramentas, com o objetivo de comparar os resultados obtidos nesta validação com o de outros instrumentos já validados para a língua portuguesa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):705-15.
3. Herman S, Sadovsky R. Psychosocial health screening and recognizing early signs of psychosocial distress. *J Mens Health*. 2010;7(1):73-82
4. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-719.
5. Meloni JR, Laranjeira RR. Custo social e de saúde do consumo de álcool. *Rev Bras Psiqu*. 2004;26 Supl. 1:7-10.
6. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
7. Oliveira JB, Santos JLF, Kerr-Corrêa F, Lima MCP. Alcohol screening instruments in elderly male: a population-based survey in metropolitan São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiqu*. 2011;33(1):1-6.
8. Bogstrand ST, Rossow I, Normann PT, Ekeberg Ø. Studying psychoactive substance use in injured patients: does exclusion of late arriving patients bias the results? *Drug Alcohol Depend*. 2013;127(1-3):187-92.
9. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):742-8.
10. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatr*. 1971;127(12):1653-8.
11. Blow FC, Brower KJ, Schulenberg JE, Demo-Dananberg LM, Young JP, Beresford TP. The Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. *Alcohol Clin Exp Res*. 1992;16:372.

12. Dar K. Alcohol use disorders in elderly people? *Adv Psychiatr Treat.* 2006;12:173-81.
13. Fink A, Tsai MC, Hays RD, Moore AA, Morton SC, Spritzer K, et al. Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;34(1):55-78.
14. Barry KL, Blow FC. Screening, assessing and intervening for alcohol and medication misuse in older adults. In: Lichtenberg PA, editor. *Handbook of assessment in clinical gerontology.* New York: Academic Press; 2010. p. 307-30.
15. O'Connell H, Chin A, Hamilton F, Cunningham C, Walsh J, Coakley D, et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(11):1074-86.
16. Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2000;13(3):106-14.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
18. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;47(2):317-25.
19. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(1):13-7.
20. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
21. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):712-9.
22. Barry KL, Oslin DW, Blow FC. *Alcohol problems in older adults: prevention and management.* New York: Spring; 2001.
23. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
24. Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36(1):10-5.
25. Callegaro BJ, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia.* 2012;22(53):423-32.
26. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a confiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol.* 2006;4(1):65-90.
27. Gache P, Michaud P, Landrym U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(11):2001-7.
28. Martinez EZ, Louzada-Neto F, Pereira BB. A curva ROC para testes diagnósticos. *Cad Saúde Coletiva.* 2003;11(1):7-31.
29. Freedy JR, Ryan K. Alcohol use screening and case finding: screening tools, clinical clues, and making the diagnosis. *Prim Care.* 2011;38(1):91-103.
30. Johnson-Greene D, McCaul ME, Roger P. Screening for hazardous drinking using the Michigan Alcohol Screening Test - Geriatric Version (MAST-G) in elderly persons with acute cerebrovascular accidents. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33(9):1555-61.