

CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



ESTUDOS SOBRE O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL ENTRE HOMENS
IDOSOS: ABORDAGENS EPIDEMIOLÓGICA E ANTROPOLÓGICA

STUDIES ON ELDERLY MALE EXCESSIVE DRINKING: EPIDEMIOLOGICAL AND
ANTHROPOLOGICAL APPROACHES

Foto: Werner Bichof, 1947. Hungary – Putszta Plains Farmers Inn.
Acessado em: www.magnunphotos.com

AUTOR: HUGO ALEJANDRO CANO PRAIS

BELO HORIZONTE
MAIO/2005

P895e
2005

Prais, Hugo Alejandro Cano

Estudos sobre o consumo excessivo de álcool
entre homens idosos: abordagens epidemiológica e
antropológica / Hugo Alejandro Cano Prais. – Belo
Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de
Pesquisas René Rachou, 2005.

ix, 68 f.: il; 29,7 x 21,0 cm.

Bibliografia: f.: 65-68

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós - Graduação do Centro de Pesquisas René Rachou.

1. Consumo de álcool 2. Idosos 3. Fatores associados
4. Antropologia Médica Interpretativa I. Título. II.

Demicheli, Maria Elizabeth Uchoa de Oliveira
(Orientadora); III. Lima e Costa, Maria Fernanda (Co-
orientadora)

CDD – 22. ed. – 616.8527

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTUDOS SOBRE O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL ENTRE HOMENS
IDOSOS: ABORDAGENS EPIDEMIOLÓGICA E ANTROPOLÓGICA

Autor: Hugo Alejandro Cano Prais

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO QUESITO
PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA:
ANTROPOLOGIA MÉDICA

Orientadora: Maria Elizabeth Demichelli Uchôa

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica / CPqRR

Co-Orientadora: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica / CPqRR

MAIO/2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dissertação intitulada:

ESTUDOS SOBRE O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL ENTRE HOMENS
IDOSOS: ABORDAGENS EPIDEMIOLÓGICA E ANTROPOLÓGICA

Apresentada por:

HUGO ALEJANDRO CANO PRAIS

Foi avaliada pela banca examinadora composta por:

Professor Doutor Paulo Dalgalarrondo
Universidade de Campinas

Professora Doutora Waleska Teixeira Caiaffa
Universidade Federal de Minas Gerais

Professora Doutora Virgínia Schall (suplente)
Centro de Pesquisas René Rachou

Professora Doutora Maria Elizabeth Demichelli Uchôa

O presente estudo foi desenvolvido no Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz e foi financiado pela FINEP, CNPq e Ministério da Saúde.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, o Professor Hugo.
À minha mãe, Maria Lúcia.

AGRADECIMENTOS

O período de realização deste mestrado foi, sem sombra de dúvidas, um dos mais marcantes de minha vida. Mesclaram-se momentos de alegrias e dificuldades, mas, principalmente de aprendizado. E é por este aprendizado que agradeço às pessoas abaixo referidas, que de modos diversos me ajudaram nesta travessia.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Maria Elizabeth Demichelli Uchôa, sobretudo, pela paciência, confiança e pelo exemplo de rigor científico. Seu respeito à produção científica pautou, durante todo o mestrado, nossas discussões.

Agradeço à Dra. Maria Fernanda Lima-Costa por permitir que eu participasse deste pequeno desdobramento do Projeto Bambuí; projeto este que carrega o entusiasmo e genialidade de alguém apaixonado pelo saber.

Agradeço ao Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho pelos ensinamentos, muitos destes não encontrados nos livros, e à Doutora Josélia de Oliveira Firmo pelos exemplos de perseverança e carinho (estes me foram valiosos, principalmente nos momentos em que eu não soube ser paciente!).

Agradeço a Dra. Sandra Carvalhais pelo exemplo de ternura.

Ao Laboratório de Epidemiologia e Antropologia. Em especial à Albelena pelo carinho com que sempre me atendeu.

Aos colegas de laboratório: Luana, Sérgio, Divane, Maria das Graças e Tazi pelo carinho e paciência nestes dois anos.

À população de Bambuí que me recebeu com amabilidade no trabalho de campo.

Ao acadêmico de Medicina Márcio Botelho pela grande ajuda na transcrição das entrevistas.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e à Secretaria de Pós-Graduação pela eficiência e carinho com que sempre me auxiliaram.

Agradeço ao Hospital Galba Velloso pelo acolhimento como o local onde exerço com entusiasmo e felicidade minha profissão.

Aos meus pacientes e alunos que muito se esforçam para me educar.

Aos meus mestres que, antes de tudo, me ensinam a alegria de exercer minha profissão: Dra. Jussara Mendonça Alvarenga, Dra. Goretti Pena Lamounier e Dr. Sérgio Kehdy.

À minha tia Maria de Lourdes por me acolher nos momentos de cansaço e pelo exemplo de entusiasmo com a Educação. À amiga “de infância” Magda e Dona Helena pelo carinho com que sempre me recebem em Uberaba.

À Professora Elizabeth Costa Dias pela confiança e carinho ao longo do tempo.

À Doutora Magda Campos por me acompanhar nos momentos mais difíceis e por permitir que eu continuasse...

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
ARTIGO 1	
- Consumo Episódico Excessivo de Álcool entre Homens Idosos: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte e Projeto Bambuí	03
FIG. 1 - Localização de Belo Horizonte e Bambuí no Brasil e em Minas Gerais	22
FIG. 2 - Distribuição Etária dos homens idosos do inquérito de saúde na RMBH, 2003 (N=685) e Bambuí, 1997 (N=641).....	23
FIG. 3 - Distribuição do Beber Excessivo Episódico entre homens idosos na RMBH (2003) e em Bambuí (1997) de acordo com a faixa etária	23
TAB. 1 - Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo variáveis sociodemográficas	24
TAB. 2 - Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo condições de saúde auto-referidas e indicadores selecionados de uso de serviços de saúde.....	25
TAB. 3 - Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo alguns indicadores da rede social de apoio.....	26
TAB. 4 - Resultados finais das análises multivariadas dos fatores associados ao consumo episódico excessivo de bebidas alcoólicas entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997).....	27
ARTIGO 2	
- Signos, Significados e Ações Associados ao Consumo Excessivo de Álcool entre Homens Idosos de Bambuí – Minas Gerais	28

APRESENTAÇÃO

x

Este trabalho é constituído por dois artigos que apresentam resultados de um estudo epidemiológico de base populacional e de um estudo antropológico, ambos sobre o consumo excessivo de álcool entre homens idosos. O primeiro artigo, intitulado: “Consumo Episódico Excessivo de Álcool entre Homens Idosos: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte e Projeto Bambuí” teve como objetivos determinar a prevalência do consumo excessivo episódico de álcool entre homens idosos e examinar as associações existentes entre esse consumo e características sociodemográficas, rede social de apoio e condições de saúde. O segundo artigo, “Signos, Significados e Ações Associados ao Consumo Excessivo de Álcool entre Homens Idosos de Bambuí – Minas Gerais”, teve como objetivo reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados ao consumo excessivo de álcool. Foi realizado um estudo etnográfico centrado na reconstrução de casos de homens idosos que bebem ou bebiam excessivamente na comunidade de Bambuí.

Sabe-se que o comportamento de beber e os problemas aos quais ele está associado são determinados por fatores múltiplos, interatuantes, relacionados tanto ao indivíduo quanto ao seu meio ambiente (Edwards, Marshall & Cook, 1999). A necessidade de conjugação de abordagens complementares, como as abordagens epidemiológica e antropológica, para uma melhor compreensão dos comportamentos e ações associadas ao consumo de bebidas alcoólicas tem sido bastante enfatizada atualmente (Douglas, 1987; Heath, 1987). Os achados epidemiológicos sobre o beber excessivo episódico da cidade de Bambuí constituíram uma das motivações para a realização do estudo etnográfico na cidade sobre os homens idosos com problemas com bebida.

Esta coletânea é requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Ciências da saúde, área de concentração saúde Coletiva – Antropologia Médica, do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

ARTIGO 1

Consumo Episódico Excessivo de Álcool entre Homens Idosos: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte e Projeto Bambuí

RESUMO

Objetivos: Comparar as prevalências do consumo excessivo episódico de álcool entre homens idosos não institucionalizados e estudar as características socio-demográficas, as condições de saúde e a rede de suporte social associadas a este tipo de consumo etílico.

Métodos: O estudo baseou-se nos dados de dois inquéritos de saúde, ambos realizados no Estado de Minas Gerais. O primeiro refere-se à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) (4.4 milhões de habitantes) e o segundo à cidade de Bambuí (15 mil habitantes). Selecionamos, randomicamente, 685 homens idosos (60+ anos) não institucionalizados da RMBH e em Bambuí todos os homens com 60+ anos participaram do estudo (N=641).

Resultados: Encontramos as prevalências de 27% e 13,2% do beber excessivo episódico para a RMBH e Bambuí, respectivamente. Após ajustamentos para fatores de confusão, as seguintes variáveis permaneceram significativamente associadas ao beber excessivo episódico na RMBH: ser viúvo (OR=0,49), auto-avaliação da saúde como razoável (OR=0,38) e incapacidade para realizar pelo menos uma de cinco atividades de vida diária (OR=0,65) e ter 8 ou mais anos de escolaridade (OR=1,86). Os resultados encontrados para Bambuí foram: ser divorciado (OR=2,73), auto-avaliação da saúde como ruim/muito ruim (OR=0,30), ter consultado o médico 1-2 vezes no último ano (OR=1,82), não ter alguém com quem possa contar em momentos de necessidade (OR=2,22) e não ter recebido visitas dos filhos no último mês (OR=2,14).

Conclusões: Discutimos algumas hipóteses que podem explicar a maior prevalência do beber excessivo episódico na RMBH, bem como a predominância dos fatores psicossociais associados ao beber excessivo episódico em Bambuí, enquanto na RMBH este esteve associado, dentre outros aspectos, à maior escolaridade e às limitações físicas.

Palavras-chave: beber excessivo episódico, homens idosos, Epidemiologia.

ABSTRACT

Aims: To compare the prevalence of binge drinking among community-dwelling older males, and to assess socio-demographic characteristics, health conditions and social network associated with it.

Methods: The study was based on data from two health surveys carried out, both, in the State of Minas Gerais (SE-Brazil). The first survey was in a metropolitan area (Belo Horizonte Metropolitan Area: BHMA - 4.4 million of inhabitants) and the second one in Bambuí (15.000 inhabitants). In the BHMA, we randomly selected 685 community-dwelling older males (60+ yrs) and in Bambuí, all the males aged 60+ years were selected for the study (N=641).

Results: Prevalence of binge drinking was 27% and 13.2% in the BHMA and Bambuí, respectively. After adjustments for confounders, variables significantly associated with binge drinking in the BHMA were: being widowed (OR=0.49), self rated health as reasonable (OR= 0.38), inability to perform at least one Activity of Daily Living (OR=0.65) and 8+ years of schooling (OR= 1.86). The results for Bambuí were: being divorced (OR=2.73), self rated health as bad/very bad (OR=0.30), 1-2 doctors' visits the last year (OR=1.82), lack of someone present when needed (OR=2.22) and had received less than one visit of his children last month (OR=2.14).

Conclusions: we discuss hypotheses that could explain the higher prevalence of binge drinking in the metropolitan area, as well as the predominance of psychosocial factors positively associated with binge drinking in Bambuí, while in the BHMA it was associated with the highest level of schooling.

Key-words: binge drinking, elderly males, Epidemiology

1 INTRODUÇÃO

O consumo excessivo de álcool é uma preocupação em saúde pública para todas as faixas etárias (Bobak et al., 1999; Mäkelä, 1999; Bonin et al., 2000; Dobson, 2003; Hanson & Li, 2003; Naimi et al., 2003; NIAAA, 2004.). Tal consumo tem sido mensurado de diferentes formas ao longo do tempo (Midanik, 1999; Epstein et al., 1995). O consumo excessivo episódico, ou binge drinking, é uma das formas de medida, sendo um importante marcador de problemas agudos com álcool (Wechsler & Austin, 1998; Midanik, 1999; Mäkelä et al., 2001; NIAAA, 2004).

O consumo de bebidas alcoólicas entre idosos tem estado em foco como problema emergente em saúde pública (Hanson & Li, 2003; Breslow et al., 2003; Blow et al., 2002; Khan et al. 2002; Blow & Barry, 2000; Gallo & Lebowitz, 1999; Moore et al., 1999; Lakhani, 1997; Adams & Cox, 1995; Liberto et al., 1992). Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos do álcool no organismo, em comparação aos jovens, devido a mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento (diminuição do volume hídrico corporal, diminuição da capacidade funcional dos rins e fígado) (Vestal et al., 1976), ao aumento do risco de co-morbidades (Oslin, 2000; Tivis & Brandt-Jr., 2000; AMA - Council Report 1996; Atkinson, 1987) e ao aumento do risco de interação com medicamentos (Chrischilles et al., 1992; Foster et al., 1993; Gurnack, & Hoffman, 1992; Oslin, 2000). Recomendam-se como limites para o consumo de álcool entre idosos não mais que um drinque ao dia, ou seja, não mais que sete na semana (NIAAA, 1998).

O consumo episódico excessivo de álcool é definido como a ingestão de cinco ou mais drinques (para homens) ou quatro ou mais (para mulheres) em uma única ocasião (NIAAA, 1994). Esse consumo está associado à intoxicação alcoólica, com conseqüências físicas, psicológicas e sociais importantes, tais como: acidentes, suicídios, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, gastrite, pancreatite, dificuldades para o controle de diabetes e violência interpessoal. (Naimi et al., 2003; Chikritzhs et al., 2001; NIAAA, 2000; CDC, 1987). Mais recentemente, demonstrou-se a existência de uma associação entre os episódios freqüentes de beber excessivo (3+ episódios ao mês) com depressão, estresse e problemas emocionais entre adultos americanos (Okoro et al., 2004). Além disso, descrevem-se mais episódios de consumo excessivo de álcool entre bebedores moderados (< 2 drinques diários) do que entre aqueles que bebem em maior quantidade. Dessa forma, o beber episódico excessivo é um indicador chave de abuso de álcool, independente da quantidade etílica habitual consumida (Naimi et al., 2003).

Embora os episódios de consumo excessivo de álcool sejam mais freqüentes entre os mais jovens, eles também são observados entre os mais velhos (Naimi et al., 2003). Apesar de a população idosa representar o segmento populacional que mais cresce no mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (Lima-Costa, 2004), estudos populacionais sobre o consumo excessivo de álcool entre idosos ainda são raros e restritos a países desenvolvidos e não se referem diretamente ao consumo episódico excessivo. (Bercsi et al., 1993; Bridgewater et al., 1987, Goodwin et al., 1987).

Dois estudos realizados em indivíduos com 65 ou mais anos de idade, um conduzido em Erie Country, New York (Mirand & Welte, 1996) e outro em uma amostra representativa de toda a população idosa americana (Moore et al., 1999), encontraram taxas de prevalência de consumo excessivo de álcool muito semelhantes: cerca de 10%. Outro estudo, conduzido também nos EUA, em uma amostra de conveniência de 326 idosos residentes na comunidade, mostrou diferenças importantes na prevalência do consumo excessivo de álcool segundo a faixa etária do idoso. Entre os idosos mais jovens (65-74 anos) essa prevalência foi igual a 20% e, entre os mais velhos (75+ anos), de 5% (Wiscott et al.; 2002). Pelo nosso conhecimento, não existem estudos sobre consumo excessivo episódico de álcool entre idosos residentes em países em desenvolvimento.

O presente trabalho refere-se ao consumo episódico excessivo de álcool em duas populações idosas brasileiras. Utilizamos dados de dois inquéritos de saúde (um conduzido em uma grande área metropolitana e outro em uma pequena cidade), com o objetivo de determinar a prevalência do consumo excessivo episódico de álcool entre homens idosos, além de examinar as associações existentes entre esse consumo e características sociodemográficas, rede social de apoio e condições de saúde.

2 METODOLOGIA

ÁREAS ESTUDADAS

Este trabalho foi conduzido na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e na cidade de Bambuí, ambas situadas no Estado de Minas Gerais, região Sudeste do Brasil (FIG. 1). A RMBH é composta por 24 municípios, representando a terceira maior região metropolitana do Brasil em tamanho de população e em produção econômica. Bambuí é uma pequena cidade situada a 240 km da RMBH. Dos 4,4 milhões de habitantes da RMBH, 335 mil (8,4%) possuem 60 ou mais anos de idade. Dos 15 mil habitantes da cidade de Bambuí, 1742 (11,6%) estavam nessa faixa etária em 1997.

Na RMBH predominam as atividades industriais e comerciais típicas de grandes centros urbanos. Em Bambuí, as principais atividades econômicas são a agropecuária e o pequeno comércio. Em 2000, 91,5% da população da RMBH tinham uma expectativa de vida ao nascer entre 69 e 72 anos, contra 73,6 anos em Bambuí (IBGE, 2000).

Segundo dados de 2000, 55,3% da população da RMBH viviam em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) entre 0,80 e 1,0. Na RMBH, 52,6% da população tinham uma renda per capita superior ou igual a R\$450,00 e 22,2% tinham renda entre R\$180,00 e R\$270,00. Neste mesmo período, na RMBH, 52,6% da população tinham sete ou mais anos de estudo (IBGE, 2000). Em Bambuí, no

ano de 2000 o IDH-M era de 0,78. A renda média per capita era R\$246,10 e a média de anos de estudo da população adulta (25 anos ou mais) era de 5,2 anos (IBGE, 2000).

POPULAÇÕES ESTUDADAS

A amostra do Inquérito de Saúde da RMBH foi delineada para produzir estimativas da população não institucionalizada com idade igual ou superior a 10 anos e residente nos 24 municípios que a compõem. Trata-se de uma amostra probabilística de conglomerados, tendo o setor censitário do IBGE como unidade primária de seleção e o domicílio como unidade amostral. A amostra é baseada em 7.500 domicílios com 24 mil moradores. Os dados do inquérito de saúde foram coletados entre 1º de maio e 31 de julho de 2003. A taxa de resposta ao inquérito de saúde foi de 79%, sendo a distribuição por sexo e idade dos participantes semelhante à observada para a população total da RMBH. Todos os participantes deste inquérito do sexo masculino com 60 ou mais anos de idade foram selecionados para o presente estudo (n=685). Mais detalhes sobre o Inquérito de Saúde da RMBH podem ser vistos em outra publicação (Lima-Costa, 2004).

Todos os habitantes com 60 anos ou mais (1742 habitantes) foram selecionados para participar da linha de base de um estudo de coorte sobre envelhecimento populacional realizado na cidade de Bambuí. A identificação dos participantes foi realizada por meio de um censo completo da cidade, conduzido entre novembro e dezembro de 1996. A taxa de resposta ao estudo foi igual a 92%. Os participantes eram semelhantes à população total da cidade em relação a todas as características sociodemográficas consideradas. Mais detalhes sobre esta coorte podem ser vistos em Lima-Costa et al. (2000). Todos os homens idosos participantes da linha de base da coorte anteriormente mencionada (n=641) foram selecionados para o presente estudo. A distribuição etária dos homens idosos da RMBH e de Bambuí pode ser vista na FIG. 2.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente deste estudo é o consumo episódico excessivo de álcool, definido como o consumo de cinco ou mais drinques de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos 30 dias (NIAAA, 1994). As perguntas sobre consumo de bebidas alcoólicas foram baseadas na pesquisa estadunidense Behavioral Risk Factors Surveillance, sobre fatores de risco comportamentais (CDC, 2001). Aos indivíduos entrevistados foi mostrado um cartão ilustrado especificando o que era um drinque de bebida alcoólica, sendo um drinque equivalente a uma lata de cerveja de 355 ml ou um pequeno copo de vinho (120-150ml) ou uma dose de bebida destilada (cachaça, uísque e outras). As bebidas alcoólicas incluíam cachaça, cerveja, vinho, licor, uísque, gim, rum, vodca e coquetéis misturados com estas bebidas. A distribuição do consumo excessivo episódico entre homens idosos na RMBH e em Bambuí está representada na FIG. 3.

VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS

Foram considerados quatro grupos de variáveis exploratórias: (1) características sociodemográficas (idade, estado conjugal e anos de escolaridade completa); (2) condições auto-referidas de saúde (auto-avaliação da saúde, número de condições crônicas, baseadas no relato de diagnóstico médico anterior para: hipertensão, infarto do miocárdio, angina, diabetes, artrite/reumatismo e outras afecções, incapacidade para realização de pelo menos uma entre cinco atividades da vida diária listadas a seguir: tomar banho alimentar-se, ir ao banheiro, vestir-se e transferir-se da cama para uma cadeira:); (3) uso de serviços de saúde (número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses e ocorrência de hospitalizações nos últimos 12 meses); e (4) rede social de apoio (existência de uma pessoa com a qual pudesse contar em momentos difíceis, frequência de visita de filhos no último mês e frequência de visita de outros parentes no último mês).

Em ambos os inquéritos, as informações foram obtidas por entrevistas realizadas no domicílio dos participantes. Quando o entrevistado estava impossibilitado de responder à entrevista, devido a déficit cognitivo ou a algum problema de saúde, um respondente próximo foi utilizado, o qual, entretanto, não respondeu às perguntas que envolviam avaliação subjetiva do idoso, como auto-avaliação da saúde, e alguns

indicadores de rede social de apoio, como existência de pessoa com a qual pudesse contar (Lima-Costa et al., 2000; Lima-Costa, 2004).

ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, procedeu-se à expansão da amostra da RMBH, utilizando-se os procedimentos do software Stata® para inquéritos, que possibilitam a incorporação dos pesos distintos das observações (Stata®, 2001). Este procedimento não foi necessário para o inquérito de Bambuí, uma vez que os participantes deste estudo correspondiam à totalidade da população nas faixas etárias e sexos considerados.

As análises foram feitas separadamente para cada inquérito. A análise bivariada dos dados foi baseada no teste do Qui-quadrado de Pearson e a multivariada foi baseada em Odds Ratios, ajustados pelo método de regressão logística múltipla. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico inicial foi a existência de associação entre as variáveis exploratórias e a variável dependente, em nível inferior a 0,20 na análise bivariada em pelo menos uma das populações estudadas. Foram mantidas no modelo logístico final as variáveis que apresentaram associações com o consumo excessivo episódico de álcool no último mês em um nível inferior a 0,05. A idade foi considerada a priori como variável de confusão no estudo e foi incluída em todos os modelos logísticos. As análises foram feitas utilizando-se o Programa Stata®, versão 7.0 (Stata®, 2001).

3 – RESULTADOS

Participaram deste estudo 685 homens da RMBH com 60 anos ou mais. Destes, 174 (27%) relataram o consumo excessivo episódico de álcool no último mês. A prevalência desse consumo em Bambuí foi de 13,7%; ou seja, 88 homens idosos relataram o consumo episódico excessivo de álcool dentre todos os homens idosos entrevistados.

A distribuição do consumo episódico excessivo de álcool entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da RMBH e de Bambuí, segundo variáveis sociodemográficas, está apresentada na TAB 1. Somente a variável escolaridade

apresentou associação significativa com o consumo episódico excessivo na RMBH e em Bambuí somente a variável estado civil apresentou associação significativa.

Com relação às condições de saúde auto-referidas e aos indicadores selecionados de uso de serviços de saúde, na RMBH o número de condições crônicas relatadas, a auto-avaliação da saúde e a incapacidade de realizar pelo menos uma das cinco atividades de vida diária apresentaram associação significativa ao consumo excessivo episódico de álcool. Em Bambuí, todas as variáveis deste conjunto estiveram associadas significativamente ao beber excessivo episódico (considerando $p < 0,20$). Os resultados anteriormente mencionados estão na TAB 2.

A TAB. 3 mostra a distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos nos inquéritos de saúde da RMBH e de Bambuí, segundo alguns indicadores da rede social de apoio. Observamos que nenhuma variável esteve significativamente associada ao consumo alcoólico excessivo episódico na RMBH. Entretanto, em Bambuí ter uma pessoa com quem possa contar em situações difíceis e receber visita de filhos foram manifestações significativamente associadas ao beber excessivo episódico.

Após ajustamento por variáveis de confusão, os seguintes fatores permaneceram significativamente associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre os homens idosos da RMBH: escolaridade de 8 ou mais anos (OR=1,86; IC95% = 1,12-3,08); ser viúvo (OR = 0,49; IC95% = 0,24-0,98), julgar a própria saúde como razoável (OR = 0,38; IC95% = 0,33-0,66) e ser incapaz de realizar uma ou mais atividades de vida diária (OR=0,65; IC95% = 0,01-0,49). (TAB, 4).

Em Bambuí, ser divorciado ou separado (OR = 2,73; IC95% = 1,14-6,53), julgar a própria saúde como ruim ou muito ruim (OR = 0,30; IC95% = 0,12-0,75), ter visitado o médico uma ou duas vezes no último ano (OR = 1,82; IC95% = 1,04-3,18), não ter uma pessoa com quem possa contar em momentos difíceis (OR = 2,22; IC95% = 1,02-4,86) e não receber visitas dos filhos no último mês (OR = 2,14; IC95% = 1,11-4,13) foram significativamente associados ao beber excessivo episódico no último mês, após ajustamento por variáveis de confusão (TAB. 4).

4 DISCUSSÃO

De modo geral, homens, em todas as faixas etárias, consomem mais álcool que as mulheres, particularmente se considerado o consumo excessivo (Williams et al., 1985; Dawson et al., 1995; Adams, 1999; Mäkelä et al., 2001; Naimi et al., 2003.). Este estudo restringiu-se às populações idosas masculinas das duas comunidades, pois em

BambuÍ apenas 4 mulheres relataram o consumo excessivo episódico de álcool no ultimo mês.

Os resultados deste estudo mostram diferenças na prevalência do consumo excessivo episódico de álcool entre homens idosos nas duas populações estudadas, sendo mais elevada entre os idosos residentes na metrópole. Na RMBH, ela foi superior aos 15,0% encontrados em dois estudos norte-americanos (Moore et al., 1999; Naimi et al, 2001), mas inferior ao verificado em outro estudo no mesmo país (33,0%) (Wiscott et al., 2002). Já a prevalência do consumo episódico excessivo de álcool entre homens idosos deambuÍ (13,7%) foi inferior à dos estudos anteriormente descritos.

Como podemos ver nas FIG. 2 e 3, respectivamente, a maior parte de homens idosos das duas regiões estudadas tem menos de 70 anos e a distribuição do beber excessivo episódico também se concentra nesta faixa etária. Wiscott et al. (2002) observaram uma associação positiva em relação ao beber excessivo episódico e idade inferior a 75 anos de idade.

A associação positiva entre o maior nível de escolaridade (8 ou mais anos de estudo) e o beber episódico excessivo entre homens idosos na RMBH é concordante com os resultados de Ruchlin (1997), segundo os quais viver em uma grande metrópole e ter freqüentado pelo menos um ano de faculdade estiveram positivamente associados ao beber excessivo. Avaliando os resultados discordantes de outros dois estudos (Moore et al, 1999; Dawson et al., 1995) parece não haver consenso sobre a associação do beber excessivo episódico e escolaridade.

Também não há consenso na literatura pesquisada sobre a associação entre estado civil e consumo episódico excessivo de álcool. Entretanto, um estudo com idosos recém-viúvos comparados a homens idosos casados quanto a seus hábitos de beber durante 13 meses concluiu que o consumo excessivo de álcool (incluindo o episódico) era mais freqüente entre homens recém-viúvos que entre homens idosos casados. A perda do cuidado da esposa e do controle desta sobre os hábitos de beber foi associado ao maior consumo excessivo de álcool entre os viúvos (Byrne et al., 1999). Entretanto, em nosso estudo, a condição de ser viúvo foi negativamente associada ao beber excessivo episódico na RMBH, ao passo que emambuÍ ser divorciado ou separado é que se apresentou positivamente associado ao beber excessivo episódico. Intuitivamente, associamos ambas as condições (viuvez e separação) a um maior grau de isolamento. Entretanto, as percepções sociais de viuvez

e de separação são distintas e isso poderia influenciar no comportamento de consumir excessivamente álcool.

Tanto na RMBH quanto em Bambuí as chances de consumo episódico alcoólico excessivo entre homens idosos foram significativamente maiores que entre idosos que auto-avaliaram o seu estado de saúde como regular e ruim/muito ruim. Estes resultados estão em concordância com os achados de um estudo norte-americano (Ruchlin, 1997).

Entre idosos americanos com menos de 75 anos, ter mais problemas de saúde esteve positivamente associado ao consumo excessivo de álcool, enquanto que para idosos com mais de 75 anos este tipo de consumo esteve associado a uma menor incapacidade física para atividades de vida diária (Wiscott et al. 2002). Na RMBH, o beber episódico excessivo foi associado negativamente à presença de incapacidades para atividades de vida diária.

Em Bambuí, encontramos o número de 1-2 visitas ao médico no último mês positivamente associado ao beber excessivo episódico. Não encontramos na literatura pesquisada outros estudos que correlacionassem o beber excessivo episódico ao número de consultas médicas.

Com relação às variáveis de rede de suporte social, não ter recebido visitas dos filhos no último mês e não ter uma pessoa com quem pudesse contar em momentos difíceis estiveram positivamente associados ao consumo episódico excessivo de álcool entre os homens idosos de Bambuí. Uma hipótese é que nessa população a família exerce um importante fator de controle dos comportamentos problemáticos relacionados ao consumo de álcool. Pelo nosso conhecimento, não há outros estudos que investigaram tais associações. Um estudo canadense sobre consumo de álcool e bem-estar psicossocial entre idosos de 65 anos ou mais não encontrou associação entre o consumo excessivo de álcool (não especificamente o consumo episódico excessivo de álcool) e variáveis de rede de suporte social (Graham & Schmidt, 1999).

Em resumo, nossos resultados mostram características distintas associadas ao beber excessivo entre essas duas populações idosas masculinas. Acreditamos que elas sejam um reflexo das particularidades socioculturais dessas populações. Dois resultados chamam a atenção: (1) a associação da maior escolaridade e o consumo alcoólico episódico excessivo na região metropolitana de Belo Horizonte e (2) a associação do beber episódico excessivo com uma rede de suporte social deficiente

(não ter uma pessoa com quem contar em caso de necessidade e não receber visita de filhos) na cidade de Bambuí.

Em ambos os inquéritos, foram tomados todos os cuidados metodológicos para garantir a validade interna (padronização dos instrumentos de coleta de dados e treinamento de pessoal, por exemplo) e externa (seleção aleatória dos participantes e elevada taxa de resposta). Entretanto, por se tratar de um estudo transversal, o presente trabalho não permite estabelecer relação temporal entre as variáveis explicativas e o beber excessivo episódico nas populações estudadas.

Pelo nosso conhecimento, são ainda escassos os estudos populacionais que investigaram o beber excessivo episódico entre os idosos. Novos estudos, inclusive com abordagem metodológica distinta, são necessários para investigar de maneira mais profunda as questões envolvidas na ingestão excessiva episódica de álcool entre idosos, possibilitando assim uma visão cada vez mais abrangente deste problema.

5 REFERÊNCIAS

1. Adams, W. L. (1999). Alcohol and the Health of Aging Men. *Medical Clinics of North America*. 83, 1195-1211.
2. Adams, W. L. & Cox, N. S. (1995). Epidemiology of Problem Drinking among Elderly People. *International Journal of the Addictions*. 30, 1693-1716.
3. American Medical Association - Council Report (1996). Alcoholism in the Elderly. *JAMA*. 275:797-801.
4. Atkinson, R.M. (1987). Alcohol problems of the elderly. *Alcohol and Alcoholism*. 22:415-417.
5. Bercsi, S. J. et al. (1993). Alcohol use and abuse in the frail, homebound elderly: a clinical analysis of 103 persons. *Drug and Alcohol Dependence*. 33, 139-49.
6. Blow et al. (2002). Misuse and Abuse of Alcohol, Illicit Drugs and Psychoactive Medication Among Older People. *Generations: Mental Health and Mental Illness in Later Life*. Spring: 50-54.
7. Blow, F.C. & Barry, K.L. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments and brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 13:115-123.
8. Bobak, M. et al. (1999). Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction*. 94, 857-866.
9. Bonin, M. F. (2000). Problem drinking behavior in two community-based samples of adults: influence of gender, coping, loneliness and depression. *Psychology of Addictive Behaviors*. 14, 151-161.
10. Breslow, R. A. et al. (2003). Alcohol Consumption by Elderly Americans. *Journal of Studies on Alcohol*. 64, 884-92.
11. Bridgewater, R. et al. (1987) Alcohol consumption and dependence in elderly patients in a urban community. *The British Medical Journal*. 295:4-5.
12. Byrne, G. A. et al. (1999). Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 33, 740-47.
13. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. (2001). Behavioral Risk Factor Surveillance (BRFSS). <http://www.cdc.gov/nccdphp/brfss/pdf-ques/2001brfss.pdf>. Acessado em nov.2004
14. Chikritzhs, T. N. et al. (2001). Mortality and life-years lost due to alcohol: a comparison of acute and chronic causes. *Medical Journal of Australia*. 174, 281-84.

15. Chrischilles, E. A. et al. (1992). Use of medications by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Journal of Gerontology*. 47, 137-144.
16. Dawson, D. A., et al. (1995). Subgroup variation in U.S. drinking patterns: results of the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Study. *Journal of Substance Abuse*. 7, 331-44.
17. Dobson, R. (2003). Heavy drinking costs the NHS £1.7 bn a year, says report. *British Medical Journal*. 327, 701.
18. Epstein, E. et al. (1995). An empirical classification of drinking patterns among alcoholics: binge, sporadic, and steady. *Addictive Behaviors*. 20, 23-41.
19. Foster, L. E. (1993). Alcohol Use and Potencial Risk for Alcohol-Related Adverse Drug Reactions among Community-Based Elderly. *Journal of Community Health*. 18, 225-39.
20. Gallo, J. J. & Lebowitz, B. D. (1999). The Epidsemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the Community: themes for the new century. *Psychiatric Services*. 50, 1158-1166.
21. Goodwin, J. S. et al. (1987). Alcohol intake in a healthy elderly population. *American Journal of Public Health*. 77, 173-77.
22. Graham, K. & Schmidt, G. (1999). Alcohol Use and Psychosocial Well-Being among older adults. *Journal of Studies on Alcohol*. 60, 345-51.
23. Gurnack, A. M. & Hoffman, N. G. (1992). Elderly Alcohol Misuse. *International Journal of the Addictions*.. 27, 869-878.
24. Hanson, G. R. & Li, T. K. (2003). Public health implications of excessive alcohol consumption. *JAMA*. 289, 1031-1032.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2000). Censo Demográfico. Rio de Janeiro.
26. Khan, N.; Davis, P.; Wilkinson, T.J.; Sellman, J.D.; Graham, P. (2002). Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zeland Medical Journal*. 22:72-75.
27. Lakhani, N. (1997). Alcohol use amongst community-dwelling elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 25:1227-1232.
28. Liberto, J.G. et al. (1992). Alcoholism in older persons: a review of the literature. *Hospital and community psychiatry*. 43:975-984.

29. Lima-Costa, M.F. et al. (2000). The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 34: 126-35.
30. Lima-Costa, M. F. (2004). *A Saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional*. Belo Horizonte: Nespe/Fiocruz/UFMG. 132p.
31. Mäkelä, P. (1999). Alcohol Related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*. 94: 867-886.
32. Mäkelä, P. et al. (2001). Episodic heavy drinking in four Nordic countries: a comparative survey. *Addiction*. 96: 1575-1588.
33. Midanik, L. T. (1999). Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*. 94:887-897.
34. Mirand, A. L. & Welte, J. W. (1996). Alcohol Consumption among the elderly in a general population. Erie County, New York. *American Journal of Public Health*. 86, 978-84.
35. Moore, A. A. et al. (1999). Drinking habits among older persons: findings from the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study (1982-1984). *Journal of American Geriatric Society*. 47, 412-416.
36. Naimi, T. S. et al. (2003). Binge Drinking Among US Adults. *Journal of American Medical Association*. 289, 70-75.
37. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (1994). Eighth special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Bethesda, MD: National Institut of Health.
38. National Insstitute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (1998). Alcohol and Aging. *Alcohol Alert*. 40, 7pp.
39. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (2000). Tenth special report to U.S. Congress on Alcohol and Health. Bethesda, MD: National Institut of Health.
40. National Insstitute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA. (2004). NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. 3, 3.
41. Okoro, C. A. et al. (2004). Binge drinking and health-related quality of life. Do popular perceptions match reality? *American Journal of Preventive Medicine*. 26, 230-233.
42. Oslin, D. W. (2002). Alcohol Use in Late Life: Disability and Comorbidity. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 13,134-140.

43. Ruchlin, H. S. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use among older adults. *Preventive Medicine*. 26, 651-657.
44. Stata® Statistical Software - computer program. (2001). Release 7.0. College Stations, Stata Corporations, Texas, USA.
45. Tivis, L.J. & Brandt-Jr., E.N. (2000). Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths. *Journal of Oklahoma Medical Association*. 93:275-284.
46. Tucker, J. A. et al. (1989). Predicting the drinking behavior of older adults from questionnaire measures of alcohol consumption. *Addictive Behaviors*. 14, 655-58.
47. Vestal, R. E. et al. (1976). Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 21, 343-354.
48. Wechsler, H. & Austin, S. B.(1998). Binge drinking: the four/five measure (letter). *Journal of Studies on Alcohol*, Jan. 122-23.
49. Williams, G. D. et al.(1985). Drinking levels knowledge and associated characteristics. NHIS findings. *Public Health Reports*. 101, 593-98.
50. Wiscott, R. et al. (2002). Binge Drinking in Later Life: comparing young-old and old-old social drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 16: 252-55.

Figura 1 – Localização de Belo Horizonte e Bambuí no Brasil e em Minas Gerais.

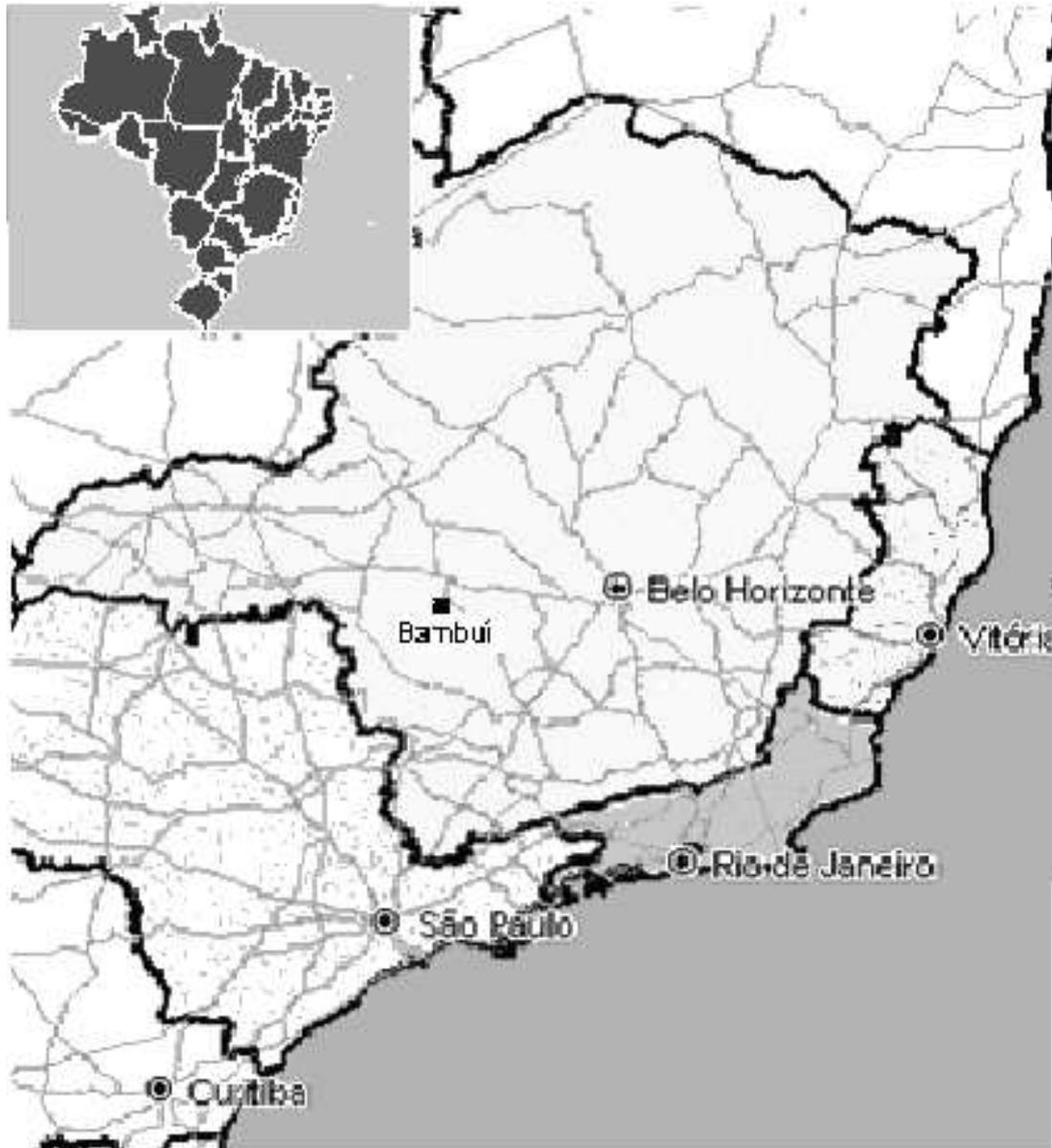


Figura 2 - Distribuição Etária dos homens idosos do inquérito de saúde na RMBH, 2003 (N=685) e Bambuí, 1997 (N=641).

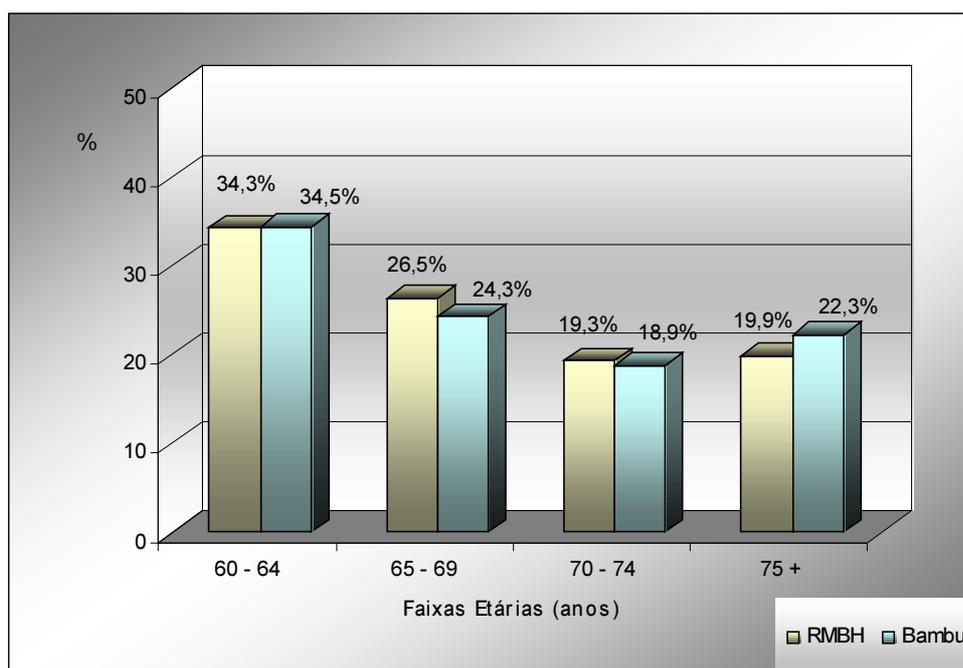


Figura 3 – Distribuição do Beber Excessivo Episódico entre homens idosos na RMBH (2003) e em Bambuí (1997) de acordo com a faixa etária.

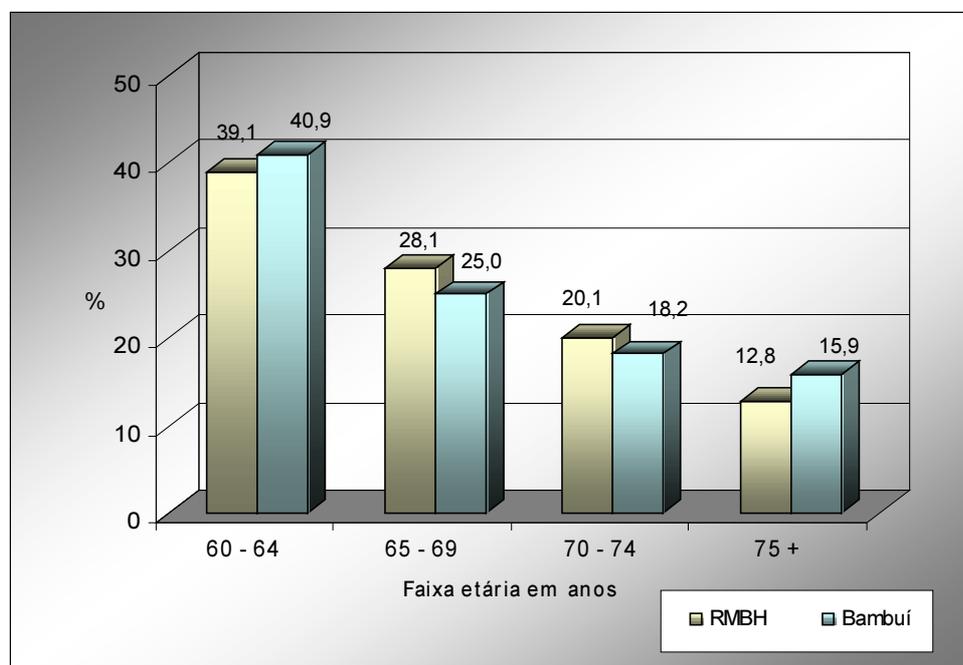


Tabela 1 – Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEL	RMBH N=685			Bambuí N=641		
	Beber Excessivo Episódico ¹		Valor p*	Beber Excessivo Episódico ¹		Valor p*
	Sim	Não		Sim	Não	
Idade (anos)						
60 – 64	39,1	32,6		40,9	33,5	
65 – 69	28,0	25,9		25,0	24,2	
70 – 74	20,1	19,0		18,2	19,0	
≥ 75	12,8	22,5	0,102	15,9	23,3	0,370
Estado Civil						
Casado/vive junto	82,6	78,2		70,5	73,4	
Solteiro	5,7	5,1		5,7	8,7	
Divorciado/separado	5,0	4,6		13,6	4,3	
Viúvo	6,7	12,1	0,293	10,2	13,6	0,004
Anos completos de Escolaridade						
0 – 3	23,4	40,1		58,0	63,8	
4 – 7	33,7	29,4		35,2	27,2	
≥ 8	42,9	30,5	0,001	6,8	9,0	0,284

*Valor de p: teste do qui-quadrado de Pearson

¹ Consumo de cinco ou mais drinques de bebidas alcoólicas em uma única ocasião no último mês (NIAAA, 1994).

Tabela 2 – Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquiridos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo condições de saúde auto-referidas e indicadores selecionados de uso de serviços de saúde.

VARIÁVEL	RMBH N=685			Bambuí N=641		
	Beber Excessivo Episódico ¹		Valor p*	Beber Excessivo Episódico ¹		Valor p*
	Sim	Não		Sim	Não	
Auto-avaliação da saúde						
Boa /Muito Boa	48,1	35,1		45,5	27,3	
Razoável	13,8	28,8		42,1	44,3	
Ruim/Muito Ruim	4,9	7,4		9,1	19,9	
Não informada **	33,2	28,7	0,002	3,4	8,5	0,001
Número de Condições						
Crônicas auto-referidas						
Nenhuma	44,7	33,3		43,2	34,6	
Uma	27,6	28,9		31,8	27,7	
2+	27,4	37,7	0,036	25,0	37,7	0,067
Relato de incapacidade para realizar pelo menos uma atividade de vida diária						
Não	99,6	94,9		97,7	92,0	
Sim	0,4	5,1	0,001	2,3	8,0	0,055
Número de visitas ao médico nos últimos 12 meses						
Nenhuma	13,9	12,0		29,5	28,6	
1-2	46,2	40,0		53,4	33,3	
3+	39,9	48,0	0,270	17,1	38,1	0,000
Ocorrência de hospitalizações nos últimos 12 meses						
Não	87,8	84,3		89,8	80,5	
Sim	12,2	15,7	0,326	10,2	19,5	0,036

*Valor de p: teste do qui-quadrado de Pearson

** Devido ao uso de outro respondente na entrevista

¹ Consumo de cinco ou mais drinques de bebidas alcoólicas em uma única ocasião no último mês (NIAAA, 1994).

² Transferir-se da cama para uma cadeira, banhar-se, ir ao banheiro, vestir-se e alimentar-se.

Tabela 3 – Distribuição do beber excessivo episódico entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997), segundo alguns indicadores da rede social de apoio.

VARIÁVEL	RMBH N=685		Valor p*	Bambuí N=641		Valor p*
	Beber Excessivo Episódico ¹			Beber Excessivo Episódico ¹		
	Sim	Não		Sim	Não	
Ter pessoa presente quando precisa						
Sempre/quase sempre	92,8	92,2	0,810	88,2	92,7	0,157
Nunca/às vezes	7,2	7,8		11,8	7,3	
Visita de filhos no último mês						
No mínimo, uma vez à semana.	46,0	51,4	0,573	47,7	52,4	0,015
1-3 vezes ao mês	16,1	17,8		17,1	18,4	
Não recebeu	18,2	13,3		22,7	10,9	
Não se aplica	19,7	17,5		12,5	18,3	
Visita de parentes no último mês						
Semanal	16,9	20,5	0,606	34,9	35,4	0,433
1-3 vezes ao mês	22,5	19,9		22,1	27,8	
Não recebeu	60,6	59,6		43,0	36,8	

*Valor de p: teste do qui-quadrado de Pearson

¹ Consumo de cinco ou mais drinques de bebidas alcoólicas em uma única ocasião no último mês (NIAAA, 1994).

Tabela 4 – Resultados finais das análises multivariadas dos fatores associados ao consumo episódico excessivo de bebidas alcoólicas entre homens idosos (60≥ anos) nos inquéritos de saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003) e de Bambuí (1997).

VARIÁVEL	RMBH N=666	Bambuí N=606
	OR – IC (95%)*	OR - IC (95%)*
Estado Civil		
Casado/vive junto	1,00	1,00
Solteiro	1,05 (0,47 – 2,35)	0,78 (0,22 – 2,79)
Divorciado/separado	1,18 (0,47 – 2,93)	2,73 (1,14 – 6,53)
Viúvo	0,49 (0,24 – 0,98)	0,86 (0,39 – 1,87)
Anos Completos de Escolaridade		
0 – 3	1,00	Não Significativo
4 – 7	1,66 (0,98 – 2,81)	
8+	1,86 (1,12 – 3,08)	
Auto-avaliação da Saúde		
Boa /Muito Boa	1,00	1,00
Razoável	0,38 (0,33 – 0,66)	0,61 (0,36 – 1,02)
Ruim/Muito Ruim	0,51 (0,19 – 1,40)	0,30 (0,12 – 0,75)
Não informado **	0,97 (0,60 – 1,57)	0,31 (0,07 – 1,41)
Relato de incapacidade para realizar pelo menos uma atividade de vida diária¹		
Não	1,00	Não Significativo
Sim	0,65 (0,01 – 0,49)	
Número de visitas ao médico no último ano		
Nenhuma	Não Significativo	1,00
1-2		1,82 (1,04 – 3,18)
3+		0,59 (0,29 – 1,24)
Ter pessoa presente quando precisa		
Sempre/quase sempre	Não Significativo	1,00
Nunca/às vezes		2,22 (1,02 – 4,86)
Visita de filhos no último mês		
No mínimo, uma vez à semana.	Não Significativo	1,00
1-3 vezes ao mês		0,97 (0,50 – 1,88)
Não recebeu		2,14 (1,11 – 4,13)
Não se aplica		0,85 (0,35 – 2,03)

*OR – (IC 95%): Odds Ratio (intervalo de confiança ao nível de 95%) ajustados pelo método de regressão logística múltipla.

** Devido ao uso de outro respondente na entrevista.

¹Transferir-se da cama para uma cadeira, banhar-se, ir ao banheiro, vestir-se e alimentar-se.

ARTIGO 2

Signos, Significados e Ações Associados ao Consumo Excessivo de Álcool entre Homens Idosos de Bambuí – Minas Gerais

RESUMO

Realizou-se um estudo etnográfico para estudar o universo de representações e os comportamentos associados ao beber excessivo de homens idosos da cidade de Bambuí (centro-oeste de Minas Gerais). Foram investigados os signos e significados culturalmente delineados, assim como suas implicações nas reações ao comportamento problemático de beber. A coleta e a análise das entrevistas foram baseadas no modelo de “signos, significados e ações”, elaborado por Corin et al. (1989, 1992). Vinte entrevistas com idosos e adultos da comunidade de Bambuí foram realizadas em bares da cidade com o objetivo de identificar as maneiras de pensar e de agir dos entrevistados em relação ao beber excessivo de homens idosos. A análise dos dados permitiu identificar um eixo central na construção dos conceitos de beber normal e de beber anormal – a idéia de controle e de perda de controle –, que, em última análise, guia as reações dos familiares e do entorno em relação ao beber percebido como problemático. Os achados deste estudo possibilitaram compreender como o isolamento e o abandono de bebedores problemáticos são reações culturalmente construídas, de acordo com a definição do que é normal ou anormal acerca do hábito de beber.

Palavras-chave: beber excessivo, homens idosos, Antropologia Médica Interpretativa.

ABSTRACT

An ethnographical study was carried out in order to investigate the universe of representations and behaviors associated with the excessive drinking of elderly males living in Bambuí (a small city in Minas Gerais state - Brazil). The construction of the concepts of “normal” and “abnormal” ways of drinking was evaluated through the signs and meanings culturally built and its implications on the ways of reacting to the abnormal way of drinking. The collection and analysis of data were based on the “systems of signs, meanings, and actions” model developed by Corin et al. (1989, 1992). Twenty interviews with elderly males and adults were carried out in local pubs of the city, in order to identify the manners of thinking and acting associated with the perception of elderly male excessive drinking. Data analysis allowed identification of a central idea of control (or loss of control) in the construction of concepts of normal or abnormal way of drinking. This idea guides the way the family and others react to the problem. These findings allowed understanding how the isolation and the neglect of persons that binge drink are both culturally built by the perception of what is normal or abnormal in the drinking habits.

Key words: excessive drinking, elderly males, Medical Interpretive Anthropology.

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas por idosos é uma preocupação crescente em saúde pública (Blow et al., 2002; Blow & Barr, 2000; Gallo & Lebowitz, 1999; Liberto et al., 1992). Estudos epidemiológicos sobre o beber nesta faixa população têm sido cada vez mais freqüentes na literatura científica (Adams & Cox, 1997). Os idosos apresentaram maior vulnerabilidade às conseqüências do beber excessivo, devido a mudanças fisiológicas, associadas ao envelhecimento (diminuição do volume hídrico corporal, diminuição da capacidade funcional dos rins e fígado) (Vestal et al., 1976), ao aumento do risco de co-morbidade (Oslin, 2000; Tivis et al. 2000; AMA - Council Report 1996; Atkinson, 1987) e ao aumento do risco de interação com medicamentos (Chrischilles et al., 1992). Entretanto, o comportamento do beber e os problemas aos quais ele está associado são determinados por fatores múltiplos, interatuantes, relacionados tanto ao indivíduo quanto ao seu meio ambiente (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Estudos antropológicos evidenciam que a percepção do que é problemático nas condutas alcoólicas é fortemente influenciado pela cultura (Heath, 1987 e 1995; Douglas, 1987). O beber excessivo é percebido, explicado e manejado de formas particulares em diferentes culturas, de acordo com a rede de significados associados ao beber.

Em estudo recente, determinou-se a prevalência do consumo excessivo episódico de álcool (binge drinking) entre homens idosos vivendo na cidade de Bambuí (centro-oeste de Minas Gerais) (Prais et al., 2005). Este tipo de beber excessivo foi associado, no referido estudo, ao fato de os idosos entrevistados não receberem visitas de filhos e de não terem pessoas próximas com as quais pudessem contar em momentos difíceis. Estes achados são inéditos na literatura sobre alcoolismo entre

idosos e levaram-nos a interrogar sob a forma como esta comunidade percebe, explica e maneja os problemas associados ao consumo excessivo de álcool.

Com o objetivo de reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados ao consumo excessivo de álcool, realizou-se um estudo etnográfico centrado na reconstrução de casos de homens idosos que bebem ou bebiam excessivamente na comunidade de Bambuí.

2 QUADRO TEÓRICO

Cilifford Geertz (1973), representante da Antropologia Interpretativa norte-americana, define cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Para o autor, a cultura fornece modelos “de” e “para” a construção de realidades sociais e psicológicas. Os diferentes eventos contextualizados a partir da Cultura tornam-se inteligíveis, coletivamente.

Ainda segundo Geertz (1973), como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos causalmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; é um contexto, algo segundo o qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade, ou seja, em relatos etnográficos interpretativos do fluxo do discurso social.

O efeito do álcool sobre o usuário individual depende de uma série de fatores físicos, socioculturais e psicológicos. Os fatores físicos incluem a constituição física do usuário, a presença ou ausência de problemas no fígado, se está alimentado ou não e a existência ou não de uma intolerância hereditária ao álcool (Helman, 1990). Incluem também as propriedades farmacológicas da bebida propriamente dita especialmente no que se refere ao volume e à concentração alcoólica. Estes fatores, no entanto, não são suficientes para explicar como e por que as pessoas bebem, e de que maneira isto afeta seu comportamento (Douglas, 1987; Helman, 1990). É preciso também considerar as características socioculturais do usuário, sua família e amigos, além do ambiente no qual ocorre o consumo da bebida alcoólica. Em particular, devem ser examinadas as

atitudes do grupo cultural com relação a dois tipos diferentes de consumo: “o normal” e “o anormal”.

Para Canguilhem (1966), um conceito de normalidade “não é estático ou pacífico, mas sim dinâmico e polêmico [...] todo valor tem que ser obtido em oposição a um antivalor”. Sobre a relação entre normal e anormal, o autor afirma que não se trata de uma relação de contradição e exterioridade, mas de inversão e polaridade. Ou seja, de uma forma implícita ou explícita, as normas comparam o real a valores, exprimindo discriminações de qualidades de acordo com a posição polar de um positivo ou de um negativo.

Do ponto de vista antropológico, o consumo do álcool deve sempre ser interpretado à luz do background social e cultural. Isto inclui os padrões de consumo normal e anormal, os ambientes em que ocorre e os valores associados a eles (Helman, 1990). Outros fatores relevantes são: os significados conferidos ao consumo de álcool pelos indivíduos e as ações da comunidade em relação àqueles que bebem segundo os padrões e àqueles que bebem quebrando estes padrões.

Para Douglas (1987), o consumo normal de álcool refere-se a um consumo diário nas refeições ou em ocasiões sociais e rituais. Nesses casos, o uso moderado de bebidas é aceito socialmente e faz parte do cotidiano. Contudo, o tipo e a quantidade de bebida consumida, bem assim o perfil da pessoa que a consome, são aspectos rigidamente controlados por regras e sanções sociais. No consumo anormal, tais costumes são transgredidos: a ingestão de álcool é freqüente e excessiva, o que resulta em consumo descontrolado, levando à embriaguez (drunkness). As circunstâncias em que isso ocorre e as características definidas deste comportamento variam em diferentes grupos sociais e culturas (Douglas, 1987).

No dia-a-dia das pessoas, são os aspectos da cultura que modelam suas condutas, mesmo que estas não estejam cômicas disto. Em relação ao beber, não é diferente. Heath (1995) nos convida a pensar sobre como a cultura influencia os modos de como bebemos, ou seja, o lugar, as ocasiões a quantidade e a companhia, bem como a finalidade do beber e suas conseqüências.

O beber excessivo e rotineiro é reconhecido como problemático para o indivíduo e para a sociedade em diferentes contextos (Heath, 1995). Entretanto, o que é considerado problemático no beber excessivo é estabelecido pela cultura (Gusfield, 1981; Wiener, 1981).

Mary Douglas (1987) faz uma importante consideração sobre o beber (drinking) e a bebedeira (drunkness). A bebedeira expressa a cultura, veiculando comportamentos padronizados e aprendidos, que variam de lugar para lugar. Para a autora, o que a Antropologia pode oferecer para os estudos sobre o consumo excessivo de álcool é a compreensão de como um comportamento individual (caso) de beber excessivamente destoa dos padrões de consumo de álcool de uma determinada comunidade (o que beber, quando beber, com quem). Assim, o beber é um importante marcador da identidade pessoal e dos limites de inclusão e exclusão social. Isto sugere, segundo a autora, que quanto mais o uso do álcool significar seleção e exclusão, mais encontraremos o consumo excessivo nas camadas excluídas (Douglas, 1987).

Para o estudo dos signos do beber normal e anormal entre os idosos da comunidade de Bambuí, dos significados (explicações dadas para o beber excessivo) e das repercussões e manejo dos problemas associados ao beber, partimos da constatação de que para os indivíduos de uma comunidade a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema e do tipo de ação que esse problema requer é definida pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais, determinando formas características de pensar e de agir, em face ao problema de saúde em questão (Uchôa & Vidal 1994, Uchôa et al. 1997; Kleinman, 1980; Good, 1977; Good & DelVecchio, 1980).

3 MÉTODO

O presente estudo faz parte do Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de base populacional, desenvolvido pela Fundação Osvaldo Cruz, que realizou, em 1997, um inquérito de saúde da população geral desta cidade e vem acompanhando desde então a saúde dos idosos desta comunidade. Mais detalhes sobre o referido projeto podem ser vistos em Lima-Costa et al. (2000).

A cidade de Bambuí está situada no centro-oeste do Estado de Minas Gerais. Tem 15 mil habitantes. Suas principais atividades econômicas são a agropecuária e o comércio.

A coleta e a análise dos dados basearam-se no modelo de Signos, significados e ações, desenvolvido por Corin et al. (1989 e 1992), que prioriza a investigação de fatores sociais, culturais e experienciais que influenciam a identificação do que é problemático: a forma de explicá-lo, de reagir ao seu aparecimento e de manejar os infortúnios advindos destes. Este modelo de análise, segundo a referida autora, é construído a partir de duas premissas básicas: (1) cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, marcando principalmente tal ou tal sintoma, privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reações e ações; e (2) existe uma continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los. Esta construção específica é ligada às características socioculturais da comunidade e às condições macroscópicas de contexto (Uchôa et al., 1997).

Os comportamentos concretos (ações e reações) em relação a um problema específico servem de ponto de partida para um estudo que tenta identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares (Corin et al., 1989, 1992; Uchoa & Vidal, 1994).

Para reconstruir o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados ao consumo excessivo de álcool por homens idosos vivendo em Bambuí, realizamos um estudo etnográfico centrado em casos concretos. Inicialmente, havíamos decidido entrevistar idosos participantes do Projeto Bambuí. Entretanto, em um segundo momento, optamos pela abordagem direta de algumas pessoas que estavam em bares. Essas pessoas foram convidadas a falar sobre casos concretos de homens idosos (seja sobre si mesmo, parentes, amigos ou conhecidos) que consumiam ou haviam consumido excessivamente bebidas alcoólicas.

Cinco bares da cidade de Bambuí foram escolhidos, com a ajuda de um informante-chave: três da periferia da cidade e dois centrais. Foram entrevistadas 19 pessoas, sendo que 1 relatou dois casos. Participaram do estudo 3 mulheres e 16 homens, sendo 10 idosos e 9 adultos (< 60 anos). Nenhum entrevistado estava alcoolizado no momento da entrevista.

Convidamos os participantes a falar sobre o caso de algum senhor de idade (60 anos ou mais) que tinha ou tivera problemas com bebida. Esclarecemos que não havia necessidade de identificar as pessoas. Os entrevistados que disseram não conhecer nenhum homem mais velho que tinha ou tivera problemas com bebida foram estimulados a dar suas impressões sobre tal tema. Embora generalizações fossem freqüentes, sempre que possível, pedíamos aos entrevistados que as contextualizassem no caso primeiramente identificado.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro em que foram enfocados pontos referentes ao início dos problemas com bebida e ao modo como estes foram identificados pela família, amigos ou outros, bem como sobre as explicações ou causas atribuídas ao início, à manutenção e ao parar de beber problemático. As reações do entorno da pessoa quanto aos seus hábitos etílicos e as repercussões físicas, psicológicas e sociais também foram investigadas.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas posteriormente. Uma vez digitalizadas, foram fragmentadas em grandes categorias analíticas: a) signos

de identificação; b) idéias sobre a causa de início, de manutenção e de cessação do beber subjacentes à identificação destes signos; c) reações (dos familiares ou de outros, positivas ou negativas); e d) repercussões (sobre a saúde física e relacionamentos). A partir daí, analisou-se o conteúdo de cada categoria de analítica e focalizaram-se as possíveis interações entre as diversas categorias.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre a voluntariedade da participação e garantia de sigilo das informações. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ-MG), tendo merecido aprovação.

4 RESULTADOS

4.1 Cachaça: a bebida

Todos os entrevistados referiram-se espontaneamente à cachaça como a bebida alcoólica associada ao beber excessivo dos homens idosos que bebem ou bebiam muito. Outras denominações comuns de cachaça nas entrevistas foram: pinga e “cana”. Um dos entrevistados, dono de um dos bares visitados, quando perguntado sobre o tipo de bebida mais consumido pelos homens idosos respondeu: “Quem gosta de pinga, bebe é pinga mesmo! Quando você bebe, bebe é pinga mesmo!” E11.

4.2 Signos de Identificação do beber problemático e não problemático

De maneira geral, os informantes referem-se a alguns marcadores que definem claramente o que é considerado problemático ou não problemático quando focalizamos o consumo de álcool por indivíduos idosos: a) modo de beber; b) cuidados pessoais e a exposição pública; c) bens materiais e trabalho; e d) agressividade e passividade no comportamento da pessoa alcoolizada.

a) Modo de beber

- Horário e companhia

O horário da manhã foi identificado por todos os entrevistados como um momento problemático para beber, como foi relatado por um entrevistado:

“Diariamente você vê, amanhece o dia, e ele já está sentado na porta do bar. Parece que bebe diariamente. E anda segurando nas paredes com as pernas bambas. Mexe com uma pessoa e com outra.” E5

Observamos que a regularidade deste comportamento foi enfatizada pelos entrevistados, os quais afirmaram que o consumo de álcool, muitas vezes, prolonga-se até o fim do dia. Assim nos disse um dono de bar sobre um de seus fregueses assíduos.

“Ele tomou cachaça 55 anos, e isso sem parar um dia. Dia e quase noite. Deitava dez horas da noite, e quatro e meia da manhã já levantava pra beber. Isso foi consecutivo durante [...] Logo, logo ele tava tomando uma, e mais outra, e outra, e aquilo era todo dia e noite.” E16

De maneira oposta, o beber não problemático é encaixado nos períodos livres dos afazeres, geralmente à noite e nos fins de semana. Um senhor assim nos disse sobre seus hábitos de beber:

“Nos finais de semana que a gente começa beber [...] amanhã a gente chapa o golo porque se for sábado a gente não vai trabalhar. Já fizemos as 44 horas, então a gente t aqui. [...] porque na cidade você tem horário de pegar, 7 horas, e 5 horas encerrou o expediente, de segunda a sexta-feira.” E19

A regularidade do beber durante o dia também é assinalada nas entrevistas, indicando que este comportamento passa a ser a atividade principal do dia-a-dia da pessoa. Um dos entrevistados disse sobre um senhor:

“Ele já acaba muito, acaba, desanima, entrega na bebida, né? Entrega-se na bebida. Aí, então, fica uma pessoa sem futuro, né?”

Ele não acha que mais nada serve pra ele, só beber. De obrigação tomada, né?” E11

De forma contrária, não encontramos a regularidade na descrição do beber não problemático, como ilustrado a seguir: “Ele trabalhava em casa como alfaiate. Aí, ele não bebia, só de noite. Mas não era todo dia também não.” E1

Beber sozinho, segundo alguns entrevistados, é um beber problemático, como exemplificado por uma entrevistada disse:

“A gente vê, ele sobra sozinho no bar. Às vezes, não tem ninguém nem pra levar em casa. [...] e o idoso; geralmente se isola, bebe sozinho”. E5

Contra-pondo-se ao beber solitário, o beber em grupos e em festividades é assinalado como um beber “normal”. Outro entrevistado disse: “Eu acho certo assim, gosto demais de beber um golo. Gosto de ficar no meio dos colegas.” E19. Um senhor completou: “Eu sou bem recebido. eu sou pessoa que entra em qualquer sociedade, [...] eu vou a um baile, tomo sempre uma cachacinha.” E15.

- Beber e comer

Assinalado como um signo do beber problemático, o hábito de beber e não comer foi relatado por vários informantes Um informante explicou:

“O sujeito larga de comer pra poder beber. Diz: Não, eu quero é beber, eu quero é uma pinga. [...] Deixa de comer o tira-gosto que tem aí para beber a bebida.” E10

Outro participante completou: “E no momento que a bebida começou a atrapalhar a vida dele, começou a envolver demais. Não alimentava, só bebia.” E14. Um dos entrevistados assinalou que comer quando bebe é uma forma de atenuar o efeito do álcool. Disse:

“Porque eu acho que uma pessoa que bebe tem que comer. Claro que tem que comer! [...] Então, se põe três pingas aqui e traz um tira-gosto, qualquer um, um pedaço de toucinho, qualquer trem gorduroso que trazer,[...] Então, parece que aquilo corta mais a pinga...” E19

Outro entrevistado assinalou a adequação do comportamento de um senhor que, apesar de consumir diariamente grandes quantidades de pinga, manteve seus hábitos alimentares. Assim explicou:

“Ele ia para casa, almoçava, e ele era desses caras que almoçavam [...] eu tenho certeza disso. Ele almoçava e depois voltava pra rua pra beber de novo; e de noite de novo.” E16

- Quantidade

A idéia de um controle subjetivo da quantidade de bebida consumida é marcante nas falas sobre o beber não problemático. Os entrevistados utilizaram a expressão “estar passando” para identificar o estado em que os efeitos do álcool trazem algum problema: perda do controle do comportamento ou dificuldade de voltar para casa. Um entrevistado pontuou:

“Pelo menos no meu caso é diferente, porque [...] se eu beber 5, 6, 7, eu vejo que o negócio está passando. Eu falo: ‘Agora, eu não vou beber mais, porque eu tô indo embora’.” E19

A idéia de controle subjetivo da quantidade de bebida e a observância aos efeitos do álcool sobre o comportamento foram enfatizadas nos relatos sobre o beber não problemático.

“Eu num falo de quem bebe. Eu bebo também. Agora, é o seguinte: a pessoa tem que dominar e saber o que tá fazendo. Você num pode deixar ela te beber não. Você é que bebe ela!” E15.

b) Cuidado pessoal e exposição pública

De fundamental importância para o reconhecimento do beber problemático são a negligência de hábitos de higiene e a exposição pública da embriaguez. Não tomar banho, dormir sem banho ou, ainda, precisar ser banhado por outras pessoas constituem signos de um beber problemático, segundo os entrevistados. Sobre o assunto, um entrevistado disse:

“As pessoas mais velhas como ele parecem que desgostaram da vida, e nem banho ele não toma. Chegar a mãe e dá banho numa pessoa que já tá esperta aí, que bebeu demais... Como é que toma banho? Aí, dorme. Passa o dia sem tomar banho.” E13

Houve um relato sobre um senhor que era reconhecido na cidade por seu acentuado consumo de bebida e por sua aparência desleixada e maltrapilha: Um entrevistado assim o descreveu:

“Vive caído aí na rua. Se tem alguma festinha, ele está junto, bebendo, tonto, sujo, mau cheiro. Vive sozinho, né. Parece assim que o negócio dele é só beber.” E6

A manutenção dos hábitos de higiene e o cuidado com a aparência estão associados com a interrupção do beber problemático. Um informante relatou: “Se amanhã o homem parar de beber, voltar a trabalhar, voltar a fazer barba, todo mundo esquece do passado.” E6. Outro relato mostra claramente essa associação:

“Ele já está bem idoso. Ele, com muito sacrifício, conseguiram convencer ele ir pro AA. E, com poucos meses que ele foi pra lá, ele largou da bebida. Era aquele maltrapilho de rua mesmo, e agora tá andando igual pessoa normal. Todo mundo cumprimenta, admira:

Oh, ele largou! Andava sujo, mal vestido e agora tá indo bem.” E2

Todos os entrevistados relataram que chegar a “deitar na rua” é um sinal importante do beber problemático. Referindo-se a um senhor idoso, um entrevistado comentou:

“O hábito dele de beber é assim: tem época que ele pára. Quando ele começa a beber de novo, até deitar na rua ele deita. Um velho desse, porque já está velho!”.E8.

Contrariamente, uma entrevistada refere-se ao beber controlado não problemático de seu falecido esposo: “Nunca caiu assim na rua. Nunca deu trabalho assim na rua, sabe.” E1

c) Trabalho e bens materiais

A interferência do hábito de beber na capacidade de trabalhar foi identificada por todos os entrevistados como um problema associado ao uso de álcool. Um entrevistado relatou: “Ele era uma pessoa trabalhadora, tinha bens. Perdeu praticamente tudo.” E5. Outro participante disse:

“Ele não faz mais nada assim, porque ele num trabalha. O que presta numa pessoa que não trabalha? Não trabalha porque está bebendo. O bêbado não tem expediente pra nada. Não tem força pra nada...” E11

A grande maioria dos relatos referiu-se a homens idosos que já bebiam muito quando adultos. Assim, as histórias de perdas no trabalho ou do trabalho, bem como de perdas materiais, estão associadas à idéia de miséria, como descrito a seguir:

“É uma pessoa muito pobre [...] Ele já sabe que ele não faz nada mesmo. O que ele faz ele bebe. Acaba com tudo dele. Que ele vê

que nada rende de nada. Então, o que ele faz é mais ou menos só pra beber mesmo.”. E11

d) Agressividade e Passividade durante a embriaguez

As alterações do comportamento quando da embriaguez podem referir-se à agressividade ou à passividade, circunscrevendo o beber problemático. Um entrevistado relata que os idosos quando bebem oscilam entre os dois pólos.

“Idoso quando não dá pra ficar bravo, dá pra ficar bobo. Fica bobo num canto, como tem acontecido. Baixa a cabeça num canto até melhorar. Se já não ficou bobo, ficou bravo. Agora, o bravo ele não fica bobo. O bobo não fica bravo, fica lá quietinho esperando lá que passe pra ele aprumar de novo. Aí, ele apruma e volta de novo.” E10

Um entrevistado descreveu, de maneira geral, os efeitos de bebedeiras como sendo muito problemáticos:

“A pessoa passa a não se controlar. Fica tonto, começa a cambalear quando a bebida é passada demais. Começa a falar assim, as palavras não são mais entendidas. Não raciocina pra poder falar. A pessoa, qualquer lugar pra ele tá bom. Ele não tem aquele objetivo: aqui tá bom e aqui não tá. Tudo pra ele tá bom. Quando a pessoa ta velha, é isso mesmo.” E14

Outro fala dos comportamentos arrogantes desencadeados pelo excesso de bebida:

“Velho bêbado? Quem manda aqui é eu. Sou dono do meu nariz. Eu bebi por que gosto de beber [...] Às vezes, uns ficam bravos e não vão, não! E aí ele bate o pé, porque está bicudo e não quer ir embora pra casa. E não vai mesmo.” E10

Há também referência a comportamentos inadequados, sendo comum o uso do termo “berar” para descrevê-los. Assim disse um entrevistado:

“Tem uns que ficam berando, enchendo o saco, conversando demais. [...] fica perto demais. [...] chega no meio e interfere na conversa e fica atrapalhando todo mundo. Não é agressivo, mas não deixa de incomodar, por estar com a roupa suja e bêbado demais. Aí, já incomoda, e o dono do bar mesmo já percebe que se ele não sai, acaba saindo os fregueses dele.”.E6

Não incomodar os outros quando se bebe é valorizado na identificação do beber não problemático. Um entrevistado explica que gosta de beber, mas sem incomodar ninguém:

“Gosto demais de beber um golo. Gosto de ficar no meio dos colegas, mas assim em boa paz, sem negócio de agressão, negócio de ficar cutucando, berando [...] Não vou ficar atrapalhando a conversa dos outros, não.” E19

4. 3 - Explicações sobre o beber excessivo

Alguns entrevistados apontaram causas específicas para os casos relatados. Outros falaram de maneira geral sobre o problema do beber. Dividimos essas causas em três grupos: a) causas de Início (gerais e específicas); b) causas de manutenção (gerais e específicas); e c) causas de parar (gerais e específicas).

Citaram espontaneamente a palavra vício em seus relatos, 18 entrevistados. Logo, incluímos uma categoria que descrevesse a percepção de tal fato em nosso estudo. A concepção de vício está intrinsecamente relacionada às explicações dos entrevistados para os problemas com bebidas entre homens idosos. Este conceito perpassa pelos três grandes grupos acima descritos. Optamos por discutir o vício à parte, explicitando suas características.

Mágoa, desgosto, desilusão, despeito e revolta: essas são as palavras empregadas para explicar, de maneira geral, o motivo de início dos problemas com a bebida entre os homens idosos. Os relatos referem-se ao passado e falam de um amor não correspondido:

“Ah, beber o pessoal começa a beber por ilusão mesmo. Bebe, passa a gostar, e vai em frente, né! Problema de quem bebe

muito é que tem uma depressão, né! Despeito faz beber! Porque a pessoa, às vezes, gosta de uma pessoa... a pessoa não gosta dele. Aí, a pessoa fica despeitada. Magoa. E aí começa a beber e vai até morrer de beber!" E10

Falam também de um conflito intrafamiliar:

"Uma mulher que abandona ou um filho que está dando desgosto. Então, eles querem fugir da realidade e parte pra beber, e pensa: Enquanto eu tô bebendo, eu não tô lembrando das coisas." E2

Outro entrevistado relatou:

"Quando a pessoa é de mais idade, pode ser um desgosto familiar dentro de casa. Uma pessoa pode sentir desprezada, pode beber como estimulante pra ter uma reação. Eu penso assim." E14

Em relação a causas específicas, os entrevistados ilustraram, em um contexto idiográfico, as causas gerais apontadas anteriormente. Foram enfatizados os conflitos familiares como explicação para o início do hábito de beber. Uma entrevistada explica em detalhes como os conflitos familiares levaram um conhecido seu a beber de forma excessiva:

"Eu não sei, mas o que a gente escuta é que a esposa dele gosta demais de limpeza de casa e que toda hora que ele chegava ele tinha que passar pela porta dos fundos porque a casa tava limpinha e não podia entrar. Dizem que as confusões começaram por aí. E ele mexia com cerâmica, trabalhava fora e tinha recursos, tinha caminhão. Então, ele começou a chegar e não tinha espaço pra ele, e aí ele foi pra bebida, e foi perdendo as coisas. E teve um pouco de abandono dos filhos, sabe. As pessoas ficam com raiva da bebida e ele foi isolando, foi deixando ele de lado. Hoje, ele é uma pessoa praticamente isolada [...]"

Tenho impressão de que foi um problema familiar, um abandono mesmo [...] Tipo um desprezo pra pessoa, pois a limpeza da casa era mais importante do que ele. É isso que se comenta na vizinhança.” E5

Um evento traumático e uma injustiça também foram relatados como causas de início dos problemas com álcool. Um entrevistado explicou:

“Eu acho que ele não bebia tanto assim não. Era um rapaz trabalhador e tal, e depois que ele foi preso [...], quando a pessoa vai presa ela é discriminada no serviço, na família. Então depois que ele saiu da cadeia é que ele ficou assim, andando por aí, bebendo.” E6

O fato de sentir-se discriminado por beber muito e os problemas financeiros decorrentes do beber foram apontados em várias entrevistas como causas de manutenção do consumo excessivo de bebida. O relato de um entrevistado ilustra tal situação:

“Primeiro, as pessoas vão mudando as amizades. Calculo que as amizades vão... É problema financeiro, pessoal, e vai fugindo do padrão de vida dele. Aí, os amigos dele bons vão se afastando. Então, ele fica com a turma que mais incentiva a bebida. Então, eu acho que o cara que bebe, ele mesmo vai sentir que tá sendo rejeitado e vai se afundando mais.” E4

O abandono familiar e o processo de invasão do consumo de álcool na vida da pessoa também foram citados como causas de manutenção. Uma senhora relatou:

“O abandono da família. A família não chega junto, conversando, orientando. Uma falta de apoio [...] Eu acho que o que faz continuar é isso: ‘Ah, está bebendo, deixa beber’.” E2

Um entrevistado relatou sobre a invasão do alcoolismo na vida de um conhecido:

"A pessoa começa por uma bobagem, e depois de velho não dá conta mais. Só continuando, continuando, continuando, e no fim ele fica todo dominado. Aí, ele não tem uma reação contrária pra poder dar conta de levar o mundo e sarar. Entrega-se à bebida."

E14

A idéia de invasão (tomar conta) foi exemplificada por dois senhores entrevistados. Disse um homem sobre seu sogro:

"Eu acho que isso aí mais a bebida tomou conta dele mesmo. Ele não dá conta, ele não tem aquela força de vontade de parar, pra procurar condições médicas ou mesmo os Alcoólatras Anônimos pra poder ajudar ele parar." E14

O outro entrevistado acrescentou:

"E já as pessoas de idade, que já estão impregnados com a bebida, que já estão bebendo há muito tempo, não dão conta de largar. Então, continuam até morrer." E14

O julgamento moral do beber excessivo está assinalado na fala de outro entrevistado ao se referir ao parar de beber como "tomar vergonha na cara". Assim disse o entrevistado: "E pra deixar um vício, tem que ter muita vergonha, muita vergonha. Num é opinião, é vergonha!". E10

O parar de beber é visto com niilismo nos casos em que falta "vergonha na cara", sendo o insucesso terapêutico apontado neste caso no qual o entrevistado se refere ao sogro:

"A pessoa tem que ter vergonha na cara. Igual ele: fez tratamento, gastou dinheiro, e não adiantou nada. E hoje está aí bebendo do mesmo jeito. Outros já pararam sem tratamento, sem nada. Tomaram vergonha na cara, e

não bebem. A pessoa tem que ter vergonha na cara: ‘Eu não vou fazer isso, e não faço’. A pessoa não quer melhorar, não quer mudar de vida, só quer ficar naquela vida ruim mesmo, não quer mudar.” E18

Contrariamente, outro senhor relatou o “sucesso” de sua parada de beber associado a um forte sentimento de vergonha em relação a sua embriaguez:

“Um dia, eu cheguei muito embriagado em minha casa, meio tonto, sem condições de andar. Cheguei à minha casa tarde da noite. Minha esposa, com a casa arrumadinha. Ela dormiu na cama, meus filhos tudo cada um dormindo na sua cama, e eu tudo sujo de barro, Eu me senti envergonhado com aquilo. Então, eu prometi pra mim mesmo que nunca mais eu punha bebida alcoólica na boca, nunca mais. Ia fazer de tudo pra parar. E Deus me ajudou que até esse momento, graças a Deus, nunca mais.” E14

4.4 Concepções sobre o vício

Um entrevistado assim descreveu o vício: “O vício é uma coisa que domina a gente. Se o sujeito não tomar a pinga, ele não tem mais expediente pra arrumar qualquer coisa pra ele.” E12

Características imperativas foram descritas, comparando o vício à fome por um dos entrevistados:

“O vício é que nem a fome. Você acorda de manhã, já está com fome; chega à hora do almoço, já tem mais fome [...]. O organismo vicia, quer comida, precisa de comida” E10

Em um relato, um entrevistado associou o vício a uma rotina, destacando seu caráter regular: “Agora, virou até um vício, uma rotina [...] parece que ele é

impulsionado a beber [...] Ele não consegue ficar livre daquilo.” E5. Um outro entrevistado fala sobre o vício, dando-lhe uma conotação orgânica:

“Porque as células do corpo ficam impregnadas. O organismo passa a ser dominado por aquilo [...] é dominado pela bebida, então outra coisa não serve a não ser a bebida. Ele fica com o organismo todinho impregnado daquilo.” E14

Outro relato associa o vício a uma falha moral. Um senhor assim relatou sobre um conhecido:

“Você o leva pro hospital, ele trata lá e sai com os remédios no bolso. Se der folga, ele passa no boteco e bebe uma pinga. Isso é um vício desgraçado! Só pode ser coisa da cabeça. Da criação não é, não! Tem gente que o pai num bebe, a mãe num bebe, e o diabo puxa cana! Que pára o quê! Num se emenda, não.” E15

O vício é visto em outros dois relatos como causa para o início do beber de pessoas mais velhas. Disse um entrevistado: “Eu acredito que se ele começou é porque tem vício.”. E17. Outro completou: “É o vício. O vício é que leva a pessoa a beber e até a chegar a morrer de beber.” E10

Destacamos também a percepção niilista do vício quando este esteve associado à falta de vergonha na cara. Um senhor ofereceu um relato explicativo:

“Meu filho, a pessoa que tem esse vício. Não tem remédio. Falta é vergonha na cara. Vergonha na cara! Chega uma pessoa nesse ponto, num tem remédio, não. É vício! Eu falo de quem bebe, porque eu bebo também. Agora, é o seguinte: a pessoa tem que dominar, saber o que tá fazendo. Cê num pode deixar ela te beber não, cê é que bebe ela! [...] bebe até morrer. Ele é que é o

médico dele. O remédio é a pessoa ter vergonha na cara. Pensa bem, porque se não tiver, não adianta.” E15

4. 5) Reações ao beber problemático de homens idosos de Bambuí

O aconselhamento foi identificado pela grande maioria dos entrevistados como a primeira reação de ajuda diante do beber excessivo, podendo ser proveniente da família, como no exemplo a seguir: “O tipo de tratamento que foi oferecido pro meu tio foi o conselho da família.” E14. Ou da comunidade e pessoas próximas: “A forma de ajudar é tentar aconselhar. Mas as pessoas quando bebem assim não escutam o conselho de ninguém.” E11

Uma reação familiar, bastante relatada pelos entrevistados e diretamente ligada à falha do aconselhamento foi o brigar, insistir, lutar e pelejar. Estes verbos foram utilizados para descrever o trabalho familiar de tentar afastar o parente da bebida. Assim disse uma entrevistada: “Ah, tem que estressar, e pede pra ele parar brigando com ele. Aí, não adianta, aí que ele bebe mais.” E3. Outra senhora relatou sobre um conhecido: “Ele tem filhos, tem netos, e a esposa dele brigando, chateando porque ele parou de trabalhar. E ele só bebe.” E5

Outra reação familiar comum, diante da persistência do consumo excessivo de bebida pelo parente é o apelo ao dono do bar para que não vender bebida para o familiar, como relata o entrevistado: “Eu acho que a mulher dele já os pediu pra não vender. Se beber bebe escondido.” E19

A opinião de alguns em relação a esta conduta pode variar, conforme veremos a seguir ora apoiando a decisão familiar: “Eu, se eu tiver ali, eu não deixo vender pra eles.” E13. Ou solidarizando-se com o dono do bar a despeito da súplica familiar:

“Boteco é feito pra vender. [...] Lá é liberado. Bebe quem quiser. E eu acho que está certo, porque o botequeiro tem que vender, senão não ganha.” E19

A comiseração (“ter dó”) também foi citada pelos entrevistados. Identificamos dois tipos de comiseração. Uma mais contemplativa e acomodada:

“Você tem pena do idoso também, porque o idoso já tem pouca saúde e ainda com o consumo de álcool exagerado, você sabe que aquilo vai para um caminho muito ruim. O idoso geralmente tem menos chance!.” E2

Outra reação de comiseração vem acompanhada de uma ajuda concreta:

“Tem uma filha que nesse tempo ela achou ele deitado lá perto da rodoviária. Pegou ele, colocou dentro da caminhonete, levou lá na casa dele.” E8

Dentre reações negativas, destacamos aquelas de recriminação. Uma entrevistada disse de maneira geral:

“Todo mundo detesta. O pessoal só critica, né? Fala ‘quem bebe é cachaceiro’, mas ninguém quer saber de ajudar dando conselho. Nossa! Fulano bebendo nessa idade! Mas ninguém chega, tenta conversar, mudar a pessoa, tirar ela daquele caminho. O povo larga mais pra lá.” E2

O abandono e o isolamento começam nas relações com a comunidade, com os amigos e, depois, na família. O isolamento pela comunidade foi descrito por um senhor sobre seu conhecido:

“Aí, as pessoas que precisavam do serviço dele foram notando que ele foi tendo uma decaída na profissão dele. Ele já não estava mais fazendo as coisas como as pessoas gostariam que fosse feito. Então, foi afastando dele, foi ficando difícil pra ele trabalhar.” E14

Outro entrevistado falou do abandono dos amigos:

“Eu penso assim: primeiro, as pessoas vão mudando as amizades. Calculo que as amizades vão [...] os amigos dele bons vão se afastando. Então, ele fica com a turma que mais incentiva a bebida.” E4

O abandono familiar foi associado ao sentimento de exaustão devido às tentativas de ajuda, conforme disse um dos entrevistados: “A impressão que eu tenho é que deixaram. Não tem recurso mais. Que beber, vai beber. Ele sempre sobra sozinho.”

E5

Outro participante sobre o abandono familiar acrescentou o seguinte relato:

“Oh, ele chegou num ponto que no seu caso nem valia mais a pena falar não [...] eu acho que a família deve ter lutado muito, pelejou muito, combateu e, certamente, não tenho certeza, mas abandonou, deixou, abandonou ele. Não adianta mais falar. Já falamos até passar do limite. É como um cara que bebe muito. Se for seu amigo, você vai lá e levanta ele. Amanhã, você vai e levanta. No terceiro, dia você fala: ‘Não vai adiantar. Vou deixar esse cara aí ‘.” E16

À medida que a degradação social da pessoa avança, as reações de desconfiança, repulsa e medo são mais evidentes. Um entrevistado disse:

“Não dá pra confiar na pessoa que bebe. A pessoa perde a responsabilidade. Desde que começou a beber, perde a responsabilidade. Não é confiável.” E10.

Outro entrevistado completou: “A pessoa pode até ser uma pessoa boa, mas se ele tiver bêbado. a gente não pode confiar nele.” E17

A perda dos hábitos de higiene e a exposição pública foram associadas às reações de repulsa e medo. Um entrevistado contou que as crianças de seu bairro se assustam com um senhor alcoólatra local:

“Por causa da posição dele, da roupa suja, do sujo, não toma banho [...] quando é uma pessoa suja e bêbada, os meninos ficam com medo. Não é especificamente ele. É mais ele porque ele está sempre no bairro, mas qualquer um outro que encontra com um desses sujos, barbudo, barba suja, pessoa suja. Os meninos ficam com medo.” E6

Reações agressivas também foram descritas, incentivando a beber mais. De modo irônico, um senhor respondeu à pergunta: “E os amigos tentam ajudar?”

“Tentam ajudar a beber, né? [...] Eu acho que é pior, porque pra beber num precisa de dinheiro, não. Os amigos, uns pagam. Ao invés de oferecer um doce, um pão, uma outra coisa pra comer, oferece uma pinga. Aí, oferece uma pinga, porque pra beber, ele quer uma pinga. Larga de comer pra beber.” E11

Houve outros que apontaram de forma mais direta, como relatada por uma entrevistada:

“A gente vê muita gente bêbada na rua e o pessoal em vez de ir lá tirar, fica fazendo covardia com eles, bate, rouba as coisas deles.” E2

4. 6 Repercussões do beber problemático entre homens idosos de Bambuí

Um entrevistado falou sobre quedas quando a pessoa se encontra alcoolizada: “E costuma querer ir sozinho e cair, machucar, comer capim, porque não se controla.” E5. Neste relato, “comer capim” significa cair. Um senhor de 74 anos relatou:

“Ultimamente, eu ainda estava bebendo umas quatro pingas por dia, mais ou menos. Agora, de dois dias pra cá, eu parei porque eu caí e quebrei o nariz.” E20 (Este senhor estava em abstinência há 2 meses e quebrara o nariz há 4 meses.)

Os entrevistados identificaram um continuum de problemas físicos à medida que o consumo de álcool tornava-se crônico. O relato seguinte descreve problemas imediatos do beber excessivamente e problemas do uso prolongado:

“Porque a pessoa passa a não se controlar. Fica tonto, começa a cambalear quando a bebida é passada

demais. Começa a falar assim, as palavras não são mais claras. Não raciocina pra poder falar. A pessoa, qualquer lugar pra ele está bom [...] quando a pessoa está velha, é isso mesmo. Então, é por causa disso que ataca o cérebro. A gente nota que antigamente, quando ele tinha resistência, era sadio, trabalhava, alimentava, então ele bebia, ficava tonto sim, entendeu, mas a gente notava um pouco nele de esperteza, sabedoria, destreza. [...] Mesmo ele normal, vamos falar assim. sem beber, ele já não fala coisa com coisa. Se põe um objeto aqui, já não sabe que está ali mais. Já fica preocupado pensando que pôs em outro lugar. Já vai descer um degrau na escada, vai cambaleando, tem que ta apoiando.” E14

Um entrevistado relatou um caso de um senhor que perdera seus bens materiais e seu crédito na comunidade:

“Ele trabalhava [...] ele tinha caminhão de transporte. E afetou muito o trabalho dele. Ele acabou com tudo. Uma pessoa assim que tinha confiança, de entregar alguma coisa assim. Nunca mais quis.” E4

Outro fez um relato de um senhor cujas perdas familiares associadas ao beber excessivo nos chamou a atenção:

“A mulher, ela não agüentou, porque tinha que trabalhar, e quando recebia o dinheiro, tinha que deixar escondido pra fazer as compras, porque tomava o dinheiro da mulher e ficava sem alimento pros filhos dentro de casa. [...] muita gente dava as coisas e ela falava: ‘Oh, não tem jeito. Se eu chegar com dinheiro, ele me toma o dinheiro e se eu chegar sem dinheiro’. Por desatino, ele chegava

até a bater nela e fazia ela comprar os trem, pinga e essas coisas. Aí, ela não agüentou e desquitou.” E12

As perdas morais foram descritas por alguns entrevistados. Um entrevistado falou sobre a perda da confiança:

“Não, não dá pra confiar na pessoa que bebe. A pessoa perde a responsabilidade. Desde que começou a beber, perde a responsabilidade. Não é confiável.” E10

E uma entrevistada assim narrou o desfecho de um senhor conhecido:

“Foi aí que ele foi perdendo as coisas. Teve que vender o que tinha porque não tava dando conta de administrar, de cuidar. Era uma pequena indústria que ele tinha aqui na cidade. Se tivesse continuado, que ele tinha bens, tem casa boa pra morar [...] Ele sempre sobra sozinho.” E5

As repercussões do alcoolismo sobre os familiares foram descritas por todos os entrevistados. Um deles fala dos sentimentos dos familiares frente ao problema:

“Aí, nasce uma desarmonia dentro da família, que as pessoas passam a não se entenderem mais. A esposa dele já não tem mais aquela tolerância que tinha, porque vai indo embora toda família, né? Ficam todos tristes. [...] Sofrer, não sofre assim de falta de alimento porque ele não põe nada dentro de casa, porque é tudo emancipado, cada um vive pra si. Quem sofre é assim de ver o pai numa situação dessas. Ficam tristes com aquilo [...] vê o pai falando coisa desagradável dentro de casa, embriagado, às vezes dormindo sentado, de qualquer jeito, Muitas vezes, despido, de qualquer jeito.

Tenta ajudar o pai, ajuda, veste, conversa. [...] A pessoa não tem o domínio próprio, já ta controlada, viciada, controlada pelo vício da bebida”. E14

Sobre outro tipo específico de repercussão do alcoolismo sobre os filhos, expressou um participante:

“Olha, os dois filhos não moram aqui. São trabalhadores. Moram no Mato Grosso. E uma filha, que mora aqui, pegou o vício de beber. Ela também bebe. E hoje, é só ele e a esposa. Ela mora aqui. Parece que não dá muito certo com casamento. Já tá no segundo ou no terceiro e bebe, bebe e fuma muito. Ela era uma menina que estudou, teve condições de ser alguém na vida, e não foi. Desestruturou.” E5

Um senhor relatou outro caso semelhante:

“A mulher dele e o resto também veio embora pra cidade falando que não agüentava mais viver com ele na cachaça. E os filhos ali do mesmo jeito do pai. Não tinham nem condição de trabalhar.” E12

5 DISCUSSÃO

A análise das entrevistas sobre o consumo excessivo de álcool por homens idosos evidenciou um eixo central que distingue claramente um beber “normal” e um beber “anormal”.

Beber somente à noite ou nos fins de semana, ou seja, quando não há trabalho, mantendo uma boa aparência física (autocuidado) e alimentando-se, foi descrito pelos entrevistados como pontos centrais para um beber não problemático. Há neste padrão de consumo de álcool a manutenção do trabalho e de bens materiais, bem como da “saúde” das relações interpessoais, sejam elas familiares ou não. Não é o fato de beber simplesmente que deslocaria um homem que mantivesse tais requisitos para outra categoria, nem mesmo a quantidade e o tipo de bebida que é consumida.

De outra forma, o beber problemático, ou anormal, foi descrito como um modo de beber no qual não se respeita um horário para o beber, principalmente no horário da manhã: horário no qual não se bebe definitivamente. A exposição pública pela intoxicação aguda também é reprovada, principalmente quando o comportamento é alterado, para a agressividade ou para a passividade. O não respeito ao “espaço” do outro é aqui apontado quando o comportamento se altera. A negligência do autocuidado foi associada ao beber anormal. É marcante a importância dada ao banho e ao asseio pessoal. Perdido este registro, um homem passa à categoria de um “mau bebedor”.

De fato, as reações do entorno familiar, bem como da comunidade, ao beber problemático, num primeiro momento, estão centradas na reprovação do comportamento do beber sem limites, sendo a preocupação com o trabalho e a manutenção de bens bastante acentuada neste momento. Uma vez reconhecido o problema com a bebida, principalmente pelo estabelecimento da perda de emprego e de bens, as preocupações com a saúde física ficam mais acentuadas.

As primeiras descrições antropológicas sobre o problema do beber excessivo e suas implicações comportamentais foram feitas por MacAndrew & Edgerton (1969) no livro intitulado *Drunken Comportment*. (Room, 2001). Os autores apresentaram pela primeira vez a idéia da variação cultural quanto às “expectativas” em relação ao beber

excessivo. Eles sustentam que a aceitação do consumo de álcool é culturalmente determinada pelo local e pela forma de beber (Room, 2001).

A diferenciação entre o beber normal e o beber patológico é observada em várias culturas, reconhecendo-se tipologias do beber que são pertinentes na compreensão de como cada sociedade vê internamente um determinado fenômeno (Heath, 1995). São descritos diferentes tipos de beber normal e de beber patológico em diferentes países estudados.

Se em nosso estudo em Bambuí o consumo de álcool de forma solitária foi descrito como problemático, entre idosos de Israel, segundo Weiss (1995; 1993) isto não é considerado um problema. O autor relata que os idosos de 65 anos ou mais representam o grupo etário no qual o consumo freqüente de álcool mais cresce. Entretanto, segundo o referido autor, trata-se de um padrão de consumo considerado como moderado e saudável.

Schiøler (1995) descreveu na Dinamarca os signos do wrong consumption of alcohol: associado aos efeitos em curto prazo sobre o comportamento, com especial preocupação com a agressividade/violência e com o abandono das obrigações familiares. O autor dinamarquês refere-se também a um uso crônico, no qual o beber durante o trabalho, o descuido com o corpo e a negligência com obrigações familiares se tornam mais preocupantes. Estes dois padrões de consumo anormal de álcool são muito parecidos com os descritos em Bambuí.

Schiøler (1995) acrescenta que os problemas sociais advindos das condutas alcoólicas são moldados de acordo com o local (lar, trabalho ou grupo social) no qual o comportamento desviante mais se expressa. A definição de normalcy (um padrão normal para o beber), segundo o autor, vai além de um parâmetro puramente bioquímico e fisiológico. As complicações sociais e a percepção culturalmente construída de problemático e do não problemático estabelecem o que este chamou de culture related normal drinking.

De forma muito semelhante à idéia de controle discutida no nosso estudo, Schiøler (1995) expôs a idéia de safety (segurança) para o beber, um conceito, segundo o autor, crucial e variável entre um grupo social e outro na manutenção dos padrões normais de consumo de álcool.

Estudos realizados na Espanha, descritos por Rooney (1990) e Gamella (1995), apresentam resultados semelhantes aos encontrados em Bambuí. Os autores

descreveram o saber beber como a habilidade de saber como e quando beber, evitando o estado de embriagues e controlando o comportamento, mesmo que alegre. Estas descrições são compatíveis com o que os entrevistados de Bambuí descreveram como “não deixar a bebida passar”, ou seja, o que denominamos controle subjetivo do quanto é bebido.

Em relação a não comer e consumir excessivamente álcool, Câmara Cascudo (1967) esclarece que a tradição portuguesa é contrária a essa idéia. Beber sem comer não é beber de homem, mas de viciado na pinga. “Quem bebe sem comer é camelo”. Outras culturas como a francesa, a espanhola e a italiana, também desaprovam o consumo de álcool sem alimentação, mas por motivos relacionados à nutrição, visto que nestas culturas a bebida alcoólica é parte importante da culinária (Heath, 1995).

Condutas de exposição pública são freqüentemente contestadas, mesmo para homens jovens em todas as culturas, assim como o comportamento agressivo (Heath, 1995). Em Bambuí, os fatores negligência com o autocuidado (especialmente não tomar banho), exposição pública e agressividade foram apontados como signos do beber problemático. Cook (1975), nos Estados Unidos, descreveu um modo de vida de bebedores pesados de álcool no qual a exposição pública, a desorganização social (afastamento de amigos e familiares, perda de emprego) e a agressividade são marcantes. Chamou tal de modo de vida skid row, ou caído na sarjeta.

Na França, Nahoum-Grappe (1995) descreveu um estado de embriagues percebido como cômico e caricaturesco: l'ivresse. Trata-se de uma forma de consumir álcool visando à embriagues. Embora possa ser aprovado para jovens ou adultos, é francamente criticado para mulheres e idosos.

Descritos os quadros do beber problemático e do beber não-problemático, torna-se evidente que a idéia de controle, ou de perda de controle, é central, sendo estruturante para a identificação dos signos do beber normal e do beber anormal. Esta idéia permeia todo o discurso dos entrevistados. O estabelecimento das normas do beber e das categorias do beber controlado e do beber descontrolado é construído culturalmente pelos entrevistados, sendo os signos destas categorias organizados em um contexto comum. Assim, o caso relatado passa a representar um modelo geral explicativo da cultura local. A alocação de valores nestas categorias é um processo indiscutivelmente mediado pela cultura.

Uma das primeiras descrições sobre a perda de controle nas condutas alcoólicas foi feita por Jellinek na década de 60 (Epstein et al., 1995). O referido autor distinguiu dois tipos de padrões de consumo de álcool (gama e delta), de acordo com a presença ou ausência da perda de controle no consumo de álcool, respectivamente. A este tipo de consumo caracterizado pela perda de controle, os problemas sociais, financeiros e de saúde estavam mais associados. Na literatura científica atual existem vários termos que são equivalentes ao alcoolismo gama descrito por Jellinek, dentre os quais está o consumo excessivo episódico, ou binge drinking (Epstein et al, 1995), estudado em Bambuí por Prais et al. (2005).

Existe na nosologia atual das adições pelo CID-10, a expressão perda de controle para indicar as dificuldades em controlar o comportamento de consumir uma determinada substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo (OMS, 1993). Entretanto, um estudo transcultural patrocinado pela Organização Mundial da Saúde sobre a aplicabilidade de termos psicopatológicos relacionados às adições em geral (CAR – cross-cultural applicability research) identificou que a expressão perda de controle, muitas vezes, esteve relacionada a outras percepções das comunidades estudadas. Na Nigéria, foi identificada como a alteração do comportamento observada na intoxicação aguda; em Seoul (Coréia), à intenção de beber sem limites, muitas vezes, descrita como um estado transitório (Gureje et al., 1997).

Em nosso estudo, o conceito de perda de controle descrito pelos participantes vai além do que é proposto pelos critérios da CID-10. Tal condição descreve, ao mesmo tempo, um conjunto de signos e repercussões de um padrão de consumo de álcool que pouco tem relação com a quantidade do que é consumido.

Da mesma forma que para a identificação dos signos dos comportamentos de beber, as explicações para os problemas relacionados com o álcool foram centradas na idéia da perda de controle. Mesmo quando a causa do problema fosse claramente identificada como sendo uma desilusão, desgosto ou despeito, o fato de não se controlar diante das intempéries da vida é assinalado pelos entrevistados.

A perda de controle é considerada um importante fator para a continuidade do beber excessivo, e a percepção das perdas materiais, familiares e sociais foi apontada como um fator para continuar bebendo.

O julgamento moral dos que continuam bebendo a despeito das perdas e do sofrimento do entorno (especialmente da família) fica expresso claramente nos

discursos dos entrevistados que consideram que esse indivíduo tem “falta de vergonha na cara”.

A palavra vício foi espontaneamente relatada nas explicações dos entrevistados. De maneira geral, a idéia central que norteia as descrições do vício é a perda de controle, ou seja, a tomada de tempo e energia vital das pessoas que não se controlam com o consumo de bebida, como exemplificado pela regularidade do beber, pela perda de trabalho e bens materiais, e pelo sofrimento familiar, contextualizando o vício como uma causa de manutenção do beber problemático.

Os entrevistados relataram as perdas dos bebedores idosos como um processo vertiginoso: desde as perdas materiais, passando pelas perdas familiares e pela perda de confiança e crédito pela comunidade, até chegar à solidão. A idéia de “complicação social” é descrita por Edwards, Marshall & Cook (1999) como um fracasso em cumprir adequadamente um papel social esperado. Tal idéia é ilustrada pelas falas dos entrevistados de Bambuí ao se referirem ao “não fazer as coisas como as pessoas gostariam que fossem feitas”. O fracasso, segundo os autores citados acima, pode significar o mesmo que não corresponder às expectativas como membro da família, empregador ou empregado, vizinho ou cidadão. As perdas materiais e laborais também estão incluídas neste conceito.

O beber excessivo, num estágio inicial, pode resultar numa ressaca que começa a dificultar o acordar para o trabalho, por exemplo. O estado de embriaguês dificulta a realização do trabalho, tornando-o impossível com a progressão do problema. Edwards, Marshall & Cook (1999) relatam que o trabalho deixa de ser importante e que a pessoa passa a cumprir um papel de alcoolista, que compete com qualquer papel preexistente.

As repercussões físicas foram claramente diferenciadas como agudas, associadas à intoxicação alcoólica; e crônicas, associadas ao uso contínuo do álcool. A partir dos relatos dos entrevistados, pudemos identificar dois grandes grupos de repercussões do problema com bebida: o das repercussões para o bebedor; e o das repercussões para sua família. No primeiro grupo, encontramos novamente os conceitos de invasão e de perda de controle associados às repercussões físicas e socioeconômicas do alcoolismo. No entanto, no segundo grupo surge outro conceito, associado às repercussões do alcoolismo do bebedor em sua família: o contágio. De certa forma, os sentimentos negativos e, em alguns casos, o próprio problema com o álcool foram transmitidos aos familiares, descritos não como um sofrer por privação

exclusivamente material, mas por um contato próximo com o bebedor. Fainzang (1996) descreveu o fenômeno do contágio no alcoolismo, com base no conceito antropológico desenvolvido por Mary Douglas em Pureza e Perigo (1991). A noção de contágio é definida como a percepção do impacto da doença do outro (alcoolista) na própria saúde (familiar em geral), pela proximidade física e social (Fainzang, 1996).

6. CONCLUSÃO

A análise do conjunto das entrevistas demonstrou que os participantes ao descreverem e explicarem as condutas alcoólicas dos homens idosos da comunidade de Bambuí, falam de um universo cultural que transcende em muito as condutas descritas. Eles falam de valores e normas que orientam o modo de agir diante de determinados fenômenos coletivos: alteração de comportamento, lutos, perdas materiais, etc.

Tolvanen (1998), em seu estudo sobre os hábitos de beber de idosos da Finlândia, argumenta que as descrições sobre o uso de álcool nesse segmento estão enraizadas na vida cotidiana e em estruturas culturais e que não são diretamente relacionadas ao processo de envelhecer. Nossos resultados são consoantes com essa argumentação. As descrições do uso de álcool refletem hábitos culturais e normas associadas ao beber.

Um estudo sobre o uso de álcool entre os índios Navajos nos Estados Unidos reforça o exposto anteriormente. Os discursos sobre uma maneira apropriada de beber indicam o que é pensado como ideal daquela cultura (Quintero, 2002).

Geertz (1983) pontua que para podermos entender a imaginação alheia (coletiva) de forma adequada é preciso olhar através desta, tentando “penetrar num emaranhado de implicações hermenêuticas”, localizando com alguma precisão as instabilidades de pensamento e de sentimento que ele produz e colocá-las em uma moldura social. Não se trata, segundo o autor, de “reduzir esses emaranhados e instabilidades, mas sim de evidenciá-los para que causem mais inquietação em um contexto inteligível”.

Em Bambuí, os signos do beber anormal referem-se à perda do controle social no que se referem às mais distintas dimensões da vida em grupo, que vão desde a higiene pessoal até os compromissos do indivíduo com a família e o

entorno. As reações ao beber excessivo são pautadas pelo reconhecimento destes signos desviantes, mas também pela comparação com os signos do beber considerado normal.

A exclusão, o abandono, a desconfiança e o isolamento foram identificados como reações ao beber excessivo quando o efeito de outras reações da família e do entorno social (aconselhamento, brigas, pedir ao dono do bar para não vender bebida) não surtiu efeito sobre o comportamento da pessoa. São reações extremas que refletem como dissemos anteriormente, o fracasso dos esforços para manter o beber segundo o que é considerado normal.

A cultura local permeia todo esse processo. Ela permite compreender as reações do entorno ao beber anormal, bem como a associação entre o beber excessivo e a ausência de suporte social encontrada no estudo epidemiológico realizado com a mesma população e já mencionado anteriormente. Como vimos, o isolamento e o abandono familiar são reações ao beber problemático persistente, atos estes carregados de história e significados. A cultura local fornece sistemas de signos, significados e ações que contextualizam o dado epidemiológico. Em Bambuí, a família e o seu entorno compartilham modelos culturais que veiculam a idéia de controle, caracterizando o que é normal e aceitável no hábito de beber e o que é anormal e deve ser modificado.

7. REFERÊNCIAS

51. Adams, W. L. & Cox, N. R. (1997). Epidemiology of Problem Drinking among Elderly People. In: Gurnack, A. M. (ed.) Older Adults' Misuse of Alcohol, Medicines and Other Drugs. Springer, New York. 275p.
52. American Medical Association - Council Report (1996). Alcoholism in the Elderly. JAMA. 275:797-801.
53. Atkinson, R.M. (1987). Alcohol problems of the elderly. Alcohol and Alcoholism. 22:415-417.
54. Blow et al. (2002). Misuse and Abuse of Alcohol, Illicit Drugs and Psychoactive Medication among Older People. Generations: Mental Health and Mental Illness in Later Life. Spring: 50-54.
55. Blow, F.C. & Barry, K.L. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments and brief interventions. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 13:115-123.
56. Câmara-Cascudo, L. (1967). A História da Alimentação no Brasil. 3ª ed. (2004). Global. São Paulo.
57. Canguilhem, G. (1966). O Normal e o Patológico. 5ª ed. (2000). Forense Universitária. Rio de Janeiro.
58. Chrischilles, E. A. et al. (1992). Use of medications by persons 65 and over: data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. Journal of Gerontology. 47, 137-144.
59. Cook, T. (1975). Vagrants Alcoholics. Routledge & Keagan Paul: Boston.
60. Corin et al. (1989). Les attitudes dans le champ de la santé mentale. Repères théoriques et méthodologiques pour une étude ethnographique et comparative. Rapport technique. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas.

61. Corin et al. (1992). Articulations et variations des systèmes de signes, sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine*.24: 183-204.
62. Douglas, M. (1966). *Pureza y Peligro: um análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. 2ª ed. (1991). Siglo Veintiuno, Madrid.
63. Douglas, M. (1987). A Distinctive Anthropological Perspective. In: Douglas, M. *Constructive Drinking: Perspectives on Drinking from Anthropology*. Vol. X. Routledge, London.
64. Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, C. H. (1999). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 3ª ed.; Artes Médicas, Porto Alegre.
65. Epstein, E. et al. (1995). An empirical classification of drinking patterns among alcoholics: binge, sporadic, and steady. *Addictive Behaviors*. 20, 23-41.
66. Fainzang, S. (1996). *Ethnologie des Anciens Alcooliques: la liberte ou la mort*. PUF, Paris.
67. Gallo, J. J. & Lebowitz, B. D. (1999). The Epidemiology of Common Late-Life Mental Disorders in the Community: themes for the new century. *Psychiatric Services*. 50, 1158-1166.
68. Gamella, J. F. (1995). Spain. Ch.23.254-268. In: Heath, D. (ed.) *International Handbook on Alcohol and Culture*. Greenwood Press, London.
69. Geertz, C. (1973). *A Interpretação das Culturas*. Ed. LTC (1989), Rio de Janeiro.
70. Geertz, C. (1983). *O saber Local: Novos Ensaio em Antropologia Interpretativa*. 6ª ed. Ed. Vozes (2003), Petrópolis.
71. Good, B. (1977). The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1: 25-58.
72. Good, B. & Delvecchio-Good, M. J. (1980). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. 165-196. In: Eisenberg, L. & Kleinman, A. (ed.). *The relevance of social science for medicine*. D. Reidel Publishing.
73. Gureje, O. Et al. (1997). Problems related to alcohol use: a cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 21: 199-211.
74. Gusfield, J. R. (1981). *The Culture of Public Problems: drinking-driving and the symbolic order*. University of Chicago Press, Chicago.
75. Heath, D. (1987). A decade of development in the anthropological study on alcohol use, 1970-1980. In: Douglas, M. *Constructive Drinking: Perspectives on Drinking from Anthropology*. Vol. X. Routledge, London.

76. Heath, D. (1995). An Introduction to Alcohol and Culture in International Perspective. Ch.1. In: Heath, D. (ed.) International Handbook on Alcohol and Culture. Greenwood Press, London.
77. Heath, D. (1995). An Anthropological View of Alcohol and Culture in International Perspective. Ch.29. In: Heath, D. (ed.) International Handbook on Alcohol and Culture. Greenwood Press, London.
78. Heath, D. (1995). Some Generalizations about Alcohol and Culture. Ch.30. In: Heath, D. (ed.) International Handbook on Alcohol and Culture. Greenwood Press, London.
79. Helman, C. G. (1990). Cultura, saúde e Doença. 2ª ed. (1994). Artes Médicas, Porto Alegre.
80. Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry. University of California Press, Los Angeles.
81. Liberto, J.G. et al. (1992). Alcoholism in older persons: a review of the literature. Hospital and community psychiatry. 43:975-984.
82. Lima-Costa, M.F. et al. (2000). The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. Revista de Saúde Pública, 34, 126-35.
83. MacAndrew, C. & Edgerton, R. (1969). Drunken Comportment: a social explanation. Ed. Aldine, Chicago.
84. Nahoum-Grappe, V. (1995). France. Ch.75-86. In: Heath, D. (ed.) International Handbook on Alcohol and Culture. Greenwood Press, London.
85. Organização Mundial da Saúde (1993). CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Artes Médicas, Porto Alegre.
86. Oslin, D. W. (2002). Alcohol Use in Late Life: Disability and Comorbidity. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 13,134-140.
87. Prais, H. A. C. et al. (2005). Binge Drinking in Two Brazilian Populations of Elderly Males: The Bambuí and Belo Horizonte Health Surveys. (not yet published)
88. Quintero, G. (2002). Nostalgia and Degeneration: the moral economy of drinking in Navajo society. Medical Anthropology Quarterly. 16: 3-21.
89. Room, R. (2001). Intoxication and Bad Behaviour: understanding cultural differences in the link. Social Science and Medicine. 53: 189-98.

90. Rooney, J. F. (1990). Funciones sociales de los bares para la juventud en España. *Adicciones*. 2: 209-220.
91. Shiøler, P. (1995). Denmark. Ch.6. 51-63. In: Heath, D. (ed.) *International Handbook on Alcohol and Culture*. Greenwood Press, London.
92. Tivis, L.J. & Brandt-Jr., E.N. (2000). Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths. *Journal of Oklahoma Medical Association*. 93:275-284.
93. Tolvanen, E. (1998). I and others: alcohol use among older people as a social and cultural phenomenon. *Ageing and Society*. 18: 363-383.
94. Uchôa, E. & Vidal, J. M. (1994). Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 10: 497-504.
95. Uchôa et al. (1997). Signs, meaning and actions associated with schistosomiasis mansoni in a small village in Brazil. *Curare*. 12: 143-156.
96. Vestal, R. E. et al. (1976). Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 21, 343-354.
97. Weiss, S. (1993). Alcohol and the Elderly: an overlooked phenomenon in the literature in developing countries – the Israeli case. *Drug and Alcohol Review*. 12: 217-224.
98. Weiss, S. (1995). Israel. Ch.14. 142-155. In: Heath, D. (ed.) *International Handbook on Alcohol and Culture*. Greenwood Press, London.
99. Wiener, C. (1981). *The politics of Alcoholism: building an arena around a social problem*. Transaction Books, New Brunswick.