

# Curso de Especialização em Saúde da Família

## UNIFESP - São Paulo

---

**TITULO INCIDENCIAS DE ALCOOLISMO NA TERCEIRA IDADE. MANEJOS Y CONDUCTAS**

**ALUNO ANGEL REMIGIO VEGA SANTOS**

**CIUDADE RINCAO S P**

---

**Orientador- Raquel Queiroz De Araujo**

**INT8RODUCCION**

Basaremos nuestro estudio en la alta incidencia en alcohólicos idosos en la población de nuestro municipio que atende mi ESF, para investigar de manera general mediante cuestionario adecuado, si los factores situación geográfica, demográfica, ambiental, religiosas, económicas y educacional, pudieran ser los problemas, incidencias o escenario propicio para que se desencadenen o favorezcan

el consumo de alcohol u otros habitos y nocivos para la saude como cafe, tabaquesmo y drogadiccion, que segun la gran mayoria de los estudiosos e investigadores de tan relevante tematica relacionan.

Tambien con cuestionario de preguntas sencillas y facil manejo podriamos obtener respuestas verdaderas y fidedignas, para el abordagem de las familias, nos proponemos conocer del valor y posicion de respeto que ocupa cada idoso o idosos en el nucleo familiar, si son rechazados o aislados de las actividades desarrolladas por los conviventes. Este estudio nos permitira clasificar a los ancianos por la clasificacion de idosos y conocer si el numero de miembros en la familia que trabajan les permite una buena alimentacion, condiciones higienicosanitarias e ambientales o si necesitan de soporte familiar urgente. Reconoceriamos en sus avaliaciones si llevan tratamiento Psiquiatrico por diagnosticos que competen a la especialidad, si pueden ser sustituidos por otros farmacos menos usados, si se puede modificar o si se puede suspender progresivamente segun las condiciones biologicas, psiquico y sociales mejoren en el alcoholico al mejorar su status economicos y confort de vida.

Importante que podremos apreciar por sus estructuras tipos de familias grandes, extensas, variadas generaciones, y elementos incorporados de otras, De mucha utilidad podriamos por las avaliaciones, controles y seguimiento si nuestro alcoholico padece o le diagnosticamos Enfermedades Cronicas no TRanmisibles u otras que conduzcan a una elevada taza de MORBIMORTALIDAD,

El conocimiento a traves de informaciones de personas responsables y distinguidas del medio social, nos permitira conocer sobre los adolescentes y jovenes en las familias que respectivamente no estudian ni trabajan y las relaciones con elementos antisociales pueden conducirlos al habito de fumar, alcoholismo, uso de drogas y traficos com graves consecuencias familiares y sociales de enlutamientos por suicidios y homicidios.

Los resultados que esperamos alcanzar seran de gran utilidad para beneficios sociales, si excepciones.

Anticipamos que en nuestro municipio se construyen varios bares y existen numerosas casas donde se venden bebidas alcoholicas, nos gustaria al final del resultado del estudio ver construcciones de instalaciones deportivas de todos tipos para la practica de ejercicios masivos para todo el pueblo, sin distinciones, recordando siempre que el ejercicio aporta tanta salud como una alimentacion balanceada. Podremos proyectar mas promocion, prevencion, curacion , rehabilitacion y ate las variadas tecnicas y procederes de Psicoterapia Ocupacional

Esperamos que todas las autoridades de gobierno, partido, de masas y ministerio concedan apoyo para mejorar el modo y estilo de vida de los alcoholicos y evitar crecimiento de nuevas promociones

El **alcoholismo** es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de [abstinencia](#) cuando no es posible su ingesta. El alcoholíco no tiene control sobre los límites de su consumo, y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol.

# Objetivo General

## Estudio en la alta incidencia en alcohólicos idosos en la población de nuestro Municipio que atiende mi ESF

### Objetivo Específico

- Identificar através de cuestionário o grau de conhecimento sobre sua doença, e riscos asociados dos pacientes alcohólicos
- Capacitar agentes comunitários de Saúde e técnicos de Enfermagem no manuseio e controle de paciente alcohólicos.

### Bibliografias

Hasta el momento no existe una causa común conocida de esta adicción, aunque varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo. Las evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad, una puede ser el estrés o los problemas que tiene la persona que lo ingiere.

Algunos otros factores asociados a este padecimiento son la necesidad de aliviar la ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima y aceptación social del consumo de alcohol.<sup>[2]</sup>

### Síntomas

Las personas que sufren de alcoholismo o de abuso de alcohol con frecuencia:

- Siguen bebiendo, a pesar de que ven afectada la salud, el trabajo o la familia.
- Beben solos/as.
- Se vuelven violentos/as cuando beben.
- Se vuelven hostiles cuando se les pregunta por la bebida.
- No son capaces de controlar la bebida: son incapaces de suspender o reducir el consumo de alcohol.
- Inventan excusas para beber.
- Dejan de lado el trabajo o el colegio por beber.
- Disminuye su desempeño.
- Tratan de conseguirlo de cualquier manera.
- Dejan de tomar parte en actividades debido al alcohol.
- Necesitan consumir alcohol la mayoría de los días para lograr "estar bien".
- Se descuidan para comer o no comen bien.
- No les importa o ignoran cómo están vestidos o si están limpios.

- Tratan de ocultar el consumo de alcohol.
- Tiemblan en las mañanas o después de períodos sin beber.

Los signos de la dependencia del alcohol abarcan:

- Lapsus de memoria (lagunas) después de beber compulsivamente.
- Una necesidad creciente de más y más alcohol para sentirse embriagado.
- Síntomas de abstinencia alcohólica cuando no se ha tomado un trago por un tiempo.
- Enfermedades relacionadas con el alcohol, como hepatopatía alcohólica.

## Impacto social

El alcoholismo supone un serio riesgo para la salud que a menudo conlleva el riesgo de una muerte prematura como consecuencia de afecciones de tipo [hepática](#) como la [cirrosis hepática](#), hemorragias internas, intoxicación alcohólica, [hepatocarcinoma](#), accidentes o suicidio.

El alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado: personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija. Si bien el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta.

El consumo excesivo y prolongado de esta sustancia va obligando al organismo a necesitar o requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a esto se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por eso tolerar más [alcohol](#) es en sí un riesgo de alcoholización.

Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países. Por ejemplo, en España se considera que el consumo de alcohol-etanol causa más de 100.000 muertes al año, entre intoxicaciones por borrachera y accidentes de tráfico.<sup>[3]</sup>

A su vez, la Secretaría de Salud de México reporta que el abuso del alcohol se relaciona con el 70 % de las muertes por accidentes de tránsito y es la principal causa de fallecimiento entre los 15 y los 30 años de edad. Se estima que 27 000 mexicanos mueren cada año por accidentes de tránsito y la mayoría se debe a que se encontraban bajo los efectos del alcohol.<sup>[4]</sup>

Algunos hechos acerca del alcohol y el envejecimiento han demostrado que a medida que la gente envejece, se vuelve más sensible a los efectos del alcohol. Es decir, la misma cantidad de alcohol puede tener un efecto más fuerte en una persona mayor que en otra más joven. Algunos riesgos de tipo médico, como la tensión arterial alta, las úlceras y la diabetes, pueden empeorar con el consumo de alcohol. Algunas medicinas — tanto las recetadas como las que se venden sin receta — pueden ser peligrosas o aún mortales al mezclarse con el alcohol. Esto constituye un asunto de especial preocupación en la gente de mayor edad, porque la persona promedio de más de 65 años de edad toma al menos dos medicamentos al día. He aquí algunos ejemplos: la aspirina puede causar hemorragias en el

estómago y en los intestinos. Si se toma aspirina mientras ingiere alcohol, aumenta el riesgo de sufrir una hemorragia. Las medicinas para la gripe y las alergias (los antihistamínicos) a menudo le producen sueño a la gente. Cuando el alcohol se combina con esas medicinas, puede hacer que la somnolencia empeore y que el conducir un vehículo sea aún más peligroso. El alcohol utilizado con grandes dosis de acetaminofen para calmar el dolor puede aumentar el riesgo de afecciones al hígado. en las personas mayores de 65 años el alcoholismo puede adoptar dos formas. La forma terminal de la alcoholización se caracteriza por la dependencia física, y a la que las personas mayores llegan luego de "una larga carrera" de 10, 15 ó 20 años de beber en forma constante (pero acompañada de una alimentación regular que permite la supervivencia). Estos alcohólicos crónicos suelen estar bastante deteriorados y presentan signos característicos como la pérdida de la memoria y demencia, entre otros.

### **QUANTO PODE BEBER UM IDOSO**

La cantidad de alcohol que puede ser teóricamente ingerida diariamente sin provocar daños debe calcularse teniendo en cuenta la limitada capacidad del organismo para metabolizar el alcohol etílico y la energía liberada de la oxidación del alcohol etílico no utilizada en la regulación de la temperatura corporal ni en el trabajo muscular. Cabe recordar a este respecto que la sensación de calor posterior a la ingestión de alcohol se debe solamente a la vasodilatación cutánea. En términos cuantitativos el consumo de alcohol debe relacionarse con el metabolismo basal. La cantidad no debe superar el 50 % de las calorías de base. Sin embargo, una cantidad teórica tan elevada no es la óptima ni la recomendable. Es más bien el límite que no sólo no hay que superar, sino que no se puede alcanzar, si se quieren evitar posibles consecuencias patológicas. En efecto esta indicación teórica presupone la máxima eficiencia del organismo, condición que generalmente no se da, por las características biológicas y por el estado nutricional, pero también por el tipo de alimentación. El límite mencionado requeriría un aporte alimentario de otros constituyentes nutritivos en cantidades suficientes como para garantizar el mantenimiento del equilibrio nutricional. Pero si ello no siempre se registra en la persona adulta, con hábitos alimentarios discretamente elevados, resulta más difícil aún en el anciano, cuya alimentación se halla a menudo condicionada por los motivos ya citados. Estos motivos llevan a excluir de la dieta alimentos de valor nutritivo más completo porque son demasiado consistentes, porque se consideran de difícil digestión o por una escasa disponibilidad económica.

Por todas estas razones la cantidad de alcohol que el anciano puede tomar debe siempre guardar relación con las necesidades energéticas de base, que disminuyen generalmente al avanzar la edad. A los 65 años, el valor del metabolismo se reduce en aproximada mente un 21 % con respecto al de un adulto más joven.

Existen datos sobre los efectos positivos de dosis moderadas de alcohol sobre el sistema nervioso, sobre el aparato digestivo, sobre la funcionalidad renal, sobre el corazón, sobre el pulmón, sobre el sistema muscular y sobre la composición quimicofísica de la sangre. Por otro lado, el alcohol puede tener algún significado nutricional. A pesar de todo ello, siguen siendo indiscutibles los efectos negativos, incluso graves, que puede tener el alcohol ingerido en dosis no adecuadas. Dichos

efectos se deben generalmente a administraciones habituales en dosis incluso no excesivas, pero en cualquier caso superiores a las reconocidas como óptimas e inapropiadas dadas las características de la persona.

Incluso en ausencia de signos de embriaguez, el anciano puede sufrir igualmente alteraciones orgánicas características del alcoholismo crónico, en virtud de diversos mecanismos

No obstante, hay que tener en cuenta que los aspectos de la cuestión alcohol-vejez no resultan en general fáciles de resolver. Existen luces y sombras, propiedades aceptables y acciones tóxicas indudables. Las eventuales dudas sobre las dosis óptimas o sobre los posibles efectos del alcohol sobre el organismo senil no deben ni pueden generalizarse, sino más bien resolverse caso por caso según la condición orgánica de la persona y evitando sobre todo los prejuicios

Un aspecto que merece la pena subrayar es el riesgo de que el abuso de bebidas alcohólicas lleve al anciano al alcoholismo, con las inevitables y a veces dramáticas consecuencias que pueden facilitar o agravar la realidad o la predisposición a determinados síndromes psicogeríátricos

Es conveniente a este respecto no infravalorar los motivos que inducen, alguna vez de forma demasiado simplista, a ver sólo los efectos positivos del alcohol. La mayor facilidad para comunicarse con los demás, una mayor extraversión y cierta simpática euforia son una realidad. Por otro lado, estos efectos pueden también ser consecuencia, a veces de forma preeminente, de circunstancias especiales y de la influencia de la situación ambiental

Se puede reconocer, sin duda, que el problema se reduce a la dosis. Para el anciano el vaso de vino, aparte de proporcionar una agradable sensación gustativa y de producir cierta acción estimulante, puede permitir una modalidad de reacción que compense la escasa participación afectiva, el aburrimiento, el vacío ocupacional y la falta de integración en la realidad ambiental. Dado que estos estados psicoafectivos constituyen a veces la única motivación real para vivir del anciano, se puede pensar que el “vasito de vino” pueda estar justificado. Sin embargo, esta hipótesis no puede naturalmente justificar la solución del problema existencial a través del estímulo eufórico del alcohol. Si se tuviera que aceptar el conocido aforismo “beber para olvidar”, se caería inevitablemente en una trágica espiral, en el fondo de la cual se encuentran los cuadros más graves y dramáticos de la neuropsiquiatría geriátrica

El problema del alcoholismo a edad senil es sin duda complicado y diferente en función del punto de vista desde el cual se contemple: desde el punto de vista terapéutico, desde el asistencial o desde el de la convivencia en la comunidad, cada uno de ellos con un interés distinto dependiendo de si se tiene que resolver el problema del anciano que se ha vuelto alcohólico o el del alcohólico que ha llegado a la vejez

Dado que las lesiones graves que un abuso repetido del alcohol determina en un organismo son en un determinado momento irreversibles, las actuaciones terapéuticas deben lógicamente prescribirse y llevarse a cabo antes de que se hayan producido tales lesiones. En dicho intento, y especialmente si se trata de ancianos, debe evitarse el error de esperar y centrarse demasiado en la participación activa y convencida del paciente. La reducción o la supresión total de la cantidad diaria de alcohol es posible sólo si el anciano no es aún un alcohólico crónico.

En efecto, si por un lado queda fuera de toda discusión la conveniencia de administrar pequeñas dosis a los sujetos sanos en busca de los efectos considerados positivos (ya mencionados), también queda fuera de toda duda que en sujetos afectados por una patología debida a alcoholismo crónico cualquier dosis puede agravar su estado tóxico de forma definitiva.

Con un tratamiento farmacológico y psicológico convenientemente orientado se pueden obtener buenos resultados, pero siempre y cuando se den ciertas condiciones que han determinado dicho hábito. No hay que olvidar que el anciano puede recurrir a dicha evasión también para hallar una solución a sus problemas o para tratar de ignorarlos

## **Metodologia**

### **Sujeitos da intervenção**

Con cuestionarios de preguntas de fácil y sencillo manejo podríamos obtener respuestas verdaderas y fidedignas para el abordaje de la familia, donde estén insertados uno o varios ancianos que practiquen este mal hábito, nos proporcionaría detectar el valor y posición de respeto que ocupan dentro del núcleo familiar, clasificarlos según la clasificación de idosos, si son rechazados o aislados en el desempeño de las actividades familiares, a cerca de ellos conoceríamos si usan de drogas lícitas indicadas por Psiquiatras por alguna enfermedad competente a la especialidad, si son indispensables, si se pueden sustituir por otras de menos índices de consumo o si podríamos suspender totalmente el tratamiento de manera gradual si las condiciones de ingresos económicos de los que trabajen permitan mejor confort para los mismos y si requieren de soportes familiar con urgencias. Muy útil será diagnosticar o dar acompañamiento, control y seguimientos de Enfermedades crónicas que puedan padecer y que asociadas al alcoholismo elevan la tasa de índice MorbiMortalidad, evaluación de alimentación y condiciones higiénico sanitarias.

Indiscutiblemente obtendríamos informaciones de personas de edades responsables, que nos detallarían sobre la vida de los adolescentes y jóvenes que no estudian ni trabajan respectivamente, lo que les pudiera conducir por relaciones con antisociales al uso del alcohol, tabaquismo, drogadicción y tráfico con lamentables tragedias familiares ate suicidios y homicidios con enlutamiento familiar. Las clasificaciones de familias grandes, extensas, varias generaciones y afiliados de otras con sus crisis familiares nos puede ayudar a mejoramientos en ordenes general de mejor modo y estilos de vidas.

### **Cenário da intervenção**

Com cadastramento de 145 alcoolatras idosos de 60 anos e mais anos de idade, de os bairros de malhior pobreza Vila Paulista, Bela Vista e Sedahu em visitas domiciliares para investigar de mneira geral.

## **Estratégias e ações**

**1-Promoción de Salud** (dirigido a toda población) fomentar actitudes y estilos de vida favorable o la salud y buscando la separación por el alcohol

- Informar a toda población los efectos que acarrea el consumo irresponsable de alcohol
- Orientar a trabajadores de radio, TV y periodistas, inficando criterios y conceptos
- Adestrar a los lideres formales y informales de la comunidad
- Realizar actividades educativas mediante técnica de participación
- Fortalecer la actividad de consultas de aconsejaría y orientación en consultorio del médico de la familia
- Utilización de medios de comunicación masiva para promover conductas y estilos de vida favorables
- Confecciones de soporte de prevención

### **2-Realizar Actividades de Prevención**

Dirigidos para grupos de riesgos:

- Personas que trabajan en empresas de bebidas
- Hijos de padres alcohólicos
- Ni estudia ni trabajan
- Distribución y venta de bebidas

- Personas que acostumbran ingerir bebidas constantemente

- Trastorno del estado psíquico, estrés, ansiedad.

- Han tenido un conflicto importante en su vida

(bebe y bebe y la sociedad no se preocupa) - Actitud social de tolerancia incondicional al consumo de alcohol

- Disposición genética

- Patrones socio culturales de consumo

- Influencia de micro grupos

- Ocupaciones solitarias o que faciliten el acceso al toxico

### **3-Realizar Actividades de Prevención y Dispensarizar el Alcohólicos**

- Hacer dispensarización
- Incrementar la información dirigida a centros de trabajos y comunidades consideradas en riesgo
- Capacitar al médico y enfermera de la familia en el trabajo con individuos en riesgo
- Identificar a individuos o pacientes en los que puede aparecer un alcoholismo secundario
- Desarrollar acciones de intervención comunitariatoxico

### **3-Realizar Actividades de Prevención y Dispensarizar el Alcohólicos**

- Hacer dispensarización
- Incrementar la información dirigida a centros de trabajos y comunidades consideradas en riesgo
- Capacitar al médico y enfermera de la familia en el trabajo con individuos en riesgo
- Identificar a individuos o pacientes en los que puede aparecer un alcoholismo secundario
- Desarrollar acciones de intervención comunitaria

### **4-Diagnóstico Temprano y Atención Oportuna**

En 1<sup>er</sup> lugar el paciente hay que tener:

- Reconocerse como alcohólico
- Que va dejar de beber

## Avaliação e Monitoramento

- Psicoterapia:

- Blindarle confianza y seguridad
- Orientar
- Convencer el paciente que hay que abstenerse del alcohol
- Explicar los problemas que puede tener

- Biológico:

- Metronidazol
- Disulfiram (tab. 500mg) dura en sangre hasta diez días
- Disulfiram periumbilical (dura de 1 a 2 años)
- Naltrexona
- **Acamproxato. (dosis)**
- Vitaminas (complejo B pobre todo la tiamina)
- Ansiolíticos (si ansiedad)

E.C.G.

Prueba hepática

hemograma

Ingreso en un servicio de toxicomanía

½ tableta de disulfiram todas las noches durante 3 días después 1 tableta por + 7 días y prueba de control (15 ml de alcohol de 40 por vía oral)

Se provocara una reacción (Síndrome acetaldehído): empieza a los 15 min., a los 30 maxima y dura  $\pm$  1 hora.

- Rubincudez
- Nauseas
- Vómitos
- Cefalea
- $\uparrow$  o  $\downarrow$  TA (cuidado, hay que estar chequeando)
- Malestar
- Taquicardia

Para detener el Síndrome acetaldehído:

Vitamina C 5 o 6 ampulas

La psicoterapia es la base del tratamiento:

- Individual

- Grupo

• Social: Conseguirle trabaja para que no haya tiempo libre y ha diferentes órganos partidarios.

⑥ **Garantizar el Seguimiento y la Rehabilitación**

¿Como se hace?

Periodicidad

Primero semestre Mensual

Segundo semestre Bimestral

Segundo año Cuatrimestral

Tercero – Quinto año Control dispensarizado

**6-Desarrollar Grupos de Auto Ayuda**

Creación de grupos de auto ayuda:

Brindarles una red de apoyo social y la realización de acciones de prevención. Tto y rehabilitación a largo plazo

Alcohólicos Anónimos (AA). **Ningún otro tipo de tratamiento ha resultado tan beneficioso para los alcohólicos como el proporcionado por ellos mismos a través de AA. Conviene que el paciente se integre en un grupo en el que se sienta cómodo, preferiblemente uno en el que comparta otros intereses con los miembros del grupo; por ejemplo, en algunas zonas urbanas hay grupos de AA dirigidos a médicos y dentistas. Estos grupos ponen en contacto al paciente con compañeros abstemios siempre accesibles, dentro de un entorno donde pueden establecer**

**relaciones sociales fuera del bar. Por otro lado, el paciente oye a otras personas confesar ante el grupo las mismas justificaciones que él ya se había hecho en privado acerca de su afición a la bebida. La ayuda que puede proporcionar a otros alcohólicos puede aportarle la autoestima y confianza en sí mismo que antes sólo encontraba en el alcohol. A diferencia de otros países, en Estados Unidos dentro de los grupos de AA hay un gran número de personas que acuden no por voluntad propia, sino por imposición de los tribunales. Este carácter de obligatoriedad altera la eficacia del grupo de AA, tradicionalmente basado en la asistencia voluntaria.**

## **Resultados esperados**

Los resultados positivos y efectivos que esperamos alcanzar nos conduciran a trazar planes de medidas demas promocion de salud, prevencion, terapeuticas, rehabilitacion com aplicacion de novedosas tecnicas y procederes de la Terapia Ocupacional.

Finalmente expreso como una de las razones de este estudio es que en nuestro medio social hay varias contruccion de locales para la diversion de la juventud e incrementos de domicilios con ventas de alcohol y cigarros. Por anticipado consideramos que se deben crear instalaciones deportivas que permitan la practica del deporte masivo para toda la poblacion sin distinciones, sobre todos los juegos ciencias, recordemos que la practica de ejercicios fisicos es sinonimo de saude y otras formas de recreaciones que gustan a la juventud y distan notablemente de los malos habitos toxicos y antisociales.

Redução do alcoolismo, drogas disminucção de receitas médicas por as diferentes especialidade, também por Psiquiatria.

Assistência dele alcoolatra a UBS para sua atenção.

Elevar nivel económico e social de os idosos alcoolicos.

Melhor atenção á alcoolicos em UBS que padecem de outras doenças. Gestión de trabalho como uma forma de terapia ocupacional

Apoio de as autoridades del Municipio Rincão

## Calendário

05 de janeiro de 2015	<b>Início da Disciplina de Metodologia Científica: Fórum de Apresentação</b>
12 de janeiro de 2015	Abertura da Unidade 19 e respectivo Fórum. Início da Orientação do TCC
<b>24 de janeiro de 2015</b>	<b>Encontro presencial</b>
26 de janeiro de 2015	Data limite para o envio da Tarefa da Unidade 19 "Envio da Pergunta de Pesquisa do TCC"
26 de janeiro de 2015	Abertura da Unidade 21 e respectivo Fórum
23 de fevereiro de 2015	Data limite para envio da Tarefa da Unidade 21: "Envio da Introdução do TCC"
24 de fevereiro de 2015	Abertura do espaço para envio das versões parciais e final do TCC
<b>21 de março de 2015</b>	<b>Encontro presencial</b>

06 de abril de 2015	Prazo final para envio da última versão parcial do TCC
27 de abril de 2015	Prazo final para envio da versão final do TCC
04 de maio de 2015	Prazo final para autorização da apresentação do TCC pelo orientador
<b>30 de maio de 2015</b>	<b>Encontro presencial: Apresentação do TCC</b>

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Genebra, Organização Mundial de Saúde. ([Http://www.who.int/nmh/publications/wha\\_resolution53\\_14/en/](http://www.who.int/nmh/publications/wha_resolution53_14/en/)).
2. Assembléia Mundial da Saúde. Estratégias para reduzir o uso nocivo do álcool: projecto de estratégia global. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2010 (WHA 63.13).

3. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis. Assembleia Geral das Nações Unidas, 2011.
4. Parati G., et al. Um novo dispositivo de medição com energia solar da pressão arterial para ambientes de baixa renda. *Hipertensão*, 2010, 56; 1047-1053.
5. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis 2010. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.
6. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. *World Population Prospects: The 2010 revisão*, publicação em CD-ROM. Nova York, Nações Unidas, 2011.
7. A carga econômica global de doenças não transmissíveis. Fórum Econômico Mundial e da Harvard School of Public Health 2011.
8. Projeto de plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013-2020. Organização Mundial da Saúde ([http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation\\_201303015/en/](http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/)).
9. Organização Mundial da Saúde. Observatório de Saúde Global de Repositório de Dados [banco de dados on-line]. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>). Retirado 11 de outubro de 2014.
10. atlas Globais sobre prevenção de doenças cardiovasculares e controle. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.
11. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da doença cardiovascular: Diretrizes para avaliação e gestão de risco cardiovascular. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2007.
12. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e controle de doenças não-transmissíveis: Diretrizes para a atenção primária à saúde em ambientes de baixos recursos. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2012.
13. As causas de morte de 2008 [base de dados on-line]. Genebra, Organização Mundial da Saúde ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_2008\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf)).
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. A atenção Primária de Saúde. Mais do que nunca. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008.
15. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da doença cardiovascular: Diretrizes para avaliação e gestão de risco cardiovascular. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2007.
16. Bautista LE, Vera-Cala IM, Villamil L, Silvia SM, Pena I, lua LV. Os fatores de risco associados com a prevalência de hipertensão arterial em adultos de Bucaramanga, na Colômbia. *Mex Saúde*. [Serial na internet] 2002 [citado 2004 abril 28]; 44: 399-405. Disponível em: <http://www.insp.mx/salud/index.htm>

17.Malachias Marcus V.B. Revista Brasileira de Hipertensão VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente.Rio de Janeiro:v.17,n.1,p.2-3,

**Critérios de inclusão/exclusão:** serão tomados como critérios de inclusão para realização deste estudo: clientes hipertensos com idade maiores de 65 años de ambos sexos; com diagnóstico de alcoolismo; cadastrados na unidade, estar em tratamento que concorde em participar da pesquisa. Exclui-se clientes pertencentes a outras unidades de saúde, específica da gestação e clientes menores de dezoito anos.

## ANEXO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Angel Remigio Vega Santos, medico da família quero convidá-la(o) a participar de um estudo sob a denominação de INCIDENCIAS DE ALCOOLISMO NA TERCEIRA IDADE. MANEJOS Y CONDUCTAS cujo objetivo é avaliar o grau de conhecimento da população alcoolica

Entendemos que os riscos relacionados com a participação são mínimos. Se percebermos ou o entrevistado relatar qualquer desconforto ou mal estar por ocasião da entrevista, a mesma será imediatamente interrompida, só sendo retomada se e quando o entrevistado desejar. Caso perceba-se qualquer risco ou dano não previsto, as atividades serão imediatamente suspensas. Acreditamos que a realização da pesquisa nos instrumentalizará no sentido de qualificar a assistência a essa população, de forma a contribuir para um melhor entendimento da complexidade que envolve as doenças crônicas e estimule os profissionais a desenvolverem estratégias de intervenção.

Comprometo-me a utilizar os dados somente para esta pesquisa, sendo que os resultados obtidos serão somente divulgados em eventos e publicações científicas.

Eu, \_\_\_\_\_  
acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo INCIDENCIAS DE ALCOOLISMO NA TERCEIRA IDADE. MANEJOS Y CONDUCTAS. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Se tiver dúvidas posso entrar em contato com a pesquisadora e com o comitê de ética de pesquisa. Esse documento possui duas vias, sendo que uma ficará em posse do entrevistado e a outra com a pesquisadora. Sem mais.

-----  
Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ entrevistado (a)  
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **Anexo 1**

**La população gusta de beber**

**Grau da pobreza médio ambiente e condiciones higiênico sanitárias.**

**Desempregados por falta do trabalho.**

**Ventas de álcool ilegalmente. Organizações Políticas, do Massas e do Governo lutam contra alcoolismo e drogas.**

**A religiom opone-se a que lãs pessoas ingeram bebidas alcoólicas**

**Contruções em mal estado.**

## **Anexo 2**

**Toma café, fuma, bebidas alcoólicas.**

**A que idade inicio hábito de fumar e beber. Em ocasiones o frequentemente.**

**Motivos de beber.**

**Sente alivio quando bebe.**

**Trabaja o esta aposentado.**

**Problemas econômicos, familiares ou outros.**

**Usa medicamentos indicados por Médicos e Psiquiatra.**

**Sente necesidad do apoio familiar o uma cuidadora. Considera que nosso ESF pode ajudarlo a curar sua enfermedad alcoólica.**