

Curso Técnico/a Auxiliar de Saúde

MANUAL DE FORMAÇÃO

UFCD 6580 – Cuidados na saúde a Populações mais vulneráveis

ÍNDICE

Objetivos...4

Introdução...6

1. O alcoolismo...8

- 1.1 Problemas associados ao álcool...8
- 1.2 Conceitos básicos sobre bebidas alcoólicas, consumo nocivo e dependência...9
- 1.3 Os tipos de embriaguez...10
- 1.4 Processos degenerativos e demências...10
- 1.5 As dificuldades no tratamento do utente alcoólico...10
- 1.6 A reabilitação e redes de suporte...13

2. A toxicodependência...18

- 2.1 A problemática...18
- 2.2 O tipo de drogas: classificação...18
- 2.3 As medidas de atuação e prevenção...19
- 2.4 A integração em programas de assistência sanitária...20

3. VIH/SIDA...22

- 3.1 A infeção pelo VIH/SIDA e a necessidade da prevenção e rastreio precoce...22
- 3.2 Modos de transmissão, evolução da infeção VIH, comportamentos de risco...22
- 3.3 Conhecimento e cumprimento de regras de precaução da infeção...24
- 3.4 Exploração de medos e anseios...25
- 3.5 As questões éticas e legais...25
- 3.6 Aspectos psicossociais da infeção VIH/SIDA...26
- 3.7 Doenças oportunistas...27

4. Outras doenças infecciosas. Hepatite A, B, C, e Tuberculose...28

- 4.1 A problemática e necessidade da prevenção e rastreio precoce...28
- 4.2 Modos de transmissão, comportamentos de risco...29
- 4.3 As medidas de atuação e prevenção...32
- 4.4 A prestação de cuidados...34

5. Negligência, violência e mal tratos...35	
5.1 Conceito de violência, maus-tratos e negligência...35	
5.2 A perspectiva da vítima...36	
5.3 Os sinais de alerta para identificação de deteção de casos de negligência, violência e maus-tratos...38	
5.4 As medidas de atuação e prevenção...39	
5.5 As Técnicas de comunicação perante situações de violência e maus-tratos...39	
6. Aspectos específicos nos cuidados à pessoa em situação vulnerável...41	
6.1 Alimentação...41	
6.2 Eliminação...49	
6.3 Higiene e conforto...50	
6.3.1 Indivíduo com dor...56	
6.3.2 Indivíduo objecto de violação...57	
6.4 Sono e Repouso...57	
6.5 A dor e outros sintomas...58	
7. Tarefas que em relação a esta temática se encontram no âmbito de intervenção do/a Auxiliar e Saúde...61	
7.1 Tarefas que, sob orientação de um Enfermeiro, tem de executar sob sua supervisão directa...61	
7.2 Tarefas que, sob orientação e supervisão de um Enfermeiro, pode executar sozinho/a...61	
8. Bibliografia...62	

OBJETIVOS

Adquirir conhecimentos sobre as necessidades humanas básicas fundamentais relacionadas com os cuidados de saúde a populações mais vulneráveis:

- ✓ Identificar as noções básicas associadas à problemática do alcoolismo bem como os aspetos psicossociais e sanitários associados.
- ✓ Identificar os principais efeitos do álcool no organismo.
- ✓ Identificar as noções básicas de tipos de tratamento do alcoolismo.
- ✓ Identificar as noções básicas associadas à problemática da toxicodependência bem como os aspetos psicossociais e sanitários associados.
- ✓ Identificar as noções básicas dos diferentes tipos de drogas e respetiva classificação.
- ✓ Identificar as noções básicas das medidas de atuação de intoxicação por drogas.
- ✓ Identificar noções básicas associadas ao conceito de VIH-SIDA, evolução da infeção e a necessidade de prevenir e efetuar um rastreio precoce.
- ✓ Identificar as noções básicas associadas às questões éticas e legais associadas ao VIH-SIDA.
- ✓ Identificar as noções básicas associadas à problemática da hepatite e tuberculose.
- ✓ Identificar as noções básicas associadas à problemática da negligência, mal tratos e violência.
- ✓ Identificar os principais sinais de alerta de situações no âmbito do alcoolismo, toxicodependência, VIH-SIDA, e outras doenças infecto-contagiosas, negligência, mal tratos e violência e aplicar protocolos.
- ✓ Identificar as especificidades a ter em conta nos cuidados de alimentação, higiene, conforto e eliminação das populações mais vulneráveis.
- ✓ Explicar que as tarefas que se integram no âmbito de intervenção do/a Técnico/a Auxiliar de Saúde terão de ser sempre executadas com orientação e supervisão de um profissional de saúde.
- ✓ Identificar as tarefas que têm de ser executadas sob supervisão direta do profissional de saúde e aquelas que podem ser executadas sozinho.
- ✓ Explicar a importância de demonstrar interesse e disponibilidade na interação com utentes.
- ✓ Explicar a importância de manter autocontrolo em situações críticas e de limite.
- ✓ Explicar o dever de agir em função das orientações do Profissional de saúde.
- ✓ Explicar o impacto das suas ações na interação e bem-estar emocional de terceiros.
- ✓ Explicar a importância da sua atividade para o trabalho de equipa multidisciplinar.
- ✓ Explicar a importância de assumir uma atitude pró-ativa na melhoria contínua da qualidade, no âmbito da sua ação profissional.

- ✓ Explicar a importância de cumprir as normas de segurança, higiene e saúde no trabalho assim como preservar a sua apresentação pessoal.
- ✓ Explicar a importância de agir de acordo com normas e/ou procedimentos definidos no âmbito das suas atividades.
- ✓ Explicar a importância de adequar a sua ação profissional a diferentes públicos e culturas;
- ✓ Explicar a importância de prever e antecipar riscos.
- ✓ Explicar a importância de demonstrar segurança durante a execução das suas tarefas.
- ✓ Explicar a importância da concentração na execução das suas tarefas.
- ✓ Explicar a importância de desenvolver as suas atividades promovendo a humanização do serviço.

BENEFÍCIOS E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Tem como principais benefícios, o suporte teórico para a consolidação e conhecimentos a sua aplicação na prática clínica em contexto laboral. O presente documento permite adquirir conhecimentos para a realização de actividades, fichas de trabalho e a realização da avaliação formativa. Os diversos métodos de avaliação/atividades permite a consolidação dos conhecimentos no procedimento de forma eficaz nos cuidados a saúde a populações mais vulneráveis.

“O homem crente é necessariamente um homem dependente... Ele não pertence a si mesmo, mas ao autor da ideia em que acredita.”

Friedrich Nietzsche

INTRODUÇÃO

Segundo Fontes (2016): “Qualquer pessoa num contexto onde haja risco de contágio por doença, ou que desenvolva alguma patologia, é considerada vulnerável. A vulnerabilidade torna a pessoa frágil, do ponto de vista psicológico, psiquiátrico, ou por motivo de doença terminal”.

No âmbito da bioética, o conceito de vulnerabilidade ganhou mais importância nos últimos anos e, principalmente, a partir da década de noventa. Esse conceito refere-se a duas categorias da condição humana: finitude, ou seja, condição de mortal, e transcendência, o que significa autonomia, dignidade e integridade, sendo que os princípios de dignidade e integridade foram consagrados na Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos do Homem, segundo o princípio da autonomia, beneficência e justiça (Sthal, & Berti, 2009).

No entanto, desde os tempos mais remotos da história que algumas populações ficam às margens da sociedade, o que as torna pouco favorecidas pelas políticas públicas de saúde. Nesses contextos, é preciso investir na resposta às necessidades básicas de saúde dos indivíduos proporcionando-lhes a possibilidade de coabitar socialmente em pé de igualdade. Muitas vezes, quando estas pessoas se encontram no mesmo espaço com outras que também passam pela mesma situação de vulnerabilidade, elas sentem uma espécie de conforto por saberem que não estão “sozinhas no barco”, o que cria um certo ambiente de solidariedade.

Vulnerabilidades de origem patológica

Dizem respeito a indivíduos alcoólicos, abusadores de substâncias ilícitas tais como *crack* e cocaína, entre outros com o mesmo padrão de comportamento.

Indivíduos com este tipo de patologia não têm da sua doença, sendo mais comum observarmos estes padrões de comportamento em moradores de rua, principalmente jovens como muitas vezes se verifica nas narrativas de quem presta cuidados de saúde em instituições destinadas a intervir com estes casos.

No caso de indivíduos que consomem cocaína, contudo, a situação é menos complicada de gerir nestes serviços dentro dos programas institucionais, onde são acolhidos, mas em casos de indivíduos que abusam de outros tipos de drogas, devido às alterações por elas provocadas no seu organismo, eles apresentam alterações de comportamento. Não é raro assistirmos a

conflitos em ambiente institucional, resultado da dinâmica entre os grupos de utentes e os profissionais que lhes prestam cuidados de saúde, devido ao estado de degradação a que eles chegam e que lhes altera completamente o comportamento, principalmente quando são indivíduos provenientes da rua. Assim, estas organizações não dispensam a necessidade de ter equipas multidisciplinares ao serviço de cuidados de saúde a estas populações, tais como um assistente social ou agente de saúde, onde os indivíduos mais vulneráveis procuram ter algum cuidado no seu padrão de comportamento, para que não fiquem mal vistos por parte dos outros.



1.O alcoolismo

O alcoolismo é um estado patológico que retira o indivíduo do contacto em torno de si mesmo. O álcool é colocado com o intuito de preencher alguma falta consciente ou inconsciente que o indivíduo não consegue suprir por outros meios. É em geral uma síndrome para a qual concorrem vários fatores psicológicos, dentre eles a carência afetiva, a impotência diante da vida, a incapacidade de aceitar seus próprios limites, etc.

«Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais;»

1.1. Problemas associados ao álcool

Os alcoólicos são *«bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento.»*

✓ Problemas ligados ao álcool, no Indivíduo

Efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequências de um consumo excessivo prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (ex.: gravidez, aleitamento e menoridade).

✓ Problemas ligados ao Álcool, na Família do Bebedor

Perturbação da Família e do Lar do Alcoólico; a descendência do alcoólico – crianças «filhas de alcoólicos» e suas perturbações.

✓ Problemas ligados ao Álcool, no Trabalho

Diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e acidentabilidade; reformas prematuras.

✓ Problemas ligados ao Álcool, na Comunidade

Perturbações nas relações sociais e da ordem pública; delitos, actos violentos, criminalidade; desemprego, vagabundagem; degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da Comunidade; acidentes de viação.

1.2. Conceitos básicos sobre bebidas alcoólicas, consumo nocivo e dependência

Bebidas alcoólicas são bebidas que, como o seu nome indica, contêm álcool.

O álcool etílico ou etanol, molécula de fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ é o principal álcool destas bebidas, que o contêm em diferentes concentrações.

O etanol é um líquido incolor, volátil, de cheiro característico, de sabor queimoso e densidade 0,8. É miscível com a água, ferve a 78,5 e pode separar-se da água, por destilação.

A graduação alcoólica de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nele contido. Assim, por exemplo: um vinho de 10 significa que 1L contém 10% de álcool, isto é, 100 ml ou 80gramas de álcool.

O álcool é um produto da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras.

Quanto à sua origem, as bebidas alcoólicas podem ser:

- bebidas fermentadas, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela acção das leveduras;
- bebidas destiladas, que resultam da destilação (por meio dum alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação.

Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas.

1.3. Os tipos de embriaguez

A embriaguez alcoólica aguda define-se como um conjunto de manifestações que resultam da intoxicação etílica aguda/imediata de carácter episódico e passageiro.

Tipos/Fases de embriaguez:

- ✓ **Forma alucinatória**, caracterizada pelo aparecimento, durante a embriaguez, de alucinações visuais e auditivas. Existe, por vezes, um verdadeiro onirismo. O carácter ameaçador dos temas leva o indivíduo a reagir, por vezes, com violência;
- ✓ **Forma delirante**, em que ideias de perseguição, megalomalias, e, muito frequentemente, de ciúme, tornam o quadro de embriaguez muito grave, com perigosidade no que respeita ao comportamento para com o cônjuge;
- ✓ **Forma excito-motora**, caracterizada por excitação verbal e de movimentos, atitudes furiosas e agressivas, conduta por vezes com perigosidade, na base de situações médico-legais.

1.4. Processos degenerativos e demências

A Demência Alcoólica provém, com frequência, da evolução dos quadros anteriormente descritos, mas pode instalar-se na impregnação crónica, através de um progressivo declínio das funções mentais, ao longo de vários anos, com evolução para a demência. A possibilidade de uma reversibilidade de sintomas é hoje aceite, ao contrário do que habitualmente se admitia. Estudos efectuados por meio de tomografia computadorizada põem em relevo processos de regeneração neuronal e retrocesso de atrofia cerebral.

1.5. As dificuldades no tratamento do utente alcoólico

Admite-se que certas características da personalidade podem estar na base da procura do efeito psicofarmacológico do álcool. Por outro lado, admite-se hoje, já, que o «equipamento genético», que cada indivíduo tem para fazer face ao risco que o álcool constitui, varia de indivíduo para indivíduo, por vezes de família para família, e pode traduzir-se por variações na

actividade enzimática interveniente no sistema de oxidação hepática do etanol e em outros aspectos do metabolismo.

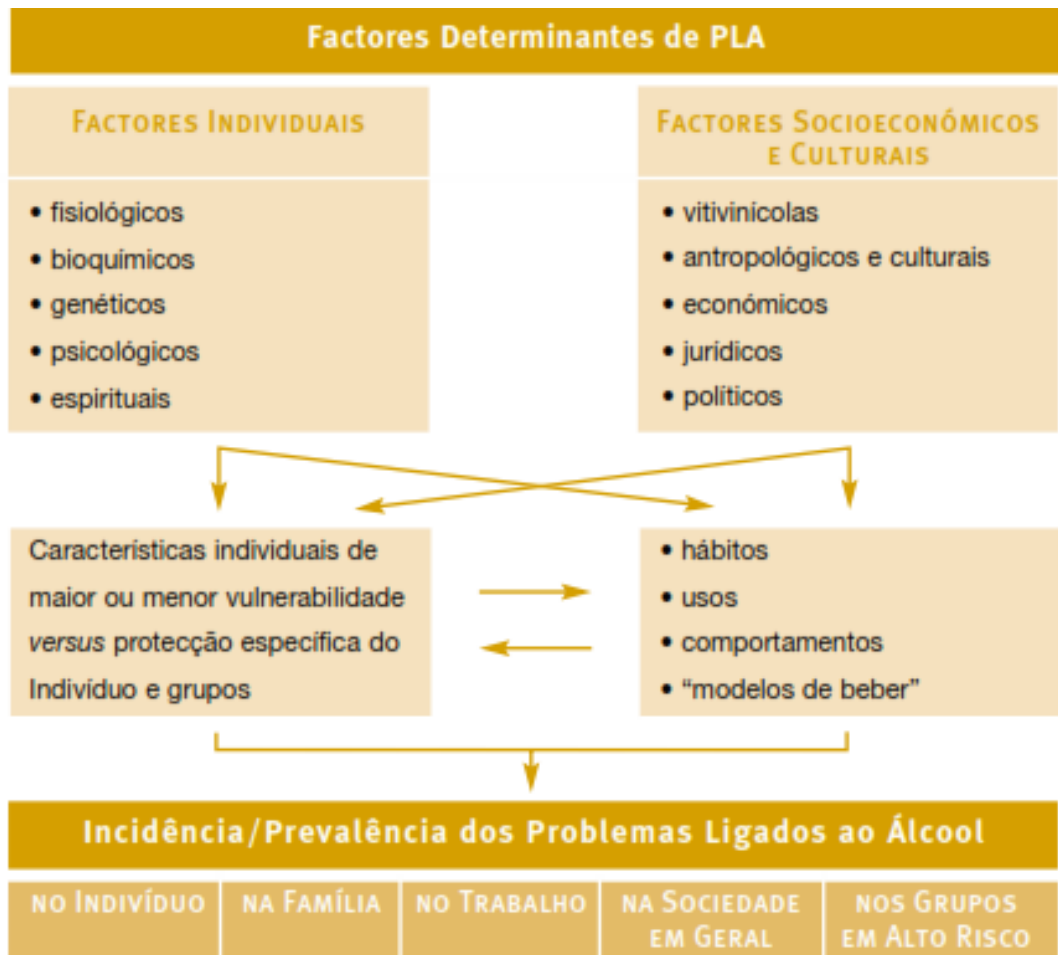
A continuação das investigações neste campo virá esclarecer, por exemplo, as diferenças de reacção fisiológica ao consumo de álcool apresentadas por certas raças orientais e caucasianas, explicando nestas a eventual protecção à alcoolização da população, ou, pelo contrário, o aumento de uma morbilidade alcoólica em ascendentes e descendentes de alcoólicos graves.

As tentativas para compreender a criação e desenvolvimentos da **dependência** (dupla habituação fisiológica e psicológica ao álcool) vão, cada vez mais, situando os seus alicerces em conhecimentos **neurobiológicos** e **bioquímicos** (efeitos do álcool sobre metabolismos, interacção do álcool com os neurotransmissores cerebrais, efeito sobre as membranas e receptores, alteração das respectivas composição e funcionalidade). A sintomatologia da síndrome de abstinência ou privação põe em relevo modificações bruscas induzidas nos sistemas vários de compensação cerebral criados pelo consumo continuado. Entre as **correntes psicológicas** explicativas da criação da dependência no indivíduo, destacamos duas. A primeira fundamenta na «organização e funcionamento do indivíduo» a procura do álcool.

Este desempenha para o indivíduo o «*objecto substituto*» privilegiado, num histórico evolutivo de uma personalidade pré-mórbida *oral* e *narcísica*. O alcoolismo é, assim, para os psicanalistas, um sintoma, «manifestação de um conflito não resolvido». A segunda, de natureza *comportamental* (Watson, Skinner, Miller), defende que o alcoolismo deixa de ter o significado de sintoma para constituir ele próprio a *doença*, sinónimo de comportamento inadaptado e mal aprendido e, por conseguinte, *patológico*. Pela sua acção ansiolítica, o álcool, tornado agente habitual de redução de tensão e ansiedade, de produção de alívio e bem-estar, constitui *reforço* para a persistência e repetição do comportamento alcoólico.

Relativamente a factores ligados ao Meio, assumem uma indiscutível importância os fenómenos socioculturais e económicos, imprimindo características na própria intoxicação (alcoolização contínua dos países vitivinícolas; alcoolização intermitente dos países anglo-saxónicos, por exemplo) e no seu quadro clínico os hábitos, tradições, mitos, falsos conceitos (por exemplo: beber “para aquecer”, “para ter mais força”, “para abrir o apetite”, “para fazer a digestão”, “para matar a sede”, etc.); as diferenças culturais e religiosas (por exemplo, entre religiões islâmicas e cristãs); as normas socioculturais rígidas influenciando hábitos e controlo da alcoolização em grupos étnicos “transplantados”, por exemplo, os grupos chineses nos EUA,

que vão de culturas onde a presença e tolerância ao álcool é reduzida, para locais de maior consumo e permissividade à substância - etanol; o papel exercido pelo tipo de profissão, pela publicidade, pelas políticas de oferta e disponibilidade de álcool, etc..



1.6. A reabilitação e redes de suporte

A criação da Rede Alcoológica e a entrada em vigor do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool pretendeu contribuir para a redução do consumo *per capita* em Portugal, alterar os padrões de consumo e diminuir o impacto e as consequências negativas para os indivíduos, famílias e comunidades.

O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, que surge em continuidade do Plano de Acção contra o Alcoolismo aprovado em 2000, pretende responder aos desafios que se colocam, nomeadamente o aumento de determinados padrões de consumo de álcool nas camadas mais jovens da população, para além de uma intervenção mais abrangente em todos os sectores da população que vivenciam as consequências associadas ao consumo de álcool.

A Rede de Referenciação/articulação tem como objectivos:

1. Definir uma arquitectura de respostas que permita garantir a detecção, abordagem, tratamento, reabilitação e a reinserção adequados para os indivíduos com consumo de risco e nocivo de álcool e para os doentes alcoólicos, assim como para os PLA, lato senso, em articulação com outras estruturas ligadas à prestação de saúde dos Cuidados Primários até aos Secundários, na qual se incluem as estruturas hospitalares Médicocirúrgicas e de Saúde Mental, de forma a permitir a coordenação continuada dos cuidados que lhes são dispensados.
2. Estruturar, por níveis de intervenção, a articulação a partir dos Cuidados de Saúde Primários, unidades do IDT, I.P. e da Saúde Mental, quer de adultos, quer de crianças e adolescentes, instituições das Ordens Hospitaleiras, das Misericórdias, Organizações Não Governamentais (grupos de alcoólicos recuperados, alcoólicos anónimos e outras organizações não governamentais).
3. Garantir a articulação entre os serviços que atendem pessoas com PLA, desde a detecção precoce até à abordagem mais indicada, para que os sistemas de apoio técnico e de referenciação possam garantir o seu acesso de um modo pré-definido, indo ao encontro dos cuidados de saúde de que necessitem. Esta articulação deverá ser sustentada num sistema integrado de informação interinstitucional.

4. Disponibilizar respostas de forma a estabelecer uma comunicação que privilegie o doente, melhorando a acessibilidade, a continuidade e a prevenção de recaídas, tendo em conta a qualidade dos cuidados prestados.

5. Integrar na articulação outros organismos no âmbito dos PLA, nomeadamente instituições privadas, criando, com estas últimas, regimes convencionados.

O IDT possui uma estratégia focada na dependência alcoólica com as seguintes linhas mestras:

- ✓ Diagnóstico de Situação
- ✓ Fórum do Álcool
- ✓ Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool
- ✓ Articulação entre Serviços e Rede de Referência
- ✓ Formação de Profissionais

Diagnóstico de Situação – Foi necessário reunir um conjunto de dados para um diagnóstico de situação deste problema em Portugal e apresentar as medidas mais apropriadas no Plano Nacional que incorpora um Plano de Acção para os próximos 3 anos, em função desse mesmo diagnóstico. Por outro lado, considera-se indispensável que, além do seu aprofundamento e actualização a nível local, se proceda à realização de diagnósticos de situação em cada território de abrangência dos Centros de Respostas Integradas (CRI), unidades locais do IDT, IP.

Fórum do Álcool – À semelhança do que está a acontecer na Comissão Europeia, propôs-se a realização de um fórum de discussão, em vista a reunir, periodicamente, os vários interessados (Estado, através de todos os Ministérios com intervenção neste âmbito; ONG, Representantes da Indústria; do Comércio, por grosso e a retalho; do Marketing e da Publicidade; da Comunicação Social ...) e onde são debatidos aspectos relacionados com a abordagem desta matéria.

Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool – A definição de um Plano Nacional afigurava-se como absolutamente crucial. Com a elaboração do plano pretende-se ir

ao encontro das prioridades definidas na Estratégia da UE para a minimização dos efeitos nocivos do álcool, bem como das recomendações da Conferência Europeia sobre a Política do Álcool. Este Plano Nacional para o Álcool terá como horizonte 2012 e incluirá um Plano de Acção que integrará toda a intervenção que se pretende desenvolver neste contexto.

Articulação entre Serviços - Referenciação para tratamento - Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente o Médico de Família enquanto pedra basilar do sistema de saúde, devem constituir-se como um elo fundamental para abordagem dos PLA, contribuindo na identificação das repercussões físicas, psicológicas e sociais ligadas ao consumo de risco e nocivo, informando o utente sobre as suas consequências, implementando as boas práticas e propondo soluções ajustadas a significado individual e ao contexto situacional.

Formação – Com vista a capacitar os técnicos do IDT, I.P. e os dos Cuidados de Saúde Primários deve ser feita uma franca aposta na actualização de conhecimentos destes profissionais de saúde quanto a metodologias de detecção, diagnóstico e estratégias específicas de intervenção junto desta população, tendo já começado a ser implementado um plano formativo de âmbito nacional que se estenderá a outras áreas além da Saúde, envolvendo outros parceiros da comunidade.

A nível de suporte nos cuidados de saúde primários é fundamental entender as suas valências:

Fases de detecção de consumos e Intervenção Breve

1ª Fase - Detectar consumos

- Utilização de instrumentos de detecção, como seja o AUDIT.

2ª Fase - Avaliar outros problemas relacionados e proceder ao eventual pedido de exames auxiliares de diagnóstico.

3ª Fase – Intervir/ referenciar:

- Se os consumos forem de risco ou nocivo – intervenção breve nos CSP pelo Médico de Família com envolvimento de outros técnicos, com objectivo de redução dos consumos para níveis de baixo risco ou mesmo a abstinência.

- Motivação para tratamento/acompanhamento.
- Se dependência alcoólica – serão referenciados para níveis de cuidados mais diferenciados em função de critérios:
 - Gravidade da dependência alcoólica;
 - Existência de comorbilidade associada;
 - Limitações familiares e sociais importantes.

A nível de suporte nos serviços de urgência é fundamental entender as suas valências:

- Utilizar as intervenções breves de base motivacional, após identificação do nível de consumos, caso se trate de consumo de risco ou nocivo de álcool.
- Orientar para o IDT
- Recorrer à psiquiatria, em situações como comportamentos violentos e ilegais, ideação e/ou tentativa de suicídio, quadros alucinatórios e delirantes.

UNIDADES DE INTERVENÇÃO DO IDT

Em função da especificidade de cada um dos organismos seguintes e de acordo com o regulamento interno, as respostas de cada uma das seguintes estruturas terá em linha de conta objectivos concretos em contextos dirigidos para a prevenção, o tratamento, a reinserção e a redução de danos, no que se refere à dependência de álcool ou de substâncias ilícitas ou mesmo de policonsumos.

Estes aspectos vão ao encontro dos objectivos traçados no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, de modo a construir uma rede global de respostas integradas e complementares a nível loco-regional, que vise a redução do consumo de substâncias psicoactivas:

- Os Centros de Respostas Integradas
- As Unidades de Alcoologia
- As Unidades de Desabituação
- As Comunidades Terapêuticas



2. A toxicodependência

2.1. A problemática

Segundo o relatório Europeu sobre as drogas (2013), “O mercado de droga atual parece ser mais fluido e dinâmico e girar menos em torno de substâncias à base de plantas enviadas de regiões longínquas para os mercados de consumo europeus. A globalização e a evolução das tecnologias de informação contribuíram decisivamente para esta evolução. Os padrões de consumo de droga em países com rendimentos médios ou baixos estão a mudar, o que também poderá vir a influenciar os problemas de droga europeus no futuro. A Internet coloca desafios crescentes, quer como mecanismo de difusão rápida das novas tendências, quer como mercado anónimo e florescente à escala mundial, além de criar uma nova interconexão no capítulo do consumo e da oferta de droga.

No entanto, também cria oportunidades para encontrar formas inovadoras para as intervenções de tratamento, prevenção e redução dos danos.

As implicações destas mudanças para a saúde pública ainda não são inteiramente conhecidas. Os indícios de que as atuais políticas obtiveram êxito em algumas áreas importantes devem ser examinados à luz de um fenómeno da droga evolutivo, que exige ajustamentos às práticas atuais para que estas continuem a ser pertinentes e adequadas aos seus fins.

2.2. O tipo de drogas: classificação

As drogas podem ser classificadas de acordo com seus efeitos.

As drogas psicotrópicas agem no sistema nervoso central, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição. De acordo com a ação destas no organismo do indivíduo, um pesquisador francês, denominado Chaloult, classificou as drogas em três grandes grupos:

✓ Drogas estimulantes do sistema nervoso central:

- Estas substâncias aumentam a actividade cerebral, uma vez que imitam ou cooperam com os neurotransmissores estimulantes do organismo do indivíduo, como a epinefrina e dopamina. Assim, dão sensação de alerta, disposição e resistência, mas que, ao fim de seus efeitos, conferem cansaço, indisposição e depressão, devido à

sobrecarga que o organismo se expõe. *Algumas delas são:* nicotina, cafeína, anfetamina, cocaína, crack,...

✓ **Drogas depressoras do sistema nervoso central:**

Apresentam uma diminuição das atividades cerebrais de seu usuário, deixando-o mais devagar, desligado e alheio; menos sensível aos estímulos externos.

Algumas delas são: álcool, inalantes/solventes, soníferos, ansiolíticos, antidepressivos, morfina,...

✓ **Drogas perturbadoras do sistema nervoso central:**

São aquelas drogas cujos efeitos são relativos à distorção das atividades cerebrais, podendo causar perturbações quanto ao espaço e tempo; distorções nos cinco sentidos e até mesmo alucinações. Grande parte destas substâncias é proveniente de plantas, cujos efeitos foram descobertos por culturas primitivas, associando as experiências vivenciadas a um contacto com o divino.

Algumas delas são: haxixe, ecstasy, cogumelo, LSD, medicamentos anticolinérgicos,...

2.3. As medidas de actuação e prevenção

Segundo o mesmo relatório acima mencionado, “Na Europa, compete aos governos e parlamentos nacionais adoptar os quadros jurídicos, estratégicos, organizativos e orçamentais necessários para dar resposta aos problemas relacionados com a droga, enquanto a legislação em matéria de droga e as estratégias e os planos de ação plurianuais da União Europeia neste domínio estabelecem o enquadramento para uma ação coordenada.”

Desde finais da década de 1990, a adoção de estratégias e planos de ação de luta contra a droga é uma prática estabelecida entre os governos nacionais da Europa.

Estes documentos de carácter temporário contêm um conjunto de princípios gerais, objetivos e prioridades, que especificam as ações e as partes responsáveis pela sua execução. Atualmente, todos os países possuem uma estratégia ou um plano de ação nacional de luta

contra a droga, exceto a Áustria, cujos planos são provinciais. Cinco países adoptaram estratégias e planos de ação nacionais que abrangem as drogas lícitas e ilícitas.

Ao nível dos profissionais de saúde, os objectivos na área de prevenção são de aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico-científica e metodológica.

Procura-se assim, este reforço através das seguintes estratégias:

- ✓ Consolidação e implementação de um sistema de validação técnica de programas.
- ✓ Produção e divulgação de guidelines para atendimento de adolescentes com problemas de uso / abuso de drogas, no âmbito do Ministério da Saúde, com outros Serviços e entidades com intervenção neste domínio.
- ✓ Realização de intervenções de informação/sensibilização, integradas e focalizadas, sobre as substâncias psicoactivas e riscos associados ao seu consumo, em articulação com outras entidades
- ✓ Reforço das intervenções de prevenção universal eficazes e avaliadas no meio laboral e no meio escolar e profissional.

2.4. A integração em programas de assistência sanitária

A criação de programas e de estruturas socio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes de risco e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência, visa a protecção da saúde pública e da saúde dos consumidores de drogas.

Para que os objectivos supramencionados sejam passíveis de serem alcançados, é necessário a criação de estruturas sócio sanitárias, tais como:

- Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento socio-familiar;
- Centros de acolhimento;
- Centros de abrigo;

- Pontos de contacto e de informação;
- Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas;
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência;
- Programas de troca de seringas;
- Equipas de rua para projectos específicos.
- Programas para consumo vigiado.

Os gabinetes de apoio e os centros de acolhimento fornecem serviços de higiene e alimentação mínimos, apoio psicológico e social, cuidados de enfermagem, despiste de doenças infecto-contagiosas, preservativos, utensílios para consumo endovenoso por troca de seringas de acordo com a lei e apoio médico e psiquiátrico, podendo também fornecer serviços de substituição opiácea de baixo limiar.



3. VIH/SIDA

3.1. A infecção pelo VIH/SIDA e a necessidade da prevenção e rastreio precoce

A infecção pelo VIH e a SIDA constituem, ainda hoje, um enorme desafio de dimensão global, no plano da saúde, apesar de os avanços obtidos no passado recente e consolidados na última década no domínio da terapêutica da infecção VIH/SIDA, bem como a contínua melhoria dos sistemas nacionais de vigilância VIH e a implementação de estratégias de prevenção, nomeadamente da transmissão vertical em vários países da África subsariana – continente onde residem cerca de dois terços da população mundial com SIDA.

Os planos de prevenção do VIH/SIDA visam sempre um trabalho específico com pessoas vulneráveis, sendo que a prevenção neste domínio significa agir para modificar comportamentos de desvalorização e banalização das medidas protectoras relativamente à contracção da doença devido ao aumento da efectividade terapêutica.

Do mesmo modo o preconceito, as falsas crenças e o estigma dificultam a implementação de estratégias de prevenção.

Em todo o país, o facto de a epidemia ser do tipo concentrado, leva a que a prevenção selectiva e indicada junto das populações com prevalência elevada (por exposição mais intensa e mais frequente) seja uma prioridade.

3.2. Modos de transmissão, evolução da infecção VIH, comportamentos de risco

Os modos de transmissão do VIH são:

- ✓ Relações sexuais desprotegidas (não utilização do preservativo) com pessoas infetadas por VIH.
- ✓ Todas as práticas sexuais com uma pessoa com VIH contêm risco de contágio, no entanto:
 - O sexo anal desprotegido contém maior risco do que o sexo vaginal desprotegido;
 - O sexo anal receptivo desprotegido entre homens que praticam sexo com homens, contém maior risco do que o sexo anal inserido desprotegido;

- O sexo oral desprotegido pode também constituir risco de transmissão do VIH, mas o risco é muito menor do que na penetração anal ou vaginal;
- ✓ Múltiplos parceiros sexuais ou a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis podem aumentar o risco de infecção durante o ato sexual;
- ✓ Partilha de agulhas, seringas, água destilada, ou outro equipamento utilizado na preparação de drogas ilícitas para injeção;
- ✓ Transmissão de mãe para filho – o VIH pode ser transmitido durante a gravidez, o nascimento ou através do leite materno.

SIDA significa Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. É um conjunto de sinais e sintomas bem definidos que podem surgir em indivíduos com a infecção pelo VIH.

Desde que se adquire a infecção até que surjam sintomas de doença decorre um período de tempo, designado como fase assintomática da infecção pelo VIH, (que pode durar em média 8 a 10 anos) em que a pessoa infectada não tem qualquer sintoma e se sente bem. Nesta fase a infecção pode ser detectada apenas se efectuarem as análises específicas para o VIH. Esta é a fase da doença em que se diz que o indivíduo é seropositivo.

Na evolução da infecção pelo VIH verifica-se uma destruição progressiva do sistema de defesa do organismo humano (o sistema imunológico) com estabelecimento de um estado de imunodepressão que permite o aparecimento de infecções oportunistas e determinados tipos de tumores. Quando uma pessoa infectada pelo VIH tem uma destas infecções oportunistas ou tumores passa a dizer-se que já tem SIDA.

Quer um seropositivo, quer um indivíduo com SIDA podem transmitir a infecção a outras pessoas através de comportamentos de risco.

Sem tratamento específico para o VIH (com os medicamentos anti-retrovíricos) todos os infectados com o vírus virão a ter SIDA mais cedo ou mais tarde. Desde que a pessoa adquire a infecção até entrar no estado de SIDA decorre um período de tempo que é, em média, de 8 a 10 anos. Com o tratamento actualmente disponível, é possível modificar a história natural desta infecção, aumentando a duração do período assintomático da doença e prevenindo o aparecimento das infecções e tumores que definem a fase de SIDA. Para que isto seja possível, é fundamental que todo o indivíduo seropositivo tenha um acompanhamento médico periódico adequado.

Ambos são vírus da Imunodeficiência Humana, capazes de provocar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e com formas de contágio similares. As diferenças mais importantes entre eles são:

O VIH-1 é mais "agressivo", sendo mais rápido na destruição do sistema de defesa do organismo humano - o sistema imunológico. A evolução da doença é mais rápida nos doentes com VIH-1, comparativamente aos doentes com VIH-2. O período assintomático de infecção é, em média, de 10 anos para o VIH-1 e de 30 anos para o VIH-2.

O VIH-1 transmite-se mais facilmente, ou seja, o contágio de pessoa a pessoa é mais provável do que para o VIH-2.

No Mundo, existem muito mais pessoas infectadas pelo VIH-1 do que pelo VIH-2

O VIH-1 responde melhor e de forma mais previsível aos medicamentos anti-retrovirais. Alguns dos medicamentos disponíveis são eficazes contra o VIH-1 mas não contra o VIH-2.

Quando se adquire a infecção pelo VIH pode não se ter qualquer sintoma ou, então, ter um quadro febril tipo gripal. Em seguida, o doente fica sem sintomas durante um período variável que pode ser de anos, em média de 8 a 10 anos, sentindo-se bem. Nesta fase, como em todas as fases da infecção, existe possibilidade de transmissão da doença a outras pessoas.

3.3 Conhecimento e cumprimento de regras de precaução da infecção

- ✓ A detecção e o tratamento de outras DST, uma vez que essas doenças ajudam a transmitir o HIV
- ✓ Tratamento com medicamentos, cuidados pré-natais melhorados e parto mais seguro, alternativas à amamentação para reduzir a transmissão da mãe para o filho. A transmissão da mãe para o filho (ou transmissão vertical) refere-se à transmissão do HIV da mãe para o filho no útero; durante o parto ou durante a amamentação. Claro que, a utilização deste termo médico não atribui qualquer estigma à mulher
- ✓ Aconselhamento e testes voluntários e confidenciais
- ✓ Utilizando o preservativo, masculino ou feminino em todas as relações sexuais;

- ✓ Não partilhando objetos que possam ter estado em contacto com sangue, nomeadamente, agulhas e seringas (bem como todo o material envolvido na preparação da injeção), lâminas de barbear, escovas de dentes;
- ✓ O risco de contágio de uma mãe seropositiva para o seu bebé pode ser diminuído significativamente realizando terapêutica adequada durante a gravidez e evitando o aleitamento materno.

3.4 Exploração de medos e anseios

Aspectos psicossociais da infecção VIH/SIDA

Desde o início da epidemia surgiram concepções sobre o VIH e a SIDA que persistem até hoje, como o da distinção entre um grupo e outro: os portadores dos doentes, os assintomáticos dos sintomáticos. Essa diferenciação pode ter implicações na vivência da enfermidade, a partir do diagnóstico da infecção do VIH.

Receber um resultado positivo hoje é tão diferente quanto no início da epidemia? Parece haver semelhanças em alguns aspectos e distinções em outros.

No que se refere ao preconceito, embora pareça ter diminuído, este ainda se mostra presente em contextos diversos, inclusive por parte dos próprios profissionais de saúde.

O medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação faz com que comunicar o diagnóstico para outras pessoas do convívio sociofamiliar seja uma decisão difícil, cujo acto, muitas vezes, ainda é evitado e adiado. Nessa perspectiva, pessoas que descubrem a seropositividade vêem-se diante das seguintes dúvidas e dilemas: se vale a pena, como, quando e para quem comunicar o seu diagnóstico.

3.5 As questões éticas e legais

O médico deve envidar todos os esforços para persuadir o seu doente sobre a obrigação de ele comunicar ao cônjuge (companheiro/a) a seropositividade que apresenta e os riscos da sua transmissão. Se o doente não cumprir a obrigação de informar o cônjuge, companheiro(a), caberá ao médico dar a conhecer previamente ao doente que irá veicular a informação que possui aos potenciais prejudicados;

O segredo médico cessa na estrita medida do necessário, adequado e proporcionalmente vocacionado para preservar a vida do cônjuge ou companheiro(a) do doente seropositivo que se recusa a comunicar àqueles o seu estado de saúde;

O médico tem o dever de informar e esclarecer os seus doentes sobre os exames e tratamentos que pretende que estes realizem, particularmente quando estejam em causa a despistagem de doenças como a SIDA, porquanto a estigmatização e discriminação a elas associadas são muito relevantes em termos sociais e psicológicos.

Todos os doentes têm o direito de recusar a realização de análises clínicas (ou outro exame complementar de diagnóstico) para detecção do vírus da SIDA;

Numa perspectiva estritamente deontológica, para a generalidade das situações, entende-se que o médico não tem o dever de participar criminalmente do doente;

3.6 Aspetos psicossociais da infeção VIH/SIDA

Após 20 anos da descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e do início da epidemia da SIDA que atingiu todo o mundo, diversos avanços relativos ao tratamento, prevenção e políticas de saúde têm sido feitos. Apesar disso, o problema está longe de ser resolvido e muitos desafios continuam instigando cientistas de todas as disciplinas em relação a este tema. A psicologia e áreas afins, nesse contexto, têm importantes contribuições a dar, como por exemplo no âmbito da prevenção dos comportamentos de risco, da adesão ao tratamento farmacológico, da influência dos estados de ânimo na saúde do paciente e nas terapias dirigidas a doentes portadores de HIV.

A persistência da epidemia do HIV depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. Reconhecer o problema relacionado às atitudes negativas e às lacunas no conhecimento é o primeiro passo para o desenvolvimento de práticas com foco no controle, na prevenção e na erradicação da transmissão do HIV. Neste sentido, analisar as atitudes e conhecimentos sobre o HIV e aids contribui fortemente para o combate ao estigma, a discriminação e o controle da doença.

Muitos avanços já foram registrados no enfrentamento da epidemia do HIV. No entanto, a ocorrência de novos casos ainda continua sendo um grande desafio para a estabilização da

epidemia. Outros desafios também se mostram presentes, como a mudança de atitude em relação à consistência no uso do preservativo e lacunas no conhecimento sobre o tema que podem contribuir para situações de maior risco de exposição e manifestações de preconceitos

Atitudes negativas relacionadas com o HIV têm sido reconhecidas como um impedimento para controle e erradicação do HIV/Aids desde o início da epidemia (WHO, 2015). A falta de conhecimento e conceitos equivocados sobre o assunto, leva ao preconceito e discriminação que atinge principalmente as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). A utilização de evidências científicas sobre o tema e o respeito aos direitos humanos têm impacto na adoção de medidas de prevenção, essencial para o controle da epidemia.

Nesse contexto, pesquisas sobre conhecimento e atitude têm sido amplamente utilizadas na prevenção, por permitir conhecer as crenças, valores, estilo de vida e comportamentos dos diversos grupos sociais. Dessa maneira, identificação de atitudes e comportamentos direciona a elaboração de estratégias efetivas de controle e prevenção da transmissão do HIV, em especial nas populações sob maior risco de exposição.

3.7 Doenças oportunistas

Após este período assintomático, surge a fase sintomática da infecção em que o doente começa a ter sintomas e sinais de doença, indicativos da existência de uma diminuição das defesas do organismo. O doente pode referir cansaço não habitual, perda de peso, suores noturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, pele seca em escama, entre outros sintomas. Podem surgir algumas manifestações oportunistas como a candidose oral (infecção da boca por fungos), candidíases vaginais de repetição, um episódio de herpes zoster ("zona"), episódios de herpes simples de repetição (oral ou genital), etc. Mais tarde podem surgir infecções graves, como tuberculose, pneumonia, meningite, entre outras manifestações oportunistas possíveis e indicadoras de uma grave imunodepressão (diminuição acentuada das defesas do organismo humano).

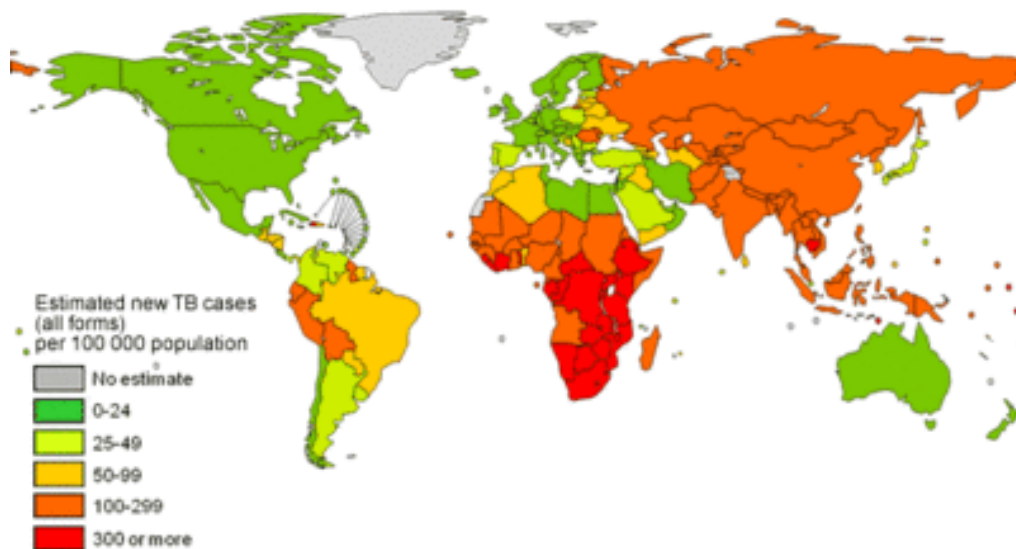


4. OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS. HEPATITE A, B, C, E TUBERCULOSE

4.1. A problemática e necessidade da prevenção e rastreio precoce

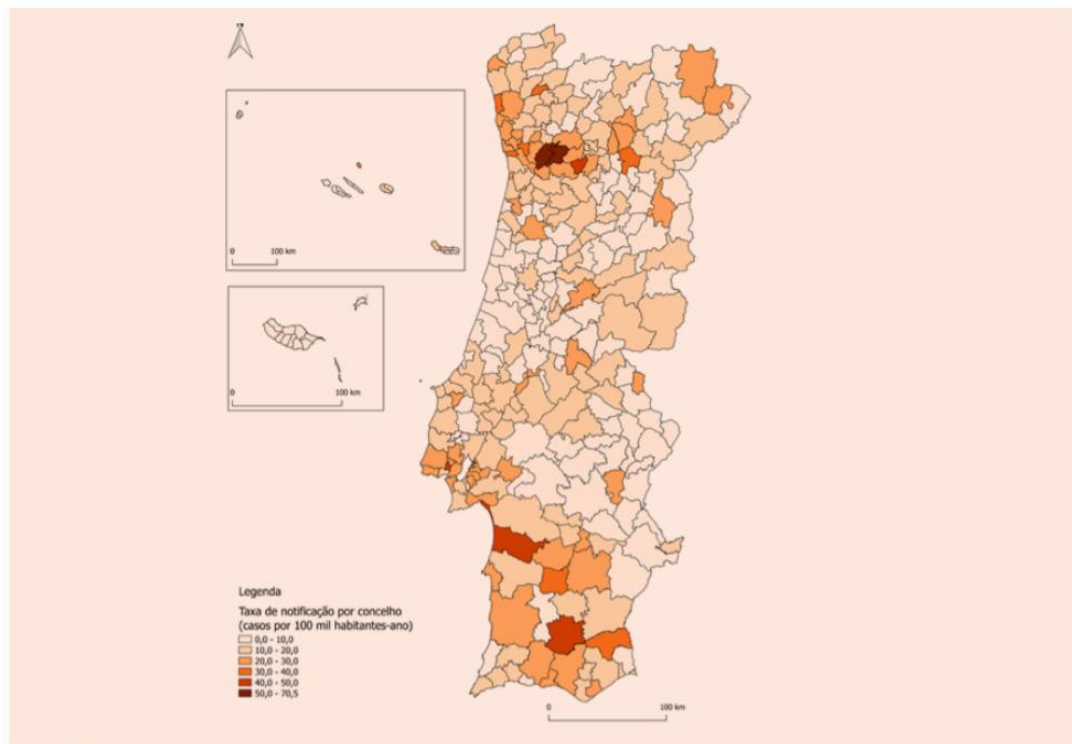
As doenças infecciosas têm cada vez mais relevo no âmbito da medicina, em geral, quer por terem surgido nos últimos anos novas doenças infecciosas, quer por ter havido uma recrudescência das doenças infecciosas já conhecidas.

Há que referir que algumas destas doenças infecciosas se transmitem por proximidade e contacto, outras, nomeadamente as doenças infecciosas respiratórias (como a tuberculose), são veiculadas, também, através do ar ambiente. No caso da tuberculose, a multirresistência torna a problemática desta doença ainda mais séria, pois os principais antibióticos utilizados para o tratamento da doença se revelam ineficazes e a sua transmissão através do ar ambiente cria um risco para os doentes e familiares e, ainda, para os profissionais de saúde. Os doentes com tuberculose multirresistente devem ser condicionados a locais restritos e com ventilação adequada, daí a necessidade de quartos de isolamento respiratório.



Taxa de incidência de tuberculose no mundo: ano 2020

Figura 1. **Taxa de Notificação por Concelho, 2015-2019.**



Fonte: SVIG-TB 2020

4.2. Modos de transmissão, comportamentos de risco

TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa causada por um micróbio chamado “bacilo de Koch”. É uma doença contagiosa, que se transmite de pessoa para pessoa e que atinge sobretudo os pulmões. Pode também atingir outros órgãos e outras partes do nosso corpo, como os gânglios, os rins, os ossos, os intestinos e as meninges.

Quais são os sintomas mais evidentes?

- Tosse crónica;
- Febre;
- Existência e persistência de suores nocturnos (dos que ensopam o lençol);
- Dores no tórax;
- Perda de peso, lenta e progressiva;

- Falta de apetite, anorexia, apatia completa para com quase tudo o que está à volta.

A **transmissão do micróbio** da tuberculose processa-se pelo ar, através da respiração, que o faz penetrar no nosso organismo. Quando um doente com tuberculose tosse, fala ou espirra, espalha no ar pequenas gotas que contêm o bacilo de Koch. Uma pessoa saudável que respire o ar de determinado ambiente onde permaneceu um tuberculoso pode infectar-se.

Note-se que um espirro de um doente com tuberculose projecta no ar cerca de dois milhões de bacilos. Através da tosse, cerca de 3,5 mil partículas são igualmente projectadas para a atmosfera.

É de notar que apenas os doentes com o bacilo de Koch no pulmão e que sejam bacilíferos, isto é, que eliminem o bacilo no ar, através da tosse, espirro ou fala.

Quem tem tuberculose noutras partes do corpo não transmite a doença a ninguém porque não elimina o bacilo de Koch através da tosse. Os doentes com tuberculose que já estão a ser tratados não oferecem perigo de contágio porque a partir do início do tratamento este risco vai diminuindo dia após dia. Quinze dias depois de iniciado o tratamento, é provável que o paciente já não elimine os bacilos de Koch.

Os principais comportamentos de risco são:

- Estar na presença de um doente bacilífero (aquele que elimina muitos bacilos através da tosse, dos espirros, da fala);
- Respirar em ambientes pouco arejados e nos quais há predominância de pessoas fragilizadas pela doença;
- Permanecer vários dias em contacto com doentes tuberculosos.

HEPATITE A, B e C

A hepatite é infecção no fígado . Existem vários tipos de hepatites e a gravidade da doença é variável em função disso e também dos danos já causados ao fígado. Dependendo do tipo a hepatite pode ser curada de forma simples, apenas com repouso, ou pode exigir um tratamento mais prolongado e algumas vezes complicado e que nem sempre leva à cura

completa, muito embora consiga-se em muitos dos casos controlar e estagnar a evolução da doença.

As hepatites podem ser provocadas por bactérias, por vírus, entre os quais estão os seis tipos diferentes de vírus da hepatite (A, B, C, D, E e G) e também pelo consumo de produtos tóxicos como o álcool, medicamentos e algumas plantas. Uma hepatite pode tornar-se crónica e pode evoluir para uma lesão mais grave no fígado (cirrose) ou para o carcinoma hepático (cancro do fígado) e em função disso provocar a morte. Mas, desde que detectadas, as hepatites crónicas podem ser acompanhadas, controladas e mesmo curadas.

Em quase metade dos casos de hepatite provocados pelo VHA, não se consegue identificar a origem do contágio, mas esta doença transmite-se, geralmente, através da ingestão de alimentos ou de água contaminados por matérias fecais contendo o vírus.

A taxa de transmissão entre os membros da mesma família é de 20 por cento nos adultos e 45 nas crianças. As crianças são, muitas vezes, um veículo transmissor inesperado, já que transmitem o vírus sem se suspeitar que estão doentes por não apresentarem, na maioria das situações, quaisquer sintomas. São raros os casos de contágio por transfusão de sangue ou por via sexual.

As pessoas infectadas podem contagiar outras durante o tempo em que o vírus está a ser expelido do organismo juntamente com as fezes; com efeito, o risco de contágio é maior no período de incubação e na primeira semana em que se revelam os sintomas. Uma viagem a um país onde as condições sanitárias são deficientes ou a doença é endémica também pode contribuir para a ingestão do vírus.

A hepatite B, provocada pelo Vírus da Hepatite B (VHB), descoberto em 1965, é a mais perigosa das hepatites e uma das doenças mais frequentes do mundo, estimando-se que existam 350 milhões de portadores crónicos do vírus. Estes portadores podem desenvolver doenças hepáticas graves, como a cirrose e o cancro no fígado, patologias responsáveis pela morte de um milhão de pessoas por ano em todo o planeta; contudo a prevenção contra este vírus está ao nosso alcance através da vacina da hepatite B que tem uma eficácia de 95 por cento.

A transmissão ocorre através do contacto com sangue infectado e as relações sexuais desprotegidas são as duas formas principais de transmissão no mundo industrializado. Nos

países em desenvolvimento, a transmissão de mãe para filho é também uma forma importante de contágio, chegando a atingir uma taxa de 90 por cento nas zonas hiperendémicas.

A hepatite B não se transmite pelo suor ou pela saliva (a menos que esta tenha estado em contacto com sangue infectado), não podendo haver contágio através de um aperto de mão, abraços, beijos ou por utilizar pratos ou talheres de pessoas infectadas.

A **Hepatite C** é uma inflamação do fígado provocada por um vírus, que quando crónica, pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e cancro. Durante vários anos foi conhecida sob a designação de hepatite não-A e não-B, até ser identificado, em 1989, o agente infeccioso que a provoca e se transmite, sobretudo, por via sanguínea. É conhecida como a epidemia «silenciosa» pela forma como tem aumentado o número de indivíduos com infecção crónica em todo o mundo e pelo facto de os infectados poderem não apresentar qualquer sintoma, durante dez ou 20 anos, e sentir-se de perfeita saúde.

O Vírus da hepatite C transmite-se, principalmente, por via sanguínea, bastando uma pequena quantidade de sangue contaminado para transmiti-lo, se este entrar na corrente sanguínea de alguém através de um corte ou uma ferida, ou na partilha de seringas. A transmissão por via sexual é pouco frequente e o vírus não se propaga no convívio social ou na partilha de loiça e outros objectos. Apesar de o vírus já ter sido detectado na saliva, é pouco provável a transmissão através do beijo, a menos que existam feridas na boca.

4.3. As medidas de actuação e prevenção

TUBERCULOSE

A Tuberculose deve ser prevenida através de um conjunto de medidas multidisciplinares, tais como:

○ Medidas administrativas

- Diagnóstico
- Isolamento
- Tratamento

○ Medidas de engenharia

- Quarto de isolamento com pressão negativa

○ Proteção respiratória individual

Os utentes com tuberculose devem usar máscaras cirúrgicas que permitem a filtração do ar expirado e nunca respiradores de partículas que filtram apenas o ar inspirado (estas devem ser usadas pelas pessoas em contacto com os portadores de Tuberculose).

HEPATITE

A **Hepatite A** é rara em Portugal, pelo que a prevenção visa essencialmente manter hábitos de higiene elementares e, em termos colectivos, a continuação da aposta na melhoria das condições sanitárias e na educação.

Quando o risco é grande, a prevenção ganha ainda maior importância, portanto, numa viagem por países da Ásia, África ou da América Central e do Sul os cuidados devem ser redobrados: beber água, só se esta for potável (o engarrafamento é, em princípio, uma garantia de qualidade), caso haja dúvidas, a fervura a 98°C, durante um minuto, é suficiente para tornar o vírus inactivo; comer, só alimentos cozinhados, os crus podem estar contaminados ou, então, optar apenas por produtos embalados. E, claro, deve-se evitar o marisco, uma vez que a sua origem pode ser difícil de determinar e a cozedura em vapor não neutraliza o vírus.

Na **Hepatite B** deve-se evitar o contacto com sangue infectado ou de quem se desconheça o estado de saúde, não partilhar objectos cortantes e perfurantes, nem instrumentos usados para a preparação de drogas injectáveis, e usar sempre preservativo nas relações sexuais são as principais formas de prevenir o contágio. A realização de tatuagens, a colocação de «piercings» e de tratamentos com acupuntura só deve ser feita se os instrumentos utilizados estiverem adequadamente esterilizados.

Na **Hepatite C** alguns dos cuidados passam por não partilhar escovas de dentes, lâminas, tesouras ou outros objectos de uso pessoal, nem seringas e outros instrumentos usados na

preparação e consumo de drogas injectáveis e inaláveis, desinfectar as feridas que possam ocorrer e cobri-las com pensos e ligaduras. Devem ser sempre usados preservativos nas relações sexuais quando existem múltiplos parceiros, mas, como a transmissão por via sexual é pouco frequente, o uso nas relações entre cônjuges habitualmente não se justifica.

4.4. A prestação de cuidados

Não existem medicamentos específicos para tratar a **Hepatite A**. Este tipo de hepatite trata-se, essencialmente, com repouso, durante a fase aguda, até que os valores das análises hepáticas voltem ao normal e a maioria das pessoas restabelece-se completamente em cinco semanas. Quando se aconselha repouso isso não significa que se permaneça na cama mas sim que devem ser evitados grandes esforços físicos.

Também não se recomenda qualquer dieta especial; a alimentação deve ser equilibrada como, aliás, o bom senso indica em todas as ocasiões: rica em proteínas e com baixo teor de gorduras. Nos casos em que surjam diarreia e vômitos, para evitar a desidratação, devem beber-se muitos líquidos, entre os quais não se inclui o álcool, já que este, mesmo em pequena quantidade, agrava a lesão do fígado. As náuseas e a falta de apetite fazem-se sentir com maior intensidade no final do dia e, por essa razão, a refeição mais completa deve ser tomada durante a manhã.

E como o fígado inflamado perde a capacidade de transformar os medicamentos e por isso alguns tornam-se tóxicos e agravam a doença. Alguns fármacos, especialmente narcóticos, analgésicos, tranquilizantes ou produtos de erva, não se devem tomar a não ser que o médico os recomende.

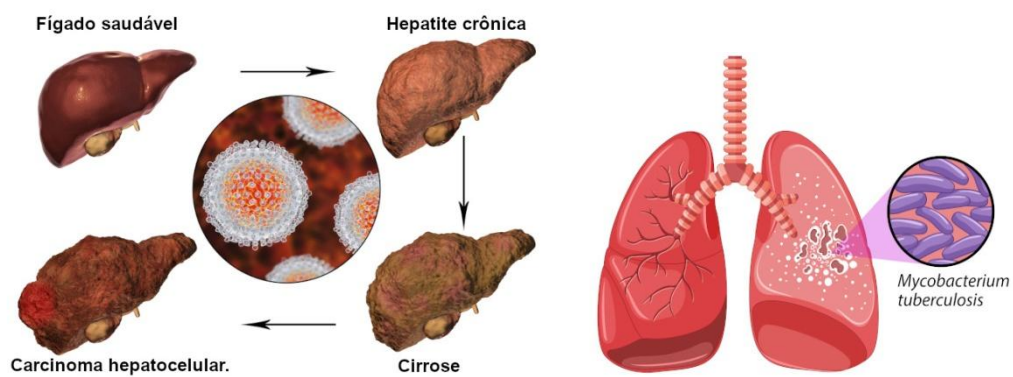
A hepatite B aguda é tratada com repouso e aconselha-se o doente a não consumir bebidas alcoólicas e alimentos ou medicamentos que possam ser tóxicos para o fígado.

Se a hepatite B evolui para uma doença crónica pode fazer-se o tratamento com interferão ou com medicamentos designados por análogos dos nucleósidos, que têm como objectivo interromper a multiplicação do vírus e estimular a destruição das células infectadas.

A hepatite C é considerada crónica quando a infecção permanece no organismo por mais de seis meses. Até há algum tempo, o tratamento para combater o vírus era feito com interferão

alfa, mas actualmente faz-se um tratamento combinado, com peginterferão e ribavirina, que tem demonstrado melhores taxas de resposta e é melhor tolerado pelos doentes.

Quando alguém adoece por causa do micróbio da tuberculose e fica tuberculoso, o tratamento consiste na combinação de três medicamentos: rifampicina, isoniazida e pirazinamida. Este tratamento dura cerca de seis meses e deve ser sempre acompanhado pelo médico de família do seu centro de saúde.



5.NEGLIGÊNCIA, VIOLÊNCIA E MAL TRATOS

5.1 Conceito de violência, maus-tratos e negligência

De um modo geral, define-se **violência** como sendo o uso de palavras ou ações que magoam as pessoas. É violência também o uso abusivo ou injusto do poder, assim como o uso da força que resulta em ferimentos, sofrimento, tortura ou morte.

Os **maus-tratos** são um conjunto de ações ou comportamentos infligidos a outrem e que colocam em perigo a sua saúde ou integridade física e que constitui delito (pode incluir trabalho impróprio ou excessivo, castigos físicos ou outras punições, alimentação insuficiente, negligência nos cuidados de saúde, etc.).

Negligência é a incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, saúde e afecto indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normal.

5.2 A perspectiva da vítima

As vítimas podem se identificar por todas as faixas etárias de acordo com o tipo/complexidade de mau trato/violência exercida que as tornam inseridas nas populações mais vulneráveis.

É considerado vítima todo o indivíduo que é alvo de diversos comportamentos considerados violentos, agressivos ou discriminatórios por parte de um outro indivíduo.

Podemos entender por vítima, uma pessoa que, a nível individual ou coletivo, sofreu danos físicos, mentais ou emocionais, perda financeira ou prejuízo substancial dos seus direitos fundamentais. É um indivíduo que sofreu um atentado à sua integridade física e/ou mental, sofrimento moral ou perda de um bem material, por consequência de um ato ou omissão violadora das leis penais em vigor.

Este conceito de vítima abrange também familiares da vítima, pessoas que estejam ao encargo da vítima e pessoas que possam ter sofrido de algum modo, por terem intervindo de forma a prestar apoio à vítima em situação de necessidade ou para impedir a situação de vitimização.

Por vezes, associados a situações de violência, desenvolvem-se traumas nestas vítimas. O trauma é uma consequência que advém de um comportamento de violência. Pode vir no seguimento da pessoa vivenciar ou testemunhar uma ameaça à sua própria vida ou segurança física que leva à experiência de medo, terror e impotência, levando a uma dissociação por

sentir falta de segurança. Quando são traumas causados pelo comportamento humano, por norma, tendem a ter mais impacto psicológico do que aqueles que são causados pela natureza. O trauma pode ser considerado um evento ou choque que ocorreu de forma súbita e inesperada e que fugiu ao controlo da vítima, levando a uma ameaça ao bemestar psicológico do indivíduo, de forma direta ou indireta, que traz como consequência uma experiência stressante, podendo originar sequelas psicológicas. O trauma pode afetar o funcionamento tanto psicológico, como fisiológico, interpessoal e económico dos indivíduos e dos seus familiares.

Desde quando há evidente complexidade conceitual em torno da violência e esta não é objeto exclusivo do setor saúde, torna-se imperativo aos estudos acerca deste fenómeno a sua prévia definição para fins de investigação e de intervenção. A literatura tem configurado os maus-tratos contra crianças e adolescentes como atos de violência doméstica, cuja caracterização é marcada pela agregação de comportamentos de difícil classificação, haja a vista a dependência das concepções individuais dos envolvidos no evento.

Neste contexto, a própria conceituação dos maus-tratos mostra-se heterogênea entre especialistas e instituições que lidam com os casos, especialmente aquelas do sistema judiciário. Tal carência de uniformidade de tipificação dos casos de maus-tratos repercute diretamente na forma de condução destes em suas múltiplas necessidades de tratamento.

Observa-se que a legislação vigente no Estatuto da Criança e do Adolescente tem um carácter mais amplo, da proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, entretanto sem especificações mais precisas no que tange aos maus-tratos infringidos a estes sujeitos.

Neste tipo de violência pode ainda considerar-se a perseguição, o isolamento social e o abuso económico. A perseguição é algo frequente nas relações de intimidade e é considerada como uma forma de controlo e de invasão da privacidade da vítima. No isolamento social acaba por referir-se ao afastamento da vítima de familiares, amigos, colegas e trabalho. Abrange também a tentativa de pôr término às atividades ocupacionais da vítima, tais como hobbies, existência de contas em redes sociais, entre outros.

5.3 Os sinais de alerta para identificação de detecção de casos de negligência, violência e maus-tratos

Os maus-tratos estão muitas vezes associados às crianças, sendo que a detecção precoce permite actuar de uma forma eficaz, resolvendo as situações sem que haja outras consequências. Identificam-se como sinais de alerta na criança:

- ✓ Apresenta alterações repentinas de comportamento e desempenho escolar
- ✓ Tem problemas de aprendizagem, não atribuíveis a uma causa física ou psicológica específica
- ✓ Tem dificuldade de concentração
- ✓ Está sempre alerta, como se esperasse que alguma coisa de mau lhe aconteça
- ✓ Carece de supervisão adulta
- ✓ É extremamente retraída, passiva ou submissa.

Por outro lado, situações de negligência são compatíveis com as situações seguintes:

- ✓ Falta à escola com frequência
- ✓ Carece de atenção médica ou dentária, não está imunizada ou tem falta de óculos (quando é manifesto que necessita de os usar)
- ✓ Não tem roupa suficiente para se proteger do clima
- ✓ Consome álcool e drogas
- ✓ Diz que não tem ninguém em casa que cuide dela ou lhe dê atenção.

Os indícios de violência ou abuso físico são:

- ✓ Lesões, queimaduras, mordidelas, olhos inchados ou ossos deslocados ou partidos
- ✓ Tem nódoas negras, inchaços ou outras marcas na pele depois de faltar à escola
- ✓ Parece estar aterrorizada com os seus pais, e chora ou protesta quando é hora de ir para casa
- ✓ Se encolhe ou se diminui na presença de um adulto

5.4 As medidas de actuação e prevenção

Ao nível do profissional de saúde, as medidas a adoptar para prevenir e melhorar o bem-estar da vítima são:

- ✓ Promover o apoio psicossocial e acompanhamento social ao menor e à família, auxiliando-os no desenvolvimento de um projecto de vida;
- ✓ Mediar o relacionamento na família (muitas vezes excluída) e desta com as instituições e com a sociedade local;
- ✓ Promover o apoio domiciliário, através de uma equipa de técnicos especializados (ex.: educadores sociais), favorecendo a permanência do menor na família e no seu contexto social;
- ✓ Preparar o menor, quando estiver em causa a sua retirada da família;
- ✓ Preparar o menor para a realização de exames médicos ou para audiência em tribunal;
- ✓ Elaborar os relatórios sociais com vista à definição do projecto de vida do menor e da família;
- ✓ Elaborar relatórios sociais para órgãos criminais, sempre que se justifique;
- ✓ Elaborar nos programas de prevenção dos maus-tratos.

5.5 As Técnicas de comunicação perante situações de violência e maus-tratos

Para que haja uma abertura por parte da vítima de violência, é necessário que o profissional e a vítima tenham alguns cuidados:

- ✓ O serviço tenha uma cultura institucional de respeito aos usuários, propiciando aos profissionais tempo e condições de escutar a mulher e estabelecer um diálogo com ela;
- ✓ Existam indicações claras no serviço de que este é um lugar aberto e preocupado com estas questões (cartazes, folders, bottons, recepção informada sobre o problema podem ajudar nisto);

- ✓ Existam espaços grupais, educativos, e atenção a dimensões psicossociais nos atendimentos, onde a emergência de temas como esses podem ser facilitadas;
- ✓ Exista compromisso institucional, especialmente da gerência, em implantar o trabalho com o tema;
- ✓ Os profissionais conheçam a relação da violência com a saúde, saibam detectar o problema e tenham alternativas assistenciais disponíveis para oferecer às mulheres;
- ✓ As pessoas saibam que os profissionais do serviço se importam com situações deste tipo, podem oferecer recursos e não desvalorizando o seu relato ou farão julgamentos sobre suas escolhas e situação de vida;



6.ASPECTOS ESPECÍFICOS NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO VULNERÁVEL

6.1 Alimentação

A alimentação da pessoa vulnerável deve ser uma alimentação equilibrada, para que também através da alimentação a pessoa consiga superar os seus problemas, sejam ao nível físico ou psicológico. Nesse sentido, de seguida, serão apresentadas as regras base de uma alimentação equilibrada e saudável.

Sabe-se que desde o instante da fecundação até ao final da adolescência, o ser humano cresce continuamente segundo um ritmo, no início velocíssimo que depois vai diminuindo progressivamente e atinge o zero quando o desenvolvimento se completa.

É um trabalho de construção celular, tecidos e órgãos e que ocorre ao longo de duas dezenas de anos, sendo necessário para este processo o consumo de matéria-prima, encontrada numa alimentação adequada.

A quantidade de alimentos ingeridos por uma criança varia muito de acordo com o seu desenvolvimento, clima, sexo e atividade física. Tanto em criança como em qualquer outra fase de desenvolvimento humano, o indivíduo deve alimentar-se de forma adequada e equilibrada, quer na quantidade como na qualidade. A alimentação da criança deve servir também de forma educacional, de forma a proporcionar um saudável desenvolvimento biopsicossocial.

O tipo de alimentação encontra-se muitas vezes relacionado com a condição socioeconómica da família e que esta se insere, tendo uma família de baixo nível socioeconómico falhas na alimentação e uma família com alto nível socioeconómico, exageros na alimentação.

O leite materno é o ideal para o bebé tomar exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida, possuindo fatores nutricionais e imunológicos e tendo vantagens como a diminuição da mortalidade, de infeções, melhoria do desenvolvimento neuropsicomotor, aumentando o vínculo mãe-filho, e também a nível económico e de prontidão.

A alimentação de um recém-nascido prematuro e de baixo peso acarreta necessidades especiais relativamente a um bebé termo, sendo as mais importantes o aumento das necessidades de cálcio, fósforo e proteínas, existindo fortificantes do leite humano que completam ao nível de vitaminas e ferro.

Em situações especiais, como o facto de mãe ser vegetariana é necessário o completo do leite materno com vitamina B e ao iniciar o desmame pode ser necessário um complemento de ferro.

Entre o primeiro e o segundo ano, o ritmo de crescimento é menor e diminuem as necessidades nutricionais, sendo que posteriormente na idade pré-escolar, entre os dois e os seis anos, há um maior ganho de altura do que de peso e as crianças ficam mais magras.

Entre os sete e os dez anos há um aumento das necessidades nutricionais devido à atividade física e é necessário prevenir possíveis casos de obesidade.

Na adolescência, há um grande desenvolvimento com picos de crescimento que exigem aumento da ingestão nutricional, sendo importante vigiar a ingestão de vários nutrientes, especialmente ferro no sexo feminino. Nesta fase é necessário ter em atenção possíveis distúrbios alimentares.

A alimentação tem início com a ingestão de alimentos e tem como objetivo a obtenção de energia, a construção e reparação de estruturas orgânicas e a regulação dos processos de funcionamento do organismo. Os constituintes dos alimentos denominam-se de Nutrientes e são oriundos dos animais, dos vegetais e dos minerais.

Consoante as suas propriedades químicas classificam-se em hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras alimentares e água.

A alimentação tem função energética – permite a manutenção da energia corporal, da realização de trabalho muscular e de reserva. As necessidades energéticas aumentam nos primeiros anos de vida, em relação à idade adulta e à velhice, pois há um aumento de atividade física durante a infância e a adolescência, há aumento das necessidades energéticas inerentes ao processo de crescimento e pelas alterações da composição corporal ao longo da vida.

Ainda como função da alimentação salienta-se a função reguladora, pois os nutrientes apesar de não fornecerem diretamente energia, promovem reações bioquímicas no organismo para correto aproveitamento de vitaminas, sais minerais e fibras alimentares.

A função plástica ou construtora associa-se à função das proteínas e dos sais minerais. Ao nível das proteínas, estas fazem parte da constituição dos tecidos, da reconstituição ou crescimento e da formação de tecidos em constante renovação. Por outro lado, os sais minerais, como o cálcio e o fósforo integram os ossos e o ferro permite a formação de hemoglobina do sangue.

A tabela seguinte apresenta as principais características dos nutrientes.

Nutrientes	Principais propriedades/características
Proteínas	<ul style="list-style-type: none">- Substâncias complexas existentes na estrutura das células animais e vegetais- Cada ser vivo tem proteínas específicas que o tornam único- As proteínas são formadas por aminoácidos- Fazem parte da constituição dos tecidos e órgãos- Facilitam a cicatrização e reparação- Constituem sucos enzimáticos- São os principais constituintes dos anticorpos- Fazem parte da constituição das hormonas- Fazem parte da composição do sangue (hemoglobina)
Hidratos de Carbono	<ul style="list-style-type: none">- Dividem-se em monossacarídeos (glicose, frutose e galactose), dissacarídeos (sacarose, lactose, maltose) e polissacarídeos (amido, glicogénio e celulose)- Existem em maior quantidade nos alimentos- Mais fácil digestão- Importantes na saciedade- Portadores de vitaminas e sais minerais essenciais- Principal alimento do cérebro- É o fornecedor de energia mais fácil e mais económico
Gorduras	<ul style="list-style-type: none">- Lípidos e Ácidos gordos- Insolúveis na água- Cerca de 90% da gordura corporal reside nos depósitos do tecido adiposo subcutâneo

	<ul style="list-style-type: none"> - Têm origem animal e vegetal - Isolante contra o frio - Suporte para os órgãos - Reserva energética - Fornecem ácidos gordos essenciais
Vitaminas	<ul style="list-style-type: none"> - Não fornecem energia - Viabilizam os processos de obtenção e armazenamento de energia - Favorecem a atividade de muitos nutrientes - Ajudam a proteger a integridade da membrana plasmática das células - O organismo humano apenas consegue produzir vitamina D
Minerais	<ul style="list-style-type: none"> - Encontram-se livremente na natureza - Funcionam como componentes das enzimas, hormonas, vitaminas e combinam-se com outras substâncias químicas - Proporcionam estrutura para a formação dos ossos e dentes - Ajudam a manter o ritmo cardíaco normal e a contractilidade muscular - Têm um papel importante na regulação do metabolismo celular
Fibras Alimentares	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta o tempo de mastigação e melhora a salivação - Alargamento do tempo de digestão - Melhora o esvaziamento biliar - Permite uma absorção mas lenta e gradual da glicose - Facilita o aumento de volume e fluidez das fezes - Acelera o trânsito intestinal - Promove uma flora bacteriana digestiva mais equilibrada
Água	<ul style="list-style-type: none"> - Parte integrante de quase todos os alimentos - É o meio onde se realizam os fenómenos bioquímicos

Grupo	Equivalentes a uma porção
	<ul style="list-style-type: none"> - Representa 40 a 80 % da massa corporal do organismo, dependendo da idade, do sexo e composição corporal - Constitui cerca de 65 a 75% do peso dos músculos - Aproximadamente 50% do peso da gordura corporal - Tem como função a formação dos produtos de eliminação (urina, suor, fezes) - Permite a lubrificação articular - Estabiliza a temperatura corporal - Fatores que contribuem para o aumento de perdas hídricas: febre, diarreia, vômitos e secreções; temperatura alta, baixa humidade, e atividade física

REGRAS DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

a. Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos é uma imagem ou representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte de uma alimentação saudável diária. O símbolo em forma de círculo divide-se em fragmentos de diferentes tamanhos e que indicam as proporções desse grupo que devem ser ingeridas diariamente.

Os grupos são constituídos por alimentos com as mesmas propriedades, sendo que a nova Roda dos Alimentos mantém o formato original, é formada por sete grupos de alimentos de diferentes dimensões e, tem como particularidade, o facto de a água não possuir um grupo mas estar representada em todos eles. Sendo esta imprescindível e aconselhado a ingestão de 1,5 a 3 litros por dia, encontra-se no centro da roda.

Cereais e derivados e tubérculos	<p>1 pão (50g)</p> <p>1 fatia fina de broa(70g)</p> <p>batata tamanho médio (125g)</p> <p>5 colheres de sopa de cereais de peq. almoço (35g)</p> <p>6 bolachas tipo Maria/água e sal(35g)</p> <p>2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g)</p> <p>4 colheres de sopa de arroz/massas cozinhadas(110g)</p>
Hortícolas	<p>1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)</p> <p>2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g)</p>
Fruta	1 peça de fruta - tamanho médio (160g)
Lacticínios	<p>1 chávena almoçadeira de leite (250g)</p> <p>1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g)</p> <p>2 fatias finas de queijo (40g)</p> <p>1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g)</p> <p>1/2 de requeijão - tamanho médio (100g)</p>
Carne, pescados e ovos	<p>carnes /pescados cozinhados (25g)</p> <p>1 ovo - tamanho médio (55g)</p> <p>carnes / pescados crus(30g)</p>
Leguminosas	<p>3 colheres de sopa de leguminosas secas/frescas cozinhadas (80g)</p> <p>1 colher de sopa de leguminosas cruas (25g)</p>

Gorduras e óleos	1 colher de sopa de azeite /óleo
	1 colher de chá de banha (10g)
	4 colheres de sopa de nata (30 ml)
	1 colher de sobremesa de manteiga/margarina(30 ml)

b. Pirâmide Alimentar

A pirâmide alimentar é um instrumento, sob a forma gráfica, que orienta a população para uma alimentação mais saudável. Foi criada em 1992 pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) e desde então é uma das ferramentas de educação nutricional mais utilizadas na prática clínica.

A pirâmide apresenta as proporções ideais entre os grupos alimentares e a quantidade dos alimentos que deve ser consumida ao longo do dia. Exemplo: devemos tomar a base da pirâmide como a base da nossa alimentação. Por outro lado, os alimentos que estão no ápice da pirâmide devem ser consumidos esporadicamente e em pequenas quantidades, pois favorecem o ganho de peso.

A nova pirâmide foi desenvolvida para orientar consumidores a fazer escolhas alimentares saudáveis e serem ativos todos os dias, além de incentivar uma alimentação mais rica em nutrientes funcionais (com funções benéficas à saúde).

O grupo dos carboidratos inclui pães, cereais, farinhas, biscoitos integrais, arroz e massas. São os chamados alimentos energéticos, ricos em carboidratos complexos, cuja absorção é mais lenta que a do açúcar simples.

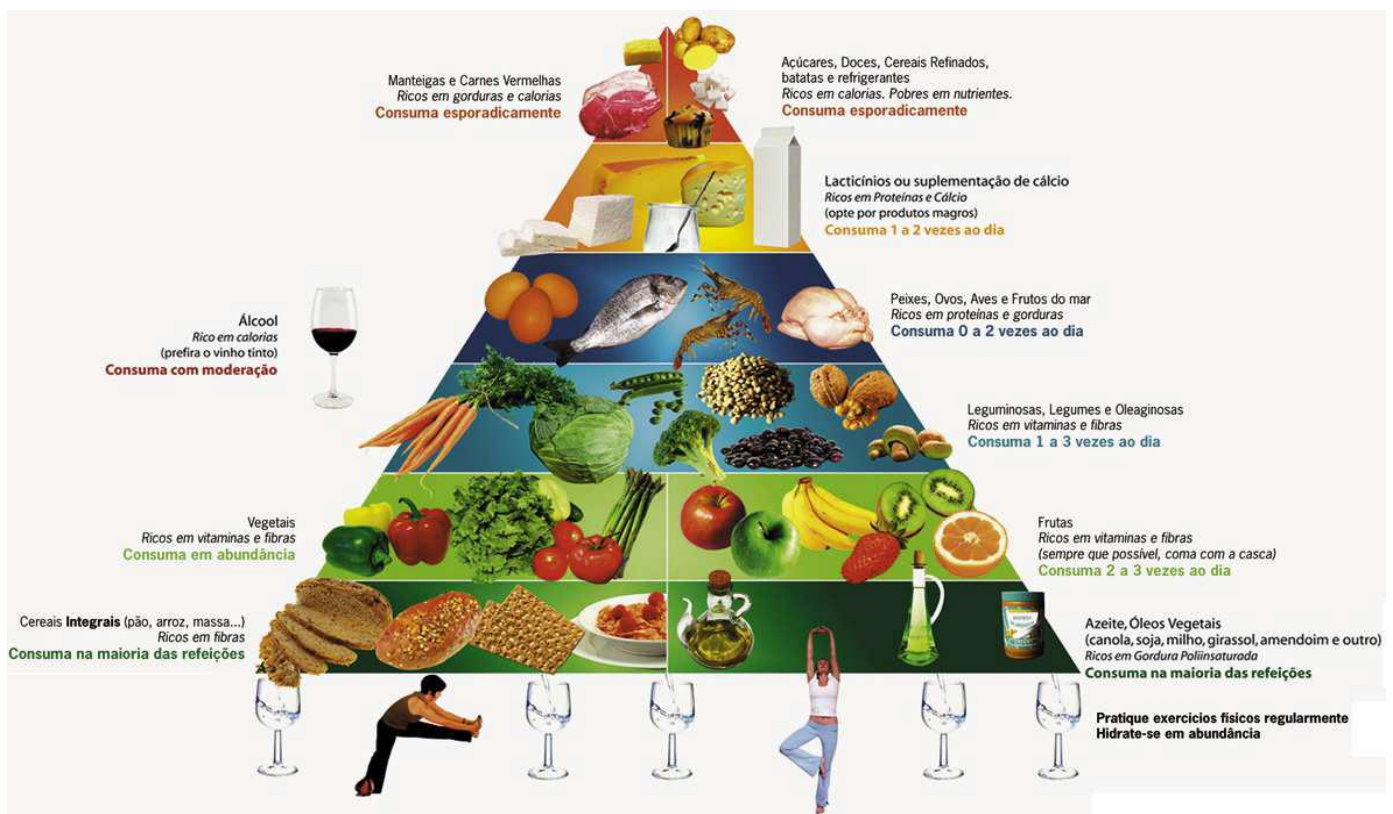
A nova pirâmide reforça a importância dos cereais integrais, ricos em fibras. Assim, pães, cereais, arroz e massas integrais permanecem na base; mas pão branco, arroz branco, batatas, massas comuns e farinhas refinadas estão no alto da pirâmide, emparelhados com os doces, que devem ser consumidos com moderação.

Os vegetais (verduras e legumes) e as frutas são alimentos reguladores, sendo fontes de vitaminas, minerais e fibras e seu consumo diário é importante para o bom funcionamento do organismo.

Os alimentos construtores são necessários ao organismo em menor proporção, mas não com menos importância, são aqueles ricos em proteínas. As proteínas podem ser animais (carnes, ovos, peixes e aves) e vegetais (feijões, soja, leguminosas em geral) e ainda proteínas animais ricas em cálcio (leite, queijo, iogurte).

Na nova pirâmide houve desmembramento de mais um setor dos construtores. As carnes brancas de frango e peixe juntaram-se aos ovos na parte mais baixa da pirâmide. As carnes vermelhas foram para o topo, indicando consumo moderado juntamente com a manteiga, por serem alimentos ricos em gorduras saturadas.

Óleos vegetais de boa qualidade como azeite de oliva, milho, girassol e soja ganharam espaço na base, por serem ricos em gorduras polinsaturadas, monoinsaturadas e ômega, que ajudam o sistema cardiovascular.



O médico Pedro Escudero, em 1937 introduziu o estudo da nutrição e da alimentação no curso de medicina e ainda divulgou as leis da alimentação para coordenar o acompanhamento dos profissionais aos utentes. São assim criadas quatro leis fundamentais da alimentação:

- **1ª Lei da Alimentação: Quantidade**

Deve ser suficiente para cobrir as exigências energéticas do organismo e manter em equilíbrio seu balanço.

As calorias que ingerimos devem ser suficientes para permitir o cumprimento das atividades de uma pessoa.

- **2ª Lei da Alimentação: Qualidade**

O regime alimentar deve ser completo na sua composição, para oferecer ao organismo, todas as substâncias que o integram;

O regime completo inclui todos os nutrientes, que devem ser ingeridos diariamente.

- **3ª Lei da Alimentação: Harmonia**

As quantidades dos diversos nutrientes que integram a alimentação devem guardar uma relação de proporção entre si.

Junção das leis: qualidade e quantidade

- **4ª Lei da Alimentação: Adequação**

A finalidade da alimentação está subordinada à sua adequação ao organismo, ao momento biológico da vida, e, além disso, deve adequar-se aos hábitos individuais, e situação económico-social do indivíduo e, em relação ao doente, ao sistema digestivo e ao órgão ou sistemas alterados pelas enfermidades.

6.2 Eliminação

A eliminação é um tipo de função com características específicas: movimento e evacuação de resíduos sob a forma de excreção. O défice de cuidados de eliminação à população mais vulnerável está associada à dificuldade de acesso a condições sanitárias. Infecções associadas aos cuidados de saúde estão presentes em todo o mundo, afetando os países desenvolvidos e os não desenvolvidos, estando entre as maiores causas de morte e morbilidade entre as

pessoas hospitalizadas, constituído um peso elevado para os doentes e para a saúde pública. De todas as infeções associadas aos cuidados de saúde, as infeções urinárias são as mais comuns. Deve ser feita a avaliação habitacional de forma a promover condições sanitárias. As mesmas condições também proporcionam a qualidade de saúde pública.

6.3 Higiene e conforto

Os cuidados de higiene e conforto devem ser proporcionados com desenvolvimento de procedimentos para a população mais vulnerável. A higiene deve ser sempre incentivada de modo a promover os cuidados de saúde e bem-estar.

A higiene da pessoa que está a ser cuidada é um dos fatores mais importantes para o conforto e qualidade da sua vida. O cuidador avalia o grau de dependência da pessoa em relação à higiene pessoal, tendo em conta a sua segurança, os produtos utilizar e como realizar. O cuidador deve sempre optar por **“fazer com”** a pessoa que está a ser cuidada, incentivando-a ao autocuidado, e nunca **“fazer para”**.

Higiene Oral:

A higiene oral aos dentes, língua e boca realizada diariamente, tenha a pessoa dentes naturais ou placa e mesmo que não se alimente pela boca (uso de sonda).

Esta é importante para conforto e para:

- ✓ Prevenir cáries e infeções;
- ✓ Eliminar restos de alimentos e microrganismos;
- ✓ Estimular a circulação do sangue;
- ✓ Evitar o mau hálito.

Caso a pessoa seja autónoma e consiga efetuar a sua higiene oral, devemos incentivá-la a que o faça sozinha, fornecendo apenas o material necessário.

A higiene oral deve ser realizada de:

- ✓ Manhã;
- ✓ Após cada uma das refeições;
- ✓ Após ser administrado algum tipo de medicamento;
- ✓ Antes de deitar.

Se a pessoa que está a ser cuidada não consegue fazer a sua própria higiene oral, o cuidador deve ajudá-la da seguinte maneira:

- ✓ Colocar a pessoa sentada em frente ao lavatório e de preferência a um espelho para que ela possa visualizar o que estão a fazer (nunca efetue a higiene oral com o doente deitado, pois existe o risco de sufocar);
- ✓ Usar escova de dentes macia e sempre que possível usar também um desinfetante oral, sempre sem álcool, pois irá ajudar a limpar algum tipo de resíduo que fique acumulado e que a escova tradicional não consegue remover;
- ✓ Utilizar o fio dentário, para que se consiga chegar a zonas entre os dentes onde se acumula resíduos alimentares;
- ✓ Colocar uma pequena porção de pasta de dentes para evitar que a ocorra engasgamento ou para evitar que a pessoa coma esta;
- ✓ Se a pessoa usar prótese dentária (dentadura), retire-a, escove e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Se o doente apresentar feridas na boca, tratar ou procurar a causa e colocar a dentadura apenas na hora das refeições;
- ✓ Se a pessoa estiver inconsciente passe suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em desinfetante oral;
- ✓ Coloque batom de cieiro ou vaselina nos lábios.

Se a pessoa morder a escova, não tente retirá-la à força, o maxilar acabará por descontrair.

O uso da prótese dentaria é muito importante tanto para manter a autoestima da pessoa, como nas funções dos dentes na alimentação, na fala e no sorriso. Por estas razões e sempre que possível a prótese deve ser mantida na boca da pessoa.

O banho é um aspeto importante que se presta a uma pessoa alvo de cuidados, uma vez que proporciona conforto, quer seja físico e/ou emocional e reforça a relação entre a pessoa e o cuidador. Evita as irritações de pele e previne o corpo do aparecimento de infeções.

Procure fazer do banho, seja ele no leito ou na casa de banho, um momento de relaxamento para o cuidador e /ou para a pessoa que está a ser cuidada. Banho diário, a higiene íntima e das mãos devem ser efetuadas sempre que necessário.

O banho pode ser dado a qualquer hora, preferencialmente pela manhã, dado a pessoa apresentar mais energia, mas pode ser adaptado ao gosto da pessoa.

Objetivo do Banho

- Proporcionar higiene e conforto;
- Estimular a circulação, a respiração da pele e o exercício;
- Manter a integridade da pele;
- Fazer observação física da pessoa;
- Favorecer / estimular a independência da pessoa.

ATENÇÃO!

Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes recusar tomar banho.

- Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para mover-se e tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto.
- É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões.

Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança conquista-se com carinho, tempo e respeito.

Alguns cuidados nomeadamente:

- ✓ Usar gel de duche ou um sabonete de “PH neutro”, ter sempre que deve ser removido na totalidade;
- ✓ Preparar o ambiente com temperatura adequada, evitando correntes de ar;
- ✓ Encorajar a pessoa a participar na sua higiene e incentivando sempre para que a realize e não ser o cuidador a fazer.
- ✓ Se na impossibilidade de a pessoa não conseguir realizar a sua higiene, o cuidador deve então realiza-la de modo a que seja menos doloroso para ambos.
- ✓ Executar movimentos circulares e sem grande força de modo a secar todo o corpo. Ter atenção às pregas, dobras e espaços interdigitais (entre os dedos);
- ✓ Pele limpa e seca aplicar um hidratante corporal de preferência gordo.

Os cabelos devem ser lavados, sempre que necessário, diariamente observar a possibilidade de aparecimento de feridas, algum prurido ou até uma possível área de queda de cabelo.

Ter sempre em atenção que quanto mais pequeno forem os cabelos, mais fácil será a sua manutenção e limpeza. Para o corte do cabelo deve ser obtido o consentimento da própria pessoa e se incapacitada do seu representante.

Como foi referido anteriormente o banho pode ser realizado no leito ou na casa de banho, sendo que este último deve – **se proceder da seguinte forma:**

Banho na casa de banho:

- ✓ Supervisionar a deslocação até à casa de banho;
- ✓ Se existir dificuldade na mobilidade, usar uma cadeira de banho para apoio;
- ✓ Se o doente permanecer muitas horas deitado, é importante deixá-lo sentado alguns minutos antes de efetuar o levante;
- ✓ Supervisionar/Ajudar a pessoa que está a ser cuidada a entrar e a sair do chuveiro/banheira;

Banho no leito:

- ✓ Explicar à pessoa o procedimento que vamos realizar;
- ✓ Levar a cama sempre que possível, para diminuir o esforço ao nível da coluna do cuidador;
- ✓ Antes de iniciar o banho no leito preparar todo o material necessário, atenção que à temperatura da água;
- ✓ Se necessário proteger as mãos com luvas.

Procedimento:

Iniciado pela cara da pessoa que está a ser cuidada (sem esquecer nunca os olhos e orelhas) e deve seguir até aos pés. O cabelo deve ser lavado quando achar pertinente.

- Corpo seco, à medida que se vai lavando, atenção às pregas da pele (mamas, axilas, entre os dedos, umbigo, orelhas etc.);
- A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho e de frente para trás. Caso seja um homem, puxe cuidadosamente a pele que protege o pénis, lave e seque.
- Trocar a água das bacias quando se encontrar suja ou fria. Atenção à segurança da pessoa deixar de forma segura e confortável.
- Vestir a pessoa e colocá-la numa posição confortável.

Quando não for possível o banho completo lave pelo menos a cara, as mãos, as axilas e as partes íntimas diariamente.

Importante:

Se durante a higiene observar alguma alteração na cor e/ou na temperatura da pele, inchaço, manchas, feridas, principalmente nas regiões mais quentes e/ou húmidas ou aquelas que estão expostas a fezes e urina.

Assim como alteração na cor, consistência e cheiro das fezes e da urina, deve comunicar de imediato à equipa de saúde.

Sonda Vesical:

Os rins produzem a urina que se acumula na bexiga. Quando se encontra cheia é preciso ser esvaziada e isso faz-se através de um canal chamado uretra.

A sonda vesical é um tubo ou sistema de tubos utilizado para esvaziar e recolher a urina da bexiga. É utilizada quando a pessoa não consegue urinar, porque a saída está obstruída ou porque existe uma alteração nos nervos que controlam o esvaziamento da bexiga. É também utilizada caso ocorram perdas de urina que determinam problemas graves de higiene. Por último, podem também ser usadas para introduzir medicamentos na bexiga, obter amostras de urina ou controlar a quantidade de urina produzida.

A sonda é introduzida, após a aplicação de um gel lubrificante, pela uretra até à bexiga. Seguidamente é insuflado um balão existente na ponta do tubo para que este se mantenha lá dentro e não saia para fora.

Cuidados com a sonda vesical nomeadamente:

- A pessoa deve beber pelo menos 2L de água por dia, para manter o funcionamento da bexiga;
- O cuidador deve lavar as mãos antes e depois de mexer na sonda, estas são um meio de doenças.
- A sonda vesical, o saco coletor e os genitais devem ser mantidos limpos, para evitar infeções;
- Sempre que lavar as partes íntimas da pessoa que está a ser cuidada, o tubo visível da sonda vesical deve também ser lavado com água e sabão ou gel de banho de PH neutro;

- Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, para não causar dor e/ou algum tipo de ferida.
- O saco coletor deve ser colocado abaixo do nível da bexiga, mas nunca sob o solo.
- O saco coletor com válvula deve ser retirado unicamente para ser esvaziado através desta. Deve ser usado um avental e luvas de proteção;
- O saco coletor sem válvula deve ser substituído quando estiver cheio;

Roupa de cama:

A cama para quem passa longos períodos de tempo deitado convém que esteja sempre limpa e o mais confortável possível. De preferência utilizar lençóis 100% algodão, pois estes evitam a transpiração da pessoa e podem ser lavados a altas temperaturas.

No verão, coloque uma manta de algodão leve e, no inverno, um cobertor de lã mais pesado, mas tendo sempre em atenção para não colocar demasiado peso em cima da pessoa. Os lençóis devem ser mantidos sempre o mais esticados possível e sem vestígios de algo que possa causar desconforto à pessoa (migalhas, por exemplo). Os lençóis que estão enrugados devem ser esticados, pois estes causam grande desconforto à pessoa que está a ser cuidada podendo restringir a circulação e em casos mais graves provocar a formação de feridas.

A pessoa que está a ser cuidada deverá levantar-se da cama na altura de mudar os lençóis, permitindo assim também que a pessoa faça algum exercício físico e se distraia um pouco. Na eventualidade da pessoa não poder sair da cama, mudar os lençóis requer alguma destreza. Atenção se a cama tiver rodas verificar sempre se está travada.

Em seguida retirar a almofada e o lençol, rodar a pessoa cuidada para a direção do cuidador, tendo atenção para que este esteja numa posição confortável e fixa.

Retire o lençol de baixo até à metade da cama e coloque o lençol limpo próximo das costas da pessoa, roda-la para o outro lado da cama, com a mesma técnica.

Por último estica o lençol limpo, muda a fronha da almofada e coloca um cobertor por cima, ficando assim os lençóis mudados sem a necessidade da pessoa cuidada se levantar.

Cuidados de conforto – Vestuário

A opinião da pessoa quanto ao que deseja vestir é fundamental para a autoestima, independência e interação com o cuidador.

Estar arranjado e vestido vai proporcionar á pessoa que está a ser cuidada uma maior segurança e autoconfiança. Sempre que estiver a vestir e despir mantenha a privacidade desta.

Vestuário:

- Confortável de algodão e que não aperte, sem botões ou fechos de preferência a utilização de velcro;
- Uso de fato de treino, pois são quentes, são confortáveis e práticos;
- Preferir o uso de sapato, com sola antiderrapante e com um sistema de velcro em vez dos atacadores.
- Evitar o uso de chinelos, estes são potenciadores de quedas nas pessoas idosas.

6.3.1 Indivíduo com dor

São diversas causas que provocam dor (física ou psicológica à pessoa em estado vulnerável). A falta dos cuidados de higiene pode desenvolver dor física: dor de dentes (odontalgia), dor lombar (lombalgias) ou dores provenientes de quedas por estados alterados cognitivos, bem como dores pelo corpo no seu todo (mialgias).

Higiene oral - odontalgia

É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas para evitar cáries, dor de dentes e inflamação da gengiva. Quando o utente não consegue efectuar a sua higiene de forma autónoma, deve substituí-lo. Em utentes sem capacidade autónoma de cuidados de higiene poder-se-à molhar uma compressa num copo com água e elixir oral e passe esta compressa por toda a boca e língua. Sempre que o utente tiver prótese dentária, esta deve ser retirada, lavada diariamente e recolocada.

Higiene corporal – Lombalgia ou mialgias

A posição em que a pessoa permanece deitada pode causar dores na coluna e dificuldades respiratórias e dessa maneira diminuir a qualidade do sono, pelo que é importante alterar a posição do utente na cama periodicamente.

Em utentes com ostomia normal é vermelha ou rosa vivo, brilhante e húmida. A pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, feridas ou dor. É importante verificar todas as causas de dor no utente com ostomias.

No caso de uma queda, observe se existe alguma deformidade, dor intensa ou incapacidade de movimentação, que sugere fratura. No caso de suspeita de fratura, não tente nunca “colocar no lugar”, procure não movimentar a pessoa cuidada. Nas lesões dolorosas, a aplicação de gelo pode ser uma ajuda. Nas quedas não presenciadas ou em caso de pancadas na cabeça a pessoa não deve ficar sozinha. Ter especial atenção a alterações de consciência (confusão, sonolência, agitação, vômitos).

6.3.2 Indivíduo objeto de violação

O ato de violação poderá ser físico (sexual) e psicológico (como em aspectos culturais). Assim, durante os cuidados de higiene e conforto há inevitavelmente uma violação do espaço íntimo da pessoa e a necessidade de tocar a pele, no entanto, não poderá ser descurado o impacto que poderá ter no processo relacional e na invasão da privacidade/intimidade da mesma.

A pessoa vítima de violação sexual poder-se-à recusar aos cuidados de higiene pelo trauma de invasão do espaço íntimo e físico da pessoa. Deste modo, deverá ser acompanhada por profissionais de saúde para permitir os cuidados e a segurança da vítima.

De acordo com aspetos psicológico, a depressão para além de estar associada a um comprometimento da personalidade, baixa autoestima e autoconfiança, no âmbito social, a representa uma inadaptação ou um apelo ao socorro, bem como uma possível consequência da violação de mecanismos culturais, familiares e escolares, sendo necessário o acompanhamento regular para oferecer o bem estar físico e psicológico à pessoa.

6.4 Sono e Repouso

SONO: É uma necessidade humana básica, caracterizada como um estado de inconsciência que pode ser desperta, período de diminuição mental e da atividade física.

REPOUSO: É um estado de alerta durante o qual há um esforço consciente para reduzir a atividade e a estimulação mental. Descanso ou relaxamento.

Funções do Sono e Repouso:

- Redução da fadiga
- Relaxamento dos sentidos
- Relaxamento dos músculos
- Estabilização dos humores
- Melhora do fluxo sanguíneo para o cérebro
- Manutenção dos mecanismos detectores de doença do sistema imunológico
- Promoção do crescimento e do reparo das células
- Melhora na capacidade de aprendizagem e armazenamento na memória

Consequências da privação do sono:

- Diminuição do desempenho no trabalho
- Irritabilidade
- Concentração deficiente
- Inquietação
- Aumento da fadiga
- Redução de tolerância à dor
- Alucinações
- Confusão mental
- Aumento de atividade convulsiva (Epiléticos)
- Aumento da depressão (doentes psiquiátricos)
- Perda de peso e massa muscular
- Cefaleia, náuseas

Factores que influencia o sono:

- Idade
- Ambiente
- Nutrição
- Exercício físico
- Medicamentos
- Drogas Ilícitas
- Emoções e humor
- Doenças (cardíacas, respiratórias, stress e ansiedade).

Intervenções do profissional de saúde para a melhoria do sono da pessoa vulnerável:

- Proporcionar um ambiente confortável
- Discutir medos e preocupações
- Oferecer massagem nas costas
- Saber quais alimentos favorece o sono
- O sono é uma necessidade física primordial para uma boa saúde e uma vida saudável, na qual há uma restauração física que protege o ser do desgaste natural das horas acordadas.
- Dormir é tão importante para conservar a saúde quanto ter uma alimentação saudável e praticar exercícios físicos regularmente.

6.5A dor e outros sintomas

A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

A dor, sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento⁶, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo

prioritário. São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis.

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento.

Recomenda-se essencialmente o envolvimento da pessoa e dos cuidadores no tratamento e prevenção da doença:

- Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo;
- Instruir e treinar para o autocontrolo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
- Ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Instruir sobre as medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opióides;
- Ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor (Anexo V);
- Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Fornecer informação escrita que reforce o ensino.
- Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
- Registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados
- Registar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico
- Fornecer à pessoa / cuidador principal / família uma estratégia simples de documentar no domicílio o efeito da terapêutica analgésica e seus efeitos colaterais
- Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do autocontrolo e da continuidade dos cuidados.



7.TAREFAS QUE EM RELAÇÃO A ESTA TEMÁTICA SE ENCONTRAM NO ÂMBITO DE INTERVENÇÃO DO/A AUXILIAR E SAÚDE

7.1 Tarefas que, sob orientação de um Enfermeiro, tem de executar sob sua supervisão directa

Sob orientação directa de um Enfermeiro, o Técnico Auxiliar de Saúde pode auxiliar no registo e em intervenções de controlo e prevenção em infecções.

Na maioria das situações, nomeadamente, na realização de rastreio e campanhas de formação, o Técnico só poderá ajudar na preparação das intervenções.

Verificou-se que a área de ingerstão hidrica apresenta algumas fragilidades, nomeadamente a dificuldade dos profissionais de saúde na satisfação desta necessidade humana específica à pessoa idosa/pessoa com dificuldades em adesão aos cuidados de higiene, constituindo uma área de interesse no desenvolvimento de estratégias específicas. A elaboração de fluxogramas de intervenção dos profissionais de saúde na hidratação oral e a elaboração de folhas de registos para os profissionais de enfermagem e Auxiliares de Acção Médica.

Os técnicos auxiliares de ação direta e os enfermeiros são os profissionais que mais tocam os doentes, especialmente, durante os cuidados de higiene e conforto invadindo a sua privacidade. No entanto, se para algumas pessoas poderá ser desconfortável ser cuidado com luvas, pois o contacto com a textura do material poderá prejudicar a sensação de tocar a pele e ser uma barreira à comunicação, para outras, o sentimento poderá ser o oposto. As luvas funcionariam de igual forma como uma barreira, mas neste caso confortável, à proximidade inevitável entre o corpo da pessoa e o corpo do profissional – sendo fundamental a adequação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar.

7.2. Tarefas que, sob orientação e supervisão de um Enfermeiro, pode executar sozinho/a

O Técnico Auxiliar de Saúde pode executar sozinho tarefas de prestação de cuidados, nomeadamente na alimentação, higiene e conforto. Por outro lado, todas as medidas de prevenção de transmissão de infecções devem ser também executadas pelo TAS enquanto profissional de saúde e toda a transmissão de informação relevante da evolução da pessoa.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

Andrade, S. et al. (2018). Atitudes e conhecimento sobre AIDS e seus significados: Revisão integrativa. Revista Psicologia, Saúde e Doença.

Ávila, T. (2016). Cuidados na eliminação e conforto. Disponível em URL: <https://prezi.com/q-5fbjuziaqd/cuidados-na-eliminacao-e-conforto/>

Bäckström, B. (2010). O acesso à saúde e os factores de vulnerabilidade na população migrante. Instituto politecnico de Lisboa.

Breda, J. (2010). Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Porto.

Castro, E. (2004). Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002) Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha. Psicologia: Reflexão e Crítica.

Direção Geral de Saúde. (2011). Rede de Referência / Articulação para os problemas ligados ao álcool. Porto.

Direção Regional de Saúde. (2009). Programa regional de prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA. São Paulo.

Fontes. M. (2016). “Cuidados na saúde a populações vulneráveis”. Disponível em URL: <https://knoow.net/ciencmedicas/medicina/cuidados-saude-populacoes-vulneraveis/>

Almeida, C.H., Marques, R.C., Reis, D.C., Melo, J.M.C., & Gazzinelli, M.F. (2010). A PESQUISA CIENTÍFICA NA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS. [em linha] *SCIELO – scielo.br. Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Jan-Mar; 19(1): 104-11.

Gonçalves, L. (2018). Manual do Cuidar - Guia prático do cuidador que presta cuidados a pessoas dependentes. Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos.

Gurgel, A. Et al. (2009). Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criançaadolescente em Salvador, Bahia. Disponível em URL: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6PnDvNygvm6GWhP54F5HCr/?lang=pt>.

Instituto da droga e da toxicodependência. (2010). Plano de acção contra as drogas e as toxicodependências 2009-2012. Lisboa.

Mello, M. et al. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2008). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. Brasília.

Secretaria Municipal da Saúde. (2007). Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher. São Paulo, Brasil.

Observatório Europeu da droga e da toxicologia. (2008). Drogas e grupos vulneráveis de jovens.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). – Guia orientador de boa prática: Dor. Porto.

Raimundo, M. (2015). Promoção do conforto na pessoa com doença mental: Uma proposta de intervenção em Enfermagem especializada. Disponível em URL: [file:///C:/Users/laura/Dropbox/PC/Downloads/Relat%C3%B3rio%20O%20conforto%20na%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20mental%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/laura/Dropbox/PC/Downloads/Relat%C3%B3rio%20O%20conforto%20na%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20mental%20(2).pdf)

Rodrigues, C. (2012). Cuidados associados aos processos de eliminação intervenção de enfermagem na prevenção da infecção urinária na pessoa idosa hospitalizada. Disponível em URL: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15834>

Sancho, P. (2003). Aspectos ético-legais da intervenção dos médicos de família nos doentes com SIDA. Porto.

Sthal, H.C., & Berti, H.W. (2011). Identificação de indivíduos vulneráveis no entorno de um hospital universitário: conectando vulnerabilidade, solidariedade e saúde. Identification of vulnerable individuals in the área surrounding a university hospital: connecting vulnerability, solidarity and healthcare. [em linha] SCIELO – scielo.br.

USF Camélias. (2015). Toxicodependência na adolescência. Folheto informativo.

Varanda, W., & Adorno, R.C.F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Urbans discarded: discussing the homeless population complexity and the challenge for public health policies. *Saúde e Sociedade* 13, n.1, p.56-69.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Camargo, M. (2002). Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço. Ministério da Saúde.

Lima. C. (2010). Vulnerabilidade e Serviços Nacional de Saúde. Serviço de Medicina I. Hospital de Curry Cabral. Lisboa. Acta Med Port 2006; 19: 49-54.

