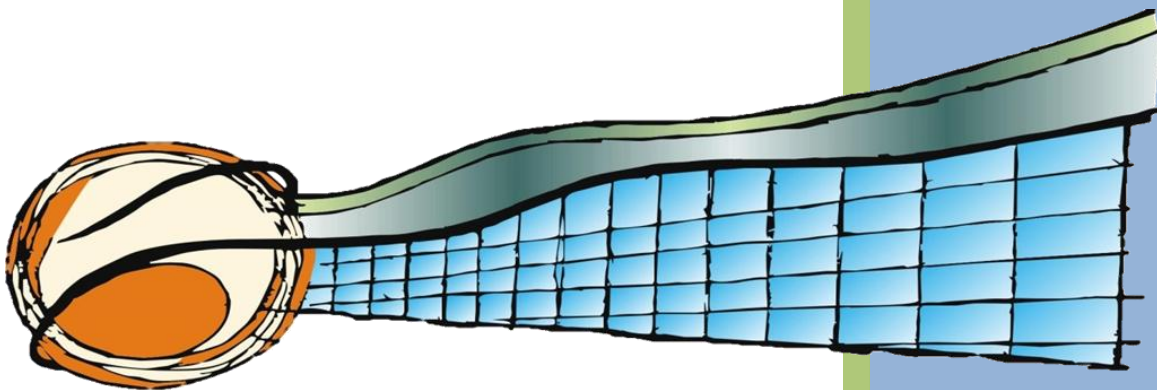


ACES Grande Porto III Maia-
Valongo

ARSNorte IP

Governo de Portugal

PLANO DE CUIDADOS A DOENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DE VALONGO



Elaboração

Data: Fevereiro 2015

Revisto em Abril 2017

Por: Diana Ferreira, Ana Sara
Ferreira, Margarida Aguiar

Aprovação Conselho Geral:

Data: 17/2/2015

Melhoria contínua de conteúdos

Revisão Fevereiro 2021

INDICE

	Página
1. Doentes com Dependência: Atuação da USF	2
2. Doentes com Deficiência Física: Legislação e Apoios	6
3. Doentes com Doença Oncológica	10
4. Doentes com Ostomias	15
5. Doentes com AVC	16
6. Doentes com Demência	18
7. Doentes com DPOC	20
8. Doentes com Diabetes Mellitus	22
9. Doentes com Fibromialgia	26
10. Doentes com Doença Celíaca	29
11. Doenças Raras	35
12. Crianças e Jovens em Risco	36
12. Violência Doméstica	44

1. DOENTES DEPENDENTES COM ÍNDICE BARTHEL ≤55

A USF Valongo definiu como PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO: DOENTES DEPENDENTES COM ÍNDICE BARTHEL ≤55 no triénio 2013-2015. Com este Plano propôs-se a uma melhoria continua na área da Dependência. No Plano de Ação definiu pelo menos 2 avaliações anuais em equipa médico-enfermeira de família no domicílio com o preenchimento das diversas tabelas definidas nesse Plano, além da identificação dos apoios domiciliários e do cuidador. Tornou-se assim facilitada a integração e continuação de cuidados com as equipas da ECL e dos Cuidados Paliativos.

A Articulação com a ECL da RNCCI faz-se por Plataforma Informática Gestcare que permite a continuidade **de cuidados.**

O que é a RNCCI?

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

São valores da RNCCI:

Prestação individualizada e humanizada de cuidados.

Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.

Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede.

Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.

Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados.

Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.

Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.

Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede.

Participação e co responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.

Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne “*distress*” a longo prazo. Não só atender os sintomas e necessidades físicas mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes.

Otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível

Referenciação para RNCCI

Os utentes podem ser propostos para a Rede de duas formas.

Se estiverem internados em hospital do Serviço Nacional de Saúde:

Contactar o serviço onde está internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital - a EGA do hospital tem por objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A EGA do hospital pertencente ao SNS onde o doente está internado é quem faz a referenciação para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada, de preferência, logo no início do internamento no hospital porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica.

A proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL).

Se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência):

Contactar o centro de saúde através do médico de família, enfermeiro ou assistente social.

A proposta de ingresso na RNCCI é apresentada por estes profissionais à Equipa Coordenadora Local (ECL).

Em caso de dificuldade, contactar diretamente a ECL sediada no centro de saúde da respetiva área de residência.

Equipas de Coordenação

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação regional e local. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem.

Equipas de Coordenação Regional



A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas multidisciplinares constituídas por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A equipa coordenadora regional (ECR) é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Estão sedeadas nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Equipas de Coordenação Local



A nível local, a coordenação é assegurada por equipas, em princípio, de âmbito concelhio. As equipas coordenadoras locais são constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respetivo presidente da Câmara Municipal.

As especificidades da coordenação local encontram-se definidas no Despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Apoios e Materiais:

Manual de Cuidador

Panfletos vários: cuidados com algália, alimentação entérica, prevenção de úlceras, posicionamentos.

Cuidar de quem Cuida (UCC Vallis Longus)

Projecto INPAR – Cuidados Paliativos com o CHSJ

INSTITUIÇÕES DE APOIO

ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida

Instituição Particular de Solidariedade Social, inscrição n.º 42412a fls. 69 do Livro n.º 9 das Associações de Solidariedade Social

Rua Prof. Carlos Alberto da Mota Pinto n.º 17-9.º 1070-313 - Lisboa

Tel.: 00 351 21 316 32 75

Fax: 00 351 21 353 02 92

Site: www.advita.pt

Email: info@advita.pt
Contribuinte Nº: 504 605 321

FUNDAÇÃO MAPFRE

A **FUNDACIÓN MAPFRE** é uma instituição sem fins lucrativos, criada por MAPFRE em 1975, cujo principal objetivo é contribuir para **o bem-estar dos cidadãos e da sociedade**.

Quer saber como conseguimos? Através de **cinco áreas** especializadas. Colaboramos com um grande número de instituições públicas e privadas (nacionais e internacionais), ONGs, museus, fundações e associações com objetivos semelhantes à nossa Fundação.

<http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/pt/acao-social/deficiencia/apoio-familiar/apoio-psicologico/consultas-em-destaque.jsp>

2. DOENTES COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

DIREITOS

Tem um cidadão que se movimenta em cadeira de rodas o direito de exigir que lhe seja facultado o acesso sem barreiras aos edifícios públicos?

A eliminação de barreiras urbanísticas e arquitetónicas nos edifícios públicos, equipamentos coletivos e via pública é essencial para permitir uma acessibilidade adequada aos serviços do Estado e não só. Compete ao Estado proteger os direitos das pessoas com necessidades especiais, incluindo as que se movimentam em cadeiras de rodas (ou com mobilidade condicionada). Idêntica obrigação têm outras entidades públicas e as próprias entidades privadas, em determinadas circunstâncias - também estas são obrigadas por lei a eliminar as barreiras de acesso, incorrendo em responsabilidade civil, contra ordenacional ou disciplinar se não cumprirem as normas técnicas em vigor.

Que apoios (fiscais e outros) atribui o Estado aos cidadãos portadores de deficiência e aos particulares que os têm a cargo?

Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia congénita ou adquirida de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresenta dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Os cidadãos portadores de deficiência, além de beneficiarem de especial proteção legal, têm direito a um conjunto de apoios e incentivos. O Estado deve realizar uma política nacional de apoio aos cidadãos portadores de deficiência e às suas famílias, desenvolvendo uma pedagogia que sensibilize a sociedade para os deveres de respeito e solidariedade e assumindo o encargo da efetiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores. Os objetivos gerais são a prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, mediante promoção da igualdade de oportunidades que permitam a plena participação na educação, na formação e no trabalho ao longo da vida, promovendo uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras. No desenvolvimento destas obrigações do Estado, existem diversos apoios para os cidadãos portadores de deficiência, entre os quais vários benefícios fiscais ao nível do IRS - que deverão ser analisados ano a ano no âmbito do Orçamento Geral do Estado -isenção de IVA, a partir de certo grau de incapacidade e isenção do Imposto Único de Circulação.

No que se refere a contas bancárias, as pessoas portadoras de deficiência com grau de incapacidade $\geq 60\%$ gozam de um regime fiscal equiparado às contas-poupança reforma, ou seja, podem obter isenções de pagamento de impostos sobre os juros de aplicações a prazo.

A Segurança Social, por sua vez, também prevê um conjunto de medidas para proteção dos portadores de deficiência, entre as quais abono complementar, subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, subsídio mensal vitalício, acolhimento familiar a crianças e jovens, complemento por dependência, subsídio para assistência a deficientes profundos e doentes crónicos, pensão de invalidez do regime contributivo e pensão de invalidez do regime não contributivo.

No que se refere ao mercado de trabalho, os centros de emprego, em conjunto com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, prestam aconselhamento e orientação profissional às pessoas portadoras de deficiência com o objetivo de promover a sua inclusão, tendo em conta as suas competências e handicaps.

Os cidadãos portadores de deficiência estão protegidos contra discriminação?

Sim. É proibida a discriminação de pessoas com base na deficiência ou no risco agravado de saúde. Consideram-se práticas discriminatórias quaisquer ações ou omissões que violem o princípio de igualdade, tais como:

- Recusa de fornecimento ou impedimento de posse de bens ou serviços
- Impedimento ou entrave do exercício de uma atividade económica
- Recusa ou condicionamento no crédito bancário ou arrendamento
- Agravamento no prémio de seguros
- Recusa ou impedimento da utilização e divulgação da língua gestual
- Recusa ou existência de barreiras arquitetónicas que limitem a circulação em locais públicos ou abertos ao público
- Recusa ou limitação de acesso aos transportes públicos, quer sejam aéreos, terrestres ou marítimos
- Recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados
- Impedimento da frequência de estabelecimentos de ensino, públicos ou privados, assim como do acesso a equipamentos e material necessário, adequados às necessidades específicas dos alunos com deficiência
- Constituição de turmas ou adoção de outras medidas de organização interna, nos estabelecimentos de ensino público ou privado, que discriminem os alunos portadores de deficiência
- Prática ou medida por parte de qualquer empresa, entidade, órgão, serviço, funcionário ou agente da administração direta ou indireta do Estado, das Regiões Autónomas ou das autarquias locais, que condicione ou limite a prática do exercício de qualquer direito
- Atos públicos por parte de pessoa singular ou coletiva, pública ou privada, com a emissão de uma declaração ou transmissão de uma informação em virtude da deficiência de um grupo de pessoas
- Medidas que limitem o acesso às novas tecnologias.

Um cidadão portador de deficiência mental encontra-se doente e torna-se necessário obter consentimento para os cuidados médicos. Quem deve dar esse consentimento?

Em princípio serão os seus representantes legais, tutores ou parentes mais próximos.

Tratando-se de uma pessoa com deficiência mental que lhe retire condições para prestar consentimento válido, os seus direitos, incluindo o de recusar assistência médica, são exercidos por quem o representa.

Embora ainda não exista em Portugal regulamentação específica, aplicam-se normas internacionais nesta matéria. A regra geral é que ninguém, sofra ou não de perturbação mental, pode ser submetido a intervenção médica sem consentimento, salvo quando a ausência de tratamento puser seriamente em risco a sua saúde. Numa situação de urgência, se não se puder obter o consentimento apropriado, poder-se-á proceder a uma intervenção que seja indispensável.

Fora destes casos, sempre que uma pessoa, em virtude de deficiência mental, careça de capacidade para julgar por si, a intervenção deve ser autorizada pelo seu representante ou, na ausência deste, por uma autoridade, pessoa ou instância reconhecidas pela lei como competentes para tal, as quais devem receber informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. Pode retirar-se a autorização a qualquer momento, no interesse do doente.

Mesmo quem prestar o seu consentimento deve, na medida do possível, ser chamado a participar no processo de autorização. Este requisito aplica-se também nos casos em que a pessoa com deficiência mental for menor.

Também deve considerar-se a vontade anteriormente manifestada em relação a uma intervenção médica por um paciente que depois fique sem condições de se expressar validamente.

Proteção a crianças e jovens deficientes

No pressuposto de que as crianças e jovens em causa se encontram a cargo do beneficiário do regime de proteção social, preenchidas que sejam as condições gerais, os períodos de carência e os requisitos de atribuição das prestações, a proteção social a crianças e jovens deficientes pode traduzir-se nos benefícios a seguir indicados:

1. Abono de família

As crianças e jovens deficientes têm direito a receber abono de família até aos 24 anos, tendo direito a uma bonificação – fixada periodicamente e modulada em função da idade - que acresce ao valor do abono, desde que por motivo de perda ou anomalia congénita ou adquirida da estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica:

- Necessitem de apoio individualizado pedagógico e/ou terapêutico específico, adequado à natureza e características da deficiência de que sejam portadores, como meio de impedir o seu agravamento, anular ou atenuar os seus efeitos e permitir a sua plena integração social ou
- Frequentem, estejam internados ou estejam em condições de frequência ou internamento em estabelecimento especializado de reabilitação.

Este valor de bonificação poderá ser acrescido de uma majoração de 20% se os titulares da bonificação estiverem inseridos em agregados familiares monoparentais.

As pessoas deficientes – descendentes de beneficiários dos regimes contributivos – que tenham mais de 24 anos, podem beneficiar de um subsídio mensal vitalício, desde que sejam portadores de deficiência de natureza física, orgânica, sensorial, motora ou mental que os impossibilite de assegurar a sua subsistência através do exercício de uma atividade profissional.

Este benefício pode ser requerido junto dos serviços de atendimento da Segurança Social no prazo de 6 meses a contar da data em que se verificar a deficiência de modo a receber com efeitos a essa mesma data (os pedidos posteriores a este prazo, em princípio, não serão indeferidos, mas apenas produzem efeitos no mês seguinte à apresentação do pedido).

Candidatura ao ensino superior de portadores de deficiência física ou sensorial

No âmbito da 1.ª fase do concurso nacional de acesso e ingresso no ensino superior público existem diversos contingentes especiais, para além do contingente geral, aos quais são afetadas determinadas percentagens de vagas. Para os candidatos portadores de deficiência física ou sensorial foi criado um contingente especial com 2% das vagas fixadas para a 1.ª fase do concurso nacional ou duas vagas. No âmbito das 2.ª e 3.ª fases não existem contingentes especiais, existindo apenas um único contingente para todos os candidatos.

Mais informações

- www.direitosedeveres.pt/q/saude-seguranca.../deficiencia-fisica-e-mental

- Portal do cidadão com deficiência - <http://www.pcd.pt/>
- Portal da Segurança Social - <http://www4.seg-social.pt/atendimento-para-pessoas-com-necessidades-especiais>

3. DOENÇA ONCOLÓGICA

O controlo do cancro compreende diferentes vertentes desde a prevenção até ao diagnóstico e tratamento, passando pela investigação e pela formação. Possui, ainda, algumas características que justificam uma especificidade estratégica quanto à organização/prestação dos agentes envolvidos.

O Plano Oncológico Nacional (Resolução de Conselho de Ministros no 129/2001, D. R. I Série, Nº190 de 17/8/2001) assumiu como obrigatório criar uma Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, cujos conceito, objetivos e organização estão definidos neste documento. A Rede de Referência Hospitalar (RRH), não descurando a capacidade já instalada, pretende enunciar princípios para o estabelecimento de níveis diferenciados de cuidados, a que se chamaram plataformas, que se articularão entre si, sem prejuízo da continuidade de cuidados e do envolvimento das estruturas de saúde locais. Do mesmo modo, a RRH de Oncologia, ao estruturar-se em plataformas, não condiciona o desenvolvimento futuro das unidades ou serviços nelas incluídos. Igualmente, a RRH deverá ser entendida como uma oportunidade de controlo de qualidade e de investigação oncológica multidisciplinar e multi institucional.

http://www.oportalsaude.com/xfiles/guia_do_doente_1375890074.pdf

Direitos Gerais do Doente Oncológico

De acordo com o regime geral estabelecido, pessoa com deficiência é “aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas” A avaliação das incapacidades de pessoas com deficiência compete a Juntas Médicas, sendo que os requerimentos de avaliação das incapacidades devem ser dirigidos ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde e entregues ao Delegado de Saúde da residência habitual do interessado, devendo ser acompanhados de relatório médico e dos meios complementares de diagnóstico.

Para que o doente possa usufruir de alguns dos direitos/benefícios indicados neste documento, deverá, numa primeira fase, ser portador de um Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, a emitir pelo presidente da referida Junta Médica, do qual deverá constar o fim a que o mesmo se destina e respetivos efeitos e condições legais, bem como a natureza das deficiências e os condicionalismos relevantes para a concessão do benefício. Este será o documento que atesta que o doente oncológico tem uma determinada percentagem de incapacidade, sendo que para obter parte dos direitos/benefícios enunciados em baixo, deverá ser decretada uma percentagem de incapacidade $\geq 60\%$. O grau de incapacidade fixado pode ser sindicado, em caso de discordância, do mesmo modo que pode ser objeto de reavaliação.

Taxas Moderadoras

Os doentes do foro oncológico com um grau de incapacidade $\geq 60\%$, entre outros, estão isentos do pagamento das taxas moderadoras. O utente tem direito à isenção do pagamento de consultas, exames, sessões de Hospital de Dia e atos complementares prescritos no decurso destas bem como tratamentos no

Hospital onde está a ser acompanhado, bem como na utilização do Serviço de Urgência dos Hospitais e dos Centros de Saúde.

Comparticipação de Medicamentos

Os doentes oncológicos que sob medicação que não seja fornecida pelo Hospital poderão beneficiar de participação no preço dos seus medicamentos, podendo deslocar-se ao Centro de Saúde da sua área de residência e pedir a listagem dos medicamentos participados.

Sem prejuízo de participações especiais aplicáveis à dispensa de medicamentos em Farmácias Hospitalares e em Farmácias de Oficina, em geral – e por maioria de razão aplicável aos fármacos usados por doentes com cancro – a participação do Estado no preço de venda dos medicamentos depende do respetivo Escalão – a fixar em Portaria do Ministério da Saúde – nos termos seguintes:

- Tratamento de Patologia do foro Oncológico: Em particular, os medicamentos analgésicos estupefacientes – nomeadamente os opióides – indispensáveis ao tratamento da dor oncológica moderada a forte, e como tal devidamente classificados através de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, são participados pelo Escalão A, a 90%.

A participação do Estado no preço dos medicamentos para os pensionistas cujo rendimento não exceda os valores decretados é de 95% para o conjunto dos Escalões, para os medicamentos cujos preços de venda ao público correspondam a um dos 5 preços mais baixos do grupo homogéneo em que se inserem, desde que iguais ou inferiores ao preço de referência desse grupo. Os pensionistas beneficiários deste regime especial de participação devem fazer prova da sua qualidade, podendo requerer a alteração dos dados constantes do seu cartão de utente ou cartão do cidadão.

Comparticipação das despesas com próteses ou outros produtos de apoio

Dependendo das suas limitações, os doentes oncológicos que necessitem de cadeiras de rodas, cadeiras ou outros meios de apoio legalmente previstos deverão solicitar ao seu médico assistente a prescrição do mesmo, mediante o preenchimento da ficha de atribuição de Ajudas Técnicas, para que possa ser atribuído por uma entidade financiadora.

Para mais informações, contacte o Instituto de Segurança Social, IP e/ou o Instituto Nacional para a Reabilitação, IP, bem como o seu Centro de Saúde e Hospital.

Despesas de deslocação

O doente oncológico tem o direito à participação das despesas de deslocação para assistência médica e tratamentos. O médico que prescreve os tratamentos é quem tem competência para prescrever a credencial relativa à necessidade de transporte. Esse documento deve ser entregue no serviço administrativo do Hospital. Existem entidades Hospitalares que têm protocolos com empresas que disponibilizam transporte próprio. Deve informar-se junto do Hospital onde é acompanhado se tal é possível.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura, ainda que parcialmente, os encargos com o transporte não urgente dos doentes oncológicos para realização de atos clínicos inerentes à doença oncológica, independentemente do número de deslocações mensais.

Esta situação de prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada deverá ser objeto de prescrição única. Nestas situações cabe aos doentes o pagamento de um valor único por trajeto e até ao limite máximo de €30 por mês.

Proteção na doença

O subsídio por doença destina-se a compensar a perda de remuneração em consequência de incapacidade temporária para o trabalho. A incapacidade por doença é comprovada pelos serviços de saúde competentes do SNS através do Certificado de Incapacidade Temporária (CIT). Este certificado deve ser enviado pelo doente ao Serviço de Segurança Social do respetivo distrito.

O período máximo de concessão do subsídio de doença é de 1095 dias ou de 365 dias, consoante se trate, respetivamente, de trabalhadores por conta de outrem ou de trabalhadores independentes.

Subsídio por assistência de 3.ª pessoa

É atribuído a pessoa portadora de deficiência que:

- Seja descendente de titular do abono de família, com bonificação por deficiência ou titulares de subsídio mensal vitalício
- Estejam em situação de dependência, não podendo – por motivos exclusivamente relacionados com a deficiência – praticar com autonomia os atos indispensáveis às suas necessidades básicas
- Careçam e tenham efetiva assistência permanente de 3.ª pessoa (pelo menos, durante 6 horas diárias).

Ficam excluídas as situações em que o deficiente beneficie de assistência permanente prestada em estabelecimentos de saúde ou de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos, financiados pelo Estado ou por outras pessoas coletivas de direito público ou de direito privado e utilidade pública.

Este benefício pode ser requerido junto dos serviços de atendimento da Segurança Social no prazo de 6 meses a contar da data em que se verificar a deficiência de modo a receber com efeitos a essa mesma data (os pedidos posteriores a este prazo, em princípio, não serão indeferidos, mas apenas produzem efeitos no mês seguinte à apresentação do pedido).

Algumas neoplasias com apoios específicos neoplasia esofágica, gástrica, hepática, pancreática

🔗 www.sped.pt/ | Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

🔗 www.inr.pt | Instituto Nacional para a Reabilitação

🔗 www.bbraun.com | B | Braun

🔗 www.coloplast.com | Coloplast

🔗 www.convatec.com | Convatec

🔗 www.hollister.com | Hollister

Neoplasias da mama

<http://ligacontracancro.pt>

www.roche.pt/InfoCancro

Outras informações legislativas

- Bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência: Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto
- Avaliação das incapacidades pessoas com deficiência para efeitos da sua reabilitação e integração: Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro, com as alterações do Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro
- Sistema de Verificação de Incapacidades: Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 165/99, de 13 de maio, e pelo Decreto-Lei n.º 377/2007, de 9 de novembro
- Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais: Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro
- Novo Modelo de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso: Despacho n.º 26432/2009, de 20 de novembro

4. DOENTES COM OSTOMIAS

A ostomia é uma abertura cirurgicamente criada que permite uma comunicação entre um órgão interno e o exterior, com a finalidade de eliminar os dejetos do organismo, de forma temporária ou permanente. Este tipo de cirurgia tem salvo muitas vidas e melhorado substancialmente a qualidade de vida de numerosos doentes afetados por perfurações acidentais no abdómen, cancro do cólon, reto e bexiga.

Os doentes ostomizados utilizam um dispositivo, geralmente uma bolsa, que permite recolher o conteúdo a ser eliminado. O fato de ser portador de uma ostomia implica adaptações a esta situação. Porém, uma vez superada a etapa inicial, pode levar-se uma vida normal.

Tipos de Ostomia

Podemos então classificar as ostomias em digestivas ou urinárias. E as primeiras em de eliminação ou de alimentação.

- **Colostomia:** é um tipo de ostomia intestinal que faz a comunicação do cólon com o exterior
- **Ileostomia:** é um tipo de ostomia intestinal que faz a combinação do íleo, a parte final e mais larga do intestino delgado, com o exterior. As Ileostomias localizam-se sempre no lado inferior direito do abdómen
- Ostomias urinárias: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico.

A ostomia deve ser realizada em ambiente hospitalar, em situação de urgência ou após proposta de decisão terapêutica da equipa médica responsável pelo acompanhamento da pessoa e pelo médico que realiza a ostomia.

Na presença de uma ostomia de eliminação, é imprescindível a utilização de dispositivos de ostomia. A estes dispositivos coletores e de proteção cutânea pode ser necessário associar acessórios de suporte, fixação, contenção ou remoção e deverão cumprir os requisitos e características técnicas seguintes:

1. Dispositivos de ostomia de duas peças, constituídos por placa e saco:
 - a) Considera-se placa: base adesiva em material antialérgico, flexível, com fixação mecânica ou adesiva, segura que permita movimentos corporais sem compromisso da fixação. Recortável ou moldável, plana ou convexa. Disponível em 3 tamanhos adulto (pequeno, médio e grande) e um tamanho pediátrico.
 - b) Considera-se saco: bolsa em material tecido não tecido, resistente e confortável. Com filtro de carvão na face anterior, acima do nível do estoma; drenável com fecho incorporado de fácil manuseamento, no caso da ileostomias; encaixe mecânico ou adesivo, seguro, compatível com a respetiva placa.
2. Dispositivos de ostomia de uma peça: saco constituído por material tecido não tecido, resistente, confortável, face de carvão na face anterior, acima do nível do estoma. Com base adesiva em material antialérgico, flexível, recortável, plano ou convexo. Drenável com fecho incorporado de fácil manuseamento, no caso da ileostomias.
3. Acessórios para ostomia: dispositivos estéreis ou não estéreis, de uso único ou reutilizáveis, necessários à gestão da ostomia.

Educação para a saúde

A associação de enfermeiros de ferida, ostomia e continência dos Estados Unidos, *Wound Ostomy Continence Nurse Society* (WOCN) refere que as pessoas submetidas a cirurgia de ostomia, temporário ou permanente, exigem cuidados físicos e emocionais, intensos e contínuos para retornar a sua vida diária, se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da ostomia.

A educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia e/ou representante legal e/ou cuidador, realizada por enfermeiro com experiência e formação específica em cuidados de estomaterapia, deve ser iniciada na fase pré-ostomia e reforçada na fase pós-operatória (cuidados hospitalares, cuidados domiciliários, unidades de internamento de cuidados continuados, cuidados paliativos e nos cuidados de saúde primários) e deve incluir:

- Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia (higiene da pele peri-estoma e estoma)
- Reconhecer complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma
- Promover o autocuidado (necessidades básicas, atividades de vida diária, utilização e manutenção da aparelhagem de dispositivo coletor)
- Instruir e treinar a utilização de dispositivos e acessórios
- Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, técnica de eliminação intestinal para a reconstrução trânsito intestinal (nas ostomias de eliminação intestinal)
- Instruir e avaliar o impacto da alimentação na eliminação intestinal (nas ostomias de eliminação intestinal)
- Referenciar para apoios na comunidade.

A criação de uma ostomia pode influenciar negativamente a qualidade de vida, imagem corporal e sexualidade. Estas questões devem ser avaliadas no pré e no pós-operatório para o planeamento de cuidados adequados.

Cuidados a ter

O estoma normal é vermelho ou rosa vivo brilhante e húmido. A pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, coceiras, feridas ou dor.

É importante observar o estoma com regularidade e, caso não esteja normal, procurar atendimento especializado. Não se assuste, no entanto, com pequenos sangramentos uma vez que se trata de uma mucosa e como tal fere-se facilmente.

Se for possível, a pele ao redor do estoma deve ser exposta ao sol alguns minutos nos dias de troca de bolsa. Deve cobrir o estoma com gaze ou tecido limpo.

O seguimento hospitalar do adulto deve ser mantido nas seguintes situações clínicas quando autocuidado não adquirido, doença oncológica com indicação de seguimento hospitalar ou complicações pós-operatórias a longo prazo.

Deve ser referenciada, a efetivar de imediato, a consulta de especialidade hospitalar e, na sua impossibilidade, ao serviço de urgência, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal e que apresenta:

- Hemorragia
- Oclusão intestinal
- Diarreia não controlável
- Prolapso não redutível

- Necrose do estoma
- Ulceração ou eritema da pele peri-estoma
- Ausência de capacidade de aparelhagem da ostomia

Material de Apoio:

- Reembolso de material de ostomia e representação do doente ostomizado (CN nº2 21/10/2014 ARSN IP, com base na CN 22/2011/GJ de 9/8 e CI nº28/2011/GJ de 12/8, da ACSS IP)
- Disponibilização da prescrição de produtos de apoio – PEM – Circular Normativa Conjunta nº2 SPMS/ACSS
- Como viver com Ostomia
- Panfleto colostomia, ileostomia e urostomia
- **Associação Portuguesa de Ostomizados**
Av. João Paulo II, Lote 552 - 2ºB
1950-154 Lisboa
Contactos Telefónicos Telf.: 218 310 587/ Fax: 218 394 295
E-mail: informacoes@apostomizados.pt

Sites:

- 🔗 www.sped.pt/ | Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
- 🔗 www.lopp.pt | Liga de Ostomizados de Portugal
- 🔗 www.europacoln.pt | Associação de Luta contra o Cancro do Intestino
- 🔗 www.ostomyinternational.org | Associação Internacional de Ostomia
- 🔗 www.inr.pt | Instituto Nacional para a Reabilitação
- 🔗 www.apdi.org.pt/ | Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestinal
- 🔗 www.bbraun.com | B | Braun
- 🔗 www.coloplast.com | Coloplast
- 🔗 www.convatec.com | Convatec
- 🔗 www.hollister.com | Hollister

5. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Um AVC é o que acontece quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é impedido, danificando as suas células. O cérebro controla tudo que o corpo faz, por isso, uma lesão no cérebro afetará as funções corporais - por exemplo, se um AVC danificar a parte do cérebro que controla o movimento dos membros, ficaremos com essa função afetada. Um AVC é repentino e os efeitos no corpo são imediatos. Os seus efeitos vão depender da parte do cérebro que é afetada e da gravidade da lesão.

O tipo de AVC mais comum é o Isquémico, o qual acontece quando há um bloqueio na artéria que leva o sangue para o cérebro. Pode ser provocado por uma trombose, uma embolia ou um bloqueio nos pequenos vasos sanguíneos da parte mais profunda do cérebro. O segundo tipo de AVC (hemorrágico) é um derrame, quando um vaso sanguíneo no cérebro.

Os primeiros sinais que aparecem quando se sofre um AVC são muito repentinos. Os sintomas incluem:

- Dormência, fraqueza ou paralisia de um lado do corpo.
- Fala arrastada, dificuldade em encontrar palavras ou discurso compreensível.
- Visão subitamente enublada ou perda de visão.
- Confusão ou instabilidade.
- Forte dor de cabeça.

É possível usar um teste simples que pode ajudar a reconhecer se uma pessoa teve um AVC – na sua presença é importante ligar imediatamente 112.

- Fraqueza Facial: a pessoa pode sorrir? Tem a sua boca ou um olho caído?
- Fraqueza no braço: a pessoa consegue levantar os braços?
- Problemas de expressão: a pessoa consegue falar com clareza e entender o que lhe dizem?

Se todos estes sinais desaparecerem após alguns minutos ou horas pode tratar-se de um Acidente Isquémico Transitório (AIT). Este acontece quando o fornecimento de sangue para o cérebro é interrompido por um curto período de tempo. Contudo, deve-se procurar atendimento médico de urgência para avaliação - há um risco de um acidente vascular cerebral mais grave no futuro.

Um AVC pode acontecer sem causa aparente, para pessoas de qualquer idade - mas há fatores que reconhecidamente aumentam a probabilidade de isso acontecer:

- Sexo - Nas pessoas com menos de 75 anos, os homens sofrem mais AVC do que as mulheres.
- Idade - Os AVCs são mais comuns nas pessoas com mais de 55 anos e o risco continua a aumentar com o decorrer da idade.
- Histórico Familiar - Ter um parente próximo que teve um AVC aumenta o risco.
- Condições Físicas – Hipertensão Arterial, fibrilação auricular e Diabetes Mellitus

Reduza o Risco:

- Controle a sua tensão arterial regularmente
- Deixe de fumar
- Faça exercício regularmente
- Evite beber em demasia
- Corte no sal e nos alimentos com gorduras
- Coma muita fruta e vegetais

Estratégias europeias para o AVC 2015 - Declaração de Helsingborg

- Todos os doentes com AVC deverão ter acesso à continuidade de cuidados, desde as unidades de AVC organizadas para a fase aguda até à reabilitação apropriada e a prevenção secundária.
- Mais de 85% dos doentes devem sobreviver no 1º mês após o AVC.
- Mais de 70% dos sobreviventes deverão ser independentes nas suas atividades diárias ao fim do 3º mês após o AVC.
- Todos os doentes com AVC potencialmente elegível para tratamento agudo específico deverá ser transferido para hospital com meios técnicos e especialistas para o tratamento trombótico.
- A mortalidade do AVC deverá ser reduzida pelo menos em 20% em relação à de 2005.
- Todos os países deverão tentar reduzir fatores de risco determinantes para o AVC na população, sobretudo a hipertensão arterial e o tabagismo.
- Todos os doentes com AVC deverão ser objeto de medidas de prevenção secundária.
- Todos os estados membros deverão estabelecer um sistema de recolha de dados necessários para avaliar a qualidade do tratamento do AVC.

Princípios fundamentais

- Prevenir complicações, minimizar as sequelas, otimizar as funções.
- Prevenção secundária de recidivas de AVC, doença coronária, enfarte do miocárdio e morte vascular.
- Avaliação e intervenção precoces para otimizar a reabilitação.
- Plano compreensivo e integrado de tratamento de cada doente por equipa de reabilitação multidisciplinar, integrando desde o início a família e cuidador(es) com os quais se devem estabelecer objetivos bem definidos.
- Responsabilizar a comunidade, doentes e instituições no controle dos fatores de risco.
- Tratamento médico atempado doutras doenças ou infeções que possam pôr em risco a sobrevivência do doente.

Organização e articulação local – USF-ECL da RNCCI

- Plano de tratamento pós – alta por equipa de reabilitação multidisciplinar- articulação com a ECL local da RNCCI
- Coordenação e controle da reabilitação nos diferentes Serviços ou no domicílio.
- Reabilitação o tempo necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo de independência funcional.

Família e cuidadores – equipa da USF e projeto Cuidar de Quem Cuida

- Parte integrante e fundamental dos cuidados continuados, nas condições atuais do nosso sistema de saúde, são submetidos a um enorme stress físico, emocional e financeiro.
- Necessidade da sua educação e formação contínua, informação adequada, suporte e assistência.
- Informação atualizada dos recursos na comunidade e a nível nacional e apoio na obtenção dos cuidados e serviços necessários.
- Informação e formação sobre as causas, consequências e potenciais complicações do AVC assim como sobre os objetivos, processo e prognóstico da reabilitação em cada caso.

— Informação por escrito (panfletos, brochuras...) e também de forma interativa – palestras, cursos, ações de formação, visitas domiciliárias

Material de Apoio

- **Associação AVC**, <http://www.associacaoavc.pt/>
Av. João Duarte, nº100
4750 - 175 Barcelos
Telefone / Fax: 253 812 547
Email: info@associacaoavc.pt
Segunda a Sexta das 08h30 às 18h00 e **Sábado** das 09h00 às 12h00

6. DEMÊNCIAS

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

As demências podem ser agrupadas em dois grandes grupos: as reversíveis e as irreversíveis ou degenerativas. As demências do tipo irreversível também são progressivas - o melhor exemplo destas é a doença de Alzheimer. Já as demências reversíveis são aquelas que, apesar de causarem danos ao cérebro, podem ter sintomas revertidos. Bons exemplos são tumores cerebrais ou deficiência de vitamina B12.

Diversas doenças estão por trás das causas da demência:

1. Demências degenerativas

- Doença de Alzheimer
- Demência com corpos de Lewy, cujos sintomas são similares aos do Alzheimer e cuja incidência é a segunda maior entre as demências
- Demência vascular, resultante de uma série de pequenos acidentes vasculares cerebrais (AVC)
- Demência frontotemporal, uma degeneração que ocorre no lóbulo frontal do cérebro

2. Demências reversíveis

- Tumores cerebrais
- Demências de causa metabólica, em que há alterações nos níveis de açúcar, sódio e cálcio no sangue
- Baixos níveis de vitamina B12
- Uso de determinados medicamentos
- Abuso crônico do álcool.

3. Outras causas

- Traumatismo craniano
- Doença de Parkinson
- Esclerose múltipla
- Doença de Huntington
- Infeções que podem afetar o cérebro, como HIV e doença de Lyme
- Doença de Creutzfeldt-Jakob.

Fatores de risco

- Idade - à medida que uma pessoa envelhece, o risco de demências aumenta consideravelmente, especialmente após os 65 anos.
- História familiar - Se tem história familiar de demência, está em maior risco de desenvolver demência.
- Síndrome de Down - Por volta da “meia idade”, muitos com síndrome de Down desenvolvem sintomas relacionados com demência.
- Abuso de bebidas alcoólicas
- Aterosclerose
- Hipertensão

- Colesterol elevado
- Depressão
- Diabetes
- Obesidade
- Tabagismo

Sintomas de Demência

- Perda de memória
- Dificuldade para se comunicar
- Dificuldade com tarefas complexas
- Dificuldade em planejar e organizar
- Dificuldade de coordenação e motoras
- Desorientação
- Alterações de personalidade
- Incapacidade de estabelecer razão
- Comportamento inadequado
- Paranoia
- Agitação
- Alucinações.

APOIO (S):

1. CENTRO DE DIA “MEMÓRIA DE MIM”

Capacidade máxima para 15 utentes. Funciona em Lavra, Matosinhos. Conta com dois grupos de estimulação (de manhã e de tarde), das 9h30 às 12h30 e das 14h às 17h, disponibilizando transporte no concelho de Matosinhos.

2. APOIO PSICOLÓGICO

Tendo como uma das principais linhas orientadoras a adequação da resposta clínica às necessidades e indicações avaliadas em cada utente, o Serviço de Psicologia está organizado em torno de intervenções dirigidas a pessoas com demência e cuidadores, respondendo a pedidos provenientes da comunidade e da equipa da Alzheimer Portugal.

3. APOIO SOCIAL

A Delegação Norte da Alzheimer Portugal oferece informação e orientação, nomeadamente sobre as respostas sociais disponíveis na Associação e na comunidade. Os atendimentos podem ser presenciais ou telefónicos.

4. MANUAL DO CUIDADOR

A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER congratula-se por poder apresentar o referido Manual, em português, para que todos os que se encontram a braços com cuidados a prestar a pessoas com doença de Alzheimer, ou com qualquer outra forma de demência, possam nele encontrar uma ajuda para as suas dúvidas e anseios.

5. GRUPOS DE SUPORTE

Uma oportunidade de encontro de familiares e amigos de pessoas com demência, cuidadores que vivem problemas idênticos e que, em comum, os podem analisar, trocando impressões e experiências, dando e recebendo sugestões.

6. Livro “ALGUNS CONSELHOS SOBRE A DEMENCIA DE ALZHEIMER”

A associada da Alzheimer Portugal, Dr.ª Ângela Valença, Neurologista, e o Dr. Joaquim Sérgio, Médico Ortopedista, fizeram a tradução e adaptação de vários folhetos informativos sobre a Doença de Alzheimer, originais da Associação de Alzheimer dos E.U.A. e cuja compilação resultou na publicação do livro “Alguns conselhos sobre a Doença de Alzheimer”

7. Projeto “CUIDAR DE QUEM CUIDA”

Juntamente com a equipa da USF é parte integrante e fundamental dos cuidados continuados sendo submetidos a um enorme stress físico, emocional e financeiro. Pretende a educação, formação contínua, informação adequada, suporte e assistência dos cuidadores
Informação por escrito (panfletos, brochuras...) e também de forma interativa – palestras, cursos, ações de formação, visitas domiciliárias – relativamente ao processo demencial, prognóstico e reabilitação de cada caso.

Outros apoios: Serviços ao Domicílio, Outros serviços não domiciliários, Apoio Jurídico → material disponível no site <http://alzheimerportugal.org/pt/servicos-delegacao-norte>

UNIDADES ALZHEIMER PORTUGAL -_Sede

Av. de Ceuta Norte, Lote 15, Piso 3 Quinta do Loureiro
1300 – 125 Lisboa
Telefones: 213 610 460
Fax : 21 361 04 69
E-mail: geral@alzheimerportugal.org

Linha de Apoio "Informar Mais"

Telefone: 213 610 465
E-mail: carina.carvalho@alzheimerportugal.org

Associados e Quotas:

Telefone: 213 610 467
E-mail: associados@alzheimerportugal.org

Informações e Serviço Social:

Telefone: 213 609 300
E-mail: info@alzheimerportugal.org

Formação e Workshops:

Telefone: 213 610 460

E-mail: formacao@alzheimerportugal.org

Departamento Administrativo e Financeiro:

Telefone: 213 626 041

E-mail: daf@alzheimerportugal.org

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER- DELEGAÇÃO NORTE

<http://alzheimerportugal.org/pt/servicos-delegacao-norte>

7. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença respiratória progressiva que resulta da obstrução das vias aéreas e que pode manifestar-se através de tosse, expetoração, pieira, falta de ar, sensação de “aperto” torácico e outros sintomas. O fumo de cigarro é a causa principal desta doença. Por esse motivo, a maioria das pessoas que sofrem de DPOC são fumadoras (ou foram fumadoras no passado). No entanto, a exposição prolongada à poluição do ar, substâncias químicas e outros irritantes pulmonares, pode também contribuir para o desenvolvimento de DPOC.

Na DPOC ocorre uma obstrução ao fluxo normal de ar através dos brônquios. Esta limitação à passagem do ar não é completamente reversível e, geralmente, vai progredindo com o passar dos anos. No geral, a DPOC desenvolve-se após vários anos de tabagismo durante os quais o fumo de cigarro, que contém irritantes inflamatórios das vias respiratórias, causa alterações que podem conduzir ao aparecimento de danos nas vias aéreas. Estes danos podem ser permanentes.

Em muitos pacientes, com a progressão da doença, desenvolve-se uma limitação gradual em relação ao exercício, que pode levar a importantes limitações nas atividades diárias. Os doentes com DPOC apresentam uma tendência acrescida para o desenvolvimento de infeções respiratórias e, geralmente, quando isto acontece, a expetoração torna-se esverdeada ou amarelada e a falta de ar tem tendência a piorar.

O diagnóstico de DPOC é habitualmente baseado nas alterações observadas no exame físico do doente, na sua história clínica e nos resultados de um exame simples de avaliação da função respiratória, a espirometria.

Site oficial: <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/artigo/dpoc-o-que-e/>

Informações sobre:

- DPOC- Diagnóstico e Tratamento
- DPOC e fatores de risco
- Cessação Tabágica
- Assistência domiciliária na DPOC
- Relação entre Obesidade e DPOC
- Cuidados a ter com a Altitude
- Profissões de maior risco para desenvolver DPOC
- Ajuda médica aos doentes com DPOC
- Como combater a insuficiência respiratória associada à DPOC
- Uso de inaladores nos pacientes com DPOC
- Relação entre a DPOC e o risco de desenvolver patologias cardíacas
- Reeducação respiratória: exercícios de fortalecimento muscular

A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PESSOAS COM DPOC E OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS (Respira), legalmente constituída em Fevereiro de 2007, conta com cerca de 250 associados em todo o país. Os seus principais objetivos são apoiar, promover e fomentar os programas de promoção da saúde respiratória, de prevenção primária e secundária do tabagismo e o conhecimento acerca da DPOC e de outras Doenças Respiratórias Crónicas entre a população em geral e os profissionais de saúde. Pretendem também implementar programas de acompanhamento e apoio às pessoas com doenças respiratórias

crónicas com o objetivo de conhecerem a sintomatologia das diferentes doenças e as suas implicações a nível pessoal, familiar e social e lutar pelos direitos sociais.

Associação para Pessoas com DPOC e outras Doenças Respiratórias Crónicas

Rua Infante D. Pedro, nº 10 - B

1700-232 Lisboa

Telemóvel: 964 926 708

E-mail: respiradrc@gmail.com

Site: www.respira.pt

8. DIABETES MELLITUS

O que é a diabetes?

A glicose (açúcar no sangue) é essencial à vida. O nosso organismo utiliza o açúcar para produzir energia indispensável ao funcionamento normal dos vários órgãos e tecidos. Para que a glicose possa ser utilizada pelo organismo, tem que passar do sangue para o interior das células. Na maioria das situações esse transporte para dentro das células só é possível com a ajuda de uma importante hormona: a insulina. A insulina é uma hormona produzida pelo organismo que tem como função regular a glicemia. Ela é produzida por células do pâncreas. Em situações normais, e desde muito cedo na vida - antes de nascermos - o pâncreas produz esta hormona que retira o "açúcar" do sangue, transportando-o para dentro das células. Desta forma, os níveis de "açúcar" no sangue (glicemia) baixam. Na *Diabetes Mellitus* (DM), esta situação está alterada. A característica que define a DM é a subida anormal e descontrolada da glicemia. Isto é causado por problemas com a produção de insulina ou com a sua atuação nas células (a chamada "resistência à insulina").

Existem vários tipos de DM, sendo os principais:

- **DM tipo 1** - desenvolve-se geralmente em crianças, adolescentes ou jovens adultos. Neste tipo, o pâncreas deixa completamente de produzir insulina. Por essa razão, a única maneira de tratar a DM tipo 1 é administrando insulina.
- **DM tipo 2** - é a forma mais frequente de diabetes: 9 em cada 10 diabéticos são do tipo 2. Surge em qualquer idade mas é mais frequente nas pessoas adultas com peso a mais. Neste tipo, o organismo produz menos insulina e a insulina faz menos efeito (chama-se a isto "resistência à insulina"). É tratada com medidas de alteração do estilo de vida e medicação oral. Com o passar dos anos, também precisa da administração de insulina.
- **Diabetes Gestacional** - pode ocorrer durante as últimas fases da gravidez, embora geralmente desapareça com o nascimento do bebé. As mulheres que têm este tipo de diabetes têm maior propensão para virem a desenvolver DM tipo 2 numa fase mais tardia da sua vida.
- Existem outras causas de DM mas muito mais raras do que as anteriores. É o caso da diabetes causada por certos medicamentos, traumatismos abdominais graves, formas genéticas raras, entre outras.

As causas da DM tipo 2

Tal como outros tipos de DM, a alteração principal é a elevação anormal e descontrolada dos níveis de glicemia ("açúcar" no sangue).

Há duas causas principais:

- Perda progressiva da eficácia da insulina, também designada de "resistência à insulina";
- Diminuição anormal e progressiva da produção de insulina por parte do pâncreas.

A resistência à insulina começa muito antes do surgimento de DM. Tanto quanto se sabe hoje em dia, a sequência de acontecimentos é a seguinte:

1. Como resultado do estilo de vida e dos genes herdados, o organismo vai ficando progressivamente mais resistente à insulina, ou seja, a insulina deixa de "fazer efeito";

2. Para compensar, o pâncreas produz mais insulina. Com este esforço do pâncreas, os níveis de glicemia vão-se mantendo controlados e dentro de valores normais.
3. Em algumas pessoas, o pâncreas começa lenta mas progressivamente a falhar e a deixar de produzir a quantidade suficiente de insulina para manter a glicemia controlada;
4. Quando isto acontece, a glicemia sobe anormalmente e de forma descontrolada, dando origem à DM.

Não sabemos porque é que em algumas pessoas o pâncreas começa a falhar, mas sabemos que o excesso de peso, o aumento da gordura no organismo e a inatividade física aumentam a resistência à insulina e portanto são fortes fatores de risco e agravamento da DM tipo 2.

Se lhe foi diagnosticada DM tipo 2, existem várias medidas pessoais que pode adotar para controlar de melhor forma a sua diabetes, nomeadamente:

- Optar por uma alimentação mais saudável
- Ser fisicamente ativo
- Perder peso
- Tomar adequadamente a medicação para a diabetes
- Reduzir a pressão arterial
- Melhorar os níveis de colesterol
- Entender a Diabetes

Mais informação:

- <http://controlardiabetes.pt/entender-a-diabetes/acerca-da-diabetes-mellitus>
- **PORTAL DA DIABETES:** <http://www.apdp.pt/>
- **Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal: APDP.PT**
Rua Rodrigo da Fonseca, N.º 1, 1250-189 Lisboa Portugal
Telf.: +351 21 381 61 00
Fax: +351 21 385 93 71
Email: diabetes@apdp.pt
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 7h30 às 19h00

Delegação NORTE:

Telem.: +351 92 528 61 61

Email: apdpnorte@apdp.pt

Rua Nova do Estádio, N.º 244, 4460-381 Senhora da Hora Portugal

- **Sociedade Portuguesa de Diabetologia**
Telf: 213 524 147 (das 9.30h às 12.30h)
Telem: 96 825 22 97 (das 9.30h às 12.30h)
Fax: 21 385 93 71
- **American Diabetes Association:** www.diabetes.org
- www.idf.org

9. FIBROMIALGIA

A fibromialgia é uma doença crónica caracterizada por queixas dolorosas neuromusculares difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas. Outras manifestações que se associam são a fadiga, as perturbações do sono e os distúrbios emocionais. Alguns doentes queixam-se de perturbações gastrointestinais.

Sofrem da doença de 2 a 8% da população adulta dependendo dos países. A taxa de prevalência é de 1,7% do total das doenças reumáticas em Portugal. A maioria das pessoas com fibromialgia é do sexo feminino, idades compreendidas entre os 43 e os 60 anos.

A DOR NA FIBROMIALGIA

O sintoma mais importante da fibromialgia é a dor, que pode afetar uma grande parte do corpo. Em certas pessoas afetadas, a dor começa de forma generalizada, e em outras numa área específica como o pescoço, ombros, região lombar, etc. A dor da fibromialgia pode ser descrita como queimadura ou mal-estar. Às vezes podem ocorrer espasmos musculares.

Com frequência, os sintomas variam em relação à hora e ao dia, podendo ter maior incidência de manhã, agravando-se com a atividade física, com as mudanças climáticas, com a falta de sono e o stress, etc. Acredita-se que a doença seja devida a uma perturbação dos mecanismos da dor, nos fusos neuromusculares, não havendo propriamente lesão de qualquer órgão, nomeadamente músculos ou articulações, podendo nalguns casos ser altamente invalidante.

OUTROS SINTOMAS E ASPECTOS DA FIBROMIALGIA

Além da dor, a fibromialgia pode causar sensação de formiguelo e inchaço nas mãos e pés, principalmente ao levantar da cama assim como ocasionar rigidez muscular.

Outra alteração da fibromialgia é a fadiga, que se mantém durante quase todo o dia com pouca tolerância ao esforço físico. Quando o sintoma dominante é a fadiga, a doença tem sido designada por Síndrome da Fadiga Crónica.

As pessoas com fibromialgia queixam-se com frequência de ansiedade e, por vezes de depressão, perturbações da atenção, concentração e da memória. Alguns doentes têm queixas gástricas e cólon irritável. Cerca de 70% dos doentes com fibromialgia queixam-se de perturbações do sono, piorando as dores nos dias que dormem pior.

Os registos electroencefalográficos podem apresentar alterações em relação com as perturbações do sono. Há relatos de casos de fibromialgia que começam depois de uma infeção bacteriana ou viral, um traumatismo físico ou psicológico.

Existem estudos que mostram que pessoas com esta doença, apresentam níveis baixos de algumas substâncias importantes, particularmente a serotonina e níveis elevadas de proteína P relacionados com a dor.

DIAGNÓSTICO

Dado que não existem exames ou análises que permitam a confirmação do diagnóstico, este é feito com a história clínica, a observação médica pondo em evidência os pontos dolorosos e os sintomas associados à fadiga, às perturbações do sono e às alterações emocionais. Utilizam-se também duas escalas - Índice de dor generalizada e Escala de gravidade dos sintomas (avaliam a quantidade de pontos dolorosos e a sua influência na qualidade de vida).

Em resumo os Critérios de Diagnóstico são:

- a) Da presença de sintomas, como fadiga, acordar cansado, dor generalizada e alterações cognitivas, durante um período superior ou igual a 3 meses
- b) b) Do resultado superior ou igual a 12 pontos, obtido através dos seguintes parâmetros: i) Índice de dor generalizada (*widespread pain index*) ≥ 7 e com pontuação da gravidade dos sintomas (*symptom severity score*) ≥ 5 ; ou ii. Índice de dor generalizada (*widespread pain index*) ≥ 3 e ≤ 6 , com pontuação da gravidade dos sintomas (*symptom severity score*) ≥ 9 e com presença de dor abdominal e/ou com depressão e/ou cefaleia, nos últimos 6 meses.

Devem no entanto ser investigados a presença de lesões nos músculos, alterações do sistema imunológico, problemas hormonais e principalmente doenças reumáticas, etc. No caso da fibromialgia todos os exames e análises devem ser normais.

PROGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

Há várias medicações muito úteis para atenuar os sintomas da fibromialgia e muitas outras estão a surgir. Os estudos a longo prazo sobre fibromialgia têm demonstrado que se trata de uma doença crónica com uma evolução alternando períodos melhores com outros de grande crise em que a medicação é fundamental. Um dos aspetos que por vezes é determinante para o prognóstico é a relação entre o doente, os familiares, os colegas de trabalho e a comunidade, e não menos importante, mas indispensável, é o apoio e uma boa relação médico / doente.

Mais informação:

- [APDF Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia - www.apdf.com.pt](http://www.apdf.com.pt)

10. DOENÇA CELÍACA

Doença celíaca é uma doença auto-imune que danifica o intestino delgado e interfere com a absorção dos nutrientes do alimento, que afeta 1% dos europeus. Quando as pessoas com doença celíaca ingerem alimentos ou usam produtos com glúten, o sistema imunológico, responde danificando as vilosidades do intestino delgado, que são responsáveis pela absorção dos nutrientes dos alimentos para a corrente sanguínea. A doença celíaca é genética, para toda vida e por vezes torna-se ativa pela primeira vez após cirurgia, gravidez, parto, infecção viral ou por stress emocional grave.

Sintomas da doença celíaca

Os sintomas desta doença variam de pessoa para pessoa, e podem ocorrer ao nível do sistema digestivo ou de outras partes do corpo. As manifestações da doença são geralmente mais intensas nos primeiros anos de vida, sobretudo nos primeiros dois anos, durante a introdução de novos alimentos na dieta. Os sintomas mais comuns são:

- * Distensão e dor abdominal;
- * Diarreia Crónica ou intermitente;
- * Vômitos;
- * Perda de peso;
- * Palidez;
- * Fezes ricas em gordura, fétidas, volumosas e pouco consistentes;
- * Irritabilidade é outro sintoma comum em crianças. A má absorção de nutrientes, durante os anos em que a nutrição é essencial para o crescimento normal da criança podem resultar noutros problemas, como atraso no crescimento e baixa estatura, puberdade atrasada, e defeitos no esmalte dentário.

Os adultos apresentam com mais frequência outro tipo de sintomas:

- * Anemia ferropénica inexplicada;
- * Fadiga;
- * Dores ósseas ou articulares;
- * Artrite;
- * Perda de massa óssea ou osteoporose;
- * Depressão ou ansiedade;
- * Dormência nas mãos e nos pés;
- * Alterações do ciclo menstrual;
- * Infertilidade ou abortos recorrentes.

Estes indivíduos tendem a ter outras doenças em que o sistema imunológico ataca as células saudáveis do corpo e tecidos. A relação entre doença celíaca e essas doenças pode ser genética. Entre elas podemos referir a diabetes tipo 1, a doença auto-imune da tiróide, a doença hepática auto-imune e a artrite reumatóide.

Diagnóstico da doença celíaca

Após suspeitar da doença, o médico deverá pedir análises ao sangue e às fezes para confirmar a existência de má-absorção dos alimentos e a existência de anticorpos da doença celíaca, tais como: anti-gliadina, anti-endomíseo, anti-transglutaminase (actualmente o mais exacto). Caso os exames sejam positivos, a probabilidade de ter a doença é alta no entanto é necessária a realização de biópsia ao intestino para confirmação da mesma.

Tratamento da doença celíaca

O único tratamento existente é uma dieta isenta de glúten para toda a vida, pois não existe cura para a doença celíaca. Apenas a eliminação do glúten da alimentação permite que o intestino regenere por completo da lesão e o organismo recupere. Contudo, se houver reintrodução do glúten, as inflamações regressam e os sintomas reaparecem. Uma dieta sem glúten é aquela em que se excluí todos os cereais que o contêm e seus derivados. Os cereais que contêm glúten são:

- * Trigo;
- * Cevada;
- * Centeio;
- * Aveia.

Alimentação - Alimentos proibidos

- * Farinhas e amidos de: trigo e variantes (Triticale, espelta, kamut, etc.), de aveia, centeio, cevada e malte e extrato de malte;
- * Pão;
- * Bolos e bolachas;
- * Massas;
- * Iogurtes com cereais;
- * Farinheira e alheira;
- * Sopas de pacote;
- * Panados;

- * Delícias do mar;
- * Pizza;
- * Lasanha e canelones.

Alimentos que podem conter glúten

- * Broa de milho;
- * Queijos industriais;
- * Iogurtes de aromas/pedaços;
- * Leites achocolatados, maltados e aromatizados;
- * Produtos pré-congelados e ultra-congelados;
- * Salsichas em lata;
- * Enlatados;
- * Fiambre, Presunto e chouriço;
- * “*Patés*”;
- * Polpa de Tomate;
- * Caldos de carne e de peixe;
- * Outros temperos industriais (ketchup, maionese, mostarda, etc);
- * Sobremesas instantâneas;
- * Gelados comerciais;
- * Compotas de fruta;
- * Chocolates em tablete ou pó;
- * Frutas em calda /cristalizada;
- * Gelatinas;
- * Produtos de soja;
- * Natas;
- * Manteigas e margarinas;
- * Banhas industriais;
- * Batatas fritas de pacote;
- * Refrigerantes;
- * Sumos concentrados;
- * Whisky;
- * Açúcar glacé.

Apesar destas restrições, as pessoas com doença celíaca devem ter uma dieta equilibrada com uma grande variedade de alimentos.

Alimentos permitidos

- * Batata;
- * Arroz;
- * Amaranto;
- * Quinoa;
- * Milho;
- * Mandioca;
- * Tapioca;

Podem comprar pão sem glúten, massas e outros produtos das lojas que disponibilizam alimentos orgânicos, ou comprar produtos de empresas de alimentos especiais.

- * Carne;
- * Peixe;
- * Ovos;
- * Marisco
- * Fruta;
- * Vegetais;
- * Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, etc.);
- * Leite natural gordo, meio gordo e magro;
- * Queijo fresco e requeijão;
- * Iogurtes naturais;
- * Azeite e óleos vegetais;
- * Água;
- * Vinho;
- * Chá;
- * Café puro;
- * Especiarias (noz moscada, pimenta em grão, cravinho, etc.);
- * Ervas aromáticas (salsa, coentros, orégãos, etc.).

Conselhos úteis

- Os celíacos devem ser cautelosos relativamente às refeições fora de casa e quando compram alimentos no supermercado.
- Comer fora pode ser um desafio. Quando uma pessoa com doença celíaca estiver com dúvidas sobre algum item de um menu, deve perguntar sempre ao empregado quais os ingredientes no prato.
- O glúten também pode ser encontrado em produtos de uso doméstico e em alguns medicamentos, pelo que a leitura de rótulos dos produtos é de extrema importância. Se os ingredientes não estão explícitos no rótulo, o fabricante deve fornecer uma lista, mediante solicitação;
- O doente celíaco nunca deve abdicar da dieta em situação alguma, pode sentir-se melhor mas não está curado;
- Em caso de dúvida não deve ingerir o alimento.

Para mais informações:

- **Associação Portuguesa de Celíacos**

www.celiacos.org.pt

Avenida Júlio Dinis, 23 1ºEsq, 1050-130 Lisboa

Vantagens em ser sócio: Informação atualizada e fidedigna sobre a DC e avanços científicos no âmbito da mesma; Acompanhamento Dietético Personalizado; Acesso privilegiado a listagens atualizadas de alimentos sem glúten (SG), ao lançamento de novos produtos e a informação sobre Restaurantes e Hotéis adaptados a celíacos; Acesso gratuito e total aos meios de comunicação APC (Revista “Sem Glúten”, Portal, Newsletters,...)

11. DOENÇAS RARAS

Na União Europeia, consideram-se Doenças Raras aquelas que têm uma prevalência inferior a 5 em 10.000 pessoas, considerando o total da população da UE.

No seu conjunto, afectam cerca de 6% da população, o que significa que existirão cerca de 600.000 pessoas com estas patologias em Portugal.

Nas doenças raras 80% têm origem genética. As outras podem resultar de infecções (bacterianas ou virais), de alergias ou de causas degenerativas e que proliferam. As doenças raras caracterizam-se pela ampla diversidade de distúrbios e sintomas que apresentam e variam não só de doença para doença, mas também de doente para doente.

Estas doenças caracterizam-se geralmente como:

- Doenças crónicas graves, degenerativas e que normalmente colocam a vida em risco;
- Doenças incapacitantes, com comprometimento da qualidade de vida pela falta de autonomia;
- Doenças em que o nível de dor e de sofrimento do indivíduo e da sua família é elevado;
- Doenças para as quais não existe uma cura efectiva, mas os sintomas podem ser tratados para melhorar a qualidade de vida e a esperança de vida.

Mais informação:

- RARÍSSIMAS – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras

<http://www.rarissimas.pt/pt/conteudo/doencas-raras#sthash.1ShCgldm.dpuf>

Missão de apoiar doentes, famílias, amigos de sempre e de agora que convivem de perto com as doenças raras.

Sede: Rua das Açucenas, Lote 1, Loja Dta. 1300-003Lisboa

Email sede: info@rarissimas.pt

Email delegação norte: porto@rarissimas.pt

- FEDRA - Federação das Doenças Raras de Portugal

<http://www.fedra.pt>

- EURORDIS - Aliança não governamental centrada no doente que se dedica a melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas que vivem com doenças raras na Europa

<http://www.eurordis.org/>

- ORPHANET - Portal Europeu para as Doenças Raras e os Medicamentos Órfãos,

<http://www.orpha.net>

- NORD - Associação Nacional para as Doenças Raras dos EUA

<http://www.rarediseases.org>

12. CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Os maus tratos em crianças e jovens são um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

A “Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR) foi criada pelo Despacho nº 31292 de 5 de Dezembro, veio estruturar e operacionalizar a intervenção neste domínio, quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico.

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

Comunicar à **CPCJ**

Os maus tratos a crianças são frequentes ?

Os maus tratos a crianças são um problema frequente em todo o mundo, e também em Portugal, embora não existam entre nós dados estatísticos precisos para avaliar a verdadeira dimensão do problema. Nos Estados Unidos, em que é obrigatória a declaração dos casos de maus tratos infantis, são registados anualmente mais de dois milhões de casos; este número, embora elevado, é inferior ao real, principalmente pela dificuldade em identificar determinados tipos de maus tratos, como o abuso sexual e a negligência e abuso emocional.

Em que idades são mais frequentes os maus tratos ?

Os maus tratos podem atingir crianças de qualquer idade mas os estudos revelam que são mais susceptíveis de serem maltratadas as crianças com menos de três anos de idade (cerca de dois terços dos casos), em particular o grupo de menos de seis meses de idade que representa um terço dos casos.

Que tipos de maus tratos existem ?

Existe uma multiplicidade de situações designadas como maus tratos, os quais podem apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas:

1. Negligência (inclui abandono e mendicidade);
2. Mau Trato Físico;
3. Mau Trato Psicológico/Emocional;

4. Abuso Sexual;
5. Síndrome de Münchausen por Procuração.

O que se entende por negligência?

A negligência é uma forma de maus tratos em que o prestador de cuidados é incapaz de proporcionar à criança ou jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Pode ser intencional ou por incompetência parental.

A negligência física inclui a privação de cuidados médicos básicos, a falta de alimentação e vestuário adequados, higiene deficiente, abandono da criança ou a sua permanência sem vigilância por longos períodos de tempo.

A negligência emocional refere-se a todas as situações em que as necessidades emocionais da criança são ignoradas, em que ela é privada do afecto e suporte emocional necessários ao seu desenvolvimento e crescimento normais.

A negligência educativa inclui os casos em que a criança não é enviada à escola na idade própria, os casos de absentismo escolar frequente ou quando os pais facilitam ou promovem hábitos que interferem com a educação, como o uso de álcool e outras drogas.

O que se entende por mau trato físico?

O mau trato físico resulta de qualquer acção não acidental, infligida pelos pais, cuidadores ou outros, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico. Este tipo de maus tratos é aquele mais facilmente percebido, que se mostra pela agressão física (bater, morder, queimar, sacudir violentamente, empurrar, dar pontapés) e que engloba um conjunto variado de situações traumáticas, desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas.

O que se entende por mau trato psicológico/emocional?

O mau trato psicológico resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afectivo indispensável à criança/jovem.

Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.

O que se entende por abuso sexual?

Abuso sexual diz respeito a todo o envolvimento de uma criança numa actividade sexual, desde exibição dos genitais, conversas obscenas, mostrar revistas ou filmes pornográficos, manipulação dos genitais, sexo oral ou relações sexuais, cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.

O abuso sexual é punido pelo actual art.º 171º do Código Penal (CP), que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças. Sempre que do acto resulte gravidez, ofensa à integridade física grave ou morte da vítima, infecções de transmissão sexual ou suicídio, a pena será agravada em metade ou em um terço, nos seus limites máximos e mínimos, conforme o caso e de acordo com a idade da vítima. O mesmo sucede se esta for descendente, adoptada ou tutelada do agente – art.º 177º CP.

Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico. Recomenda-se, sempre que possível, a colaboração dos profissionais de saúde mental infantil, tanto na ajuda para o diagnóstico como para a intervenção. Contudo, em algumas situações, é possível identificar sintomas/sinais deste tipo de mau trato.

O que se entende por Síndrome de Munchausen por Procuração?

Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, gerando procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que os sinais e sintomas e forma de abuso são imperceptíveis.

O que é que caracteriza as pessoas que maltratam crianças?

As pessoas que maltratam crianças são de qualquer raça, religião ou estrato social, sem características especiais que as distingam dos outros. Assim, qualquer pessoa pode, em determinadas

circunstâncias, maltratar uma criança se não for ajudada. Alguns acontecimentos da vida podem contribuir para que alguém se torne um abusador: consumo de álcool ou de outras drogas, stress, depressão, história de abuso ou negligência na infância.

É possível e legítimo ajudar alguém que maltrata uma criança?

As pessoas que maltratam crianças estão também, muitas vezes, em sofrimento. Embora seja claro que ninguém tem o direito de maltratar uma criança e que a sua protecção será sempre a primeira prioridade, devemos também, sempre que possível, procurar ajudar o abusador, compreender os seus problemas, dar-lhe apoio e orientá-lo na procura de um tratamento adequado.

Como podemos ajudar uma criança que sofre de maus tratos?

Todos os adultos, pais, familiares ou amigos, profissionais que prestam cuidados a crianças ou simplesmente cidadãos têm o dever de proteger qualquer criança que seja vítima de maus tratos (abuso ou negligência). Uma criança maltratada que não recebe tratamento adequado será afectada no seu desenvolvimento intelectual, emocional e físico e está em risco de vida.

A denúncia de uma suspeita de maus tratos a uma criança é uma tentativa responsável e um exercício de cidadania para proteger essa criança.

De salientar que, para além de um dever cívico, a comunicação destas situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica da criança, constitui uma obrigação para qualquer pessoa (artigo n.º 66º, nº2 Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

A comunicação pode ser dirigida às entidades com competência em matéria de infância e juventude (serviços de saúde, escolas, serviços de ação social, etc.), às entidades policiais (PSP ou GNR), às Comissões de Protecção de crianças e Jovens (CPCJ) ou as autoridades judiciais (Ministério Público e tribunais).

Mais informações:

- **CPCJ de Valongo**

<http://www.cnpcjr.pt/>

Av. 5 de Outubro, 160. 4440-503 Valongo

Telefone: 224228149

Email: cpcj@cm-valongo.pt

Site: www.cm-valongo.pt

- **DGS – Direcção geral de Saúde**

<https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5526>

13. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O Crime de Violência Doméstica abrange qualquer acção ou omissão de natureza criminal, entre pessoas que residam no mesmo espaço doméstico ou, não residindo, sejam ex-cônjuges, ex-companheiro/a, ex-namorado/a, progenitor de descendente comum, ascendente ou descendente, e que inflija sofrimentos:

- Físicos
- Sexuais
- Psicológicos
- Económicos

A violência mais comum é a exercida sobre as mulheres. Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço doméstico é a maior causa de morte e invalidez entre mulheres dos 16 aos 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra. Em Portugal, em 2016, em média 14 mulheres por semana foram sujeitas a violência.

Pedir Apoio

A APAV presta às vítimas apoio emocional e apoio especializado de forma gratuita e confidencial. A APAV, reconhecendo que os utentes que recorrem aos seus serviços têm necessidades específicas, que reclamam, por isso, intervenções especializadas, promove três tipos de apoio:

- Apoio Jurídico
- Apoio Psicológico
- Apoio Social

Este apoio é prestado por um conjunto de Técnicos de Apoio à Vítima devidamente formados e preparados para poderem prestar um apoio de qualidade e que responda adequadamente às diferentes necessidades das vítimas de crime. A **confidencialidade** e a **escuta activa** à/ao utente são essenciais num atendimento e apoio adequado a estas vítimas. Importa, acima de tudo, que a vítima se sinta ouvida e compreendida, num espaço onde não sejam tecidos quaisquer juízos de valor e onde a sua vontade e decisões são sempre respeitadas. Qualquer atendimento é estritamente confidencial, pelo que quaisquer dados sobre a vítima e a sua situação não serão transmitidos a terceiros.

O que não deve fazer

Se o/a seu/amigo/a ou familiar está a ser vítima de violência doméstica ajude-o/a a procurar apoio. mas

NÃO FAÇA o seguinte:

- dizer à/ao seu/sua amigo/a o que fazer: a decisão é sempre da vítima;
- dizer-lhe que ficará desapontado/a se o seu/sua amigo/a não fizer o que lhe disse para fazer ou se voltar para o/a agressor/a;
- fazer comentários que possam culpabilizar a vítima por ser vítima;
- tentar fazer “mediação” entre a vítima e o/a agressor/a;
- confrontar o/a agressor/a, porque pode ser perigoso para si e também para a vítima.

Para mais informações:

- **APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima**

<http://www.apav.pt>



GAV PORTO

Centro de Recursos Sociais da CM Porto

Rua da Fábrica Social, 17, Piso 2

4000-201 PORTO

tel 22 550 29 57 | fax 22 550 29 59

apav.porto@apav.pt

Dias úteis: 10H00-13H00 / 14H30-18H00

BENEFÍCIOS FISCAIS- PEDIDO DE JUNTA DE INCAPACIDADE PELA AUTORIDADE SAÚDE

Os benefícios fiscais só podem ser obtidos após Junta Médica de Avaliação de Incapacidade pela Autoridade de Saúde (DL nº 291/2009 de 12 de Outubro), e para usufruir destes benefícios é necessário um grau de incapacidade igual ou superior a 60%.

O requerimento de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência, é entregue na secretaria da Unidade de Saúde Pública do ACES Maia/ Valongo sito na Av. Visconde de Barreiros s/nº 4470-151 Maia das 9h às 12h e das 14h às 16h30. Telefone: 22 949 0584

O requerimento tem de ser acompanhado de relatórios médicos actualizados e documentos de identificação (BI/ cartão do cidadão, número de contribuinte, cartão de utente e carta de condução se possuir).

Os relatórios médicos apresentados devem ser originais, os mais atuais, devidamente datados e assinados pelo(s) médico(s) responsável(eis) pelo acompanhamento do doente.

Nos termos do disposto no ponto 2.1 do Capítulo II, do anexo ao DL nº 106/2012, de 17 de Maio, à emissão deste atestado está associada a taxa de 50€.