



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Relatório Final de Estágio:**

**Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem  
Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Carolina Raquel Marques Luís

Leiria, março de 2025



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e  
Saúde Pública

**Relatório Final de Estágio: Desenvolvimento de Competências Especiali-  
zadas em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de  
Saúde Pública**

**Empoderamento Comunitário dos Imigrantes Indianos para o  
Acesso aos Cuidados de Saúde**

Trabalho Final de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem  
Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Trabalho elaborado por:**

Carolina Raquel Marques Luís, N° 5230046

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública  
com Relatório Final

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, março de 2025

*Dedico este trabalho ao meu filho, minha força.*

## **AGRADECIMENTOS**

O caminho percorrido foi um enorme desafio, que com muita resiliência e apoio incondicional das “minhas” pessoas e das pessoas que foram surgindo, que me apoiaram e orientaram ao longo desta jornada, se tornou menos pesado a cada passo. A todas elas, expresso a minha gratidão.

À minha família pelo apoio e disponibilidade incondicional, o incentivo, a dedicação em todos os momentos e fases deste percurso desafiante. Por serem colo, solução e resolução para todos as adversidades.

À minha irmã que partilhou comigo este caminho desafiante, pela paciência, pelas partilhas, reflexões, apoio incondicional.

À Ana Rita Bastos, pela amizade, paciência, pelas partilhas, reflexões, apoio e por poder contar sempre com a sua disponibilidade, incentivo e ajuda nos momentos mais difíceis.

À Professora Doutora Teresa Kraus, pela disponibilidade, pelo apoio e conhecimento transmitido, pelo tempo dispensado ao longo dos estágios.

Às Enfermeiras Especialistas Ana Catarina Duarte e Lúcia Grácio, pela orientação, experiência, partilha, disponibilidade, pela ajuda e pelo incentivo, que muito me ajudaram a crescer enquanto pessoa e enquanto profissional.

Às restantes Enfermeiras da USP Pólo da Marinha Grande e UCC Marinha Grande e aos outros elementos da equipa multidisciplinar, pela forma empática com que me acolheram e integraram nas várias atividades, fazendo-me sentir parte da equipa.

Aos colegas do mestrado pela ajuda e apoio.

Aos meus colegas e entidade patronal pelo apoio, incentivo e desculpem as minhas ausências.

Aos imigrantes que integraram este projeto e que, apesar da diversidade cultural, descobriram disponibilidade, colaboração e participação em todas as fases do processo.

Aos parceiros envolvidos em todas as etapas de implementação do projeto ENGAGE, dedicando o seu tempo e partilhando a sua experiência para que os resultados alcançados promovam melhorias na saúde da população em estudo.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

AIMA – Agência para a Integração, Migração e Asilo

ARS Centro – Administração Regional de Saúde do Centro

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CENDES/OPAS - Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DARE+ - Diabetes: + apoio pelos Responsáveis Escolares

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNO – Doenças de Notificação Obrigatória

DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde

ECSP - Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EAvEC – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EESCSP - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

EPVA - Equipa de prevenção de violência entre adultos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

IDG - Índice de Desempenho Global

INE – Instituto Nacional de Estatística

Gestcare CCI – Plataforma de monitorização da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados

Km<sup>2</sup> – quilómetros quadrados

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MECSCSP - Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

N.º - número

NACRJ – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI – Núcleo Local de Inserção Social

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p. – página

PEM - Plano Estratégico para as Migrações

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PIOI - Plano de Intervenção de Obesidade Infantil

PLS – Plano Local de Saúde

PNLSCC - Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

pp. – páginas

PS – Planeamento em Saúde

REVIVE – Rede de Vigilância de Vetores

SAMP - Sociedade Artística Musical dos Pousos

SiiMA Rastreios - Sistema de Informação para a gestão de Programas de Rastreio de Base Populacional

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO - Sistema de Informação para Saúde Oral

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCMG – Unidades de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande

UE – União Europeia

UE/EEE - Estados-Membros da União Europeia/Espaço Económico Europeu

UF – Unidades Funcionais

ULSRL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VIGIE - Plataforma de tecnologia em saúde para monitorização constante da rede de frio

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>X</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>11</b>
<b>ABSTRAT</b> .....	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>15</b>
1.1. CARATERIZAÇÃO Da UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA, PÓLO DA MARINHA GRANDE ...	15
1.2. CARTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE.....	18
<b>2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>22</b>
2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO .....	23
2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO .....	25
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>29</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	30
3.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	30
3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	31
3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	33
3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais . .....	34
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	35

3.2.1. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	35
3.2.2. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde .....	37
3.2.3. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico .....	38
3.2.4. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade .....	40
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>43</b>
4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	43
4.1.1. Revisão da Literatura com foco no grupo comunitário .....	43
4.2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	48
4.2.1.Considerações Éticas .....	50
4.2.2. Diagnóstico de Situação de Saúde .....	51
4.2.3. Definição de prioridades .....	57
4.2.4. Fixação de objetivos .....	59
4.2.5. Seleção de estratégias .....	61
4.2.6. Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução.....	63
4.2.7. Execução do Projeto Engage .....	65
4.3. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	69
4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS e IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA .....	74
<b>CONCLUSÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>
APÊNDICE I – Cronograma do projeto de intervenção comunitária.....	87
APÊNDICE II - Pedido de Parecer à Comissão de Ética e aprovação do conselho de administração da ULSRL.....	89
APÊNDICE III – Declaração Confidencialidade dos dados.....	98
APÊNDICE IV – Consentimento Livre e Informado .....	100
APÊNDICE V – Consentimento Livre e Informado para gravação de voz .....	103

APÊNDICE VI – Artigo publicado InfoSaúde: <i>Impacto do Ruído na Saúde</i> .....	107
APÊNDICE VII – Artigo publicado InfoSaúde: <i>Fenómeno Migratório e a importância da Literacia em Saúde</i> .....	110
APÊNDICE VIII – Apresentação da Formação sobre Prevenção da Diabetes, no âmbito do Dia Mundial da Diabetes .....	113
APÊNDICE IX – Formação sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros .....	125
APÊNDICE X – Formação sobre Violência.....	150
APÊNDICE XI – Apresentação do PIC .....	163
APÊNDICE XII – Guião de Entrevista e análise de conteúdo .....	169
APÊNDICE XIII – Questionário MAIEC adaptado aos imigrantes.....	173
APÊNDICE XIV – Sessão de Educação para a Saúde aos Imigrantes sobre Acesso aos cuidados de saúde e hábitos de vida saudáveis .....	182
APÊNDICE XV – Material educativo disponibilizado aos imigrantes .....	198
APÊNDICE XVI – Apresentação Grupo Focal.....	210
APÊNDICE XVII – Análise EA <sub>v</sub> EC.....	221
APÊNDICE XVIII – Modelo SUNRISE.....	231
APÊNDICE XIX – Apresentação de resultados do ENGAGE24 .....	235
APÊNDICE XX – Artigos pertinentes para a fundamentação da intervenção .....	246
<b>ANEXOS .....</b>	<b>255</b>
ANEXO I – Caracterização da população do concelho da Marinha Grande inscrita na UCC .....	256
ANEXO II – Escala EA <sub>v</sub> EC .....	258
ANEXO III – Matriz de decisão clínica do MAIEC .....	261
ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética e despacho do Conselho de Administração .....	263
ANEXO V – Agendamento com a Junta de Freguesia Marinha Grande .....	266
ANEXO VI – Gráfico Radar EA <sub>v</sub> EC ENGAGE23.....	268

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Sunrise de Madeleine Leninger.....	24
<b>Figura 2</b> - Domínios da EAveC.....	26
<b>Figura 3</b> - Etapas do processo de planeamento em saúde .....	49

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.....	55
<b>Tabela 2</b> - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS .....	58
<b>Tabela 3</b> - Processo de priorização dos diagnósticos identificados.....	58
<b>Tabela 4</b> - Objetivos, indicadores de atividade e resultado com respetivas metas.....	60
<b>Tabela 5</b> – Representação do conhecimento demonstrado.....	70
<b>Tabela 6</b> - Avaliação dos indicadores de atividade do projeto.....	72
<b>Tabela 7</b> – Avaliação dos indicadores de resultado do projeto .....	74

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Definição dos diagnósticos .....	56
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Gráfico Radar da EAveC para a falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde, da comunidade indiana.....	66
<b>Gráfico 2</b> - Modelo SUNRISE adaptado à amostra em estudo .....	68
<b>Gráfico 3</b> – Perceção dos imigrantes sobre os seus conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde, pré e pós. ....	69
<b>Gráfico 4</b> - Importância de um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde.....	70
<b>Gráfico 5</b> – Serviços de saúde utilizados pelos imigrantes indianos – Pré intervenção .....	71
<b>Gráfico 6</b> – – Serviços de saúde utilizados pelos imigrantes indianos – Pós intervenção .....	71
<b>Gráfico 7</b> – Resultados questionário da literacia em saúde HLS-EU-Q6:Psicométrico, pré e pós intervenção. ....	72
<b>Gráfico 8</b> - Nível de conhecimentos em todos os temas abordados na sessão, por respostas corretas. ....	73

## RESUMO

O presente relatório apresenta o percurso realizado ao longo do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

O relatório tem como objetivo desenvolver uma análise reflexiva sobre a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública e expor o projeto de intervenção comunitária ENGAGE, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, tendo como referenciais teóricos o Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, demonstrando a importância da prática especializada baseada na evidência.

O aumento do fluxo migratório e a mobilidade contínua das pessoas demandam adaptações nos sistemas de saúde, para assegurar a acessibilidade e a equidade nos serviços de saúde. Os imigrantes encontram barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, o que pode resultar num aumento de doenças evitáveis e na sobrecarga dos serviços de emergência. O investimento em políticas de saúde inclusivas melhora a qualidade de vida dos imigrantes e fortalece o sistema de saúde.

Neste sentido, o projeto ENGAGE tem como objetivo promover o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes a residir na Marinha Grande. A amostra foi constituída por 5 imigrantes que cumpriam os critérios de inclusão. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário inicial e um questionário final para avaliar a aquisição de conhecimentos. As estratégias de intervenção utilizadas foram a promoção da saúde, através de intervenções educativas, *marketing* social, disponibilização de conteúdo educativo e o estabelecimento de parcerias com os *stakeholders*. Após análise dos dados, apurou-se que os imigrantes tinham um conhecimento reduzido sobre o acesso aos cuidados de saúde, onde foi identificada a barreira linguística como a principal causa. Com a implementação do projeto, verificou-se um aumento de 6% nos conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde e procura de ajuda para o acesso aos serviços de saúde, por quem não participou no projeto. Estes fatores contribuíram para uma melhoria contínua e conseqüentemente para o empoderamento comunitário, prevenção de doenças e naturalmente obter ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde Comunitária, Saúde Pública, Imigrantes, Empoderamento Comunitário, Acesso aos Cuidados de Saúde.

## **Abstrat**

This report presents the path taken during the internship in Community and Public Health Nursing.

The aim of the report is to develop a reflective analysis on the acquisition of the common and specific competences of nurses specializing in Community Nursing, in the area of Community and Public Health, and to present the ENGAGE community intervention project, based on the Health Planning methodology, with the Community Empowerment Evaluation and Intervention Model and Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care as theoretical references, demonstrating the importance of evidence-based specialist practice.

The increase in migratory flows and the continuous mobility of people demand adaptations in health systems to ensure accessibility and equity in health services. Immigrants encounter barriers that hinder access to health services, which can result in an increase in preventable diseases and the overloading of emergency services. Investing in inclusive health policies improves the quality of life of immigrants and strengthens the health system.

In this sense, the ENGAGE project aims to promote access to health care for immigrants living in Marinha Grande. The sample consisted of 5 immigrants who met the inclusion criteria. An initial questionnaire and a final questionnaire were used as data collection tools to assess knowledge acquisition. The intervention strategies used were health promotion, through educational interventions, social *marketing*, making educational content available and establishing partnerships with *stakeholders*. After analyzing the data, it was found that immigrants had little knowledge about access to healthcare, where the language barrier was identified as the main cause. With the implementation of the project, there was an increase of 6% in knowledge about access to healthcare and seeking help to access healthcare services by those who did not participate in the project. These factors contributed to continuous improvement and consequently to community empowerment, disease prevention and, of course, health gains.

**Keywords:** Nursing, Community Health, Public Health, Immigrants, Community Empowerment, Access to Health Care.

## INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, inserido no 3º semestre do Curso do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (MECSCSP) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), no âmbito da Unidade Curricular de Estágio II.

O Estágio II desenvolveu-se em dois contextos, duas Unidades Funcionais (UF): na Unidade de Saúde Pública (USP) Pólo da Marinha Grande da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS RL) que decorreu de 2 de setembro a 18 de outubro de 2024, com 125 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica e na Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande (UCC MG) que decorreu de 21 de outubro de 2024 a 03 de fevereiro de 2025, com 250 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica. Ambos com orientação contínua de um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e sob supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus Barros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o estágio pretende ser uma oportunidade exclusiva para a transição do enfermeiro a especialista (2021), que com o presente relatório se pretende fazer uma análise crítico-reflexiva das oportunidades de concretização de atividades em contexto clínico promotoras do desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), bem como demonstrar o planeamento e implementação do Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) ENGAGE, em contexto de prática clínica, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde (PS), tendo em consideração os determinantes sociais de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) OMS (2024a), os determinantes sociais de saúde são as circunstâncias nas quais “as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem” e que influenciam a sua situação de saúde.

O estágio com relatório final visa proporcionar condições de aprendizagem de forma a desenvolver as competências especializadas na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de acordo com o perfil de competências específicas do EESCSP, com particular atenção para grupos de pessoas em risco e comunidades de vulnerabilidade acrescida, conforme Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018).

Para o EESCSP é importante aprofundar conhecimentos e refletir sobre os problemas de saúde e as necessidades reais de saúde, atuando no sentido da prevenção da doença e na

promoção da saúde, tendo em consideração os determinantes de saúde e atuando de forma a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) (ONU, 2015).

Segundo o guia de Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECSP) (2024), o presente estágio tem como objetivos gerais “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista na USP e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública na USP”. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes: Executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; Utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; Refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Elaborar um relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade. Como objetivos transversais foram definidos os seguintes: Comunicar resultados de intervenção com linguagem técnico-científica; gerir adequadamente o tempo e os recursos; gerir e conceber projetos (tomada de decisão) com vista à resolução de problemas.

O presente relatório organiza-se em quatro capítulos: o primeiro capítulo com a caracterização dos contextos da prática clínica ECSP; o segundo capítulo com os modelos de referência para a tomada de decisão em ECSP; o terceiro capítulo são descritas as competências comuns e específicas do EESCSP; o quarto capítulo diz respeito à prática baseada na evidência, onde se apresenta o projeto de intervenção comunitária segundo a metodologia do PS, onde são desenvolvidas as suas etapas, finalizando-se com as considerações finais, as referências bibliográficas e por último, os Apêndices que contemplam os trabalhos desenvolvidos durante o estágio e os Anexos.

O presente relatório foi elaborado seguindo as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos ESSLei (2018) e com referenciação de acordo com a Norma APA 6ª Edição.

## **1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Os desafios da saúde da população e as mudanças na forma como os cuidados de saúde são oferecidos requerem uma reestruturação das instituições de saúde e das equipas de saúde na prestação de cuidados, destacando a necessidade de formação para a diferenciação e melhoria constante nas respostas às necessidades das comunidades.

A prestação de cuidados diferenciados de saúde é essencial para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde do indivíduo, grupo e da comunidade, sendo que para tal é fundamental conhecer a comunidade e formular projetos de cuidados ajustados às necessidades do indivíduo, grupo e da comunidade, assim é fundamental as UF como a USP e a UCC, enquanto unidades muito próximas do indivíduo, grupo e da comunidade.

As UF onde decorreu a prática clínica de enfermagem comunitária e saúde pública foram USP da ULS RL, Pólo da Marinha Grande e UCC da Marinha Grande.

### **1.1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE LEIRIA, PÓLO DA MARINHA GRANDE**

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008), as Unidade de Saúde Pública (USP) funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do agrupamento em que se integra tendo como competência elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

Em 2022, com o Decreto-Lei n.º 52/2022 é vinculado que as USP têm autonomia técnica e funcional, devendo constituir-se por médicos de Saúde Pública, EEESCSP e Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica.

A ULS RL foi constituída a 01 de janeiro de 2024 com a implementação do modelo de governação de ULS, que como menciona o Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro de 2023, pretende “garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares” (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

Com a agregação dos cuidados de saúde primários aos cuidados de saúde hospitalares e redefinição geográfica das ULS, a ULSRL manteve os concelhos de Batalha, Leiria, Marinha

Grande, Pombal e Porto de Mós, contudo recebeu os concelhos de Alcobaça, Ourém e Nazaré, conforme descrito no Perfil Local de Saúde (PLS) do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL) (ACeS PL, 2023).

A ULSRL passou assim a ser responsável, pelos cuidados de saúde integrados, a um número estimado de pessoas residentes em 2023 de 377597, numa área geográfica de 2650,4 Km<sup>2</sup> (Pordata, 2024). Por conseguinte a USP da ULS RL é comumente responsável pelo mesmo número de pessoas residentes.

A missão da ULSRL é “prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e de saúde pública, diferenciados e de qualidade, assegurando os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS” (SNS24, 2025).

A USP Pólo da Marinha Grande da ULS RL até 31 de dezembro de 2023 estava inserida no Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeSPL) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro).

A missão da USP da ULS RL é “promover a utilização de todos os recursos disponíveis para atingir um elevado nível de saúde para a população, usando como meios para a defender, proteger e promover: a investigação e vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a avaliação do impacto das intervenções no nível de saúde da comunidade, a autoridade de saúde e outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais”, segundo o Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI – CSP) (SPMS, 2023a). A visão da USP da ULS RL é “ser reconhecida como instituição de referência no desenvolvimento da saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do setor da saúde.” Os valores são “cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; da excelência técnica, cultura de partilha de informação em saúde com as instituições e organismos a que possa ser útil, cultura de partilha de informação em saúde com a população, tendência à diferenciação técnica dos seus profissionais nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas, intercooperação com as demais Unidades Funcionais, cultura de equidade e garantia de acessibilidade à população e cultura de integridade na defesa dos interesses públicos”, de acordo com BI-CSP (SPMS, 2023a).

A equipa da USPRL é constituída por um total de 56 profissionais, sendo 11 médicos especialistas, 10 enfermeiros especialistas, 10 assistentes técnicas e 15 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. O que representa um desvio das dotações seguras previstas legalmente, assim existe um défice de 4 médicos especialistas, 3 enfermeiros especialistas e 10 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

De acordo com as dotações seguras de enfermeiros especialistas para as Unidades de Saúde Pública, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2015b) o rácio é de 1 enfermeiro especialista para cada 30000 habitantes, pelo que a necessidade da USPRL é de 12,6 enfermeiros, tendo assim um défice de 3 enfermeiros especialistas na unidade.

Os projetos em desenvolvimento de acordo com a definição de prioridades da comunidade, são:

- ✓ Planeamento em Saúde: Observatório Local de Saúde/Estratificação do Risco, Plano Local de Saúde e Avaliação de Impacto em Saúde;
- ✓ Vigilância Epidemiológica de doenças transmissíveis com Doenças de Notificação Obrigatória, Programa Nacional para a Tuberculose, Programa de Prevenção e Controlo da Doença dos Legionários, Outras Doenças Transmissíveis: zoonómicas, de transmissão hídrica e alimentar e Eventos de Massa;
- ✓ Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Ambiental com Vigilância da Água para Consumo Humano, Vigilância de Piscinas e Recintos com Diversões Aquáticas, Vigilância das Zonas Balneares, Vigilância dos Estabelecimentos Termais e de Hemodiálise, Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE), Vigilância de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas, Vigilância dos Estabelecimentos de Comércio, Serviços e de Saúde, Vigilância dos Estabelecimentos de Apoio Social e Gestão de Pareceres, Vistorias, Reclamações e Avaliações de Impacto Ambiental;
- ✓ Promoção da Saúde e Prevenção da Doença com Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, Programa Nacional de Vacinação, Programas de Saúde Prioritários, Rastreios de Base Populacional, Rastreio de Saúde Visual Infantil, Retinopatia Diabética e Oncológicos; Sanidade Internacional e populações móveis com Vacinação Internacional, Medicina do Viajante, Vigilância Sanitária de Migração e Comércio Internacional;
- ✓ Contingência e catástrofe com Plano de Contingência de Saúde Sazonal: Módulo Verão e Módulo Inverno e Emergências em Saúde Pública;

- ✓ Outras atividades no âmbito da Autoridade de Saúde como Mandados de Condução para Avaliação Clínico-psiquiátrica Urgente, Verificações de Óbito e Outras Atividades de Autoridade de Saúde Legalmente Previstas;
- ✓ Atividades de colaboração interna, externa com Representação nos Órgãos Municipais com Responsabilidades de Saúde, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e Registo Nacional do Testamento Vital;
- ✓ Outros serviços como Qualidade e Auditoria, Investigação, Formação e comunicação; (ACeS PL, 2023).

No polo da Marinha Grande, os projetos mais relevantes são: Programa Prevenção Violência ao Longo do Ciclo de Vida; Prevenção de acidentes; PPCIRA; Programa Nacional de Saúde Escolar; Plano Nacional de Vacinação; Doenças de Notificação Obrigatória (DNO); Vigilância Epidemiológica, Rastreamento de Saúde Visual Infantil; Programa Nacional de Saúde Oral; Vigilância de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e o Plano de Contingência para Temperaturas Extremas.

Os sistemas de Informação na Saúde permitem colaboração, partilha de conhecimentos e de informação, assumindo um papel fundamental no sistema de saúde, tendo em foco a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e população. Na USP são utilizados os sistemas de Informação: SClínico Cuidados de Saúde Primários, Registo de Saúde Eletrónico, SIIMA Rastreamentos, SISO-Sistema de informação para a Saúde Oral, o SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o VIGIE (Plataforma de tecnologia em saúde para monitorização constante da rede de frio) (SPMS, 2025b).

## 1.2. CARTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, as UCC são UF com autonomia organizativa e técnica, às quais compete prestar “(...) cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis (...)” (p. 7).

A UCC da Marinha Grande encontra-se no edifício do Centro de Saúde da Marinha Grande, é uma das Unidades Funcionais do mesmo, a qual nasceu a 23 de fevereiro de 2014 com a homologação do parecer técnico pela Administração Regional de Saúde do Centro. Opera numa base populacional e dá resposta a toda a população do conselho, residente ou não.

A área de abrangência é o concelho da Marinha Grande que é constituído pelas freguesias de Marinha Grande, Moita e Vieira de Leiria. Assim, a população abrangida é de 42 132 utentes, num total de 20 426 homens e 21 706 mulheres, sendo o seu índice de dependência de 57,14%, conforme disponível para análise no Anexo I (SPMS, 2024c).

A UCC tem como missão, contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, de carácter multidisciplinar. A sua visão é “prestar cuidados de saúde através de um trabalho multidisciplinar que garanta as respostas imprescindíveis à manutenção de um bom nível de bem-estar”. Bem como, os seus valores são “desenvolver as suas atividades numa perspetiva integrativa de cuidados multidisciplinares através da transparência, responsabilidade, igualdade, equidade, confiança, dedicação e respeito” (UCC MG, 2023).

A equipa da UCC é constituída por um total de quinze profissionais, sendo um médico, nove enfermeiros especialistas, um enfermeiro generalista a frequentar a especialidade de reabilitação, duas assistentes técnicas, uma assistente social e uma psicóloga (UCC MG, 2023). A estrutura orgânica da UCC MG constitui-se por um coordenador da unidade que é uma enfermeira e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. O funcionamento da UCC decorre de segunda a sexta-feira entre as 8h e as 20h, poderá funcionar das 8h às 13h aos feriados e fins de semana, havendo necessidade associada a situação clínica alterada dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e/ou em dias comemorativos ou em que existam intervenções educativas.

De acordo com as dotações seguras de enfermeiros especialistas para as Unidades de Cuidados na Comunidade, definidas pela OE no Regulamento n.º 743/2019, de 27 de setembro (OE, 2019a) o rácio é de 1 enfermeiro, preferencialmente especialista, para cada 5000 habitantes, com uma população de 42 132 utentes, a sua necessidade é de 8,4 enfermeiros, ou seja, 9 enfermeiros, assim a unidade encontra-se dentro dos parâmetros delineados, com 10 enfermeiros. O mesmo regulamento salvaguarda a necessidade de se ter em conta as “características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar os resultados”, assim os cálculos

também deverão ter em consideração o diagnóstico de saúde da comunidade, proporcionando a necessidade de mais enfermeiros para esta unidade.

A UCC Marinha Grande “atua ao nível da prevenção primária, secundária e terciária em articulação com todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, secundários, parcerias ou outros, através do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária” (UCC MG, 2023).

Os projetos em desenvolvimento de acordo com a definição de prioridades da comunidade, constam na carteira de serviços contratualizados na Carta de Compromisso – 2024 (SPMS, 2025d), sendo eles: Vamos Nascer; Promoção Saúde Infantil e Juvenil (Pinhal Litoral Seguro, PIOI - Plano de Intervenção de Obesidade Infantil, consulta de adolescentes); Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI); Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACRJ); Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ); Equipa de prevenção de violência entre adultos (EPVA); Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais; Rede Social e Núcleo Executivo; Núcleo Local de Inserção Social (NLI); Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos; Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; Independências; DARE+ - Diabetes: + apoio pelos Responsáveis Escolares; Gerações; Adição sem substância; Diabetes em movimento; Projeto Marinha sem quedas; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) Projeto de formação e Projeto Aqui Contigo com a Sociedade Artística Musical dos Pousos (SAMP) – Doentes Paliativos.

Para a concretização dos projetos a UCC estabelece uma articulação com UF da ULS RL, serviços e entidades locais, com o intuito de otimização dos recursos da UF e da comunidade, sendo o seu foco a promoção da saúde nas diferentes fases do ciclo de vida da pessoa, no seu contexto familiar e social.

Segundo o Plano de Ação de 2024, contante na Carta de Compromisso – 2024 (SPMS, 2025d), a UCC realiza as suas atividades integradas em diferentes áreas, nomeadamente: Desempenho assistencial, a nível do acesso, gestão da saúde, gestão da doença e intervenção comunitária; Qualidade organizacional que integra a melhoria contínua da qualidade, a centralidade no cidadão, a satisfação dos profissionais e a segurança; Formação de profissionais interna e externa; Serviços de caráter assistencial e não assistencial; bem como, Atividades científicas, com a participação em trabalhos de investigação e autoria de artigos escritos, apresentação de comunicações e participação em conferências.

Os indicadores avaliados na UCC MG, que constam na matriz de desempenho do Plano Ação da UCC, têm impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), orientando a prestação de cuidados e a elaboração de projetos da unidade.

A ECCI da UCC MG está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e tem um total de 14 vagas. O plano de cuidados prevê intervenções para os doentes, familiares e outros prestadores de cuidados, com foco na sua capacitação e empoderamento.

NA UCC são utilizados diferentes sistemas de informação, para registo e monitorização pelos seguintes sistemas: SClínico, Registo de Saúde Eletrónico (SER), Plataforma Gestcare CCI – Plataforma de monitorização da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), que integra o Sistema de monitorização das UF.

Após a caracterização das UF onde decorreu o estágio, que contribuíram para o desenvolvimento das competências do EESCSP, é fundamental referir os Modelos Teóricos de Enfermagem que apoiaram a tomada de decisão clínica na prática de cuidados durante os estágios.

## **2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

A Enfermagem busca a excelência no seu exercício, para garantir a sustentabilidade profissional e a qualidade da sua prestação de cuidados, assim a existência de modelos de prática profissional podem conferir um bom contributo para a obtenção de resultados (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2016). Um modelo de prática profissional busca servir como uma base conceptual para aprimorar a prática de cuidados, com o objetivo de garantir segurança e qualidade assistencial (Slatyer, Coventry, Twigg, & Davis, 2016). Assim, os modelos de prática profissional sustentam a tomada de decisão clínica do enfermeiro, com vista a ganhos em saúde para a pessoa e para a comunidade.

A tomada de decisão em enfermagem na prestação de cuidados deve ser fundamentada em um pensamento crítico, permitindo que o enfermeiro identifique as intervenções mais apropriadas para cada pessoa, com o objetivo de assegurar que os resultados desejados sejam alcançados e promovendo assim a melhoria da satisfação dele próprio e melhoria na satisfação da pessoa pelos os resultados dos cuidados (Potter & Perry, 2013).

Proporciona-se, segundo Santos et al (2022) visibilidade ao processo de trabalho e a autonomia na prestação de cuidados, tendo a capacidade de expandir a enfermagem enquanto ciência. Como refere Melo (2020), os modelos e as teorias de enfermagem que permitem compreender a forma como os enfermeiros olham para a pessoa.

A evolução dos processos de pensamento de enfermagem, surge com a preocupação dos cuidados a comunidade, com significados e dinâmicas exclusivas, onde indivíduos e grupos comunitários interagem entre si e com o ambiente comunitário, como refere Melo (Melo, 2020).

A tomada de decisão sobre qual ou quais os referenciais teóricos a adotar, tendo em conta as especificidades do contexto, é fundamental, pelo que para o desenvolvimento do projeto de intervenção, que será apresentado neste Relatório, associado à migração e a multiculturalidade, optou-se pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado de Madeleine Leininger, que orienta para o planeamento de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, tendo em conta os fatores da saúde e bem-estar das comunidades de várias culturas (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

A comunidade enquanto unidade dos cuidados do EEESCSP, leva à avaliação da participação dos membros comunitários na identificação e resolução autónoma de desafios e conflitos pelo

que o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário como orientador da tomada de decisão para o empoderamento comunitário, é fundamental evidencia Melo et al. ao mencionar Laverack, 2005 (2018).

De seguida são descritos os dois modelos teóricos acima mencionados que conduziram a prática de cuidados de enfermagem ao longo do estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, constituindo-se referenciais importantes para a transição para EEECS.

## 2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO

O aumento do fluxo migratório e a constante movimentação das pessoas pelo mundo tornam essencial que a diversidade cultural das pessoas seja reconhecida e valorizada nos cuidados de enfermagem prestados.

Madeleine Leininger no final dos anos de 1950 desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (TDUCC), que é a teoria de enfermagem que procura compreender e respeitar as diferenças e semelhanças culturais entre indivíduos, grupos e comunidades (Ruschel, Azzolin, & Rabelo, 2012). A TDUCC é uma teoria que se concentra principalmente na análise comparativa entre a cultura, o bem-estar e os cuidados de saúde (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021), como defende Oriá et al. (2005), os cuidados de enfermagem culturalmente congruente é a essência e o objetivo central da enfermagem, promovendo saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades, ou seja enfermagem transcultural.

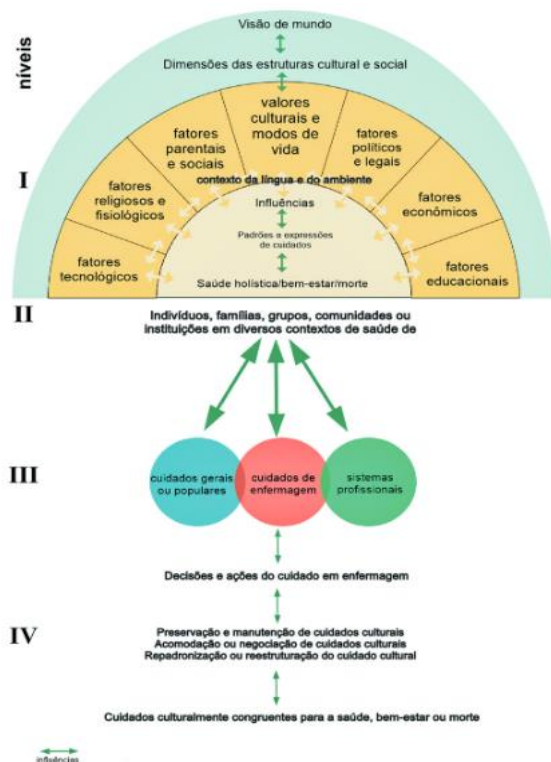
A TDUCC de Leininger tem como objetivo oferecer cuidados de enfermagem que sejam culturalmente apropriados e responsáveis, levando em consideração as necessidades, culturas, valores, crenças e estilos de vida da população. Isso busca apoiar e capacitar indivíduos ou grupos a preservar seu bem-estar e aprimorar sua qualidade de vida (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Segundo Leininger os conceitos de cultura e cuidado são essenciais e devem ser priorizados tanto na prática quanto na pesquisa em enfermagem, reconhecendo que o cuidado à pessoa é realizado tendo em conta dois sistemas: o sistema *emic* (considerado como o sistema local, das tradições, no qual está a família e a comunidade) e o sistema *etic* de cuidado (desenvolvido nos serviços especializados por profissionais nas instituições) (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005). Nestes sistemas, a saúde é vista como uma condição percebida ou cognitiva de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo realizar atividades de acordo com os padrões desejados em uma determinada cultura (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

O objetivo da teoria de Leininger é documentar, conhecer, prever e explicar as diferenças e semelhanças no cuidado popular e profissional das culturas estudadas segundo o Modelo *Sunrise*; identificar as perspectivas culturais das pessoas sobre o cuidar e usar esse conhecimento para orientar a prática de enfermagem e fornecer um cuidado culturalmente coerente e responsável que atenda às necessidades culturais, valores, crenças e modo de vida do cliente (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

O cuidado transcultural e o processo de saúde-doença na enfermagem estão intimamente ligados à atuação do enfermeiro na prestação de cuidados, fundamentando-se no respeito pela diversidade cultural de cada pessoa. De acordo com as informações analisadas, a importância do cuidado transcultural de Leininger destaca que o enfermeiro que aplica essa teoria na sua prática terá maior autonomia no cuidado, proporciona mais conforto ao paciente e respeita a sua cultura, religião, etnia e crenças (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021).

O modelo *Sunrise* (Figura 1), que representa o nascer do sol, é uma metáfora para diagrama conceitual criado por Leininger, que organiza e complementa os elementos fundamentais da sua teoria, destacando que os seres humanos estão intrinsecamente ligados a seus contextos culturais, à estrutura social e ao ambiente em que vivem, assim como à sua perspectiva do mundo e da sua história (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021).



**Figura 1** - Modelo *Sunrise* de Madeleine Leininger

**Fonte:** (Machado, Borges, & Robban, 2023)

Segundo Leininger e McFarland, mencionados por Machado, et al (2023), o modelo *Sunrise* é composto por quatro níveis, que oferecem suporte para o planeamento e a execução do cuidado, sendo que: I) é composto por componentes interdependentes das estruturas cultural e social, que conferem significado ao cuidado com base na perspetiva de mundo da pessoa, incluindo todos os aspetos da estrutura social da pessoa; II) fundamenta-se no conhecimento do primeiro nível e envolve a aplicação desse conhecimento; III) identifica e busca caracterizar valores populares, profissionais e de enfermagem, incluindo os diagnósticos de enfermagem; e, por último, IV) esclarece as atividades do cuidado de enfermagem de forma congruente.

No nível I do modelo *Sunrise*, onde estão inseridas as dimensões das estruturas cultural e social, estão inseridos os fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de parentesco e sociais, valores culturais e estilos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais da pessoa (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014).

Assim, o modelo reconhece que a pessoa não pode ser separada da sua cultura e da sua estrutura social, que são elementos fundamentais na teoria de Leininger (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021).

## 2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

O EESCSP tem como foco dos cuidados a comunidade. A comunidade possui uma identidade e uma dinâmica únicas, na qual os indivíduos e os grupos que a compõem interagem entre si e com o ambiente comunitário envolvente, pelo que o EESCSP deve adotar um papel ativo nesse contexto, enquanto promotor de saúde, ciente de que todas as estratégias de empoderamento também são formas de promover a saúde, pelo que deve direcionar a sua tomada de decisão para o empoderamento comunitário, como um processo e como resultado (Melo, 2020).

O conceito de Empoderamento Comunitário surge e tem sido objeto de estudo nas últimas décadas, especialmente com foco na Enfermagem Comunitária (Melo, 2020).

O empoderamento comunitário está relacionado com a participação dos membros da comunidade e com o desenvolvimento das suas habilidades para reconhecer e solucionar os seus problemas, tendencialmente mais autónoma, como refere Laverack, 2005, citado em Melo et al. (2018). Assim, os indivíduos e as comunidades passam a ter controlo e responsabilidade sobre sua própria saúde (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018). Trata-se de um processo em que os indivíduos, através de processos participativos, desenvolvem estratégias e ações para alcançar seus

objetivos. Esta conquista demanda uma busca constante e uma aquisição de recursos, a participação nas decisões que impactam a comunidade e a consolidação das organizações que estabelece a articulação na comunidade e outros (Melo, 2020).

Surge o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) que é um modelo que orienta os enfermeiros na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem. Este modelo é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Glenn Laverack e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo (Melo, 2020).

A avaliação do empoderamento comunitário é realizada com uma escala designada *Empowerment Assessment Rating Scale*, que foi traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa, que se designa por Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) (Melo et al., 2020) (Anexo II).

A EAvEC é composta por nove domínios de avaliação: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, capacidade para questionar o porquê, gestão de programas e relação com agentes externos (Figura 2) (Melo, 2020).



**Figura 2** - Domínios da EAvEC

**Fonte:** Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale, (p. 444), de Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L. V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Freitas, C. T., & Dimande, M., 2020, Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43(1). <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>

Cada domínio tem 5 depoimentos relativos à caracterização do nível de empoderamento, numerados de 1 a 5 (Anexo II), em que 1 corresponde ao depoimento que caracteriza o nível menor de empoderamento e 5 o que caracteriza o nível maior de empoderamento. Para a avaliação desses domínios deve ser aplicada a técnica de Grupo Focal, num contexto que envolva os membros da comunidade e centrada na problemática identificada. Prevê que para cada domínio devem ser apresentados os cinco depoimentos de forma aleatória. Os membros do Grupo Focal devem analisar os depoimentos e chegar a um consenso de qual o depoimento que melhor avaliar a comunidade em estudo naquele momento (Melo, 2020). A apresentação da avaliação atribuída a cada um dos nove domínios para a problemática identificada pode ser através de um gráfico radar, sendo que os domínios com valor mais baixo deverão ser alvo de intervenção e os restantes domínios alvo de melhoria (Melo, 2020).

O MAIEC é composto por uma Matriz de Decisão Clínica, com focos de atenção, diagnósticos de enfermagem centrados na comunidade e intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Anexo III) (Melo et al., 2018; Melo, 2020).

Na Matriz de Decisão Clínica o foco principal do enfermeiro é a gestão comunitária, que é a habilidade da comunidade de reconhecer problemas e mobilizar recursos, dentro do contexto de problemas específicos e processos de interação com o ambiente comunitário, e, assim, encontrar soluções para esses problemas. A gestão comunitária, na decisão clínica, associa-se a três diagnósticos: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário. Estes três diagnósticos ainda se distribuem em subdiagnósticos: Coping comunitário; Comunicação; Parcerias; Estruturas organizacionais; Conhecimento; Crenças e Volição. A gestão comunitária considera-se comprometida quando ao avaliar cada um destes subdiagnósticos, um se encontra alterado (Melo, 2020). Além disso, apresenta as intervenções específicas do enfermeiro que abordam cada um dos diagnósticos comprometidos e visam melhorar a gestão comunitária (Melo, 2020).

Para avaliar a eficácia da intervenção na promoção do empoderamento comunitário, que é um processo contínuo e dinâmico, é necessário realizar uma nova aplicação da EAvEC. O que possibilitará avaliar a melhoria no empoderamento da comunidade em relação ao problema que foi abordado na intervenção (Melo, 2020).

Segundo Laverack e Wallerstein (2001), para alcançar resultados representativos é necessário um período de sete anos ou mais de intervenção para atingir o pleno empoderamento comunitário. Por outro lado, Melo (2020) menciona que, nos projetos em que o MAIEC foi implementado, a reavaliação da EA<sub>v</sub>EC ocorreu um ano após a intervenção comunitária.

### **3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Enfermeiro especialista é o profissional dotado competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019a). Desta forma, o enfermeiro especialista demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019a).

Os ensino clínico e o projeto de intervenção comunitária tem como finalidade o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019a) e o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública, segundo o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (OE, 2018).

Para alcançar os objetivos gerais definidos para os estágios, procurei inicialmente compreender a estrutura, o funcionamento, a organização e hierarquia da USP da ULSRL e da UCCMG, bem como conhecer as atividades desenvolvidas pelas equipas de saúde e participar em todas as atividades propostas, de forma a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESCSP, definidas pela OE.

As características específicas da USP e da UCC, quer a nível da sua orgânica quer a nível do seu âmbito de atuação, o que se considera um desafio que considero ter ultrapassado. Para facilitar o processo de aprendizagem e desempenho individual uma das prioridades foi conhecer as unidades, assim como todos os seus intervenientes e o papel que cada um desempenha na equipa. Para tal, foi muito importante a apresentação da USP e da UCC, bem como das equipas no primeiro dia de estágio, foram abordados os projetos que são desenvolvidos pelas unidades, quais as fontes de dados de saúde pública utilizadas, dados epidemiológicos e taxas de vacinação das diferentes UF da ULSRL, sendo que na UCC foi disponibilizado o guia de integração de profissionais e estagiários. Como ferramenta de auxílio à organização das diferentes atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e à implementação do PIC, foi elaborado um cronograma dos estágios (Apêndice I).

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista as competências comuns “(...) são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a).

Assim, são descritas as competências comuns do enfermeiro especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, e é realizada uma análise crítica-reflexiva relativamente a estas competências, através da descrição das atividades realizadas nos dois contextos de estágio e dos resultados de aprendizagem obtidos.

#### **3.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõe-se que o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de ESCSP, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e, que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, (OE, 2019a).

A prática profissional responsável, ética e legal exigida nesta competência comum e que considero que, zelei pela mesma tendo como base de orientação e foco a Lei de Bases da Saúde N.º 95/2019 que defende que todos os cidadãos têm direito à saúde independentemente da sua situação ou condição e sempre com os princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade presentes, com foco principal na prevenção de doença e promoção da saúde (Lei n.º 95/2019, 2019); o Código Deontológico do estatuto da OE demonstrando uma conduta ética, garantindo a segurança, privacidade e a dignidade da pessoa, grupo e/ou comunidade, em concordância com os princípios éticos e deontológicos (OE, 2015a); e o regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 1998) atendendo às necessidades e respeitando a individualidade dos cidadãos.

Para o desenvolvimento das atividades durante os estágios na USP e da UCCMG da ULS RL foi fundamental a consulta da documentação normativa, como Regulamentos Internos das unidades, Relatório de atividade e Manual de Acolhimento da UCC, o que me permitiu compreender melhor a dinâmica das UF e quais os projetos em desenvolvimento, em que a comunidade é o foco dos cuidados prestados pelo EESCSP.

Ao longo do estágio surgiram dilemas éticos que levaram a tomadas de decisões éticas e conscientes, sendo essencial a partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar e com peritos na área.

O estudo do modelo MAIEC e da teoria TDUCC de Leininger foram fundamentais ao longo do estágio e na prestação de cuidados a comunidades imigrantes, uma vez que esta teoria defende o cuidado de enfermagem culturalmente coerente e responsável.

O Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) a implementar foi iniciado no ano letivo 2023/2024, pelas mestradas do respetivo ano letivo, mas que não tiveram oportunidade de implementar. No entanto dado ser uma necessidade identificada no diagnóstico de situação de saúde da comunidade e as unidades funcionais considerarem relevantes, será dada continuidade nos estágios deste ano letivo, 2024/2025.

Para o desenvolvimento do projeto ENGAGE, dando cumprimento ao definido na Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014, 2014) foi submetido pedido de parecer à Comissão de Ética e aprovação do conselho de administração da ULSRL foi formalizado em impresso próprio (Apêndice II) tendo sido obtido parecer favorável por parte da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULSRL (Anexo IV). Cumprindo as orientações da ULSRL, foi também elaborada declaração de confidencialidade dos dados (Apêndice III) e Consentimento livre e informado (Apêndice IV).

Agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, foi elaborado o consentimento informado, livre e esclarecido que contempla a gravação de voz (Apêndice V), garantindo desta forma práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

### **3.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade entende-se que o enfermeiro especialista garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo, colaborando em programas de melhoria contínua, garante um ambiente terapêutico e seguro e que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem (OE, 2015b) que definem o referencial para a prática especializada de enfermagem incentiva à reflexão e à criação de projetos,

visando a melhoria contínua dos cuidados de saúde, sendo pelo mesmo que o enfermeiro especialista, deve adotar um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica a nível institucional.

Importa referir que a participação nas reuniões formais com a UCC da ULSMG, bem como a reunião de saúde escolar com a equipa da USP e das UCC, foram atividades fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

A participação no planeamento, organização e execução na vacinação sazonal da população, atividade desenvolvida pela USP Pólo da Marinha Grande com resultados eficazes e eficientes na distribuição adequada dos recursos, contribuindo para a melhoria contínua, permitiu desenvolver esta competência, uma vez que tive necessidade de pesquisar e atualizar conhecimentos sobre a vacinação. Esta atividade permitiu também perceber a importância do PS e do cumprimento das suas etapas para a melhoria contínua dos cuidados e para obter ganhos em saúde.

A evolução do projeto ENGAGE contribuiu para o desenvolvimento desta competência. Este projeto visa promover o acesso aos cuidados de saúde da comunidade imigrante indiana a residir na Marinha Grande e para a sua elaboração e desenvolvimento foi fundamental a pesquisa em bases de dados estatísticos, o contributo de peritos, desenvolvimento de parcerias de forma a identificar as necessidades em saúde, os recursos disponíveis e as melhores estratégias a adotar, de forma a prestar cuidados de enfermagem fundamentados na evidência científica e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde e assim contribuir para a melhoria contínua da qualidade.

De forma a assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, devem ser garantidas as dotações seguras e criar estruturas que promovam o exercício profissional de qualidade, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015b). Ou seja, o nível de qualificação e competência dos enfermeiros, bem como dotações seguras e adequando os recursos humanos às reais necessidades de cuidados, são elementos cruciais para alcançar padrões elevados de segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com as dotações seguras de enfermeiros especialistas para as Unidades de Saúde Pública, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2015b) o rácio é de 1 enfermeiro especialista para cada 30000 habitantes, pelo que a necessidade da USPR é de 12,6 enfermeiros, tendo assim um défice de 3 enfermeiros especialistas na unidade.

De acordo com as dotações seguras de enfermeiros especialistas para as Unidades de Cuidados na Comunidade, definidas pela OE no Regulamento n.º 743/2019, de 27 de setembro (OE, 2019a) o rácio é de 1 enfermeiro, preferencialmente especialista, para cada 5000 habitantes, com uma população de 42 132 utentes, a sua necessidade é de 8,4 enfermeiros, ou seja, 9 enfermeiros, assim a unidade encontra-se dentro dos parâmetros delineados, com 10 enfermeiros. Contudo analisando as vagas da ECCI para esta unidade (14 vagas) e tendo em consideração o regulamento, este prevê 1 vaga para 1000 habitantes, conclui-se que o rácio se encontra abaixo das necessidades, havendo carência de recursos.

### **3.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Nas competências do domínio da gestão dos cuidados prevê que o enfermeiro especialista faça a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista deve ser capacitado de conhecimentos especializados e tem a responsabilidade de gerir enfermeiros e a equipa de saúde, com base nos mesmos e na experiência profissional, sendo ativo nos processos de tomada de decisão proporcionando à pessoa, grupo e comunidade, cuidados diferenciados nas diferentes áreas do conhecimento e referenciar para outros profissionais especializados quando for necessário (OE, 2019a).

A gestão adequada de cuidados com foco na otimização da prática de enfermagem em plena articulação com a equipa multiprofissional, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas, tendo em consideração as necessidades do grupo e/ou comunidade e os recursos disponíveis, desenvolvendo as suas intervenções em parceria.

A gestão de cuidados nem sempre é uma tarefa fácil, sendo o trabalho em equipa e a articulação das parcerias fundamentais para a excelência nos cuidados prestados. Neste sentido e de forma a compreender o funcionamento das equipas, foi fundamental a consulta dos regulamentos internos da USP e da UCC, a fim de compreender a organização e a dinâmica das unidades e das equipas multidisciplinares.

De salientar que os sistemas de informação são fundamentais na gestão dos cuidados de enfermagem, não só na gestão mais eficaz dos recursos, como também permitem registos fáceis, rápidos e acessíveis, nomeadamente no Sclínico, no SINAVE, no SiiMA rastreios, no Registo de Saúde Eletrónico e na consulta da plataforma BI-CSP.

A gestão exige tempo, conhecimento e muita prática. Um PS eficaz e eficiente é fundamental, assim é necessário perceber quais as necessidades de saúde e quais os recursos disponíveis para que se possa fazer uma boa gestão dos projetos e atividades.

#### **3.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Nas competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, e baseie a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Assim, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão, juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente baseado na evidência científica, desenvolve autoconhecimento e gere as suas competências na construção dos processos de ajuda com vista à melhoria da qualidade (OE, 2019a).

Para o alcance desta competência no contexto de estágio, para além da investigação em Enfermagem, foi muito importante as partilhas de conhecimentos com as EESCSP, bem como toda a equipa da USPRL. A partilha de conhecimento leva a reflexões individuais e com os pares, que nos incentiva à necessidade de pesquisar sobre vários temas, como por exemplo, sobre doenças como tosse convulsa, sarampo e lepra, fomentou a elaboração da caracterização da comunidade da Marinha Grande e temática a desenvolver no PIC sobre os imigrantes, que estimulou a minha reflexão e compreensão da problemática e interpretação dos vários determinantes de saúde.

Assim, ao longo deste estágio procurei aproveitar todas as oportunidades promotoras de desenvolvimento de aprendizagem profissional, tendo participado Encontro Envelhecimento Protegido da Sociedade Portuguesa de Saúde Pública (a aguardar o envio do certificado); Workshop MAIEC – Modelo de Empoderamento Comunitário no âmbito do 1º Encontro de Enfermagem da ULS RL (a aguardar o envio do certificado).

Para além das atividades referidas, ao longo do estágio, colaborei na gestão do processo da Campanha de Vacinação 2024/2025, o que permitiu desenvolver esta competência, uma vez que tive necessidade de pesquisar e atualizar conhecimentos sobre a vacinação.

Importa também referir a importância do contributo das várias unidades curriculares dos semestres anteriores no desenvolvimento desta competência.

Durante os estágios houve a possibilidade de publicar dois artigos na Revista InfoSaúde, que é uma revista de referência de rigor científico, inovação e humanização no contexto da saúde.

Um dos artigos científicos intitulado “Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde” (Apêndice VII), trabalho este desenvolvido em parceria com alguns mestrandos e outro artigo intitulado “Impacto do Ruído na Saúde” (Apêndice VI). Estas foram atividades importantes no desenvolvimento desta competência, uma vez que me permitiram desenvolver o autoconhecimento e gerir as minhas competências na construção dos processos de ajuda com vista à melhoria da qualidade.

Após o término do estágio foi proposta a divulgação dos resultados do projeto ENGAGE24 aos mestrandos do 4º Curso de MECSCSP 2025, que decorreu no dia 14-03-2025 na ESSLei (Apêndice XX) (a aguardar o envio do certificado).

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE (2018), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública define que as competências específicas do EESCSP são: as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde da comunidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das comunidades. Assim, de acordo com o Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, de seguida são descritas as competências específicas do EESCSP, bem como as atividades desenvolvidas para o seu alcance e a análise crítico-reflexiva dos resultados que contribuíram para o seu desenvolvimento.

#### 3.2.1. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A promoção da saúde é o processo que visa capacitar pessoas, grupos e comunidades para assumirem um maior controlo sobre a sua saúde e melhorarem o seu bem-estar, para isso é importante fortalecer grupos e comunidades, uma vez que essa capacitação permite que indivíduos e comunidades desenvolvam competências para gerir e melhorar a sua qualidade de vida (Rodrigues, 2021).

Colocar em prática projetos de saúde comuns de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados na comunidade (OE, 2018), é um dos objetivos desta competência. Assim, pretende-se o desenvolvimento de um PIC, planeando adequadamente estratégias e intervenções que visem a capacitação de grupos e comunidades.

Durante o estágio na UCC, foi possível participar e adquirir conhecimentos para o desenvolvimento desta competência nas várias atividades e projetos desenvolvidos, nomeadamente

na sessão do OutubroRosa&NovembroAzul em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro com a sensibilização de crianças e jovens, equipa técnica dos clubes e respetivos pais que quiseram participar e alusivo ao Dia Mundial da Diabetes e em parceria com uma junta de freguesia do conselho da Marinha Grande foi efetuada uma sessão sobre Prevenção da Diabetes, para idosos que participam em atividades sociais e lúdicas por essa organização (Apêndice VIII); a nível de saúde escolar e por levantamento de necessidades identificadas pelas diferentes escolas, foram desenvolvidas as seguintes sessões: Sono na adolescência, Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida a turmas do 7º e 11º anos (Apêndice IX) e Violência (Apêndice X), esta por um pedido urgente associado a situações de violência dentro da turma.

O projeto +Contigo é projeto na área da saúde mental, que visa a pensamento reflexivo do adolescente para temas de saúde mental, é uma parceria com a Universidade de Coimbra e foi possível participar numa reunião de compromisso para a aplicação do mesmo numa turma do 10º ano.

O projeto Diabetes em movimento é um projeto a nível nacional em parceria com a Câmara Municipal da Marinha Grande, onde todas as semanas há um plano de exercício para idosos com diabetes que aderiram ao projeto. É efetuada avaliação pré e pós exercício da glicémia e tensão arterial. Prevê formação periódica, sendo que foi possível dinamizar a sessão de formação sobre os cuidados aos pés.

A UCC integra a ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com referênciação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que foi possível acompanhar numa época sensível e emocionante, pois foi com associação de outro projeto a SAMP, que consiste numa parceria com grupo de músicos que levam a música aos utentes em fase terminal.

O projeto ENGAGE teve o seu início no ano letivo anterior com ENGAGE23, sendo que foi dada continuidade em conjunto com a colega de estágio. Foi fundamental para o desenvolvimento desta competência o desenvolvimento e implementação do ENGAGE24, tendo por base os referenciais teóricos, os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares e a metodologia do PS. Foi desafiante elaborar e implementar este projeto que permitiu identificar as necessidades em saúde dos imigrantes indianos residentes na Marinha Grande, gerir e disponibilizar informação adequada às características específicas desta comunidade, utilizar estratégias que promovam a procura de informação e consequentemente promover a capacitação deste grupo vulnerável e obter ganhos em saúde.

### **3.2.2. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

O EESCSP participa nas várias etapas dos projetos e programas de saúde, que se inserem nos objetivos do PNS, (DGS, 2021). O projeto ENGAGE elaborado e implementado alinha-se com os objetivos do PNS e tem como objetivo obter ganhos em saúde, pelo que o desenvolvimento desta competência passa por dar ênfase às atividades de âmbito comunitário, fundamentadas pela relevância dos diferentes programas de saúde e pelos objetivos estratégicos do PNS.

A USP Polo da Marinha Grande e UCC MG colaboram com as escolas ao nível do pré-escolar e 1º ciclo coordenando, monitorizando e avaliando cumprimento dos PNSE e PNPSO, com a distribuição de fluor pelas escolas e com a emissão dos cheques dentista para os alunos elegíveis.

Quanto ao PNV, a USP divulga, entre todas as UF da ULSRL, novas normas e orientações da DGS e realiza a monitorização do estado vacinal da população, através do indicador percentagem de população vacinada por idade/coorte/vacina/dose alertando a respetiva UF para esse facto, atendendo ao objetivo de obtenção de imunidade de grupo, para taxas de vacinação de 95%.

A USP avalia o estado de saúde das populações migrantes e respetiva referenciação para cuidados de saúde, sendo que o principal objetivo é aumentar as taxas de cobertura vacinal e consequentemente a imunidade de grupo. Neste sentido, foi possível integrar nas atividades desenvolvidas no âmbito do PNV, na participação da campanha de vacinação sazonal contra gripe e Covid-19, onde colaborei na vacinação de imigrantes, em parceria com uma empresa local que emprega muitos imigrantes. Participar nestas atividades foi muito importante, porque permitiu perceber a importância da coordenação eficiente de programas e projetos e do planeamento da operacionalização, de intervenções que sejam pertinentes e das quais se obtenham ganhos em saúde.

No que concerne ao projeto ENGAGE, elaborado e executado de acordo com os objetivos do PNS, para o alcance e cumprimento desta competência foi muito importante a apresentação deste projeto (Apêndice XI) às várias unidades e instituições, nomeadamente na UCCMG, USP, Junta de Freguesia e outros parceiros, permitindo assim a sua divulgação.

O EESPSC, na sua prática profissional é fundamental que desenvolva intervenções de âmbito comunitário, capacitando grupos vulneráveis, com o objetivo de obter ganhos em saúde,

tendo em consideração os eixos estratégicos e prioritários do PNS e, nesta ótica, o projeto ENGAGE enquadra-se nas grandes linhas de orientação estratégica do PNS 2021-2030, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias que permitam melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, reduzindo desigualdades e iniquidades em saúde.

Durante o estágio na UCC, foi possível participar e adquirir conhecimentos para o desenvolvimento desta competência nas várias atividades e projetos desenvolvidos, nomeadamente na sessão do OutubroRosa&NovembroAzul em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro com a sensibilização de crianças e jovens, equipa técnica dos clubes e respetivos pais que quiseram participar e alusivo ao Dia Mundial da Diabetes e em parceria com uma junta de freguesia do conselho da Marinha Grande foi efetuada uma sessão sobre Prevenção da Diabetes, para idosos que participam em atividades sociais e lúdicas por essa organização (Apêndice VIII); a nível de saúde escolar e por levantamento de necessidades identificadas pelas diferentes escolas, foram desenvolvidas as seguintes sessões: Sono na adolescência, Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida a turmas do 7º e 11º anos (Apêndice IX) e Violência, esta por um pedido urgente associado a situações de violência dentro da turma.

O projeto +Contigo é projeto na área da saúde mental, que visa a pensamento reflexivo do adolescente para temas de saúde mental, é uma parceria com a Universidade de Coimbra e foi possível participar numa reunião de compromisso para a aplicação do mesmo numa turma do 10º ano.

O projeto Diabetes em movimento é um projeto a nível nacional em parceria com a Câmara Municipal da Marinha Grande, onde todas as semanas há um plano de exercício para idosos com diabetes que aderiram ao projeto. É efetuada avaliação pré e pós exercício da glicémia e tensão arterial. Prevê formação periódica, sendo que foi possível dinamizar a sessão de formação sobre os cuidados aos pés.

A UCC integra a ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com referência da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que foi possível acompanhar numa época sensível e emocionante, pois foi com associação de outro projeto a SAMP, que consiste numa parceria com grupo de músicos que levam a música aos utentes em fase terminal.

### **3.2.3. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

O EESCSP deve estar vigilante perante os dados epidemiológicos da população abrangida pela USP, bem como para os dados de outras áreas geográficas a nível nacional e mundial,

desenvolvendo uma análise crítica e reflexiva, tendo por base a análise dos fatores determinantes de saúde, que podem pôr em causa a Saúde Pública da população (OE, 2018).

A vigilância dos indicadores epidemiológicos da população é de extrema importância para se compreender com mais clareza os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população, devendo ser constantes e atualizados.

Relativamente à vigilância epidemiológica de saúde, em janeiro de 2024, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um alerta sobre o aumento alarmante de surtos de Sarampo. Na Europa, os casos registados em 2023 foram 30 vezes mais que em 2022. No Relatório Epidemiológico de 04 de junho de 2024 (DGS, 2024a), entre 1 de janeiro e 13 de junho de 2024 foram confirmados 30 casos de Sarampo em Portugal, sendo que 4 casos foram na região centro. Pelo que no seguimento deste alerta, foi realizado levantamento do estado vacinal dos cidadãos pertencentes à USP da ULSRL até 23 de maio de 2024, por unidade de saúde e posterior campanha de vacinação.

No âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (2020) prevê-se universalidade, gratuitidade, acessibilidade, equidade e aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação. A Portaria n.º 114/2024/1 de 22 de março (2024), com a definição do modelo de governação e funcionamento dos programas e campanhas nacionais de vacinação, onde são previstos a criação de pontos de vacinação, nomeadamente em Estabelecimento Residencial para Idosos e Clínicas de hemodiálise. Assim, foi possível acompanhar um processo de pedido de identificação de ponto de vacinação e condições estruturais e organizacionais necessárias.

Na USP da ULSRL quando surge uma referenciação de Doença de Declaração Obrigatória é feito questionário para levantamento de contatos de acordo com a doença identificada, sendo encaminhada e orientada a pessoa doente e as pessoas de contato para a realização de exames complementares de diagnóstico, para tratamento e internamento ou isolamento quando aplicável.

O projeto ENGAGE permitiu o desenvolvimento desta competência, uma vez que este surge após uma análise dos dados estatísticos disponíveis, que refletem um aumento significativo dos fluxos migratórios. O que representa grandes desafios para os países recetores e para a população imigrante, nomeadamente no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde, onde os imigrantes enfrentam barreiras significativas ao tentar utilizar os serviços de saúde.

Na USP e na UCCMG foi possível constatar como as competências específicas do EESCSP são aplicadas com naturalidade e elevada responsabilidade. A experiência e o conhecimento demonstrados pelos profissionais facilitaram a integração nas equipas, o desenvolvimento de atividades ao longo dos estágios foram essenciais para o crescimento profissional, proporcionando a consolidação dos conhecimentos teóricos e aperfeiçoando a prática na área da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Assim, considera-se o desenvolvimento das competências específicas do EESCSP e os objetivos propostos ao longo dos estágios alcançados. No entanto, consciente que o processo de aprendizagem é contínuo e interativo, pelos novos conhecimentos a adquirir e competências a aperfeiçoar, o que motiva uma constante evolução.

#### **3.2.4. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

O Planeamento em Saúde (PS) pretende fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis, sendo um processo contínuo e dinâmico, em que a concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do projeto. O PS deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo: biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados, ou seja, os determinantes sociais e de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Melo (2020, p. 3), menciona as etapas do Processo de Planeamento em saúde, adaptado de Imperatori e Giraldes (1983) enquanto elaboração do plano, execução e avaliação. Sendo que, “(...) a elaboração do plano é a etapa com maior número de subetapas, cada uma delas com especificidades que exigem rigor e a utilização de diferentes técnicas na sua implementação. São estas etapas o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas ou projetos e a preparação da execução.”

Compete ao EESCSP seguir as diferentes etapas da metodologia do PS, tendo sempre presente a complexidade das várias necessidades de saúde da população com a qual se desenvolve a prestação de cuidados especializados.

Para o desenvolvimento desta competência propõe-se a elaboração de um PIC, com base na metodologia do PS. Assim, tendo por base o desenvolvimento das competências e áreas de intervenção da saúde pública, no decorrer do estágio realizei uma breve caracterização geo-

gráfica, demográfica e socioeconómica e os diferentes indicadores epidemiológicos, integrando os conhecimentos adquiridos sobre os determinantes de saúde. De acordo com a informação disponível e trabalhos apresentados pelas colegas, até ao momento da elaboração do relatório. A informação ainda é redutora, mas já está definido que será dada continuidade ao PIC das mesmas com enfoque na implementação e avaliação do mesmo na comunidade imigrante da Ásia central e meridional visando a capacitação de grupos e comunidades.

O PS, segundo Rodrigues (2021), é um processo que permite planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de ações com a finalidade de intervir numa realidade de saúde, com o objetivo é contribuir para melhorar o nível de saúde da população, através dos conhecimentos atuais e dos recursos disponíveis, garantindo assim, a promoção da saúde, a prevenção de doenças direcionando a população à mudança de comportamentos. Ou seja, o EESCSP deve seguir as diferentes etapas da metodologia do PS, onde deve considerar a complexidade das várias necessidades de saúde da população com a qual desenvolve os seus cuidados especializados.

O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) deve descrever, de forma objetiva, a caracterização da população-alvo (a nível geodemográfico e socioeconómico), os problemas de saúde da população (através dos indicadores morbimortalidade, identificando os determinantes de saúde que afetem mais significativamente os problemas de saúde definidos e identificando a utilização dos serviços de saúde), as suas necessidades em saúde (passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis) e os recursos da comunidade (parceiros internos e externos, também definidos por *stakeholders*) (DGS, 2016).

A elaboração de um PIC, foi proposta para o desenvolvimento da competência sendo que tem por base a metodologia do PS. Assim, indo de encontro às competências e áreas de intervenção da saúde pública, durante o estágio foi realizado o PIC - ENGAGE tendo em consideração a caracterização geográfica, demográfica e socioeconómica e os diferentes indicadores epidemiológicos, integrando os conhecimentos adquiridos sobre os determinantes de saúde.

A descrição detalhada das etapas do PS do projeto ENGAGE encontram-se desenvolvidas no ponto 4 deste relatório. A primeira etapa do PS é o DSS, já tinha tido o seu início no ano letivo anterior com ENGAGE23, sendo que foi dada continuidade em conjunto com a colega de estágio, no qual consta a caracterização da população abrangida pela ULS RL e mais

especificamente pela UCC MG, a população alvo e a revisão da literatura com foco no grupo comunitário. A revisão da literatura com foco no grupo comunitário é fundamental, pois permite adquirir conhecimentos sobre a temática, perceber as causas dos problemas de saúde do grupo vulnerável e as suas implicações na saúde pública (Apêndice XX). Foram definidas as prioridades em saúde da população alvo, através do método desenvolvido pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS), utilizando critérios objetivos alinhados com as orientações estratégicas definidas no PNS. Posteriormente foram definidos objetivos mensuráveis e estratégias de intervenção exequíveis e coerentes, tendo em consideração as características da população alvo e os recursos disponíveis, promovendo a participação da comunidade e dos *stakeholders*. Seguidamente, tendo em consideração a evidência científica, foram definidas as intervenções com vista à resolução dos problemas identificados e por último foi realizada a avaliação do projeto ENGAGE.

#### **4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

A prática baseada na evidência, segundo a Ordem do Enfermeiros (2012, p. 10), define-se como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente em contexto do cuidar”.

A melhor evidência disponível, as necessidades e preferências da pessoa alvo dos cuidados e as experiências, competências e juízo clínico dos profissionais são fundamentais para o sucesso da prática baseada na evidência (OE, 2012; Santos, et al., 2024).

Segundo Rodrigues (2021), para planear é importante refletir, estimar e investigar, de forma que se possa melhorar a realidade identificada, delineando intervenções adequadas, para obter resultados, ganhos em saúde e, conseqüente, melhoria da qualidade da saúde de uma população.

Segundo Fonseca (2012), a investigação - ação é uma metodologia de investigação sendo um processo cíclico, onde há uma variação progressiva entre a compreensão, a mudança, a ação e a reflexão crítica da prática.

Para a prática especializada baseada na evidência e a metodologia da investigação - ação, foi desenvolvido o projeto ENGAGE. Para o seu desenvolvimento foram fundamentais os referenciais teóricos pois orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões em saúde, bem como as pesquisas bibliográficas que suportam cientificamente o projeto.

O projeto ENGAGE apoiou-se na metodologia do planeamento em saúde e tem como objetivo a promoção da saúde na comunidade de imigrante da Índia a residir na Marinha Grande, com vista a promover o empoderamento comunitário no acesso aos cuidados de saúde.

##### **4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo, são explanados os aspetos teóricos fundamentados sobre o tema selecionado com base na revisão integrativa da literatura, contribuindo para a compreensão do projeto em desenvolvimento.

##### **4.1.1. Revisão da Literatura com foco no grupo comunitário**

A migração global está em constante mudança, com um aumento significativo do número de pessoas deslocadas e remessas internacionais, conforme Relatório Mundial sobre Migração

de 2024, desenvolvido pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) (OIM, 2024a).

Em 2020, 281 milhões de pessoas eram migrantes internacionais, o que representa 3,6% da população global. Havia mais 128 milhões de migrantes internacionais do que em 1990 e três vezes mais o número estimado que em 1970, revelando que o número estimado de migrantes internacionais tem vindo a aumentar (OIM, 2024a).

Cerca de 40% dos migrantes internacionais em todo o mundo em 2020, ou seja, 115 milhões de migrantes internacionais tinham nacionalidade na Ásia, dos quais quase 20% têm origem na Índia, China, Bangladesh, Paquistão, Filipinas e Afeganistão (OIM, 2024b).

A Europa, em 2020, era a região que apresentava maior número de migrantes internacionais (87 milhões), revelando um aumento de 37 milhões desde 1990 (OIM, 2024b). Segundo os dados das Nações Unidas (2024), em 2022, viviam na Europa, cerca de 23,8 milhões de cidadãos não europeus, representando 5,3% da população. Considerando as pessoas que adquiriram a cidadania europeia, havia 38 milhões de pessoas nascidas fora da União Europeia (UE) a viver na Europa, o que corresponde a 8,5% da população. A proporção de todos os cidadãos estrangeiros, que vivem na UE, aumenta para 12,5% se forem considerados os europeus, que migram entre os diferentes países (United Nations, 2024). Em 2022, na UE, havia 9,93 milhões de migrantes internacionais, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, no mercado de trabalho, ou seja, 5,1% do total de 193,5 milhões de pessoas dessa faixa etária (United Nations, 2024; Eurostat, 2024).

Em Portugal, a migração internacional também está a aumentar devido a diversos fatores, tais como condições económicas e sociais, legislação, relações históricas e culturais e eventos globais (AIMA, 2024).

De acordo com o último Relatório de Migrações e Asilo, em 2023, houve um aumento de 33,7% na população estrangeira residente em Portugal, face a 2022, totalizando 1 044 238 cidadãos estrangeiros titulares de Autorização de Residência (AIMA, 2024). Relativamente às nacionalidades, a nacionalidade brasileira é a mais representativa (35,3%), seguida da nacionalidade indiana com 4,2%, 2,9% eram de nacionalidade nepalesa e 2,7% eram de nacionalidade chinesa (AIMA, 2024). Em 2023, 165 430 estrangeiros residentes são de origem asiática, o que representa um aumento de 33,5%, face a 2022 (AIMA, 2024). Quanto ao grupo etário, cerca de 80,5%, ou seja, 532 214 cidadãos estrangeiros têm entre 25 – 44 anos,

11,6% são jovens entre os 0 – 19 anos e 7,9% têm mais de 65 anos, sendo o litoral a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir (AIMA, 2024).

Em Portugal, a migração é uma questão muito pertinente considerando a influência da globalização nas tendências migratórias, como apresentado no Plano Estratégico para as Migrações (PEM) 2015–2020 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015), que menciona a preocupação em responder aos múltiplos impactos das crises globais, incluindo no domínio da saúde (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). O PEM reforça o compromisso com os ODS e com o Pilar dos Direitos Europeus, na responsabilidade europeia de afirmar a saúde como um direito de todos, tal como consta na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

Considerando a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto de Serviço Nacional de Saúde, define-se beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, bem como todos os cidadãos com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que tenham nacionalidade de um Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes, com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, 2019; Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022; DGS, 2009; ERS, 2023).

Os migrantes são considerados um grupo vulnerável devido às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, educação, estigma e barreiras linguísticas, tornando-os mais suscetíveis à aquisição de doenças infecciosas (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

O PNS 2021-2030 surge como uma estratégia e um compromisso, assumido por Portugal, no cumprimento da Agenda 2030 para o alcance dos 17 ODS, que representam um apelo urgente à ação de todos os países para uma parceria global no alcance das metas definidas (ONU, 2015). O PNS 2021-2030 tem como objetivo melhorar a saúde e o bem-estar da população, dando resposta às necessidades de saúde identificadas, adotando estratégias de intervenção de saúde adequadas, tendo em consideração os determinantes de saúde, assumindo como premissa “não deixar ninguém para trás” (DGS, 2021, p. 44).

O PNS 2021-2030, define estratégias de intervenção que visam promover e proteger a saúde, nomeadamente a promoção dos direitos humanos e a promoção da saúde de grupos vulneráveis, melhorando o acesso aos cuidados de saúde (DGS, 2021). Este define também estratégias de intervenção que visam obter a cobertura universal de saúde, através da melhoria do acesso a cuidados de saúde por parte de grupos vulneráveis (DGS, 2021).

#### 4.1.1.1. Acesso aos cuidados de saúde

O acesso à saúde define-se como a capacidade de as pessoas efetivamente utilizarem os serviços de saúde (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023).

A “igualdade de acesso” não se limita apenas ao direito de recorrer o sistema de saúde, mas também à disponibilidade de informação para todos acerca do sistema de saúde, tornando-o acessível e minimizando as barreiras linguísticas e culturais (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde abrange não apenas os direitos de utilização, mas também a capacidade financeira para aceder e usufruir desses serviços. É nesse ponto que se encontram as principais barreiras ao acesso à saúde para populações migrantes, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis.

O Pacto Global para as Migrações define como um dos objetivos proporcionar acesso a serviços básicos para os migrantes (OIM Brazil, 2024). Os fluxos migratórios têm um impacto profundo nas sociedades, na sua economia e na sua cultura (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). Quando a migração não é devidamente apoiada por políticas intersectoriais adequadas, pode expor fatores socioeconómicos vulneráveis, agravar desigualdades, iniquidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Machado R. S., 2024).

Segundo Giambi *et al.* (2019), em 2017, um estudo comparou o acesso a serviços de saúde preventiva entre migrantes e a população em geral, em cinco países da Europa. Neste estudo, concluiu-se que os migrantes têm acesso mais precário a rastreios (exames de papanicolau, rastreio do cancro cólon e reto) e vacinação, face à população em geral (Giambi, et al., 2019).

Portugal é um país europeu conhecido pelas suas políticas favoráveis à imigração e acesso ao sistema de saúde (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). No entanto, existem desigualdades nas oportunidades de acesso aos cuidados de saúde e os imigrantes estão em particular risco de sofrer essas desigualdades (Silva, Macedo, & Quintal, 2022).

As populações migrantes, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis enfrentam maiores barreiras no acesso à saúde, devido a fatores como a falta de apoio político e desigualdades socioeconómicas (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). Também Padilla refere como barreiras a falta de conhecimentos sobre os direitos aos cuidados de saúde, a localização geográfica, barreiras linguísticas, diferentes crenças, valores e culturas relativos aos cuidados de saúde, bem como a falta de confiança nos profissionais de saúde e autoridades (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023).

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) desenvolveu um estudo que identifica outros fatores promotores de iniquidades no acesso aos cuidados, como insuficiências de transporte, por desconhecimento, falta de informação, falta de conhecimento relativamente ao funcionamento do serviço nacional de saúde, e também por receio ou medo (ERS, 2015). Por outro lado, são encontradas dificuldades que limitam o acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, nomeadamente falta de formação e informação dos administrativos, excesso de burocracia, falta de acesso a serviços de tradução, limitação do sistema informático, falta de sensibilidade cultural e socioeconómica por parte de alguns profissionais de saúde que condicionam o acesso, algum desconhecimento e falta de sensibilização por parte dos administrativos (ERS, 2015).

Identificar a migração como um fator determinante da saúde é fundamental para compreender o estado de saúde da população migrante. O que abordar as barreiras individuais, políticas, económicas, sociais, culturais e administrativas que influenciam o acesso aos cuidados de saúde e as interações com os profissionais da área (Machado R. S., 2024).

A utilização de serviços de saúde pela população migrante é, na sua maioria, inferior à da população residente, especialmente no que diz respeito ao acesso aos CSP, à participação em programas de rastreio e vacinação. Dado que o acesso aos cuidados de saúde dessa população é, na maioria das vezes, realizado através do serviço de urgência (Machado R. S., 2024).

É fundamental promover a saúde para garantir o acesso aos serviços de saúde e combater as desigualdades sociais entre imigrantes. A integração dessa população, por meio de cuidados e promoção da saúde, traz benefícios para as políticas e os serviços de saúde, devendo ser considerada uma prioridade estratégica (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

Fomentar o acesso equitativo aos serviços de saúde para a população migrante pode representar uma oportunidade de agir perante os determinantes de saúde, o que, por sua vez, influenciará positivamente a saúde das comunidades (Machado R. S., 2024).

Desta forma, a ULSRL assume como uma das suas missões, prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e de saúde pública, diferenciados e de qualidade, (...) sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS, (ULS RL, 2025). Bem como a UCCMG, que cumpre a sua missão contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, de carácter multidisciplinar (UCC MG, 2023).

#### 4.2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

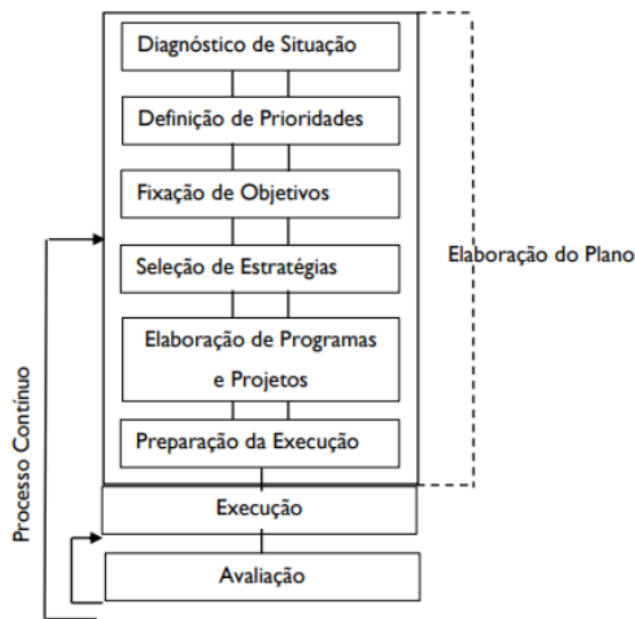
“Um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder”, (Guerra, 2002).

Num projeto de contexto de saúde comunitária, o foco é a comunidade e seus grupos comunitários vulneráveis, bem como a sua situação de saúde, doença e determinantes de saúde e sociais. O conhecimento da comunidade de forma íntima é o que permite desenvolver o planeamento em saúde porque pretende fornecer ao planificador as bases teóricas para compreender o sistema social e institucional em que está inserido podendo, assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades com que se lhe deparam, como defende Tavares (1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), planear pode ser definido como a solução para encontrar a resposta adequada a determinada situação. Defendendo assim que o planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo: biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados, ou seja, os determinantes sociais e de saúde.

O Planeamento em Saúde (PS) pretende fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis, sendo um processo contínuo e dinâmico, em que a concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do projeto, segundo Imperatori e Giraldes (1993).

Melo (2020, p. 3), menciona as etapas do Processo de Planeamento em Saúde, adaptado de Imperatori e Giraldes (1993) enquanto elaboração do plano, execução e avaliação. Sendo que, “a elaboração do plano é a etapa com maior número de subetapas, cada uma delas com especificidades que exigem rigor e a utilização de diferentes técnicas na sua implementação. São esta etapas o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas ou projetos e a preparação da execução” (Figura 3)



**Figura 3** - Etapas do processo de planeamento em saúde

**Fonte:** Imperatori e Giraldes (1993)

O presente projeto de intervenção comunitário (PIC) tem como principal objetivo obter ganhos em saúde para a comunidade, utilizando a metodologia de PS de Imperatori e Giraldes. Contudo, tem em simultâneo o intuito de desenvolver competências específicas de EEECS, nomeadamente a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do PS, (Regulamento n.º428/2018). Contribuir para o processo de capacitação de grupos e de comunidades, integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, são outras competências do EEECS, definidas no Regulamento n.º428/2018, que destaca igualmente que o EEECS é o profissional que reúne as aptidões e a capacitação ótimas para intervir na consecução de projetos que visam manter ou melhorar a saúde de grupos e comunidades.

Perante o aumento da população imigrante proveniente da Índia, no concelho da Marinha Grande, foi proposto dar continuidade no desenvolvimento do projeto ENGAGE23 – Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande, que teve início no ano letivo anterior, em outubro de 2023 e terá o seu fim em março de 2027, sendo este tempo essencial para investir na promoção do empoderamento da comunidade de imigrantes proveniente da Índia, residentes na Marinha Grande.

Apresenta-se as várias etapas do planeamento em saúde na consecução do Projeto Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande (ENGAGE).

#### **4.2.1. Considerações Éticas**

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, que define as Competências Comuns do enfermeiro especialista, assegura o cumprimento do código deontológico reconhecido na legislação portuguesa, bem como o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos a respeitar, quer na prática clínica quer nos processos de investigação.

Na investigação, as questões morais e éticas subjacentes são um importante aspeto a considerar, principalmente na investigação em saúde, uma vez que envolve a participação de seres humanos (Vilelas, 2022). O PS, nas suas etapas foram cumpridos os pressupostos éticos e legais, em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (World Medical Association, 2024).

O pedido de Parecer à Comissão de Ética e aprovação do conselho de administração da ULSRL foi formalizado em impresso próprio (Apêndice II) tendo sido obtido parecer favorável por parte da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULSRL (Anexo IV). Cumprindo as orientações da ULSRL, foi também elaborada declaração de confidencialidade dos dados (Apêndice II) e Consentimento livre e informado (Apêndice IV).

Embora não contemplado no desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Foi elaborado o consentimento informado, livre e esclarecido que contempla a gravação de voz (Apêndice V), garantindo desta forma práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo Vilelas (2022, pp. 472-475), as recomendações éticas e legais preconizadas foram respeitadas, informando dos objetivos do estudo e assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo em todo o processo. A cada participante foi atribuído um código numérico único, em que não é identificado qualquer dado pessoal dos participantes. Na declaração de consentimento informado foi assegurado o carácter voluntário da participação no estudo, todos os procedimentos explicados e foi garantido o direito à recusa em participar, sem que daí resultasse qualquer inconveniente para os participantes. Os dados foram tratados de forma anónima e restrita pela equipa de investigação, assim como o acesso às bases de dados criadas.

Nesta investigação, os participantes foram igualmente informados que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins académicos ou de publicação de carácter científico. Os dados em formato papel encontram-se armazenados em envelope selado, sendo que apenas

as mestrandas deste projeto e supervisores poderão ter acesso aos mesmos. Terminado o estudo, os dados manter-se-ão de acesso exclusivo das mestrandas e serão destruídos após cumprimento dos prazos legais, data em que termina a licença de utilização dos instrumentos de colheita de dados.

#### **4.2.2. Diagnóstico de Situação de Saúde**

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa do PS e consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, permitindo assim, alcançar um conhecimento efetivo dos mesmos, através da identificação dos problemas, da definição e priorização das necessidades ou problemas identificados, formulação de objetivos e soluções aceites pelos intervenientes. O diagnóstico é considerado o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as atividades definidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Rodrigues (2021), o diagnóstico de situação “pretende traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para identificar e posteriormente priorizar os problemas e as necessidades de saúde e clarificar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde”.

Como anteriormente referido, é um processo de etapas e microetapas, que para haver consistência devem ser cumpridas pela ordem definida, porque as etapas são interdependentes no processo de PS. Como reforça Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação de saúde deve terminar com uma lista de problemas que então possibilita transitar para a próxima etapa do planeamento, de priorização das necessidades reais sentidas pela comunidade, para promover uma atuação com vista a obter ganhos em saúde.

Formulou-se a seguinte questão de partida para este diagnóstico de situação: qual o nível de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde da comunidade imigrante indiana residente no concelho da Marinha Grande?

#### **- População Alvo**

A população alvo deste estudo foi a população imigrante da Ásia Central e Meridional a residir no concelho da Marinha Grande e pertençam à área de abrangência da UCC da Marinha Grande, ou seja, inscritos no centro de saúde da Marinha Grande (USF Semear ou USF Stephens ou USF Vitrius ou UCSP Atlântica) ou na Unidade de Saúde Pública Pólo da Marinha Grande.

Os critérios de inclusão são: imigrantes com 18 ou mais anos, que aceitem participar no estudo e tenham conhecimento da língua portuguesa, em termos de leitura, fala, escrita e compreensão.

#### **- Considerações Formais e Éticas**

O pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria foi efetuado para a realização deste estudo, que recebeu parecer favorável da Comissão de Ética em Ata N.º10 de 2024-12-09 e com deliberação do Conselho de Administração na Ata N.º54 de 2024-12-27 (Anexo IV).

Os dados foram processados de maneira anónima pela equipe de pesquisa, seguindo os princípios éticos da declaração de Helsinque (Associação Médica Mundial, 2013) e respeitando a legislação nacional e internacional. Além disso, os dados foram partilhados entre os investigadores da equipa, que também tiveram acesso às bases de dados que foram criadas.

O consentimento livre e informado para a participação e demais direitos, tendo presente as implicações éticas, os princípios de Autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Foi utilizada uma linguagem clara e acessível, com o estabelecimento de confiança e negociação através de uma comunicação franca, honesta, clara e leal ao propósito da pesquisa. Estas condições foram explícitas em consentimento informado escrito, que se encontra incluído no Apêndice 1, tendo sido entregue e explicado todo o seu conteúdo, bem como referido que seria efetuada a gravação em registo áudio, reforçando que a sua participação poderia ser revogada a qualquer momento.

#### **- Instrumentos de Colheita de Dados**

A colheita de dados aos participantes é fundamental no processo de investigação e pode ser realizada de diferentes formas, sendo responsabilidade do investigador definir o instrumento de medida conveniente ao tipo de estudo. O método de colheita de dados está dependente do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis Fortin (2009).

Para o projeto foram escolhidos como instrumentos de colheitas de dados uma entrevista semi estruturada a pessoa perita na cultura indiana, o questionário MAIEC (Apêndice XIII) para os participantes indianos no projeto e a EA vEC para o grupo focal de *Stakeholders* (Apêndice VI).

A entrevista permite compreender melhor e clarificar o tema em estudo, de forma isenta dos participantes do estudo por via da experiência do perito, prática adquirida de conhecimentos sobre a cultura, as crenças, os estilos de vida e outros aspetos que irão ajudar o investigador a conhecer a comunidade indiana, no entanto valorizando a subjetividade, já que permite selecionar a pessoa (Minayo, 2010).

A entrevista foi realizada no dia 13-01-2025, online e gravada, com consentimento informado do perito. Os dados foram transcritos para ficheiro *word* do Office, guardado em arquivo seguro, com acesso restrito e pelo tempo definido legalmente (máximo 10 anos), sendo que neste processo não foi alterado o sentido da resposta.

O questionário MAIEC foi construído e adaptado à problemática, tendo sido efetuada a tradução para punjabi (língua predominante na comunidade), e aplicado aos participantes indianos por via de *link* através do *google forms* (Apêndice XIII), que assinaram o consentimento informado previamente. A linha orientadora do mesmo é a gestão comunitária no que se reporta à decisão clínica, associada a três dimensões de diagnóstico: o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária (Melo, 2020).

O processo comunitário está relacionado com as experiências vividas pela comunidade em relação aos problemas que vão enfrentando e lhes vai criando recursos que se combinam como forças e estratégias adaptativas para lidar com esses problemas, formando assim estratégias de *coping* comunitário (Melo, 2020). Os dados obtidos ajudaram a direcionar a intervenção e criar estratégias de reforço das forças intrínsecas à comunidade e aprimorar as estratégias já existentes.

A participação comunitária está relacionada com os mecanismos de comunicação, de parcerias comunitárias ou desenvolvimento das próprias organizações comunitárias, quando não existem (Melo, 2020). As parcerias comunitárias têm uma relação estreita com a participação comunitária e o próprio empoderamento comunitário como processo, dado que exigem um envolvimento contínuo dos membros e líderes da comunidade (Melo, 2020). Assim, obtêm-se dados sobre a perceção dos participantes indianos sobre a existência de estruturas organizativas, de parcerias e processos de comunicação, formais ou informais e eficazes na comunidade.

A liderança comunitária refere-se à forma como os membros e os líderes da comunidade participam ativamente no processo de gestão comunitária para solucionar os seus problemas,

com base na dimensão cognitiva (conhecimento dos membros/líderes da comunidade) e dimensão atitudinal (as crenças e a volição dos membros/líderes da comunidade) (Melo, 2020). Assim, esta tem uma estreita relação com a ação pessoal e permite fomentar o sentido de poder interior nos indivíduos de uma comunidade, ou seja, fomentar as forças para o empoderamento. Foi incluído na liderança comunitária a o questionário traduzido e validado da versão portuguesa do Questionário HLS-EU-Q6 (Pedro, et al., 2023), a versão curta do questionário de Literacia da Saúde.

Os questionários foram respondidos através de formulário online pelo Google *forms* enviado por mensagem, após contato prévio com informante chave da comunidade, que abordou a comunidade para a participação no projeto. A informante chave já tinha sido previamente identificada, pelo anterior grupo de investigadores do ENGAGE23 e o contato foi estabelecido pela enfermeira orientadora da UCC MG ao professor de língua portuguesa da Igreja Batista.

O questionário MAIEC foi aplicado entre 12-01-2025 e 21-01-2025 com validação do consentimento livre e informado previamente. Os dados obtidos foram gerados em ficheiro excel do *office*, guardado em arquivo seguro, com acesso restrito e pelo tempo definido legalmente (máximo 10 anos).

A EAvEC pressupõe a sua aplicação ao grupo focal de *Stakeholders*, tendo sido este definido pelo anterior grupo de investigadores do ENGAGE23 e mantido, tal como pressuposto pela EAvEC, na sua aplicação no ENGAGE 24. Quando aplicada a escala na fase de diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, são abordados os nove domínios de avaliação: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porquê”, gestão de programas e relação com agentes externos, sendo atribuído que para cada domínio o Grupo Focal deve analisar os depoimentos e chegar a um consenso de qual o depoimento que melhor avaliar a comunidade em estudo naquele momento (Melo, 2020). Quando aplicada a escala na fase de avaliação são abordados os domínios que apenas foram trabalhados (Melo, 2020).

A EAvEC foi aplicada a 26-02-2025, de acordo com a disponibilidade de todos os *Stakeholders* do grupo focal, convocados por telefone e email. A reunião decorreu no espaço cidadão da Junta de Freguesia da Marinha Grande, foi presencial e gravada, com consentimento informado para a gravação assinado previamente ao seu início. Os dados foram transcritos para

ficheiro *word* do Office, guardado em arquivo seguro, com acesso restrito e pelo tempo definido legalmente (máximo 10 anos), sendo que neste processo não foi alterado o sentido da resposta.

### - Análise E Discussão Dos Resultados

A entrevista realizada a pessoa perita na cultura indiana tinha como objetivos traçados melhorar o conhecimento sobre a cultura indiana, compreender como os fatores da cultura indiana influenciam as perceções, práticas e comportamentos em relação à saúde e capacitar para a comunicação com a comunidade indiana.

Considera-se que capacitou para a intervenção, nomeadamente na adequação da postura e abordagem aos imigrantes indianos. Permitiu a compreensão prática da cultura, valores e crenças características desta comunidade, bem como, perceber a diferenciação por castas e religião, e implicações que podem trazer para o projeto ENGAGE (Apêndice XII).

Perante a achados da entrevista foi possível adaptar as intervenções e todas as interações com a comunidade com a sensibilidade e conhecimento inerentes.

O questionário MAIEC foi respondido apenas por 5 indianos, todos elegíveis de acordo com os critérios de inclusão para participar no projeto. Todos os questionários preenchidos foram válidos e incluídos neste projeto.

A comunidade indiana como já abordado tem características culturais particulares, pelas suas crenças e valores, que em ambiente comunitário desconhecido tendem a ser mais fechados e não permitir fácil acessibilidade para o diálogo, também pela barreira linguística, pelo que necessita sentir segurança para se permitir. Posto isto, considera-se que a amostra é muito reduzida e muito pouco representativa da comunidade.

Considera-se oportuno, primeiramente, apresentar uma breve caracterização do grupo em estudo (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

		Número (n)	Percentagem
<b>Género</b>	Feminino	4	80%
	Masculino	1	20%
<b>Idade</b>	33-38 anos	5	100%
<b>Nível de escolaridade</b>	Ensino Básico	2	40%

	Licenciatura	2	40%
	Mestrado	1	20%
<b>Situação Profissional</b>	Empregado	4	80%
	Desempregado	1	20%
<b>Doença crónica diagnosticada</b>	Sim	1	20%
	Não	4	80%

Fonte: a própria

A população-alvo deste estudo é maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 80% (n=4), enquanto que apenas 20% (n=1) é do sexo masculino. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 33 e os 38 anos, sendo a média de 36 anos.

No nível de escolaridade, constata-se que todos os participantes têm pelo menos o ensino básico, sendo que a maioria tem ensino superior completo, a licenciatura (n=2) e mestrado (n=1). Relativamente à situação profissional, verifica-se que apenas um participante respondeu empregado, sendo que os restantes responderam desempregado (n=4). Existe uma relação entre o género e a situação profissional, todas as mulheres são desempregadas e o homem empregado.

No que toca ao seu estado de saúde, 20% (n=1) refere ser portador de doença crónica enquanto que 80% (n=4) diz não ter problemas de saúde crónicos diagnosticados.

### - Diagnóstico de Enfermagem

Com base na análise dos dados sobre o conhecimento, do grupo de indianos em estudo, sobre o acesso aos cuidados de saúde, e considerando a matriz de decisão clínica do MAIEC, abordada no ponto 2.2, foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE (Quadro 1):

**Quadro 1**– Definição dos diagnósticos

<b>FOCO</b>	
<b>PRINCIPAL</b>	
<b>GESTÃO COMUNITÁRIA COMPROMETIDA</b>	
Diagnóstico	Liderança Comunitária Comprometida
Subdiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento sobre acesso aos cuidados de saúde não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Crença quanto à importância de ter um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde, não demonstrado em 17% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Atitude para participar neste projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde, não demonstrado em 10% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Atitude relacionada com o acesso aos rastreios, não demonstrado em 24% dos imigrantes indianos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atitude relacionada com o acesso à vacinação, não demonstrado em 32% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Atitude relacionada com o acesso às consultas médicas, não demonstrado em 28% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Atitude sobre o acesso à realização de análises e exames, não demonstrado em 24% dos imigrantes indianos.</li> </ul>
Diagnóstico	Participação Comunitária Comprometida
Subdiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação não eficaz em saúde, reportado por 80% dos imigrantes indianos</li> <li>- Parcerias não existentes na comunidade, conforme reportado por 80% dos imigrantes indianos</li> <li>- Estruturas organizativas formais e não formais não existentes na comunidade, conforme reportado por 80% dos imigrantes indianos</li> </ul>
Diagnóstico	<i>Coping</i> Comunitário Comprometido
Subdiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação em projetos ou atividades no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, não demonstrado em 100% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Participação em formação e/ou treino sobre acesso aos cuidados e saúde, não demonstrado em 100% dos imigrantes indianos.</li> <li>- Existência de competências/forças para contribuir para um projeto sobre acesso aos cuidados de saúde, não demonstrada em 40% dos imigrantes indianos.</li> </ul>

**Fonte:** a própria

#### 4.2.3. Definição de prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do PS e consiste em selecionar os problemas de saúde que serão resolvidos, recorrendo a critérios de diversa ordem. Contudo é fundamental o uso eficiente dos recursos e o horizonte temporal em que as atividades serão desenvolvidas (Imperatorii & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais., 1993).

Melo (2020), defende que é importante priorizar porque na presença de vários problemas “nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no mesmo tempo disponível” e “a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor”.

Na aplicação de um método de priorização dos problemas e definição de qual o problema em que se deve intervir primeiro, não representa que os restantes problemas não são igualmente importantes, no entanto poderão aguardar por um momento mais oportuno (Rodrigues, 2021).

Não existe nenhum método ou técnica ideal ou universal, existem diferentes métodos e técnicas que podem ser utilizados, de forma isolada ou combinada, para a definição de prioridades (Imperatorii & Giraldes, Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais., 1993).

A priorização dos diagnósticos neste estudo foi realizada através do critério de priorização desenvolvido pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES/OPAS) (Ahumada et al, 1965 citado em Melo, 2020). Este método utiliza três critérios: magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

A magnitude refere-se à extensão e relevância do problema; a transcendência diz respeito ao reconhecimento que uma comunidade tem em relação a esse problema, sendo afetada pela sua gravidade; a vulnerabilidade está ligada à probabilidade de que a intervenção cause um impacto real.

A magnitude refere-se à dimensão e importância do problema; a transcendência diz respeito ao reconhecimento que determinada comunidade dá a esse problema e é influenciada pela sua gravidade; a vulnerabilidade está ligada à possibilidade de haver um efeito efetivo provocado pela intervenção (Ahumada et al. 1965 citado em Melo, 2020).

A cada um dos critérios foi atribuída uma pontuação de 0 a 3, conforme demonstrado na tabela 2:

**Tabela 2** - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0% a 50% = 0	- A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros problemas = 0	- A resolução do diagnóstico não depende da nossa intervenção = 0
De 50% a 65% = 1	- A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros problemas = 1	- A resolução do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção = 1
De 65% a 75% = 2	- A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros problemas = 2	- A resolução do diagnóstico depende da nossa intervenção = 2
Acima de 75% = 3	- A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros problemas = 3	- A resolução do diagnóstico depende muito da nossa intervenção = 3

**Fonte:** Adaptado. **Em** *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (p. 21), **de** Melo, P., 2020, Lidel.

Com a definição de critérios, passou-se à sua aplicação e análise dos resultados das ponderações atribuídas a cada problema identificado (Tabela 3).

**Tabela 3** - Processo de priorização dos diagnósticos identificados

Diagnósticos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
- Conhecimento sobre acesso aos cuidados de saúde não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos.	1	2	3	6

- Crença quanto à importância de ter um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde, não demonstrado em 17% dos imigrantes indianos.	0	2	2	<b>4</b>
- Atitude para participar neste projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde, não demonstrado em 10% dos imigrantes indianos.	0	2	2	<b>4</b>
- Atitude relacionada com o acesso aos rastreios, não demonstrado em 24% dos imigrantes indianos.	0	2	3	<b>5</b>
- Atitude relacionada com o acesso à vacinação, não demonstrado em 32% dos imigrantes indianos.	0	2	2	<b>4</b>
- Atitude relacionada com o acesso às consultas médicas, não demonstrado em 28% dos imigrantes indianos.	0	2	3	<b>5</b>
- Atitude sobre o acesso à realização de análises e exames, não demonstrado em 24% dos imigrantes indianos.	0	2	3	<b>5</b>

**Fonte:** A própria

Como critério de inclusão para a intervenção foi definido um valor de ponderação igual ou superior a 6, tendo em conta o horizonte temporal e os recursos disponíveis. Assim, o diagnóstico de enfermagem que surge como principal problema para intervenção é:

D1 - conhecimento sobre acesso aos cuidados de saúde não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos;

#### **4.2.4. Fixação de objetivos**

A fixação de objetivos é a terceira etapa do PS, em que se pressupõe a definição de objetivos com base na determinação das prioridades de intervenção.

O objetivo é “um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79)

Na definição dos objetivos deve obedecer-se a cinco critérios fundamentais, nomeadamente, devem ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporizáveis (Rodrigues, 2021).

A fixação de objetivos ajuda a traçar estratégias de intervenção de forma muito clara, dado que identifica a situação atual de uma comunidade e o resultado desejado. Podem-se classificar várias categorias de objetivos: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas (Melo, 2020).

Tendo em consideração as prioridades para esta fase do projeto define-se que, a sua finalidade é melhorar o empoderamento comunitário da comunidade imigrante indiana residente na Marinha Grande para um melhor acesso aos cuidados de saúde, o objetivo geral é promover a gestão comunitária da comunidade imigrante indiana residente na Marinha Grande sobre o acesso aos cuidados de saúde, e os objetivos específicos são definir melhorar a liderança comunitária dos imigrantes indianos quanto ao conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde e promover a literacia em saúde, capacitando os imigrantes para o acesso à saúde.

Associado à fixação de objetivos é fundamental definir quais os indicadores de estrutura, que indicam quais os recursos necessários, quais os indicadores de resultado, que medem a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema, e quais os indicadores de processo, que medem a atividade que é desenvolvida com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Tabela 4) (Imperatori & Giraldes, 1993).

**Tabela 4** - Objetivos, indicadores de atividade e resultado com respetivas metas.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>INDICADORES DE ATIVIDADE</b>	<b>META</b>
- Melhorar a liderança comunitária dos imigrantes indianos quanto ao conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde  - Promover a literacia, capacitando os imigrantes para o acesso à saúde	<b>Taxa de participação no grupo focal para avaliação da gestão comunitária</b> (Número de imigrantes participantes no grupo focal / Número de imigrantes convocados para o grupo focal) × 100	Que 60% dos imigrantes participem no grupo focal
	<b>Taxa de sessões realizadas aos imigrantes indianos</b> (Nº de sessões realizadas / Nº de sessões programadas) × 100	Que 100% das sessões programadas se realize
	<b>Taxa de participação (assiduidade) na sessão aos imigrantes indianos</b> (Nº de imigrantes indianos presentes na sessão / Nº de imigrantes convocados para a sessão) × 100	Que 80% dos imigrantes inscritos participem na sessão
	<b>Taxa de distribuição de material educativo na sessão</b> (Nº de imigrantes indianos que receberam o material educativo / Nº total de imigrantes indianos programados para receber) × 100	Que 50% dos imigrantes indianos tenham recebido o material educativo
	<b>Taxa de reuniões com stakeholders da comunidade</b> (Nº de reuniões realizadas/Nº de reuniões agendadas) × 100	Que 100% das reuniões agendadas se realizem

	INDICADORES DE RESULTADO	META
	<b>Taxa de melhoria da gestão comunitária dos imigrantes</b>  Aplicação do EAvEC ao grupo de imigrantes no qual serão verificados os domínios com um baixo valor de empoderamento  $\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de domínios do EAvEC com baixo valor de empoderamento}}{\text{N}^\circ \text{ total de domínios da escala EAvEC}} \right) \times 100$	Melhoria em 15% quanto ao número de domínios da escala EAvEC com baixo valor de empoderamento
	<b>Taxa de melhoria da literacia em saúde dos imigrantes indianos sobre o acesso aos cuidados de saúde</b>  Aplicação do Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q6) quanto ao acesso aos cuidados de saúde  $\left( \frac{\text{n}^\circ \text{ de domínios da escala com baixo valor}}{\text{n}^\circ \text{ total de domínio}} \right) \times 100$	Melhoria em 20% quanto ao número de domínios da escala com baixo valor de literacia.

Fonte: A própria

#### 4.2.5. Seleção de estratégias

A seleção e elaboração de estratégias é a quarta etapa do PS, que segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 87), a estratégia é “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde”, tendo por base os recursos disponíveis, tempo e obstáculos, assim como da aceitação pela população. Esta etapa é fundamental num projeto, dado que a forma como são planeadas as estratégias determina o sucesso no alcance das metas propostas (Melo, 2020).

Compete ao EEECSPP definir estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, com os recursos existentes, que permitam as mudanças desejáveis e consequente melhoria do estado de saúde da comunidade (Melo, 2020). Assim, para a definição de estratégias foi realizada revisão integrativa sobre quais são as intervenções de enfermagem comunitária já utilizadas na comunidade imigrante indiana.

As intervenções achadas na revisão integrativa já utilizadas ou sugeridas para implementar foram: aplicação de questionários com abordagem à comunidade por informante chave, sessões de Educação para a Saúde e formação aos profissionais de saúde.

Cuevas, et al. (2018) sugere que as intervenções devem ser sensíveis às normas culturais, que a linguagem utilizada deve ser cuidada e adaptada, e que as intervenções devem envolver a comunidade, de forma a superar as barreiras culturais e promover a adesão.

Melo (2020), sugere que as intervenções podem passar por sessões de Educação para a Saúde com os membros da comunidade ou a partilha de informação escrita sobre a problemática.

Segundo Kickbusch (2008) citado no Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde (DGS, 2019), a promoção da Literacia em Saúde apresenta-se como “uma estratégia eficaz que aborda simultaneamente a saúde e a educação”.

A educação e comunicação em saúde remetem para o conceito de Literacia em Saúde é definido pela OMS, e citado no Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 (DGS, 2023), como “um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde”.

“A comunicação tem um papel fundamental na promoção da Literacia em Saúde e na ativação de comportamentos protetores da saúde. A mesma deverá ser planeada e adaptada, tendo em conta os grupos-alvo, nomeadamente a população em geral, profissionais de saúde, cuidadores informais, estruturas e organismos da saúde. Será, assim, essencial identificar canais e parceiros disponíveis”, (DGS, 2023).

O envolvimento dos parceiros da comunidade ou *stakeholders* é fundamental, para que se consiga alcançar a mobilização da comunidade e dos grupos para a saúde. A “mobilização da população para a saúde é um processo que envolve esforços concertados da sociedade, sendo fulcral a participação dos parceiros e dos agentes comunitários para alcançar diferentes públicos-alvo e obter a sua confiança” (DGS, 2023).

Estabelecer parcerias com os *stakeholders* é uma estratégia importante para alcançar os objetivos propostos. Segundo Mattei, *et al.* (2024), os programas que incluem mediadores culturais e parcerias tendem a ser mais eficazes na superação das barreiras linguísticas e a aumentar a confiança dos imigrantes na utilização dos serviços de saúde. Os benefícios de uma parceria para além de permitir o acesso a recursos e ferramentas para a intervenção, também incluem maior visibilidade, promoção e sucesso do projeto.

Tendo em conta os achados da revisão integrativa, o referencial teórico MAIEC e o diagnóstico de enfermagem, conhecimento sobre acesso aos cuidados de saúde não demonstrado, estão reunidas condições para definir as estratégias de intervenção, sendo:

- Plano de sessão de educação para a saúde com metodologia expositiva, demonstrativa e interativa, constituída por apresentação teórica sobre o acesso aos cuidados de saúde e hábitos de vida saudáveis, tendo sido efetuada a tradução para punjabi (língua predominante na comunidade indiana);

- Entrega de material educacional transmitida na sessão de educação para a saúde tendo sido efetuada a tradução para punjabi (língua predominante na comunidade indiana).

Contudo, existe um conceito que pode ter uma grande influência no sucesso das intervenções, o *marketing* social em saúde, que segundo Melo (2020, p. 68) acarreta “a adoção de comportamentos e a promoção de ideias que promovam o desenvolvimento da saúde das pessoas, seja a nível individual ou coletivos”, permitindo obter ganhos em saúde e a promoção do desenvolvimento comunitário. Segundo Melo (2020, p.68), o marketing orienta para o sucesso da tomada de decisão, em que o enfermeiro que desenvolve e implementa estratégias de marketing social em saúde se torna arquiteto de escolha, como defendem Thaler & Sunstein (2009) citado por Melo (2020, p.68), pois “permite ao enfermeiro escolher as técnicas adequadas nos processos de comunicação com os membro e líderes da comunidade, baseando-se na análise prévia das suas características”.

#### **4.2.6. Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução**

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018), o EEECS tem a competência de estabelecer programas e projetos de intervenção capazes de dar resposta às necessidades das comunidades, para tal deve conceber, planear e executar intervenções de Saúde Comunitária e Saúde Pública, mobilizando os responsáveis organizacionais e políticos face aos problemas de saúde identificados.

Esta é a quinta etapa do PS, sendo fundamental definir a diferença entre programa e projeto. Assim, segundo Rodrigues (2021, p. 49) o programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros geridas por um mesmo organismo” e o projeto é “um conjunto específico de operações projetadas para atingir uma meta única e é circunscrito para aquela população e para aquele horizonte temporal” (Rodrigues, 2021, p. 49).

Segundo Imperatóri & Giraldes (1993), é nesta etapa que em função dos objetivos operacionais, são definidas as atividades a desenvolver para a operacionalização do projeto. Para tal é essencial o planeamento das atividades, sendo que deve ser flexível, detalhado e adaptado às necessidades da população alvo, que permita a monitorização e adaptações necessárias, (Rodrigues, 2021).

As atividades devem ter relação direta com os objetivos específicos (Rodrigues, 2021), tendo em consideração os dados obtidos no diagnóstico de situação, a priorização das necessida-

des, os objetivos, geral e específicos, e as estratégias a dotar é importante definir as atividades a desenvolver durante o projeto. De salientar que o estabelecimento de atividades teve sempre presente e como base orientadora o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) e Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado.

De salientar que este projeto teve o seu início com o ENGAGE23, no qual foi realizado o diagnóstico de situação de saúde da comunidade, que orientou o presente projeto ENGAGE24.

Assim, foram definidas e realizadas as seguintes atividades:

- Reunião com informante chave pertencente à comunidade indiana para explicar o projeto e as intervenções planeadas para os imigrantes indianos que pretendessem participar;
- Apresentação do projeto ao grupo de imigrantes a explicar o projeto e as intervenções planeadas para os mesmos;
- Realizada entrevista com pessoa perita na cultura, crenças e valores da comunidade indiana (Apêndice XII);
- Aplicado questionário MAIEC aplicado antes e após a intervenção, ambos os questionários foram redigidos em português e punjabi (Apêndice XIII);
- Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde com questionário de avaliação de conhecimentos, sobre acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida saudáveis em português e punjabi (Apêndice XIV);
- Entrega de material educativo sobre acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida saudáveis em português e punjabi (Apêndice XV);
- Reunião do Grupo Focal para aplicação da EAvEC (Apêndice VI)

Para este projeto importa ter em consideração algumas questões éticas, uma vez que para a implementação deste PIC foi necessário solicitar as devidas autorizações à comissão de ética da ULS RL, todos os documentos foram criados de acordo com as orientações da ULS RL, sendo que para o grupo focal foi criada um consentimento informado para a gravação da reunião do grupo focal.

Foram, ainda, avaliados os recursos materiais necessários para a implementação do projeto:

- Computador: disponibilizado pelas mestrandas;

- Projetor de vídeo: disponibilizado pela UCC;
- Questionários: impressos pelas mestrandas;

#### **4.2.7. Execução do Projeto Engage**

Para dar resposta aos objetivos definidos é na etapa da execução que são implementadas as atividades definidas, (Imperatori & Giraldes, 1993).

A reunião com informante chave pertencente à comunidade indiana para explicar o projeto e as intervenções planeadas para os imigrantes indianos, que pretendessem participar, decorreu nas instalações da UCC MG no Centro de Saúde da Marinha Grande.

A apresentação do projeto ao grupo de imigrantes a explicar o projeto e as intervenções planeadas para os mesmos decorreu após a abordagem da informante chave à comunidade e potenciais imigrantes indianos disponíveis para participar no projeto, foi *online* e com a ajuda da informante chave na tradução e explicação da mensagem que lhes foi passada.

A entrevista com pessoa perita na cultura, crenças e valores da comunidade indiana foi online, no dia 13-01-2025, foi gravada com consentimento informado validado na gravação pela própria pessoa. A mesma seguiu o guião orientador da entrevista, previamente elaborado.

A aplicação do questionário MAIEC e a realização da sessão de educação para a saúde foi efetuada aos imigrantes indianos que aceitaram participar no projeto, mediante assinatura do consentimento informado, foram os mesmos que preencheram o questionário nos dois momentos e que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde.

O questionário MAIEC antes e após a sessão de educação para a saúde, por dificuldade demonstrada e resistência em se deslocarem para o projeto, foi adaptado o questionário MAIEC para punjabi e *online*, através do Google *forms*, para facilitar o preenchimento e a adesão. O questionário MAIEC pré decorreu entre 12-01-2025 e 21-01-2025 e o questionário MAIEC pós decorreu entre 27-01-2025 e 31-01-2024.

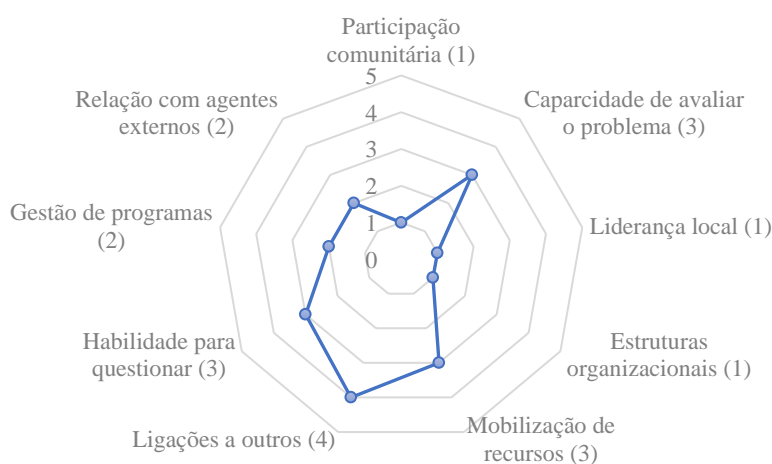
A sessão de Educação para a Saúde começou por ser elaborado plano de sessão e a apresentação sobre acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida saudáveis, em português e punjabi, foi elaborada em *PowerPoint*, com base nas sugestões da revisão integrativa e os resultados do questionário MAIEC pré sessão. A sessão decorreu na sala de reuniões da UCC MG no dia 21-01-2025, sendo que estiveram quatro imigrantes indianas presentes fisicamente e um imigrante indiano presente *online*, pois pela dificuldade demonstrada e resistência em se

deslocarem para o projeto, foram adaptadas as circunstâncias, para incentivar a participação. Foi aplicado um questionário de conhecimentos antes e após a sessão de Educação para a Saúde, sobre os temas abordados na sessão.

A entrega de material educativo sobre acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida saudáveis em português e punjabi foi efetuada no dia da sessão de Educação para a Saúde, em formato pdf que permite uma consulta rápida.

A reunião do Grupo Focal para aplicação da EAvEC decorreu no espaço cidadão pertencente à junta de freguesia da Marinha Grande no dia 26-02-2025, cujo pedido de agendamento com a Junta de Freguesia Marinha Grande foi efetuado por email (Anexo V), conforme disponibilidade de todos os *stakeholders*. Foi apresentado o projeto ao grupo e de seguida foi aplicada a EAvEC em todos os domínios.

A discussão dos 9 domínios da EAvEC decorreu nos moldes já mencionados no subcapítulo 2.2., com os resultados observados possibilita a elaboração de um gráfico radar, no qual se pode observar um baixo nível de empoderamento comunitário nos domínios: Participação Comunitária, Liderança Local e Estruturas Organizativas, todas avaliadas com o nível 1, (Gráfico 1) (Apêndice XVII).



**Gráfico 1** – Gráfico Radar da EAvEC para a falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde, da comunidade indiana

**Fonte:** Adaptação do Gráfico Radar, conforme Melo (2020).

A discussão dos domínios da EAvEC levou a que os parceiros compreendessem a visão de cada *stakeholder* sobre cada um dos domínios, que não necessariamente seja partilhada por todos, sendo que a permite compreender melhor a realidade da comunidade indiana enquanto

elemento da comunidade da Marinha Grande. O que levou à reflexão sobre de que forma os recursos e parcerias devem ser organizados e distribuídos para alcançar os objetivos delineados para obter ganhos em saúde.

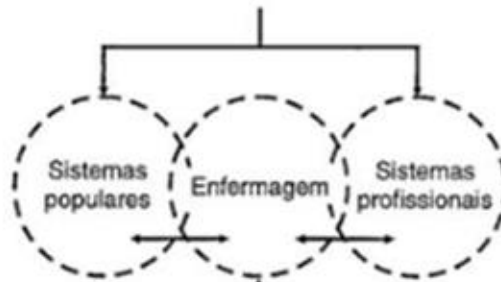
Na revisão da literatura foi sugerida como estratégia a implementação de intervenções sensíveis às normas culturais, conforme já mencionado no subcapítulo 5.4, sendo que Madeleine Leininger defendendo no seu modelo que a pessoa não pode ser separada da sua cultura e da sua estrutura social, então propõe o cuidado transcultural, o cuidado culturalmente congruente.

Dada a população alvo ser imigrantes indianos com um padrão cultural e social marcados, e por conferir no projeto um papel de orientador conceptual e estrutural, foi aplicado o modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger na reunião do grupo focal (Gráfico 2) (Apêndice XVI).



Comunidade Indiana

↑  
Sistemas de Saúde Diversificados



- Sustentar tradições culturais/religião/manter rede de apoio/manter os hábitos culturais e religiosos.
- Procurar informação em saúde fidedigna/direitos e deveres do utente/Informar sobre recursos da saúde/frequentar as aulas de português/negociar hábitos culturais e religiosos relacionados com processo saúde doença.
- Promover e orientar para utilização da linha SNS24 e adequada utilização dos serviços de saúde/capacitar os enfermeiros para a prática de cuidados culturalmente congruentes/respeitar os hábitos culturais da comunidade.

↓  
Cuidado congruente com a cultura

**LEGENDA:**

- - - - - Influenciadores
- Influenciadores direcionais

**Gráfico 2** - Modelo SUNRISE adaptado à amostra em estudo

Fonte: a própria

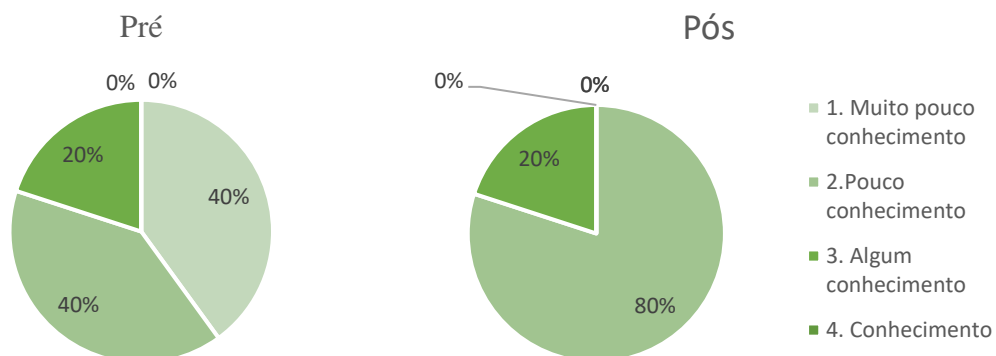
### 4.3. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A avaliação do projeto é a última etapa do Planeamento em Saúde, que constitui a verificação do grau de sucesso da intervenção no alcance dos objetivos (Tavares, 1990; Rodrigues, 2021).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) e Rodrigues (2021, pp.194-197), o PS é um processo contínuo, no qual as etapas se interligam. A avaliação é o instrumento que avalia todo o processo permitindo compreender os sucessos e os insucessos das intervenções desenvolvidas assim como o seu efeito na comunidade, considerando os objetivos e indicadores estabelecidos.

Como referido no subcapítulo 4.2.7., o questionário MAIEC foi aplicado, pré e pós intervenção, pelo que é pertinente a demonstração dos resultados obtidos, ainda que a amostra conseguida seja redutora e muito pouco representativa da comunidade. Assim, no âmbito do questionário MAIEC na parte da Liderança Comunitária evidenciou nos dados obtidos alguma melhoria dos conhecimentos, nomeadamente nos conceitos e definições sobre o acesso aos cuidados de saúde.

Os imigrantes indianos apresentam uma evolução na perceção dos seus conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde, dado que em pré intervenção apresentavam 40% muito pouco conhecimento e 40% pouco conhecimento, e após intervenção 80% considera ter pouco conhecimento (Gráfico 3). Assim, convertendo para a perceção do conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde a amostra apresenta 53% de conhecimento demonstrado, o que representa 47% de conhecimento não demonstrado e reflete ligeira melhoria face ao questionário MAIEC pré, na mesma questão (Tabela 5).



**Gráfico 3** – Perceção dos imigrantes sobre os seus conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde, pré e pós.

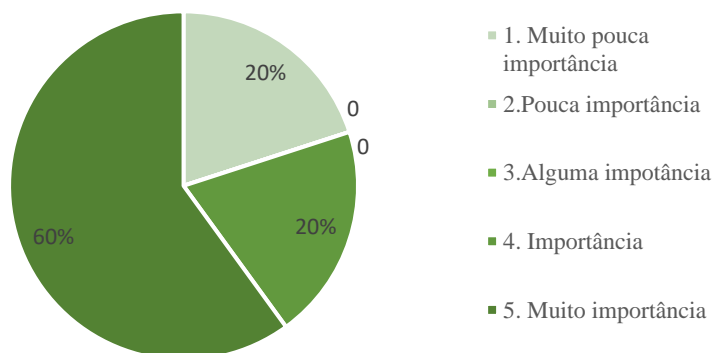
Fonte: a própria

**Tabela 5** – Representação do conhecimento demonstrado

LIDERANÇA COMUNITÁRIA	Pré intervenção	Pós intervenção
Qual é o seu nível de conhecimentos que considera ter sobre o acesso aos cuidados de saúde	47%	53%
Que importância considera ter um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde	83%	90%
Qual é o seu nível de vontade (motivação) para participar neste projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde	90%	90%
No que respeita ao tema de acesso aos cuidados de saúde, costuma realizar: Rastreios	76%	80%
No que respeita ao tema de acesso aos cuidados de saúde, costuma realizar: Vacinação	67%	80%
No que respeita ao tema de acesso aos cuidados de saúde, costuma realizar: Consultas médicas	72%	76%
No que respeita ao tema de acesso aos cuidados de saúde, costuma realizar: Análises e exames complementares de diagnóstico	76%	88%

Fonte: a própria

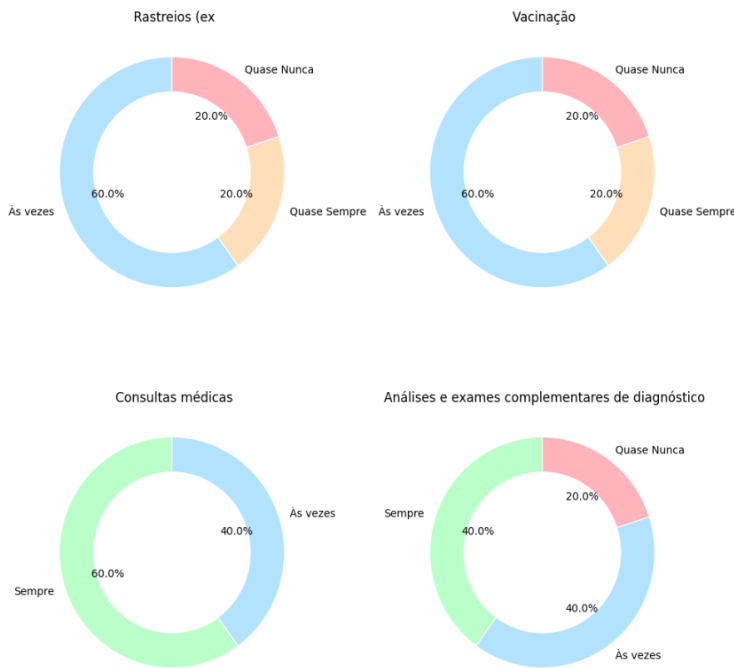
Na resposta pré e pós intervenção, sobre a importância atribuída à existência de projetos para darem resposta às necessidades dos imigrantes indianos, a amostra manifestou a mesma opinião no pré e pós intervenção, manifestando ser muito importante com 60% e importante com 20% (Gráfico 4).



**Gráfico 4** - Importância de um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde

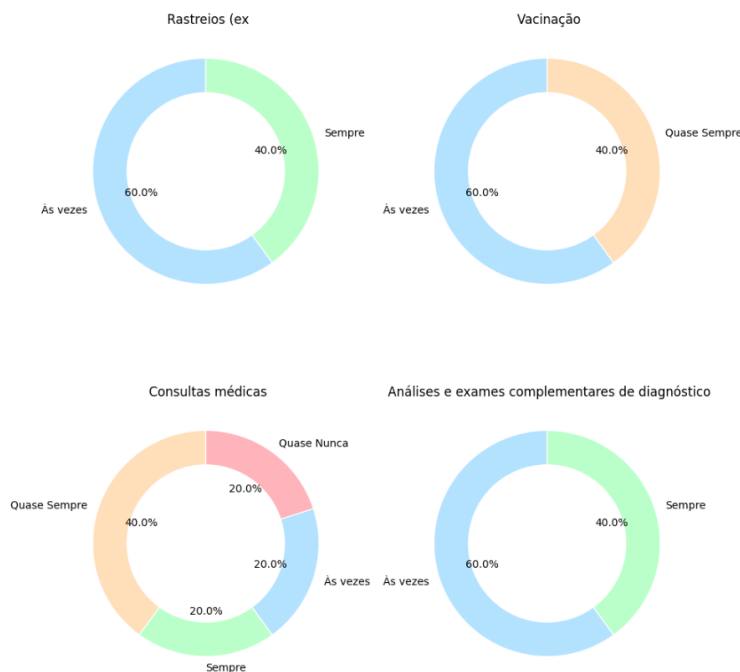
Fonte: a própria

Relativamente ao acesso de cuidados de saúde como os rastreios, a vacinação, as consultas vigilância e as análises e exames complementares de diagnóstico apresentou-se uma melhoria, que se considera associada ao entendimento dos conceitos e definições (Gráfico 5 e 6).



**Gráfico 5** – Serviços de saúde utilizados pelos imigrantes indianos – Pré intervenção

Fonte: a própria



**Gráfico 6** – Serviços de saúde utilizados pelos imigrantes indianos – Pós intervenção

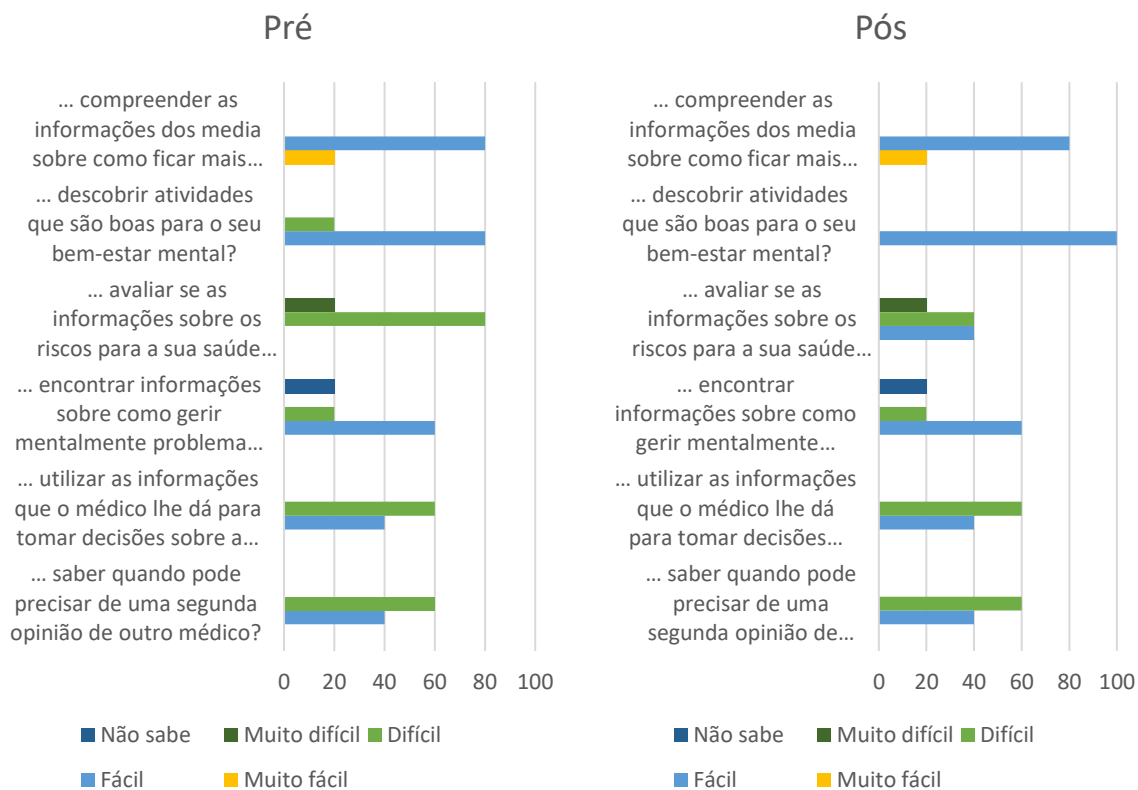
Fonte: a própria

Inserido no questionário MAIEC foi aplicado o questionário da literacia em saúde HLS-EU-Q6:Psicométrico, que pela amostra muito reduzida não é possível analisar os dados obtidos

estatisticamente, no entanto fizemos uma análise das respostas obtidas no sentido de valorização positiva (Gráfico 7).

Quanto ao “Para si, quão fácil ou difícil é descobrir atividades que são boas para o seu bem-estar mental” verificou-se um aumento de respostas para fácil, ou seja, considera-se que após a intervenção houve um esclarecimento sobre conceitos importantes para a amostra.

Relativamente “Para si, quão fácil ou difícil é avaliar se as informações sobre os riscos para a sua saúde transmitidas nos meios de comunicação social (ex: televisão, internet...) são confiáveis” verificou-se uma diminuição na resposta “difícil” e um aumento na resposta “fácil”, ou seja, considera-se que após a intervenção houve igualmente um esclarecimento sobre conceitos importantes para a amostra conseguir identificar as fontes de informação fidedignas para o acesso aos cuidados e saúde.



**Gráfico 7** – Resultados questionário da literacia em saúde HLS-EU-Q6:Psicométrico, pré e pós intervenção.

**Fonte:** a própria

Para avaliar este projeto foi realizada uma avaliação dos indicadores de atividade, de acordo com as metas estabelecidas (Tabela 6), assim:

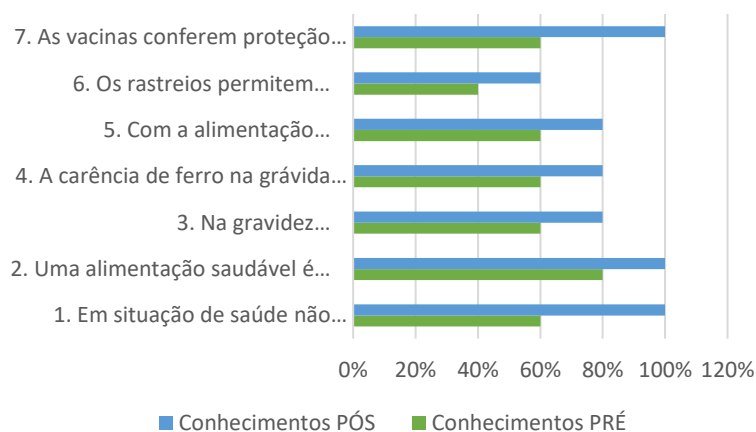
**Tabela 6** - Avaliação dos indicadores de atividade do projeto

Indicador de Atividade	Meta	Avaliação
Taxa de participação no grupo focal para avaliação da gestão comunitária	Que 60% dos imigrantes participem no grupo focal	$(2 \text{ imigrantes participantes no grupo focal} / 3 \text{ imigrantes convocados para o grupo focal}) \times 100 = 66,7\%$
Taxa de sessões realizadas aos imigrantes indianos	Que 100% das sessões programadas se realize	$(1 \text{ sessão realizada} / 1 \text{ sessão programada}) \times 100 = 100\%$
Taxa de participação (assiduidade) na sessão aos imigrantes indianos	Que 80% dos imigrantes inscritos participem nas sessões	$(5 \text{ imigrantes indianos presentes na sessão} / 5 \text{ imigrantes convocados para a sessão}) \times 100 = 100\%$
Taxa de distribuição de material educativo na sessão	Que 50% dos imigrantes indianos tenham recebido o material educativo na sessão	$(5 \text{ imigrantes indianos que receberam o material educativo} / 5 \text{ imigrantes indianos programados para receber}) \times 100 = 100\%$
Taxa de reuniões com <i>stakeholders</i> da comunidade	Que 100% das reuniões agendadas se realizem	$(1 \text{ reunião realizada} / 1 \text{ reunião agendada}) \times 100 = 100\%$

Fonte: a própria

Analisando os indicadores de atividade, verifica-se que foram alcançadas todas as metas.

Relativamente à eficácia das intervenções, comparou-se os conhecimentos dos imigrantes indianos sobre os temas abordados na sessão de educação para a saúde sobre acesso aos cuidados de saúde e hábitos de vida saudáveis, por questionário pré e após sessão, com avaliação das respostas corretas (Gráfico 8).



**Gráfico 8** - Nível de conhecimentos em todos os temas abordados na sessão, por respostas corretas.

Fonte: a própria

Verifica-se que houve um aumento do nível de conhecimentos em todos os temas abordados na sessão de educação para a saúde, por comparação dos dados pré e pós questionário, sendo que pré sessão apresentavam 60%, passando a apresentar 85,7% no questionário pós sessão, correspondente às respostas corretas.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), nesta etapa do Planeamento em Saúde, a comparação de valores pode ser entre o diagnóstico de situação inicial e as metas fixadas. Assim, ao avaliar os indicadores de resultado definidos, comparou-se o conhecimento dos imigrantes indianos sobre o acesso aos cuidados de saúde, após as intervenções, com o diagnóstico de situação inicial de gestão comunitária comprometida (Tabela 7).

**Tabela 7** – Avaliação dos indicadores de resultado do projeto

Diagnóstico de situação inicial		Meta	Diagnóstico final
<b>Gestão Comunitária Comprometida</b>	Conhecimento sobre acesso aos cuidados de saúde não demonstrado em 64% dos imigrantes indianos;	Melhoria em 20% quanto ao número de domínios da escala EAvEC com baixo valor de empoderamento	(3 domínios do EAvEC com baixo valor de empoderamento / 9 domínios da escala EAvEC) x 100 = 33,3%
		Melhoria em 20% quanto ao número de domínios da escala com baixo valor de literacia.	(3 domínios da escala com baixo valor/6 domínios) x 100 = 50%

Fonte: a própria

Para se fazer a análise comparativa da melhoria do empoderamento comunitário pela aplicação do EAvEC ao grupo ao grupo focal, é necessário referir que no ENGAGE 23 a EAvEC (Anexo VI) aplicada na fase de diagnóstico de situação de saúde deu uma taxa de 44,4% nos domínios com baixo valor, de acordo com o gráfico radar apresentado, Soares (2024).

No presente projeto ENGAGE24, a taxa de melhoria da gestão comunitária dos imigrantes é de 33,3%, o que representa uma melhoria de 11,1% no empoderamento comunitário dos imigrantes indianos, contudo não é alcançada a meta definida, o que se pode atribuir pela curta linha de tempo para o desenvolvimento da intervenção, após a aprovação da comissão de ética e do conselho de administração, da ULS RL.

De salientar que, nas semanas após a intervenção na comunidade indiana a equipa foi consultada por imigrantes indianos que pretendiam participar no projeto e com questões relevantes sobre o acesso aos cuidados de saúde.

#### 4.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O projeto ENGAGE apresenta pressupostos importantes para a prática clínica, especialmente no que diz respeito à abordagem da comunidade migrante. A sua implementação ressalta a necessidade de desenvolver estratégias inclusivas e culturalmente sensíveis, que assegurem

a equidade no acesso aos cuidados de saúde, por meio da prática especializada baseada na evidência.

As estratégias de promoção da saúde estabelecidas, incluindo a intervenção educativa, o *marketing* social em saúde e criação de parcerias com os *stakeholders*, mostraram-se eficazes. Estas permitiram compreender a importância de promover o acesso aos cuidados de saúde, o que contribuiu para a tomada de decisões informadas e ganhos em saúde.

Da implementação do ENGAGE resultou um aumento da procura da equipa por imigrantes indianos que pretendiam participar no projeto e com questões relevantes sobre o acesso aos cuidados de saúde, bem como um aumento de conhecimentos sobre o acesso aos serviços.

Os participantes da comunidade indiana, no projeto, evidenciaram a aquisição de conhecimentos sobre que tipo de serviço de saúde recorrer nas diferentes situações não urgente, urgente e emergente, bem como os contatos a estabelecer nas diferentes situações.

Particularmente, também foi entendida melhoria no conhecimento sobre a vacinação e importância de cumprir os Plano Nacional de Vacinação ao longo do ciclo de vida, bem como no acesso a consultas de vigilância e rastreios. No entanto, culturalmente a medicina tradicional está muito enraizada e têm alguma dificuldade em compreender porque se procura os serviços de saúde se não estou doente.

Durante a elaboração e execução do projeto ENGAGE, surgiram alguns fatores que limitaram sua concretização. Assim, é essencial refletir e analisar essas limitações, percebendo de que forma impactaram sua implementação e como conseguimos superá-las.

O pedido de parecer à comissão de ética da ULS RL revelou-se moroso e burocrático, quer pela complexidade quer pela quantidade de documentos a preencher e fazer, contudo tem o seu fundamento e indiscutível função de assegurar os direitos e deveres da equipa investigadora e dos participantes no projeto. Com a colaboração da Professora Doutora Teresa Kraus foi possível submeter no dia 16 de outubro de 2024, sendo que, só obtivemos aprovação para a sua implementação a 2 de janeiro 2025.

A implementação do projeto só podia ocorrer após a obtenção do parecer favorável da comissão de ética e do conselho de administração da ULSRL, o que limitou a divulgação, a visibilidade e o alcance do mesmo.

A curta linha de tempo no planeamento do projeto associada ao período de tempo definido para o estágio, principalmente para implementação e avaliação foi uma limitação do projeto

ENGAGE24. Contudo, embora já fora do período de tempo do estágio, com boa vontade e motivação do grupo focal de *stakeholders* foi conseguida a avaliação do projeto.

Pela previsão de tempo útil para a intervenção ser curto, apenas foi preparada uma sessão de educação para a saúde, no entanto o ideal seria fazer várias sessões, eventualmente uma sessão por cada tema prioritário. O facto de o grupo ser pequeno acabou por favorecer a transmissão da informação, pelo que contrariamente à ideia de grupos maiores ser melhor por abranger mais pessoal, verificou-se ser vantajoso um grupo pequeno pela disponibilidade e foco no grupo e nas pessoas.

Em reflexão e análise foi percebido que o efeito “passa palavra”, ou seja, a comunicação entre os imigrantes indianos funciona, quando utilizado o marketing em saúde, então o fator tempo para o efeito é fundamental para o sucesso das intervenções e consequentemente do projeto.

Sugere-se algumas sugestões de melhoria que após a avaliação, faz sentido salientar. Assim, considera-se importante e pertinente avaliar o impacto do projeto a longo prazo, perceber se os resultados obtidos se mantêm e que efeito teve a longo prazo, para os ganhos em saúde. Seria importante desenvolver indicadores de impacto, dado que “medem o efeito produzido de acordo com os objetivos propostos” (Rodrigues, 2021, p. 206)

É fundamental destacar que a repetição desta intervenção promove o acesso dos imigrantes indianos aos cuidados de saúde, reduz as barreiras para utilizar os serviços de saúde e, assim, contribuir para a promoção da saúde, a prevenção de doença e, consequentemente, a obtenção de ganhos na saúde.

As limitações mencionadas na elaboração e execução do Projeto ENGAGE foram superadas com resiliência e determinação em alcançar os objetivos propostos, que foram determinantes para a realização deste projeto.

A aplicação na prática clínica destaca a relevância de estratégias proativas, inclusivas e sustentáveis, contribuindo para a diminuição das desigualdades em saúde. O projeto ENGAGE perante existência de contextos similares noutras comunidades imigrantes, pode ser replicado independentemente da nacionalidade dos participantes, tendo em consideração as necessárias adaptações. Esta característica torna o projeto ainda mais relevante e essencial para facilitar o acesso aos cuidados de saúde, capacitar esse grupo vulnerável e promover a literacia em saúde.

## CONCLUSÃO INTEGRATIVA

O presente relatório de estágio pretende demonstrar por via de análise crítico – reflexiva o percurso formativo trilhado e que possibilitou desenvolver competências específicas em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

A concretização deste relatório promoveu o conhecimento sobre o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e compreender a sua aplicabilidade e importância, dado que orientaram a prática, o pensamento crítico e a tomada de decisões dos enfermeiros.

O meu processo de aprendizagem foi extremamente enriquecedor para o processo de aprendizagem, pelas oportunidades de estágio, pois promoveram a consolidação de conhecimentos já adquiridos nas várias unidades curriculares, desenvolver competências específicas, permitiram a partilha de experiências, bem como a capacidade de análise, reflexão, planeamento, comunicação e trabalho em equipa e, deste modo, dar continuidade ao meu processo de construção de identidade enquanto futura EESCSP.

Segundo o Regulamento das Competências específicas do EESCSP (OE, 2018) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015b), o EESCSP tem um papel elementar na avaliação do estado de saúde da comunidade, na elaboração de projetos ajustados às necessidades da comunidade e aos recursos disponíveis, com intervenções adequadas, assim como a sua monitorização e avaliação, com objetivo de capacitar os grupos e comunidades e obter ganhos em saúde. Os estágios proporcionaram a elaboração e concretização do PIC, o projeto ENGAGE.

Os fenómenos migratórios são eventos crescentes a nível global e com uma diversidade cultural igualmente crescente, que têm impacto significativo na saúde e nos cuidados de enfermagem prestados (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022), constituindo um dos maiores desafios aos direitos humanos (Rendi, Minchola, & Almeida, 2020). Face aos novos desafios é fundamental promover o acesso aos cuidados de saúde e minimizar as barreiras ao acesso dos serviços de saúde (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023).

O projeto ENGAGE baseou-se na evidência científica e foi desenvolvido com o objetivo de promover o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes a residir na Marinha Grande. A

elaboração, operacionalização e implementação foi possível pelo o desenvolvimento de parcerias e os resultados da avaliação do projeto evidenciam ganhos em saúde por parte dos imigrantes indianos. Apesar de a amostra não ser representativa, as metas foram alcançadas e os objetivos definidos foram atingidos com sucesso e evidenciam ganhos em saúde.

Demonstrou-se melhoria nos conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes indianos em 6% e a pertinência de haver projetos sobre o acesso aos cuidados de saúde aumentou em 7%. Ao nível da frequência dos serviços de saúde disponíveis verificou-se um aumento, no entanto associa-se à clarificação de conceitos e definições.

A continuidade e replicação deste projeto permitirá promover o acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante, diminuir as barreiras no acesso aos serviços de saúde e obter ganhos em saúde.

Assim, todo o processo de formação e a redação deste relatório foram fundamentais para o aprimoramento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do EESCSP, assegurando o cumprimento dos objetivos gerais e dos objetivos específicos.

O percurso formativo foi extremamente desafiante tanto a nível pessoal como a nível profissional, marcado por fatores que facilitaram a aprendizagem e por fatores que limitaram o processo.

Os fatores facilitadores do processo de aprendizagem destacam-se a disponibilidade, os conhecimentos e a forma acolhedora como fui recebida por todos os profissionais que constituem as equipas das unidades funcionais onde decorreram os estágios, em especial dos enfermeiros orientadores. O que proporcionou a integração facilitada, a partilha de saberes e oportunidades para o desenvolvimento das competências como EESCSP. Trabalhar em equipa e promover um ambiente saudável, fomentar boas relações com os colegas, foi, sem dúvida, um fator que facilitou o processo. O apoio e a colaboração com a colega de estágio foram elementos positivos ao longo dessa jornada, tornando-a mais enriquecedora e gratificante.

O fator limitador do processo de aprendizagem destaca-se a duração do estágio, sendo este curto para o cumprimento de todos os pressupostos, dado que os processos burocráticos se demonstraram morosos.

A realização dos estágios na USP e na UCCMG da ULS RL, a elaboração do presente relatório e considerando o Plano de Estudos no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública considera-se que foram adquiridos e desenvolvidos um conjunto de conhecimentos e competências, que são exigidos e preconizados para a atribuição do Grau de Mestre, segundo o Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março (Decreto-Lei nº74/2006, 2006).

Assim, pode-se considerar que esta etapa do processo académico foi um grande desafio, no qual a motivação, a perseverança, a resiliência e a dedicação foram fundamentais para o seu *términus*.

## Referências Bibliográficas

- Anderson de Cuevas, R., Saini, P., Roberts, D., Beaver, K., Chandrashekar, M., Jain, A., . . . Brown, S. (2018). *A systematic review of barriers and enablers to South Asian women's attendance for asymptomatic screening of breast and cervical cancers in emigrant countries*, 8(e020892). doi:10.1136/bmjopen-2017-020892
- ACeS PL. (2023). *Perfil Local de Saúde – ACeS Pinhal Litoral – 2023*. Leiria.
- AIMA. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de Agência para a Integração, Migração e Asilo: <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- Bäckström, B., Gomes de Sousa, L. M., Costa, P. M., Magano, O., & Albuquerque, R. d. (2023). Acesso à saúde por parte dos refugiados recolocados Estratégias de acolhimento e integração das instituições da sociedade civil portuguesa. *RELASP Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político*, 4(7), pp. 105 - 136. doi:<https://doi.org/10.35305/rr.v4i7.110>
- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal. (*Societies*, 12, 55). Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M. (2014). *Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills*, 2, ESSS(5). Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/273440695\\_Teoria\\_da\\_Diversidade\\_e\\_Universalidade\\_do\\_Cuidado\\_Cultural\\_Analise\\_segundo\\_o\\_Metodo\\_Sintetico\\_de\\_McEwen\\_e\\_Wills](https://www.researchgate.net/publication/273440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills)
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março - Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, 2242 - 2257*. Obtido em 15 de março de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- DGS. (2009). *Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD de 07-05-09, Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 24 de setembro de 2024, de Direção Geral da Saúde: [chromehttps://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmdm-de-07052009-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmdm-de-07052009-pdf.aspx)
- DGS. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 24 de março de 2024, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf)
- DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 1 de abril de 2024, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ead.ipleiria.pt/2023-24/pluginfile.php/193805/mod\\_resource/content/1/Artigo%206.pdf](https://ead.ipleiria.pt/2023-24/pluginfile.php/193805/mod_resource/content/1/Artigo%206.pdf)
- DGS. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s*. Direção Geral de Saúde. Obtido em 24 de março de 2024, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- DGS. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- ERS. (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde, Porto. Obtido em 22 de outubro de 2024, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1480/Estudo\\_ERS\\_-\\_Acesso\\_a\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_por\\_Imigrantes\\_\\_v2\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf)
- ERS. (2023). *Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 21 de setembro de 2024, de Entidade Reguladora da Saúde: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- ESSlei. (junho de 2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. *Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos na ESSlei*. Obtido em 26 de setembro de 2022, de [https://ead.ipleiria.pt/2021-22/pluginfile.php/1076425/mod\\_resource/content/0/Guiaedeelabora%C3%A7%C3%A3odetrabalhosacad%C3%A9micosESSLei2018\\_completo.pdf](https://ead.ipleiria.pt/2021-22/pluginfile.php/1076425/mod_resource/content/0/Guiaedeelabora%C3%A7%C3%A3odetrabalhosacad%C3%A9micosESSLei2018_completo.pdf)
- Eurostat. (2024). *Emprego por sexo, idade e nacionalidade (1 000)*. Obtido em 19 de setembro de 2024, de Eurostat - Navegador de dados: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa\\_egan\\_\\_custom\\_8841567/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=a2e95b51-c08a-462c-b4b7-c0a11bab32a7](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_egan__custom_8841567/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=a2e95b51-c08a-462c-b4b7-c0a11bab32a7)
- Fonseca, K. O. (2012). Investigação - Ação: Uma metodologia para a prática e reflexão Docente. *Revista Onis Ciência*, 1(2). Obtido em 16 de março de 2025, de <https://revistaonisciencia.com/wp-content/uploads/2020/02/2ED02-ARTIGO-KARLA.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Giambi, C., Manso, M., Marchetti, G., Olsson, K., Ali, K., & Declich, S. (2019). Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. *Elsevier, Vaccine* 37, 439–5451. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). *Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains*, 16(2), pp. 179-185. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.179>
- Lei n.º 21/2014. (2014). Lei da Investigação Clínica - Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril. *Diário da República*, n.º 75/2014, Série I. Obtido em 10 de janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-56927694-56927982>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, 55 -66. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Machado, C. F., Borges, L. C., & Robban, S. d. (2023). *Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger*, pp. 38-44. doi:<https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>
- Machado, R. S. (2024). Comunidades de Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais de Saúde. *Migração em Portugal e na Europa: Determinantes e Impacto na Saúde*, pp. 300 - 311. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://www.conass.org.br/biblioteca/comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa-e-determinantes-sociais-da-saude/>
- Mattei, J., Caballero-González, A., Maafs-Rodríguez, A., Zhang, A., O'Neill, H., & Gago, C. (2024). Lessons learned by adapting and implementing LUCHA: a deep-structure culturally tailored healthy eating

- randomized pilot intervention for ethnic-diverse Latinos. *Frontiers in Public Health*. doi:10.3389/fpubh.2023.1269390
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2015). Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory. *Jones and Bartlett Publishers, Inc.*(978-1-284-02662-7). Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de [https://www.researchgate.net/publication/263542934\\_Culture\\_Care\\_Diversity\\_and\\_Universality\\_A\\_Worldwide\\_Nursing\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/263542934_Culture_Care_Diversity_and_Universality_A_Worldwide_Nursing_Theory)
- Melo et al. (2020). *Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale, I*, pp. 441-446. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/50656317-eb20-421f-b3ec-4bd8314ac932/download>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1.ª Edição ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). *Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo* (série IV nº19 ed., Vol. série IV nº19). Revista de Enfermagem Referência. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Minayo, M. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (16ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Obtido de Diário da República: I série, Nº 38: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- OE. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Obtido em 18 de fevereiro de 2025, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- OE. (2015b). Regulamento nº 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015*, 16481 - 16486.
- OE. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*, pp. 19354 - 19359.
- OE. (2018). Regulamento Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º135, Série II*, 19354 - 19359. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE. (2018). Regulamento Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º135, Série II*, 19354 - 19359. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário de Notícias, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744 - 4750. Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2019a). *Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 - 155: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista*. Obtido em

- 4 de junho de 2024, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OIM. (2024a). *Relatório Mundial sobre Migração de 2024*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de OIM ONU Migração: <https://worldmigrationreport.iom.int/news/world-migration-report-2024-reveals-latest-global-trends-and-challenges-human-mobility>
- OIM. (2024b). *OIM - Une Migration*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/>
- OIM Brazil. (2024). *Pacto Global para para uma Migração Segura, Ordenada e Regular*. Obtido em 23 de outubro de 2024, de OIM |Brazil: <https://brazil.iom.int/pt-br/pacto-global-para-uma-migracao-segura-ordenada-e-regular>
- OMS. (2024a). *Determinantes sociais da saúde*. Obtido em 18 de março de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- ONU. (2015). *A Agenda de Desenvolvimento Sustentável*. Obtido em 28 de março de 2024, de Nações Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- Oriá, M. O., Ximenes, L., & Alves, M. (2005). Madeleine leininger e a teoria da diversidade e universalidade. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Ceará. Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de [https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf\\_652/24459](https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf_652/24459)
- Oriá, M., Ximenes, L., & Alves, M. (2005). Madeleine Leininger and the theory of the cultural carediversity and universality-an historical overview. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 4(2). doi:10.5935/1676-4285.20050218
- Pedro, A., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). *Versão Portuguesa do Questionário HLS-EU-Q6 e HLS-EU-Q16: Propriedades Psicométrico*, 20(2892), pp. 1-9. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Pordata. (maio de 2024). *PORDATA*. Obtido de <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/marinha+grande-824072>
- Pordata. (2024b). *População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades*. Obtido em 22 de fevereiro de 2025, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)
- Potter, P., & Perry, P. (2013). *Fundamentos de Enfermagem (8ª Ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Presidência do Conselho de Ministros. (7 de novembro de 2023). *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*(125), pp. 4 - 20. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023*. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Regulamento n.º428/2018. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. pp. 19354 - 19359.
- Rendi, G., Minchola, L., & Almeida, A. (2020). *O papel da Academia na Proteção e Promoção dos Direitos Humanos de Migrantes e Refugiados no Brasil A prática Extensionista do Mifraidh UFSM*(9), pp. 1689–1699. Obtido de [https://editoraufsm.com.br/downloadable/download/linkSample/link\\_id/28/](https://editoraufsm.com.br/downloadable/download/linkSample/link_id/28/)

- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. (Revista de Enfermagem Referência, Ed.) pp. 125–133. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon Press.
- Ruschel, K., Azzolin, K., & Rabelo, E. (2012). Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de Leininger. Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3625/html>
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A., Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R., & Amaral, A. (2024). Formal nurse leaders' perception of evidence-based practice. *Journal of Nursing Referência*, 6(3), pp. 1-8. doi:<https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>
- Santos, M., Bittencourt, G., Beserra, P., & Nóbrega, M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*. (e21047). doi:<https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Silva, D. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 38, pp. 315-321. doi:[10.32385/rpmgf.v38i3.13198](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13198)
- Silva, E., Alencar, E., Dias, E., Rocha, L., & Carvalho, S. (2021). *Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger*, 13(2). doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>
- Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. (J. o. Management, Ed.) pp. 139–150. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.12309>
- Soares, S. (2024). *Empoderamento comunitário dos imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde*. Leiria.
- SPMS. (2023a). *BI - CSP*. Obtido em 28 de março de 2024, de SNS - Serviço Nacional de Saúde: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/Pages/default.aspx>
- SPMS. (2024c). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) UCC MG*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101151/Pages/default.aspx>
- SPMS. (2025b). *Sobre os Sistemas de Informação*. Obtido de <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
- SPMS. (2025d). *CARTA DE COMPROMISSO - 2024 UCC MARINHA GRANDE*. Obtido de Planos de Ação: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (C. d. 2, Ed.) Lisboa: Ministério da Saúde, Ed. Obtido em 22 de março de 2023
- UCC MG. (2023). *MANUAL ACOLHIMENTO (ALUNO/PROFISSIONAL)*. Marinha Grande: Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande.
- ULS RL. (2025). *Missão e valores*. Obtido de SNS24: <https://www.ulsrl.min-saude.pt/instituicao/missao-e-valores/>
- United Nations. (2024). *Migração para a Europa: factos, não percepções*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental: <https://unric.org/pt/migracao-para-a-europa-factos-nao-percepcoes/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Em W. M. Association, *Handbook of WMA Policies* (pp. D-1964-01-2024). Obtido em 26 de fevereiro de 2025, de <https://www.ucp.pt/media/2791/file>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Cronograma do projeto de intervenção comunitária

Cronograma de Atividades													
Ano	2024									2025			
Atividades	Mês	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Reunião da equipa da USP com a Prof. Orientadora				Férias									
Revisão da literatura													
Reunião com equipa da USP e da UCC com a Prof. Orientadora													
Pedidos de autorização para concretização do Projeto à CE ULS RL													
Reunião com informante chave													
Apresentação do projeto ao grupo de imigrantes													
Entrevista com perito													
Questionário MAIEC Pré													
Sessão de Educação para a Saúde e entrega de material educativo													
Questionário MAIEC Pós													
Reunião do grupo focal, aplicação da EAvec													
Tratamento de dados													
Avaliação do projeto													
Entrega do relatório de Final de Estágio													

Observações: Interrupção escolar para férias entre 21-12-2024 e 05-01-2025

APÊNDICE II - Pedido de Parecer à Comissão de Ética e aprovação do conselho de administração da ULSRL

## Centro de Investigação

## FOLHA DE ROSTO

## Estudo, Ensaio ou Projeto de Investigação

<b>Título do estudo, ensaio ou projeto:</b> Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)  O presente estudo é continuação do estudo ENGAGE23 (Parecer da Comissão de Ética do IP Leiria - Anexo I). Nota: Empoderamento comunitário, como processo e resultado dos cuidados de Enfermagem às comunidades, é a base da decisão clínica proposta pelo MAIEC (Melo, 2020) <sup>1</sup> .	
<b>Promotor:</b> Interno (o próprio) <input type="checkbox"/> Externo <input checked="" type="checkbox"/>  Entidade(s): Instituto Politécnico de Leiria	
<b>Tipo de estudo, ensaio ou projeto:</b> <input type="checkbox"/> Ensaio clínico <input type="checkbox"/> Estudo com intervenção de dispositivo médico <input type="checkbox"/> Estudo ou projeto com outro tipo de intervenção clínica <input type="checkbox"/> Estudos observacionais <input type="checkbox"/> Estudo ou projeto não clínico <input checked="" type="checkbox"/> Trabalhos académicos de investigação (não conferidor de grau <input type="checkbox"/> ou conferidor de grau: Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input checked="" type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/> )	
<b>A preencher pelo GATCI</b>	
<b>Codificação CI:</b> SEP <input type="checkbox"/> SEC <input type="checkbox"/>	<b>Estudo/Projeto N.º:</b> _____
<b>Data de entrada:</b>	<b>Data de validação:</b>

## Identificação do Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno

Nome: Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros  
 Morada: Campus 2, Morro do Lena - Alto do Vieiro Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL  
 Telefone/Telemóvel: 939667254  
 E-mail: teresa.kraus@ipleiria.pt  
 Entidade de origem do(s) investigador(es): Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

**Especificações do Estudo ou Projeto de Investigação****Promotor e CRO do estudo/projeto (se aplicável):**

O projeto de investigação integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTESIS), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e tem como Investigador Principal o Prof. Doutor Pedro Melo.

**Investigador(es) Coordenador(es) (se aplicável):**

Prof. Doutor Pedro Melo

**Co-Investigador(es) (se aplicável):**

Enfermeira Ana Rita Carreira Bastos - Mestranda

Enfermeira Carolina Raquel Marques Luís – Mestranda

**Orientador:**

Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

**Co-orientador (se aplicável):** \_\_\_\_\_**Instituição académica parceira (se aplicável):**

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei)

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)

Data de início: Após aprovação da CE e CA Data do fim (prevista): 3 anos

Área de investigação: Saúde Pública - Empoderamento Comunitário da População Imigrante

**Serviço(s) envolvido(s) da ULS RL:**

Unidade de Saúde Pública da Região de Leiria - Polo da Marinha Grande

Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande.

**Objetivos gerais:**

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

**Objetivo(s) específico de aplicação:**

1. - Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário);
2. - Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

**Metodologia:**

Trata-se de um estudo quase experimental com desenho antes e depois, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e o Grupo Focal.

O estudo será dividido em três fases:

**Fase Diagnóstica:****Grupo Focal com *stakeholders***

- Medição do nível de empoderamento comunitário, relacionado com a identificação da perceção dos membros da comunidade face aos domínios do empoderamento comunitário – Escala EAVeC (Anexo II).

**Amostra em estudo:**

- Identificação do Processo Comunitário para o Acesso aos cuidados de saúde e para a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, através da aplicação do Questionário MAIEC adaptado à população imigrante da Ásia Central e Meridional (Anexo III). Este questionário permite avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre o acesso aos cuidados de saúde e a influência da cultura sobre a atitude face ao estado saúde-doença e identificar novas necessidades formativas. Neste, está incluída

a versão curta do questionário da literacia em saúde (na dimensão “Liderança Comunitária: Conhecimentos”), sendo aplicado antes e depois das sessões de educação para a saúde.

#### Fase de Intervenção:

Em função dos resultados obtidos na Fase Diagnóstica, prepararemos e implementaremos as intervenções abaixo indicadas e/ou outras:

- Formação na área do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, que poderá ser realizada na componente teórica e prática (direitos dos utentes, sistemas de saúde, comunicação com profissionais de saúde, procura de cuidados de saúde, utilização de recursos de saúde e participação em processos de decisão).
- Folhetos Informativos: Serão elaborados folhetos informativos sobre os temas abordados nas sessões de educação para a saúde e na formação, utilizando linguagem clara, imagens e recursos visuais. Os folhetos serão adaptados às necessidades e características dos participantes e estarão disponíveis em diferentes formatos (impresso, digital, áudio).
- Guias Orientadores Traduzidos: Serão elaborados guias orientadores sobre o acesso a cuidados de saúde e a forma como a cultura influencia a atitude face ao estado saúde-doença, traduzidos para diferentes idiomas, de acordo com as necessidades dos utentes. Os guias serão desenvolvidos em colaboração com os utentes e profissionais de saúde, e conterão informações sobre os serviços de saúde disponíveis, os direitos dos utentes imigrantes, os procedimentos para aceder aos cuidados de saúde e os contactos úteis.
- Sessões de Educação para a Saúde: Serão realizadas sessões interativas adaptadas às necessidades e características dos participantes, utilizando linguagem clara e recursos visuais.

#### Fase de Avaliação dos resultados

Grupo Focal com *stakeholders*:

- (Re)Avaliação do Empoderamento Comunitário, relacionado com o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, com recurso à EAveC;

Amostra em estudo:

- (Re)Avaliação do Processo Comunitário para identificar alterações no(s) foco(s) comunitários para o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura com o questionário MAIEC (Anexo III).

#### População/n.º de doentes envolvidos:

- Imigrantes da Ásia Central e Meridional
- Residentes no concelho da Marinha Grande
- Pertencem à área de abrangência da UCC da Marinha Grande, ou seja, inscritos no centro de saúde da Marinha Grande (USF Semear ou USF Stephens ou USF Vitrius ou UCSP Atlântica) ou na Unidade de Saúde Pública Pólo da Marinha Grande.
- Estimativa de 40 participantes.

Critérios de inclusão: Imigrantes com 18 ou mais anos, que aceitem participar no estudo e tenham conhecimento da língua portuguesa, em termos de leitura, fala, escrita e compreensão.

#### Identificação dos Profissionais da ULS RL envolvidos

Recursos necessários (Incluir todos os profissionais da ULS RL envolvidos e detalhando, para cada um, o nome, o n.º mecanográfico e o serviço):

Enfermeira Especialista Ana Catarina Duarte, USP / N.º 6042  
Enfermeira Especialista Dina Pascoal, USP / N.º 6202  
Enfermeira Especialista Cristina Gaspar Santos, USP / N.º 6180  
Dr. Bartolomeu Tiago Rasteiro Alves USP / N.º 06108  
Enfermeira Especialista Ana Laura Baridó, UCC / N.º 6054  
Enfermeira Especialista Lúcia Grácio, UCC / N.º 6339

**Orçamento e Financiamento**Contrato financeiro em anexo: Não  Sim Orçamento total:  €; Orçamento por participante:  €

Entidade(s) que suportam os custos: \_\_\_\_\_

**Indicadores de Execução**Exemplar de Relatório/Trabalho Final  Outros  Quais? \_\_\_\_\_**O Promotor, CRO, Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno**

Nome	Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros
Data	14 outubro 2024

**Parecer do CI**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(O coordenador do CI)

**Parecer da CES**

Parecer favorável de acordo com a ata n.º \_\_\_\_\_ de

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(GATCI)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E  
SAÚDE PÚBLICA

1. Apresentação

No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.) que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos.

O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura.

O ENGAGE24 pretende dar continuidade ao ENGAGE23, tendo como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

2. Projeto de Investigação

a. Título: Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)

b. Identificação da equipa de investigadores local:

Investigadores Principais: Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

Promotor e CRO do estudo/projeto: O projeto de investigação integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTESIS), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e tem como Investigador Principal o Prof. Doutor Pedro Melo.

Investigador Coordenador: Prof. Doutor Pedro Melo

Co-Investigador(es): Enfermeira Ana Rita Carreira Bastos – Mestranda e Enfermeira Carolina Raquel Marques Luís – Mestranda

Orientador: Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros

### 3. Objetivos:

#### Objetivo Geral

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

#### Objetivos Específicos

1. Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário);
2. Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

### 4. Metodologia:

Trata-se de um estudo quase experimental com desenho antes e depois, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e o Grupo Focal.

O estudo será dividido em três fases:

#### Fase Diagnóstica:

##### Grupo Focal com stakeholders

Medição do nível de empoderamento comunitário, relacionado com a identificação da perceção dos membros da comunidade face aos domínios do empoderamento comunitário – Escala EAVeC (Anexo I).

##### Amostra em estudo

Identificação do Processo Comunitário para o Acesso aos cuidados de saúde e para a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, através da aplicação do Questionário MAIEC adaptado à população imigrante da Ásia Central e Meridional (Anexo II). Este questionário permite avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre o acesso aos cuidados de saúde e a influência da cultura sobre a atitude face ao estado saúde-doença e identificar novas necessidades formativas. Neste, está incluída a versão curta do questionário da literacia em saúde (na dimensão “Liderança Comunitária: Conhecimentos”), sendo aplicado antes e depois das sessões de educação para a saúde.

#### Fase de Intervenção:

Em função dos resultados obtidos na Fase Diagnóstica, prepararemos e implementaremos as intervenções abaixo indicadas e/ou outras:

- Formação na área do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, que poderá ser realizada na componente teórica e prática (direitos dos utentes, sistemas de saúde, comunicação com profissionais de saúde, procura de cuidados de saúde, utilização de recursos de saúde e participação em processos de decisão).
- Folhetos Informativos: Serão elaborados folhetos informativos sobre os temas abordados nas sessões de educação para a saúde e na formação, utilizando linguagem clara, imagens e recursos visuais. Os folhetos serão adaptados às necessidades e características dos participantes e estarão disponíveis em diferentes formatos (impresso, digital, áudio).
- Guias Orientadores Traduzidos: Serão elaborados guias orientadores sobre o acesso a cuidados de saúde e a forma como a cultura influencia a atitude face ao estado saúde-doença, traduzidos para diferentes idiomas, de acordo com as necessidades dos utentes. Os guias serão desenvolvidos em colaboração com os utentes e profissionais de saúde, e conterão informações sobre os serviços de saúde disponíveis, os direitos dos utentes imigrantes, os procedimentos para aceder aos cuidados de saúde e os contactos úteis.
- Sessões de Educação para a Saúde: Serão realizadas sessões interativas adaptadas às necessidades e características dos participantes, utilizando linguagem clara e recursos visuais.

#### Fase de Avaliação dos resultados:

##### Grupo Focal com stakeholders:

(Re)Avaliação do Empoderamento Comunitário, relacionado com o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, com recurso à EAvEC;

##### Amostra em estudo:

(Re)Avaliação do Processo Comunitário para identificar alterações no(s) foco(s) comunitários para o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura com o questionário MAIEC.

#### 5. População/n.º de doentes envolvidos:

- Imigrantes da Ásia Central e Meridional
- Residentes no concelho da Marinha Grande
- Pertencem à área de abrangência da UCC da Marinha Grande, ou seja, inscritos no centro de saúde da Marinha Grande (USF Semear ou USF Stephens ou USF Vitrius ou UCSP Atlântica) ou na Unidade de Saúde Pública Pólo da Marinha Grande.
- Estimativa de 40 participantes.

Critérios de inclusão: Imigrantes com 18 ou mais anos, que aceitem participar no estudo e tenham conhecimento da língua portuguesa, em termos de leitura, fala, escrita e compreensão.

#### 6. Tempo de conservação do estudo

Os dados recolhidos serão conservados durante 5 anos.

Os participantes não terão quais quer custos imputados pela participação no projeto, ou em caso de o participante querer desistir, pode fazê-lo em qualquer fase do projeto, sem prejuízo ou penalização, necessitando apenas de informar o investigador ou colaboradores do estudo.

APÊNDICE III – Declaração Confidencialidade dos dados

Centro de Investigação

## DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Investigação clínica, e não clínica, de natureza académica

Carolina Raquel Marques Luís, Aluno(a) do curso Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, declara:

- a) Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e fatos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande (ENGAGE 24): Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença associada à Cultura (continuação do estudo ENGAGE 23) desenvolvido na ULSRL, E.P.E.;
- b) Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros;
- c) Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- d) Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

## Confirma ter conhecimento que:

- a) A ULSRL, E.P.E. é proprietário de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao aluno para utilização no estudo;
- b) O aluno terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- c) O aluno terá de entregar à ULS RL, E.P.E. um exemplar do trabalho final.

Leiria, 25 de setembro de 2024

O Aluno(a)

Orientador do estudo (caso se aplique)



(Carolina Raquel Marques Luís)



(Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros)

APÊNDICE IV – Consentimento Livre e Informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Este documento destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os elementos e sugestões nele contido não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro.

O consentimento será livre se a pessoa em causa puder exercer uma verdadeira escolha, assim a linguagem a utilizar deverá ser adaptada à literacia dos participantes a recrutar.

Do consentimento informado deve constar:

<p>1. <b>Estudo:</b> Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)</p>
<p>2. <b>Justificação do Estudo:</b> No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.) que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos. O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura. O ENGAGE24 pretende dar continuidade ao ENGAGE23, tendo como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.</p>
<p>3. <b>Objetivos:</b> <b>Objetivos gerais:</b> Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande. <b>Objetivo(s) específico de aplicação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário);</li><li>2. Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.</li></ol>
<p>4. <b>Metodologia:</b> Trata-se de um estudo quase experimental com desenho antes e depois, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e o Grupo Focal. O estudo será dividido em três fases: <b>Fase Diagnóstica:</b> <b>Grupo Focal com stakeholders</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medição do nível de empoderamento comunitário, relacionado com a identificação da perceção dos membros da comunidade face aos domínios do empoderamento comunitário – Escala EAveC.</li></ul> <p><b>Amostra em estudo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do Processo Comunitário para o Acesso aos cuidados de saúde e para a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, através da aplicação do Questionário MAIEC adaptado à população imigrante da Ásia Central e Meridional. Este questionário permite avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre o acesso aos cuidados de saúde e a influência da cultura sobre a atitude face ao estado saúde-doença e identificar novas necessidades formativas. Neste, está incluída a versão curta do questionário da literacia em saúde (na dimensão "Liderança Comunitária: Conhecimentos"), sendo aplicado antes e depois das sessões de educação para a saúde.</li></ul> <p><b>Fase de Intervenção:</b> Em função dos resultados obtidos na Fase Diagnóstica, prepararemos e implementaremos as intervenções abaixo indicadas e/ou outras:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formação</li><li>• Folhetos Informativos</li><li>• Guias Orientadores Traduzidos</li><li>• Sessões de Educação para a Saúde</li></ul> <p><b>Fase de Avaliação dos resultados:</b> <b>Grupo Focal com stakeholders:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• (Re)Avaliação do Empoderamento Comunitário, relacionado com o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, com recurso à EAveC;</li></ul> <p><b>Amostra em estudo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• (Re)Avaliação do Processo Comunitário para identificar alterações no(s) foco(s) comunitários para o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura com o questionário MAIEC.</li></ul>
<p>5. <b>Informação sobre a duração previsível do estudo completo:</b> 3 anos</p>
<p>6. Este estudo não comportará riscos, constrangimentos, danos físicos ou psíquicos para os participantes. O benefício deste estudo é aquisição de ganhos em saúde para os imigrantes da Ásia central e meridional, através da promoção da literacia em saúde.</p>

*Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respetando o estabelecido no Regulamento Geral de Proteção de Dados.*

7. A participação neste estudo é voluntária.
8. O participante pode desistir em qualquer fase do projeto, sem prejuízo ou penalização, necessitando apenas de informar por escrito o investigador ou colaboradores do estudo.
9. <b>Garantia da confidencialidade dos dados ou do anonimato:</b> O estudo está de acordo com as disposições legais e regulamentos aplicáveis, nomeadamente pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), bem como pelos requisitos internacionais das Boas Práticas Clínicas. A confidencialidade e privacidade dos participantes será garantida através da codificação dos dados obtidos. Cada participante será identificado através de um código que não permita a identificação do titular dos dados, estando assim garantido o anonimato do participante em todas as fases do processo, incluindo futuras publicações.
10. <b>Base legal para o tratamento dos dados:</b> Os dados recolhidos serão guardados no computador dos responsáveis pelo projeto (investigadora principal, o investigador coordenador e as co-investigadoras), e apenas estes podem ter acesso aos mesmos. Os ficheiros eletrónicos terão restrição de acesso, a pessoas não autorizadas, impedindo assim o acesso a qualquer informação confidencial. Que a identidade nunca será relevada em qualquer relatório/publicações resultantes do estudo. Os dados da saúde da população são tratados desde logo ao abrigo do "Direito à Proteção da Saúde", na base 1 da Lei de Bases da Saúde, onde os dados tratados do ponto de vista epidemiológica permitem garantir a qualidade dos cuidados prestados em orientação com as necessidades reais, no caso, em cuidados de Enfermagem das comunidades e populações, contemplada também na base 10. No contexto da investigação será garantido o anonimato (porque apenas os profissionais de saúde das unidades terão acesso aos dados) e a confidencialidade, considerando os princípios do tratado de Helsínquia.
11. <b>Finalidades do tratamento de dados:</b> A finalidade do estudo refere-se à formulação de diagnósticos de enfermagem de âmbito comunitário e populacional, recorrendo a técnicas de análise epidemiológica, para não só produzir evidência científica útil para o desenvolvimento dos cuidados (ganhos em saúde), mas também possibilitar a prescrição de intervenções ajustadas aos diagnósticos formulados a partir desses dados.
12. <b>Prazo de conservação dos dados:</b> 5 anos.
13. <b>Encarregada de proteção de dados:</b> Investigadora principal - Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros (939667254 e/ou teresa.kraus@ipleiria.pt)

**Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Serviço/Departamento:	
Data:	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde:	Assinatura:	

**Parte declarativa da pessoa que consente:**

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Se tiver alguma queixa ou queira desistir do estudo, poderá também contactar a Comissão de Ética, através do e-mail [sec.comtecnicas@ulsrl.min-saude.pt](mailto:sec.comtecnicas@ulsrl.min-saude.pt). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO  NÃO AUTORIZO, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)**

Representante legal;  Pessoa de relação próxima com o (a) Participante

Pai/Mãe  Filho/Filha  Cônjuge  Tutor  Outro (especificar) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cartão Cidadão/BI  Passaporte  Carta de condução N.º \_\_\_\_\_ Data Emissão ou validade: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respetando o estabelecido no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

APÊNDICE V – Consentimento Livre e Informado para gravação de voz

## **Consentimento Informado Relativo aos Grupos Focais**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Identificação do Investigador:** Enfermeira Ana Rita Bastos, Enfermeira Carolina Luís, Professora Teresa Kraus

**Título do estudo:** Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande

**Enquadramento:** Somos enfermeiras a frequentar o 3º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar o estágio no Centro de Saúde da Marinha Grande, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, sob a orientação da professora supervisora Teresa Kraus.

**Explicação do estudo:** O concelho da Marinha Grande nos últimos anos apresenta um crescimento da população imigrante da Ásia Central e Meridional. Desta forma pretendemos desenvolver um estudo com os seguintes objetivos:

1. Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário);
2. Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

Será realizada a técnica de grupo focal, que consiste numa discussão em grupo com os vários intervenientes com a comunidade imigrante proveniente da Ásia Central e Meridional. Esta discussão será gravada para posterior análise do seu conteúdo.

**Condições e financiamento:** Este estudo é de participação voluntária e sem custos para os envolvidos, não existindo qualquer prejuízo assistencial ou outro com o seu envolvimento,

sendo possível desistir a qualquer momento. Este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética

**Confidencialidade e anonimato:** Ao longo deste estudo, o anonimato e confidencialidade serão garantidos, sendo que as gravações efetuadas relativas à atividade de grupo focal, serão atribuídos aos intervenientes um código numérico ao qual só a equipa de investigadores terão acesso, sendo estes dados guardados em arquivo seguro, de acesso restrito e pelo tempo definido pela lei (máximo 10 anos), sendo garantido um ambiente de privacidade. Os membros da equipa estão sujeitos a sigilo profissional assim como qualquer elemento envolvido no projeto sendo responsável pelo cumprimento integral das orientações previstas no RGPD a Professora Doutora Teresa Kraus.

**Disponibilidade:**

Agradecemos a sua colaboração.

No caso de alguma dúvida por favor pode contactar para o e-mail [teresa.kraus@ipleiria.pt](mailto:teresa.kraus@ipleiria.pt)

Enfermeira Ana Rita Bastos – ULS Região de Leiria

Enfermeira Carolina Luís – Davita Alcobaça

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento: \_\_\_\_\_

## Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: \_\_\_\_\_

BI/CC N.º: \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

\_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

APÊNDICE VI – Artigo publicado InfoSaúde: *Impacto do Ruído na Saúde*

## Impacto do Ruído na Saúde

Mariana Fernandes\* <sup>(1)</sup>, Pedro Sequeira\* <sup>(2)</sup>, Tânia Luís\* <sup>(3)</sup>, Carolina Luís\* <sup>(4)</sup>

\* Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, Escola Superior de Saúde de Leiria

<sup>1</sup> Clínica das Olhalvas, Leiria

<sup>2</sup> USF Beira Tejo

<sup>3</sup> Davita - Leiria

<sup>4</sup> Davita - Alcobaça

O ruído é um grave problema ambiental que afeta a saúde e representa uma preocupação crescente. Este é um fator ambiental determinante da saúde com forte influência no estado de saúde, sendo que dos diferentes tipos de ruído, aquele que é provocado pelo tráfego rodoviário é o que maior impacto tem tido na saúde.

O nível de pressão sonora varia entre 0 decibéis (dB) (limiar da audição) e 120 dB (limiar da dor). A Organização Mundial da Saúde (OMS), define como ruído níveis sonoros superiores a 65 dB, tornando-se prejudicial se for superior a 75 dB e doloroso a partir dos 120 dB. Assim, a OMS recomenda não passar de 65 dB durante o dia e indica que para que o sono seja reparador não deve ser superior a 30 dB (OMS, 1999).

A Agência Portuguesa do Ambiente (APA) revelou que “20% da população residente em Portugal Continental (cerca de 2 milhões de pessoas) está exposta a níveis sonoros que induzem perturbações no sono e 15% (cerca de 1,5 milhões de pessoas) está exposta a níveis associados a incomodidade moderada”. A maioria das cidades portuguesas regista valores de ruído acima do limite legal (ZERO, 2023).

De acordo com os princípios orientadores e recomendações preconizadas pela OMS, Portugal realizou um enquadramento legal relativo ao ruído ambiente e definiu o Regulamento Geral do Ruído (RGR) e o Decreto-lei nº136-A/2019, de 6 de setembro, o qual torna obrigatória a adoção, em Portugal, de métodos europeus comuns de avaliação de ruído ambiente estabelecidos pela Diretiva Europeia 2015/996. A legislação prevê que “as câmaras municipais apresentem à assembleia municipal, de dois em dois anos, um relatório sobre o estado do ambiente acústico municipal”, exceto quando esta matéria integre o relatório sobre o estado do ambiente municipal. O RGR determina a obrigatoriedade de construção de mapas municipais de ruído e, em zonas onde a intensidade do ruído ambiental exterior é superior ao limite máximo aceitável, a construção de planos municipais de redução de



ruído. Para além do plano referido anteriormente, existe também o plano diretor municipal que tem em consideração o mapa de ruído realizado previamente.

Segundo dados disponibilizados pela APA (2021), “em Portugal continental, só 51% (142 de 278 concelhos) têm mapas de ruído e só 2% (5 em 278 concelhos) têm planos municipais de redução de ruído”. O município de Leiria destaca-se pela iniciativa de disponibilizar em tempo real o valor do ruído em diferentes zonas, através da plataforma online.

(continua na página seguinte)

## Impacto do Ruído na Saúde

De acordo com o relatório de avaliação de exposição da população ao ruído ambiente (Ferreira, 2016), os municípios com maior percentagem de população expostos a níveis problemáticos situam-se na faixa litoral, uma vez que é uma região com elevada densidade populacional e onde se localizam as principais rodovias nacionais.

A exposição repetida ou prolongada ao ruído pode afetar as pessoas a nível fisiológico e psicológico, interferindo com atividades básicas como o sono, o descanso, o estudo e a comunicação (Agência Europeia do Ambiente, 2020).

A surdez resultante da exposição a níveis sonoros elevados nos locais de trabalho representa cerca de um terço da totalidade das doenças profissionais (Decreto-Lei 182/2006 de 6 de Setembro).

No dia 27 de abril assinala-se o Dia Internacional de Sensibilização para o Ruído. Segundo a APA (2021), para fazer face a esta problemática as disposições legais preveem que é possível controlar o ruído através da atuação sobre a fonte emissora (ex.: fabricar equipamentos menos ruidosos), o percurso de propagação do ruído desde a fonte até ao recetor (ex.: criação de barreiras acústicas) e o recetor (pode tratar-se de um edifício, sendo uma medida eficaz a substituição de janelas de vidro simples para vidro duplo).

O ruído é, portanto, uma questão de saúde pública e a vigilância e controlo dos efeitos provocados pelo ruído requerem o empenho e a colaboração de todos os parceiros comunitários.

### Referências bibliográficas

1. Agência Portuguesa do Ambiente. (04 de junho de 2021). Ruído ambiente. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://apambiente.pt/ar-e-ruído/ruído-ambiente>.
2. Ecophon, Saint-Gobain. (2017). Impact of noise in healthcare. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.ecophon.com/globalassets/media/pdf-and-documents/knowledge/healthcare/research-studies/healthcare-research-summary-2017.pdf/>.
3. European Environment Agency. (05 de março de 2020). Número de europeus expostos a poluição sonora prejudicial deverá aumentar. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.eea.europa.eu/pt/highlights/numero-de-europeus-expostos-a>.
4. European Environment Agency. (07 de abril de 2020). A poluição sonora é um grave problema, tanto para a saúde humana como para o ambiente. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.eea.europa.eu/pt/articles/a-poluicao-sonora-e-um>.
5. European Environment Agency. (5 de março de 2020). Environmental noise in Europe - 2020. Obtido em 7 de janeiro de 2024, de European Environment Agency: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-noise-in-europe>.
6. Ferreira, R. A. (2016). Avaliação da exposição da população portuguesa a. Relatório de estágio, Universidade de Aveiro, Departamento de Ambiente e Ordenamento. Obtido em 27 de dezembro de 2023, de <http://hdl.handle.net/10773/18815>.
7. Iberdrola. (23 de abril de 2020). Poluição sonora: como reduzir as consequências de uma ameaça invisível? Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.iberdrola.com/sustentabilidade/o-que-e-poluicao-sonora-causas-consequencias-solucoes>.
8. Macedo, C. (27 de abril de 2022). Maioria das cidades portuguesas regista valores de ruído acima do limite legal, alerta ZERO. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de ambiente magazine: <https://www.ambientemagazine.com/maioria-das-cidades-portuguesas-regista-valores-de-ruído-acima-do-limite-legal-alerta-zero/>.
9. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 de setembro de 2006). Decreto-Lei n.º 182/2006 de 6 de setembro. (Diário da República, Ed.) Série I (n.º 172/2006), pp. 6584 - 6593. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://diarioderepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/182-2006-539986>.



Fonte: <https://laboreweb.com.br/protacao-contru-ruído-e-ergonomia-para-maior-productividade/>

10. Ministério Público. (14 de janeiro de 2007). DL n.º 9/2007, de 17 de Janeiro. [Procuradoria Geral Distrital de Lisboa, Ed.] Regulamento Geral do Ruído. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de [https://pgdlisboa.pt/leib/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1210&tabela=leis](https://pgdlisboa.pt/leib/lei_mostra_articulado.php?nid=1210&tabela=leis).
11. Município de Leiria. (2023). Ar, ruído e tráfego (em tempo real). Obtido em 24 de janeiro de 2024, de Município de Leiria: <https://www.cm-leiria.pt/areas-de-atividade/ambiente/ar-ruído-e-trafego-em-tempo-real>.
12. OMS. (abril de 1999). Diretrizes para ruído comunitário. Obtido em 28 de dezembro de 2023, de Organização Mundial de Saúde: [https://iris.who.int/handle/10665/66217?search-result=true&query=Noise&scope=&pp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://iris.who.int/handle/10665/66217?search-result=true&query=Noise&scope=&pp=10&sort_by=score&order=desc).
13. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (10 de fevereiro de 1999). Guidelines for community noise. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.who.int/publications/i/item/a68672>.
14. Pimenta, S., Roque, A., Fonegra, J., & Martinho, T. (17 de abril de 2021). Efeitos Extra-Auditivos do Ruído na Saúde. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online: <https://www.rpso.pt/efeitos-extra-auditivos-do-ruído-na-saude/>.
15. Presidência do Conselho de Ministros. (6 de setembro de 2019). Decreto-Lei n.º 136-A/2019, de 6 de setembro. (Diário da República, Ed.) 1º Suplemento, Série I (n.º 171/2019), pp. 2 - 4020. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://diarioderepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-a-2019-124532100>.
16. Rodrigues, J. (05 de junho de 2021). O RUÍDO AMBIENTAL E OS SEUS RISCOS. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://sea-solucoes.com/site/o-ruído-ambiental-e-os-seus-riscos/>.
17. Rodrigues, J. (4 de janeiro de 2024). O ruído ambiental e os seus riscos. Obtido de SEA Soluções: <https://sea-solucoes.com/site/o-ruído-ambiental-e-os-seus-riscos/>.
18. Soares, C. (8 de fevereiro de 2020). O nosso corpo não está equipado para tanto barulho e os efeitos podem ser graves. Visão. Obtido em 3 de janeiro de 2024, de <https://visao.pt/atuallidade/sociedade/2020-02-08-ate-que-ponto-somos-vitimas-do-barulho/>.
19. UNEP. (17 de fevereiro de 2022). Frontiers 2022: Noise, Blazes and Mismatches. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.unep.org/resources/frontiers-2022-noise-blazes-and-mismatches>.
20. União Europeia. (25 de junho de 2002). Directiva 2002/49/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à avaliação e gestão do ruído ambiente. Obtido em 10 de janeiro de 2024, de Serviço das Publicações da União Europeia: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/0354e2a3-4ee8-45a2-aa4a-090036045111/language-pt>.
21. União Europeia. (19 de maio de 2015). Diretiva (UE) 2015/996 da Comissão, de 19 de maio de 2015. (Jornal Oficial da União Europeia, Ed.) pp. 1-823. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32015L0996>.
22. Vreman, J., van Loon, L. M., Biggelaar, W., Hoeven, J., Lemson, J., & Boogaard, M. (dezembro de 2020). Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: An observational cross-sectional study. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de Science Direct: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102901>.
23. ZERO. (2023). 27 de abril – Dia Internacional de Sensibilização para o Ruído: Redução do ruído deve ser prioridade ambiental do Governo. Obtido em 21 de janeiro de 2024, de ZERO: <https://zero.org/noticias/27-de-abril-dia-internacional-de-sensibilizacao-para-o-ruído-reducao-do-ruído-deve-ser-prioridade-ambiental-do-governo/>.

APÊNDICE VII – Artigo publicado InfoSaúde: *Fenómeno Migratório e a importância da  
Literacia em Saúde*

PEDRO SEQUEIRA<sup>1</sup>  
CAROLINA LUÍS<sup>1</sup>  
DANIELA CALDEIRA<sup>1</sup>  
MARIANA FERNANDES<sup>1</sup>  
TÂNIA LUÍS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mestrando (a) em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública – Escola Superior de Saúde de Leiria

## Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde



**D**e acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), é notório um aumento do número de imigrantes desde 2008 até 2023 (INE, 2023). Este facto, deve-se, sobretudo, a fatores sociais e políticos, fatores demográficos e económicos e fatores ambientais e climáticos (Parlamento Europeu, 2024).

O que motiva os imigrantes é a procura de uma vida melhor, aumento dos seus rendimentos, melhores cuidados de saúde e a possibilidade de viverem as suas vidas com mais dignidade, segurança e paz.

Segundo os Censos 2021, os imigrantes são provenientes de diferentes partes de todos os continentes, tratando-se de populações de diversas nacionalidades (tabela 1), que na grande maioria das situações apresentam grandes dificuldades, nomeadamente linguísticas (INE, 2022).

Tal acontecimento exige aos países de origem e aos países recetores, um esforço constante de reorganização interna, política e social, por forma a responder às necessidades e às expectativas das comunidades imigrantes. Este fenómeno migratório representa inúmeros desafios, nomeadamente para os profissionais de saúde, que deverão olhar para os grupos e comunidades, com características sociais e culturais distintas, com igualdade de direitos, respeitando as diversidades culturais, etnias, crenças, valores e conceções de grupo, principalmente no acesso aos cuidados de saúde, à vigilância da saúde individual e da saúde familiar, com impacto na saúde comunitária.

Reconhecendo as comunidades imigrantes como grupos vulneráveis, os profissionais de saúde devem estar atentos à comunidade onde intervêm, sendo essencial o conhecimento dos determinantes de saúde e o planeamento de estratégias de intervenção adequadas à realidade que se vive na comunidade. Para tal, é crucial o estabelecimento de parcerias com os diferentes *stakeholders*, nomeadamente: autarquias, associações de imigrantes, líderes comunitários, escolas, padre ou pastor da religião.

Para uma efetiva integração comunitária, os profissionais de saúde deparam-se com a necessidade de definir estratégias de intervenção que captem o interesse das comunidades imigrantes para aderir às normas e recomendações vigentes no nosso país. Sendo a literacia em saúde uma prioridade em saúde pública, umas das estratégias passa pelo aumento dos níveis de literacia em saúde das comunidades imigrantes (DGS, 2019).

O conceito de Literacia em Saúde é definido pela Organização Mundial da Saúde, e citado no Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC 2023-2030), como “um conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde”. Dada a importância deste conceito, definiu-se o dia 8 de setembro para comemorar o Dia Internacional da Literacia (OE, 2020).

Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública, “os níveis de literacia em saúde são insuficientes, não só na população em geral, mas também em grupos com maior fragilidade social como os grupos de migrantes” (ENSP, 2022).

Ainda segundo o PNLSCC 2023-2030, “inadequados níveis de Literacia em Saúde podem ter implicações significativas na saúde individual e coletiva, podendo concorrer para contextos de desigualdades em saúde, com implicações na gestão de recursos e ganhos em saúde”. A “aposta estratégica e integrada de Portugal na promoção de políticas de promoção da saúde, da Literacia em Saúde e das Ciências do Comportamento, tem permitido uma evolução positiva nos resultados de Literacia em Saúde da população”.

*(continuação na página seguinte)*

## Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde

País de nacionalidade	2021		2011		Variação 2011-2021 (%)
	N.º	%	N.º	%	
1.º Brasil	199 810	36,9	109 787	27,8	82,0
2.º Angola	31 556	5,8	26 954	6,8	17,1
3.º Cabo Verde	27 144	5,0	38 895	9,9	-30,2
4.º Reino Unido	24 609	4,5	15 774	4,0	56,0
5.º Ucrânia	21 199	3,9	33 790	8,6	-37,3
6.º França	19 064	3,5	14 360	3,6	32,8
7.º China	16 631	3,1	11 458	2,9	45,1
8.º Guiné-Bissau	15 298	2,8	16 360	4,1	-6,5
9.º Índia	14 130	2,6	3 148	0,8	348,9
10.º Roménia	13 837	2,6	24 356	6,2	-43,2
11.º Itália	13 829	2,6	3 443	0,9	301,7
12.º Nepal	13 224	2,4	959	0,2	1278,9
13.º Espanha	12 811	2,4	10 486	2,7	22,2
14.º Alemanha	11 193	2,1	9 238	2,3	21,2
15.º São Tomé e Príncipe	10 024	1,8	10 408	2,6	-3,7

Tabela 1 – INE (2022), Recenseamentos da População e da Habitação

Com vista à promoção do acesso à informação sobre saúde e ainda com o objetivo de tornar as pessoas mais autónomas em relação à sua saúde e à saúde dos que as rodeiam, a plataforma do Serviço Nacional de Saúde disponibiliza um repositório designado “Biblioteca de Literacia em Saúde” (SNS, 2017).

Também a Direção-Geral da Saúde divulgou um documento acerca da literacia em saúde para profissionais de saúde, intitulado “Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde”. Este documento tem, como intuito, incentivar os profissionais de saúde a apostar no desenvolvimento de projetos interventivos em saúde na área da literacia dos cidadãos e comunidades. Este referencial está alinhado “com os objetivos do PNLSCC 2023-2030 e com as linhas de orientação estratégicas, nas quais se destaca a promoção da literacia em saúde, do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, bem como com as *guidelines* internacionais” (DGS, 2023, p.6).

## Referências bibliográficas

- DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos profissionais de saúde*. Obtido em 27 de março de 2024, de <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfies/portal/28776366/literaciaManual.PDF>.
- DGS. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico*. (D. G. Saúde, Ed.) Obtido em 5 de abril de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>.
- DGS. (2023). *Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde*. Obtido em 1 de abril de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/referencial-para-desenvolvimento-de-projetos-promotores-de-literacia-em-saude-pdf.aspx>.

Escola Nacional de Saúde Pública. (2022). *Literacia em Saúde: da evidência científica à ação*. Obtido em 5 de abril de 2024, de <https://www.ensp.unl.pt/literacia-em-saude-da-evidencia-cientifica-a-acao/>.

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos - O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal - 2021*. Obtido em 20 de novembro de 2024, de [https://www.ine.pt/sportal/smain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=86196836&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/sportal/smain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=86196836&PUBLICACOESmodo=2).

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas de População Residente. População residente aumenta mais de 46 mil pessoas - 2022*. Obtido em 1 de abril de 2024, de [https://www.ine.pt/sportal/smain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/sportal/smain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2).

Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) *Saúde sustentável: de todos para todos*. Obtido em 29 de março de 2024, de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dia Internacional da Literacia*. Obtido em 4 de abril de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dia-internacional-da-literacia/>.

Parlamento Europeu. (2024). *Explorar as razões da migração: porque é que as pessoas migram?* Obtido em 20 de novembro de 2024, de <https://www.europarl.europa.eu/topics/pt/article/20200624ST081906/explorar-as-razoes-da-migracao-porque-e-que-as-pessoas-migram>.

Pordata. (2023). *Imigrantes permanentes: total e por sexo. Quantos homens ou mulheres imigraram para Portugal?* Obtido em 30 de março de 2024, de <https://www.pordata.pt/portugal/Imigrantes+permanentes+total+e+por+sexo-32547?fbclid=IwAR33q44D14mH0JlaMM1MywkR0WR4760K0dyuFLUMaTTRW7CDoP0xMHLfY>.

SNS. (2017). *Biblioteca de Literacia em Saúde*. Obtido em 9 de abril de 2024, de <https://biblioteca.sns.gov.pt/#?text=A%20Biblioteca%20de%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20dos%20que%20as%20delam>.



Disponível em língua inglesa

<https://infosauzeonline.webnode.pt/artigos-em-ingles-articles-in-english/>

APÊNDICE VIII – Apresentação da Formação sobre Prevenção da Diabetes, no âmbito do  
Dia Mundial da Diabetes

## PLANO DA SESSÃO – “PREVENÇÃO DA DIABETES”

<b>Sessão</b>	Prevenção da Diabetes
<b>Local</b>	Amieira – Marinha Grande
<b>Data e Horário</b>	19 de novembro de 2024 às 14h
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Formadores/ Enfermeiro orientador</b>	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP Lúcia Grácio
<b>Destinatários</b>	Idosos
<b>Metodologia/ Métodos</b>	Expositivo e Demonstrativo
<b>Material necessário</b>	Sala, Cadeiras, Computador, Projetor
<b>Objetivos</b>	Melhorar os conhecimentos dos idosos sobre a diabetes Capacitar quanto à prevenção da diabetes Promover hábitos de vida saudáveis Promover o autocuidado
<b>Justificação</b>	Esta sessão surge no seguimento da celebração do Dia Mundial da Diabetes, 14 de novembro. A diabetes <i>mellitus</i> é uma doença crónica cuja prevalência tem aumentado tanto em Portugal, quanto a nível mundial. A gestão da diabetes requer um elevado compromisso com o autocuidado e o autocontrolo por parte da pessoa diabética, sendo igualmente crucial atuar sobre os fatores de risco que podem afetar a autogestão da saúde e a qualidade de vida das mesmas. O EESCSP desempenha um papel essencial nesse contexto, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas à saúde, mas também, capacitando grupos, tais como os idosos, intervindo através da implementação de programas e projetos específicos.
<b>Conteúdo</b>	Promoção do Autocuidado e Prevenção da Diabetes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pilar 1: Conhecimento e Informação em Saúde (como obter informação em saúde, o que é a diabetes, sintomas e complicações crónicas da diabetes)</li><li>• Pilar 2: Bem-Estar Mental (impacto da diabetes na saúde mental e dicas de como manter a saúde mental)</li><li>• Pilar: Atividade Física (Benefícios da prática de atividade física e cuidados a ter com a prática de exercício físico)</li><li>• Pilar 4: Alimentação saudável</li><li>• Pilar 5: Evitar hábitos de risco (fatores de risco da diabetes, tabaco e álcool)</li><li>• Pilar 6: Boas Práticas de Higiene (higiene corporal, higiene das mãos, higiene habitacional, higiene alimentar, higiene oral, higiene do sono, cuidados dos pés no diabético)</li><li>• Pilar 7: Uso Racional dos Serviços de Saúde</li></ul>
<b>Avaliação</b>	Durante a sessão será avaliada a motivação dos idosos, bem como os conhecimentos adquiridos através de questões diretas ao longo da sessão.

REPÚBLICA PORTUGUESA

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE LEIRIA

UGC

Município da Marinha Grande

POLITÉCNICO DE LEIRIA

Mestranda:  
Ana Rita Barros  
Carolina Luís

Enfermeira Orientadora:  
Lúcia Crácio

Novembro, 2024

Dia Mundial da Diabetes - 14 novembro de 2024

## Prevenção da Diabetes

Quem já contactou com alguém com Diabetes Mellitus?

Sabem o que é a Diabetes Mellitus?

Que cuidados devemos ter para prevenir esta doença?

**Autocuidado...**  
...cuidar de si quando está doente ou ações positivas e adoção de comportamentos para prevenir doenças.

WAP, 2012

### 7 Pilares do Autocuidado

1	2	3	4	5	6	7
Conhecimento e Literacia em Saúde	Bem-estar Mental	Atividade Física	Alimentação Saudável	Evitar Hábitos de Risco	Boas Práticas Higiene	Uso Racional De Produtos e Serviços de Saúde

Fonte: CP, 2024

1

## Conhecimento e Informação em Saúde

1

Conhecimento  
e Literacia em  
Saúde

Ter a capacidade de obter e perceber informação crucial para tomar decisões saudáveis.



Como obter informação?

1

Conhecimento  
e Literacia em  
Saúde



1

Conhecimento  
e Literacia em  
Saúde

O que é a Diabetes Mellitus?

É uma doença crónica, que ocorre quando existe uma ausência de produção de insulina (tipo 1) ou produção insuficiente ou má absorção da insulina pelo organismo (tipo 2), não conseguindo controlar o açúcar (glicose) no sangue corretamente e usá-lo como fonte de energia.

**1**

Conhecimento e Literacia em Saúde

**Sintomas da Diabetes Mellitus...**

- ...Muita sede
- ...Urinar com mais frequência
- ...Perda de peso
- ...Sensação de cansaço
- ...Visão turva
- ...Cãibras nas pernas
- ...Pele seca e com comichão
- ...Infeções frequentes
- ...Maior dificuldade na cicatrização de feridas

Fonte: UL2RL, 2024

**1**

Conhecimento e Literacia em Saúde

As principais complicações crônicas da Diabetes são:

- Neuropatia e Amputação;
- Retinopatia;
- Nefropatia; e
- Doença cardiovascular (DCV).

**Cérebro e circulação cerebral** - Doença vascular cerebral

**Olhos** - Retinopatia

**Coração e Circulação** - Doença coronária

**Rim** - Nefropatia

**Sistema nervoso periférico** - Neuropatia

**Membros inferiores** - Doença vascular periférica

**Pé diabético** - Ulceração e amputação

Fonte: DPO, 2019

**2**

Bem-estar Mental

**2**

Bem-estar Mental

*O que compromete o seu bem estar?*

*Como se sentem quando surge algum acontecimento mais negativo?*

*Acham que os valores da glicémia alteram?*

**2**  
Bem-estar Mental

### Impacto da Diabetes Mellitus na Saúde Mental...

- Stresse e Ansiedade
- Depressão
- Preocupações com o Futuro
- Impacto na Qualidade de Vida
- Isolamento Social
- Autoestima e Autoimagem

Fonte: GADIR, 2020

**2**  
Bem-estar Mental

### Dicas para manter a Saúde Mental...

- Fazer exercício físico e/ou manter-se ocupado
- Dormir bem, ter rotina de sono
- Socializar com amigos, família, comunidade
- Mimar a si próprio

Se sentir que precisa de ajuda  
NÃO tenha vergonha de  
procurar um profissional  
especializado!


Fonte: Mendel, 2022

**3**  
Atividade Física

**3**  
Atividade Física

### Benefícios do Exercício Físico e/ou se manter ativo...


- ✦ Melhora do controlo glicémico
- ✦ Melhora o controlo da pressão arterial
- ✦ Melhora dos níveis de colesterol: redução do colesterol LDL ("mau") e aumento do colesterol HDL ("bom")
- ✦ Promove a perda de peso ou a manutenção do peso corporal



Fonte: SPEDIM, 2020

**3**  
Atividade Física

**Benefícios do Exercício Físico e/ou se manter ativo...**




- ✦ Fortalece sistema muscular e ósseo
- ✦ Reduz a sensação de fadiga, stress e ansiedade
- ✦ Promove o bem-estar e melhora da autoestima
- ✦ Diminui o risco de desenvolver complicações associadas à diabetes

Fonte: EPEDM, 2010

**3**  
Atividade Física

**Que cuidados ter com prática de exercício físico?**



- ▲ Avaliar glicemia antes e após a prática de exercício
- ▲ Aumentar consumo de hidratos de carbono antes e após
- ▲ Hidratação adequada
- ▲ Utilizar calçado adequado
- ▲ Vigiar os pés


Ter consciência dos limites!

Fonte: EPEDM, 2010

**4**  
Alimentação Saudável

**4**  
Alimentação Saudável

- Alimentação saudável e equilibrada
- Refeições distribuídas ao longo do dia
- Aumentar a ingestão de fibra (ex. legumes, fruta)
- Reduzir alimentos ricos em hidratos de carbono refinados(ex. alimentos ricos em açúcar)
- Reduzir alimentos processados ricos em açúcares, gorduras e sal

↓ Beber 1,5Lts a 2Lts de água por dia

Fonte: APOP, 2020

5

## Evitar Hábitos de Risco

5

## Evitar Hábitos de Risco

### Fatores de risco da Diabetes Mellitus...

- Excesso de peso,
- Obesidade
- Hipertensão arterial
- Colesterol elevado
- Sedentarismo
- Idade
- Hereditariedade
- Stress emocional em excesso



Fonte: ULSD, 2024

5

## Evitar Hábitos de Risco

### Hábitos Tabágicos

"Os fumadores são 30% a 40% mais propensos a desenvolver diabetes tipo 2 do que os não fumadores."



"Os fumadores diabéticos têm mais dificuldade em controlar a doença, ou seja, é mais difícil prevenir as complicações da diabetes."

As pessoas expostas ao fumo do tabaco têm maior risco de desenvolver diabetes mellitus.

Numa pessoa diabética o ato de fumar aumenta o seu risco de morte em 48%.

Fonte: Diabetes 505R, 2024

5

## Evitar Hábitos de Risco

### Consumo de Alcool

Efeitos do álcool no organismo:

- Estimula o apetite;
- Afeta o julgamento da pessoa, fazendo com que seja mais fácil fazer escolhas alimentares pouco saudáveis;
- Aumenta os níveis dos triglicéridos
- Aumenta pressão arterial



Algumas bebidas alcoólicas (p.ex. Cerveja, licores) são ricas em Hidratos de Carbono, que influenciam os níveis da glicémia.

Fonte: Diabetes 505R, 2024

6

## Boas Práticas Higiene

6

## Boas Práticas Higiene



Higiene Corporal



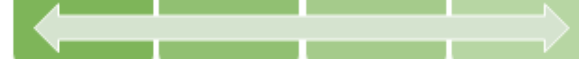
Higiene das Mãos



Higiene Habitacional



Higiene Alimentar



6

## Boas Práticas Higiene

### Higiene oral

90% das pessoas com diabetes podem apresentar complicações orais devido à falta de regularidade no seu acompanhamento.

Como evitar a maior parte das doenças da boca:

- Escovagem de dentes e gengivas e língua,
- Remover e higienizar as placas,
- Uso de fio dentário,
- Evitar o tabaco.



Novo 2014 022


6

## Boas Práticas Higiene


### Cuidados com os pés...

**6**  
Boas Práticas  
Higiene


Lavar diariamente os seus pés com água morna e sabão.  
Secar bem, especialmente entre os dedos.  
Aplicar creme hidratante (exceto entre os dedos).



Cortar as unhas dos pés a direito e limar as pontas aguçadas, com lima de cartão.




Nunca andar descalço (mesmo em casa).




Fonte: Bayer, S.O

**6**  
Boas Práticas  
Higiene


Usar meias e calçado confortável (evitar calçado aberto ou sandálias).



Evitar usar jóias e bijuteria nos pés.




Examinar os sapatos para ver se há corpos estranhos (pedras, pregos, deformações nas palmilhas) que possam causar feridas nos pés.




Fonte: Bayer, S.O

**6**  
Boas Práticas  
Higiene

O elástico das meias não deve vincar a perna e quando necessário aplicar ligadura, nunca deve ficar muito apertada, podendo afetar a circulação do pé.



Observar os pés todos os dias, verificando a existência de feridas, calosidades, gretas, alteração da cor da pele, alteração da temperatura, ou se estão inchados.




Num lugar bem iluminado e para conseguir observar bem a planta do pé utilizar um espelho. Caso não consiga, peça ajuda a outra pessoa.


Fonte: Bayer, S.O

**6**  
Boas Práticas  
Higiene


Não utilizar calçadas ou lâminas de barbear para cuidar dos calos e calosidades. Procure ajuda de um especialista.



Consultar a equipa de saúde sempre que tiver uma ferida, uma unha encravada, micoses, dores, inchaço nos pés ou na barriga da perna.



Não aproximar qualquer fonte de calor (lareira, aquecedores, sacos de água quente ou elétricos), podem provocar queimaduras graves.



Fonte: Bayer, S.O

**6**  
Boas Práticas  
Higiene

Manter a Diabetes controlada.




Fonte: Bayer, 2010

**6**  
Boas Práticas  
Higiene

**Higiene do sono**

- Dificuldade em adormecer
- Permanecer acordado
- Vontade de dormir em excesso



As conclusões de um estudo foram claras: a privação do sono é um fator de risco, isto é, uma das causas, para o aparecimento de diabetes.


```

    graph LR
      A[alterações nos ciclos de sono] --> B[aumentam a resistência à insulina]
      B --> C[aumento da pressão arterial]
  
```

Fonte: Diabetes091, 2004

**6**  
Boas Práticas  
Higiene

**Higiene do sono – Dicas Para Dormir Melhor**




1. Acordar e deitar à mesma hora. Até aos fins de semana;
2. Estabelecer um ritual de relaxamento antes de se deitar;
3. Evitar as sestas, especialmente à tarde;
4. Exercitar diariamente;
5. Perca tempo a pensar no local onde dorme. É uma divisão onde se ouve muito barulho? A pessoa com quem dorme ressona? Onde entra muita luz? Tente minimizar.
6. Usar almofadas e um colchão confortáveis.

Fonte: Diabetes091, 2004

**6**  
Boas Práticas  
Higiene

**Higiene do sono – Dicas Para Dormir Melhor**



7. Favorecer a exposição solar durante o dia, mas evite luzes brilhantes à noite.
8. Evitar o álcool, o tabaco, café ou refeições muito pesadas, à noite.
9. Excluir os aparelhos eletrónicos antes de ir dormir.
10. Se estiver a ter uma insónia, mude de divisão e faça uma atividade relaxante até se sentir cansado.
11. Não dormir no sofá
12. Não estar a ver TV até muito tarde

Fonte: Diabetes091, 2004

# 7

## Uso Racional dos Serviços de Saúde

# 7

## Uso Racional dos Serviços de Saúde

- 4 Não faltar às consultas de rotina.
- 4 Cumprir o regime terapêutico conforme indicação médica.
- 4 Sempre que surgir uma alteração, complicação ou dúvida deve recorrer aos profissionais de saúde.



## Referências Bibliográficas

- APQP. (2002). Alimentação e diabetes. Otido de APQP: <https://koadapt/diabetes/nutricao/alimentacao-e-diabetes/>
- APQP. (20 de março de 2004). Saúde oral no diabetes. Otido de APQP: <https://koadapt/saude-oral-na-diabetes/>
- Bayar: (S/D). Cuidados com os pés. Conselhos práticos para a pessoa com diabetes e seu cuidador. Camêida, Portugal: Bayer.
- Diabetes 365R. (2004). Dormir bem pode ajudar a controlar a glicémia? Otido de Diabetes 365R: <https://www.diabetes365r.pt/prevenir/dormir-bem-glicemia/>
- Diabetes 365R. (2004). O consumo de álcool influencia o diabetes? Otido de Diabetes 365R: <https://www.diabetes365r.pt/saber/o-consumo-de-alcool-influencia-o-diabetes/>
- Diabetes365R. (2004). O Impacto do tabagismo no diabetes. Otido de Diabetes365R: <https://www.diabetes365r.pt/prevenir/o-impacto-do-tabagismo-na-diabetes-2/>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (2001). Autocuidado: Um Foco Central de Enfermagem. Porto: ESF. Otido de <https://comunicaoat.itsi-train/2040024/59415/1/AUTOCUIDADONONQUIN30PDCON20081TRALN20PARAN20AN20081FERMAGEB.pdf>
- GADIP. (14 de novembro de 2002). Diabetes e saúde mental. Otido de GADIP: <https://www.gadip.pt/blog/diabetes-e-saude-mental>
- IDF. (2004). International Self-care Foundation. Otido de Seven Pillars of Self-care: <https://7pillars.org/>
- Marki. (21 de outubro de 2002). Cuida da sua saúde mental. Otido de Marki: <https://www.venytediabetes.com/pt/pt/o-que-pode-fazer/cuida-da-sua-saude-mental/#ud>
- SPD. (2005). Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2004, 2000 e 2001 - Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa: Letra Solível - Publicidade e Marketing, Lda.
- SPEDM. (S/D). Diabetes tipo 2 e Atividade Física. Otido de SPEDM: <https://www.spedm.pt/pt/glicemias-e-doencas-endocrinas/diabetes-tipo-2-e-atividade-fisica>
- ULCL. (10 de novembro de 2004). Diabetes: Informações sobre a doença, os seus sintomas e fatores de risco. Otido de CHLinha: <https://www.chlinha.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/diabetes-informacoes-sobre-a-doenca-oi-sua-sintomas-e-fatores-de-risco-1/>



Obrigado...

APÊNDICE IX – Formação sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros

**PLANO DA SESSÃO – “PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA”**

<b>Sessão</b>	Primeiros Socorros na Escola
<b>Local</b>	Escola Básica Guilherme Stephens - Marinha Grande
<b>Data e Horário</b>	20 de novembro de 2024 às 11h
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Formadores/ Enfermeiro orientador</b>	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP Lúcia Grácio
<b>Destinatários</b>	Alunos do 7º ano da Escola Básica Guilherme Stephens - Marinha Grande
<b>Metodologia/ Métodos</b>	Expositivo e Demonstrativo
<b>Material necessário</b>	Sala, cadeiras, mesa, computador, projetor, ligaduras, compressas, “spongostan”
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar os diferentes tipos de acidentes;</li> <li>✓ Conhecer técnicas básicas de primeiros socorros;</li> <li>✓ Reconhecer a importância da prevenção de acidentes.</li> </ul>
<b>Justificação</b>	<p>A intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde, contribuindo para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (<a href="#">Norma nº 015/2015 de 12/08/2015</a>).</p> <p>As sessões de primeiros socorros nas escolas são de extrema importância, pois capacitam os estudantes a lidarem com alterações do seu estado de saúde ou da comunidade escolar.</p> <p>O EESCSP enquanto elemento da Equipa Local de Saúde Escolar desempenha um papel essencial no contexto escolar, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas à saúde, mas também, capacitando grupos, tais como as crianças/jovens intervindo através da implementação de programas e projetos específicos.</p>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Primeiros Socorros</li> <li>✓ Epistaxis</li> <li>✓ Síncope</li> <li>✓ Convulsão</li> <li>✓ Acidentes na Pele</li> <li>✓ Acidentes do Esqueleto</li> <li>✓ Intoxicações e Envenenamentos</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	No final da sessão será realizado um quiz, com o grupo de alunos, que avaliará os conhecimentos adquiridos na sessão.

## PLANO DA SESSÃO – “SUPORTE BÁSICO DE VIDA”

<b>Sessão</b>	Suporte Básico de Vida
<b>Local</b>	Escola Básica Guilherme Stephens - Marinha Grande
<b>Data e Horário</b>	27 de novembro de 2024 às 11h
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Formadores/ Enfermeiro orientador</b>	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP Lúcia Grácio
<b>Destinatários</b>	Alunos do 7º ano da Escola Básica Guilherme Stephens - Marinha Grande
<b>Metodologia/ Métodos</b>	Expositivo e Demonstrativo
<b>Material necessário</b>	Sala, cadeiras, mesa, computador, projetor, 2 colchões, 2 manequins de suporte básico de vida
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer os procedimentos básicos a adotar em situação de paragem cardiorrespiratória e de obstrução da via aérea;</li> <li>✓ Treinar manobras de ressuscitação cardiorrespiratória;</li> <li>✓ Promover segurança no ambiente escolar.</li> </ul>
<b>Justificação</b>	<p>A intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde, contribuindo para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (<a href="#">Norma nº 015/2015 de 12/08/2015</a>).</p> <p>As sessões de suporte básico de vida nas escolas são de extrema importância, pois capacitam os estudantes a lidarem com situações de saúde emergentes.</p> <p>O EESCSP enquanto elemento da Equipa Local de Saúde Escolar desempenha um papel essencial no contexto escolar, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas à saúde, mas também, capacitando grupos, tais como as crianças/jovens intervindo através da implementação de programas e projetos específicos.</p>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obstrução da Via Aérea</li> <li>✓ Posição Lateral de Segurança</li> <li>✓ Suporte Básico de Vida</li> <li>✓ Cadeia de Sobrevivência</li> <li>✓ Algoritmo Suporte Básico de Vida</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	No final da sessão será realizado um quiz, com o grupo de alunos, que avaliará os conhecimentos adquiridos na sessão.

REPUBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE LEIRIA uec



# PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA

Enfermeira Catarina Antunes  
Enfermeira Ana Rita Bastos  
Enfermeira Carolina Luís

Novembro de 2024

1

# ÍNDICE

1. Primeiros Socorros
2. Epistaxis
3. Síncope
4. Convulsão
5. Acidentes na Pele
6. Acidentes do Esqueleto
7. Intoxicações e Envenenamentos

2

2

# 1. PRIMEIROS SOCORROS

3



## O QUE SÃO OS PRIMEIROS SOCORROS?

Dizem respeito ao tratamento inicial e temporário (procedimentos simples) dado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e o sofrimento.

Fonte: DGS, 2015

4

4

## PRINCÍPIOS DO SOCORRISMO



Fonte: SRPCBA, 2023

5

5

## QUEM PODE REALIZAR PRIMEIROS SOCORROS?

Pessoas comuns com conhecimento para tal, até à chegada de atendimento especializado.

Fonte: INEM, 2017a



A segurança do socorrista deve ser sempre garantida antes de prestar auxílio ao acidentado.

As crianças devem estar sempre em primeiro lugar entre aqueles que recebem proteção e auxílio.

Fonte: SRPCBA, 2023

6

6

## QUEM PODE REALIZAR PRIMEIROS SOCORROS?

REGRA DE OURO

"Não sabe, não mexe."

Os Primeiros Socorros mal prestados podem incapacitar e deixar marcas permanentes na criança/adulto, podendo agravar a situação e provocar a morte.

Fonte: INEM, 2017

Primeiros Socorros na Escola

7

7

## 2. EPISTAXIS

8



Se a hemorragia não parar:  
introduzir na narina que sangra  
um tampão hemostático



### O que é?

- Hemorragia ou sangramento nasal
- São frequentemente originados por trauma local, corpos estranhos, infeções e inalação de ar seco.

### Como atuar?

1. Sentar a pessoa com o tronco ligeiramente inclinado para a frente.
2. Comprimir com o dedo a narina que sangra.
3. Aplicar gelo.

### O que não fazer...

- Deitar a vítima
- Assoar o nariz
- Inclinar a cabeça para trás
- Colocar água oxigenada ou qualquer desinfetante

Fonte: Almeida, 2021

9

## 3. SÍNCOPE

10

## SÍNCOPE (DESMAIO)

### O que é?

- "Desmaiar" ou "Desfalecer"
- Falta de oxigénio ou açúcar no cérebro
- O organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda do corpo.

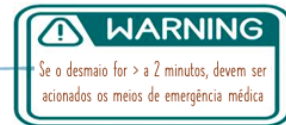


Fonte: ESC, 2018

11

11

### Como atuar?



- Antes de desmaiar
- Sentar e colocar a cabeça da pessoa entre as pernas ou deitar e levantar as pernas
  - Molhar a testa com água fria
  - Desapertar as roupas

- Depois de desmaiar
- Deitar de barriga para cima, com a cabeça de lado e mais baixa que as pernas
  - Desapertar as roupas
  - Manter confortavelmente aquecida

Fonte: ESC, 2018

12

12

## 4. CONVULSÃO

13

## CONVULSÃO

### O que é?

- Contração repentina, violenta e incontrolável de um grupo de músculos
- Breve "perda de contacto" em que a pessoa parece estar "ausente"

Fonte: CHLeiria, 2024a



14

## CONVULSÃO

### Como atuar?

- Afastar todos os objetos onde a pessoa se possa magoar.
- Proteger a vítima contra os traumatismos, amortecendo a cabeça com almofadas ou casacos ou ainda com as mãos.
- Não colocar os dedos na boca da vítima durante a crise.
- Anotar a duração da convulsão.
- Acabada a fase de movimentos bruscos colocar a pessoa em PLS.
- Manter a criança/jovem num ambiente tranquilo e confortável.
- Avisar os pais.
- Enviar ao Hospital sempre que: for a primeira convulsão, durar mais de 8 a 10 minutos ou se repetir.

Fonte: CHLeiria, 2024a

15

15

## CONVULSÃO

### O que não fazer...

- Tentar imobilizar a vítima durante a fase de movimentos bruscos.
- Tentar introduzir-lhe qualquer objeto na boca, nomeadamente os dedos, lenços, panos, espátulas ou colheres.
- Tentar acordá-la ou forçá-la a levantar-se.
- Dar-lhe, seja o que for, a comer, a beber ou a cheirar.

Fonte: CHLeiria, 2024a



16

16

## 5. ACIDENTES NA PELE

Feridas  
Queimaduras  
Picadas  
Mordeduras

17

## FERIDAS

### + Como atuar?

- 1 • Lavar as mãos e calçar luvas.
- 2 • Proteger provisoriamente a ferida com uma compressa esterilizada.
- 3 • Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão.
- 4 • Lavar, do centro para os bordos da ferida, com água e sabão, utilizando compressas.
- 5 • Secar a ferida com uma compressa através de pequenos toques, para não destruir qualquer coágulo de sangue.
- 6 • Desinfetar com antisséptico adequado.

Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

18

## FERIDAS

### ⊘ O que não fazer?

- Não tocar nas feridas sangrantes sem luvas;
- Não utilizar o mesmo material (luvas, compressas) em mais de uma pessoa;
- Não soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida;
- Não utilizar água oxigenada ou álcool;
- Não tentar tratar feridas aparentemente complexas e muito graves (suspeita de fraturas ou de corpos estranhos encravados, articulações, tecidos esmagados ou infetados).

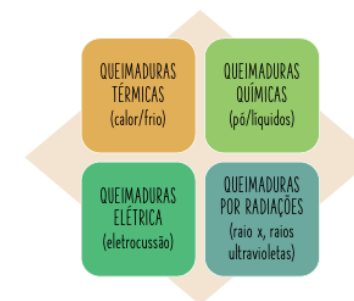
Fonte: Ferreira, 2021a

19

19

## QUEIMADURAS

### 📎 O que é?

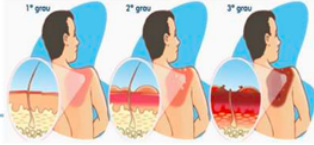


Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

20

20

# QUEIMADURAS




**+** Como atuar?

QUEIMADURAS DE 1.º GRAU	QUEIMADURAS DE 2.º GRAU	QUEIMADURAS DE 3.º e 4.º GRAU
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou com água fria corrente, até a dor acalmar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou água fria corrente.</li> <li>Se as bolhas rebentarem, não cortar a pele da bolha esvaziada: colocar a gaze gorda e proteger com penso simples.</li> <li>Transportar a vítima para um serviço de saúde até a dor acalmar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os cuidados devem ser realizados com o mínimo de desconforto para a vítima.</li> <li>Verificar as condições de segurança (incêndio, luvas...) ou ponderar evacuação.</li> <li>Interromper a fonte/causa da queimadura.</li> <li>Se a roupa estiver a arder, envolver a vítima numa toalha molhada ou na sua falta, fazê-la rolar pelo chão ou envolvê-la num cobertor (cuidado com os tecidos sintéticos).</li> </ul>

Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

21

# QUEIMADURAS





**⊘** O que não fazer?

- Não abrir as flictenas ou remover a pele das mesmas (risco de infeção).
- Não aplicar pastas dos dentes, manteiga ou gelo.
- Não aplicar produtos agressivos na queimadura.
- Não induzir hipotermia na vítima (pela perda de pele e aplicação de líquidos frios).
- Não retirar qualquer partícula (roupa...) que tenha ficado aderente a queimadura (risco de hemorragia).

Fonte: Ferreira, 2021b

22

# PICADAS

**+** Como atuar?

**ABELHAS E VESPAS** 

- Retirar o ferrão com uma pinça
- Desinfetar com antisséptico
- Aplicar gelo localmente

**PEIXES VENENOSOS/ALFORREÇAS** 

- Aplicar cloreto de etilo, álcool, gelo ou água quente, pois estas picadas provocam frequentemente, dores intensas.
- Se não houver alívio, transportar para o Hospital.

Deve ser feito um transporte urgente para o Hospital em caso de:

- Picadas múltiplas (enxame)
- Picadas em pessoas alérgicas
- Picadas na boca e garganta (risco de asfixia)

Fonte: Ferreira, 2021c; Beirão, 2020

23

# MORDEDURAS




**Ⓜ** O que é?

- Lesão causada pela boca e dentes de um animal, incluindo humanos

**+** Como atuar?

- Desinfetar o local da mordedura
- É importante ser sempre observado no hospital
- No caso da mordedura de cão, é importante perceber se o cão está vacinado

**⊘** O que não fazer...

- Queimar a ferida
- Chupar a ferida
- Tentar golpear a zona mordida

Fonte: INEM, 2017b

24

## 6. ACIDENTES DO ESQUELETO

Entorses  
Fraturas

25

## ENTORSES

### O que é?

- Lesão nos tecidos moles (cápsula articular e/ou ligamentos) de uma articulação.

### Como atuar?

- Evitar a movimentação da articulação lesionada e proceder à imobilização do membro
- Elevar o membro lesionado
- Aplicar gelo ou deixar correr água fria
- Consultar posteriormente o médico



Fonte: CHLeiria, 2024b

26

26

## FRATURAS



### O que é?

- Acontece quando um osso é sujeito a uma força que ultrapassa a sua capacidade de adaptação e resistência.

### Como atuar?

- Expor a zona da lesão (desapertar ou se necessário cortar a roupa).
- Verificar se existem ferimentos.
- Tentar imobilizar as articulações que se encontram antes e depois da fratura, utilizando talas apropriadas ou, na sua falta, improvisadas (feitas com barras de metal ou varas de madeira mas devidamente almofadadas)



Fonte: Reis, 2023

27

27

## 7. INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

28

# INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

## O que é?

- O envenenamento é o efeito produzido no organismo por um veneno, que pode entrar em contacto com o nosso corpo de diferentes formas.

Digestiva

Respiratória

Cutânea

Ocular

Retal

Picada de Animal

Fonte: SNS24, 2023a

29

29



É UMA SITUAÇÃO GRAVE QUE NECESSITA DE TRANSPORTE URGENTE PARA O HOSPITAL



## Envenenamento por Via Digestiva

- Produtos Alimentares
  - Medicamentos
- Produtos tóxicos (detergentes, ácidos, pesticidas)



## Como atuar?

- Manter a vítima confortavelmente aquecida.
- Falar com a vítima para obter o maior número possível de informações sobre o envenenamento - produto ingerido, a quantidade provável, a hora a que foi ingerido e a hora da última refeição
- Pedir imediatamente orientações para o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) do INEM – 800 250 250.
- Ingestão de álcool – Apenas neste caso, dar uma bebida açucarada.

Fonte: SNS24, 2023a

30

30



É UMA SITUAÇÃO GRAVE QUE NECESSITA DE TRANSPORTE URGENTE PARA O HOSPITAL



## Envenenamento por Via Digestiva

- Produtos Alimentares
  - Medicamentos
- Produtos tóxicos (detergentes, ácidos, pesticidas)



## O que não fazer?

- Não dar de beber à vítima (pode favorecer a absorção do tóxico).
- Não provocar o vômito se a vítima ingeriu um tóxico corrosivo, um detergente ou um solvente.

Fonte: SNS24, 2023a

31

31



É UMA SITUAÇÃO GRAVE QUE NECESSITA DE TRANSPORTE URGENTE PARA O HOSPITAL



## Envenenamento por Via Respiratória

- Gás carbónico
- Monóxido de carbono (esquentadores, aquecimentos a gás)
- Gás propano/butano (uso doméstico)



## Como atuar?

- Entrar na sala onde ocorreu o acidente, contendo a respiração, e abrir a janela.
- Voltar ao exterior para respirar fundo.
- Entrar de novo e arrastar a vítima para o exterior, de preferência para o ar livre.
- Ligar para o CIAV – 800 250 250
- Desapertar as roupas da vítima.
- Se necessário, realizar o Suporte Básico de Vida

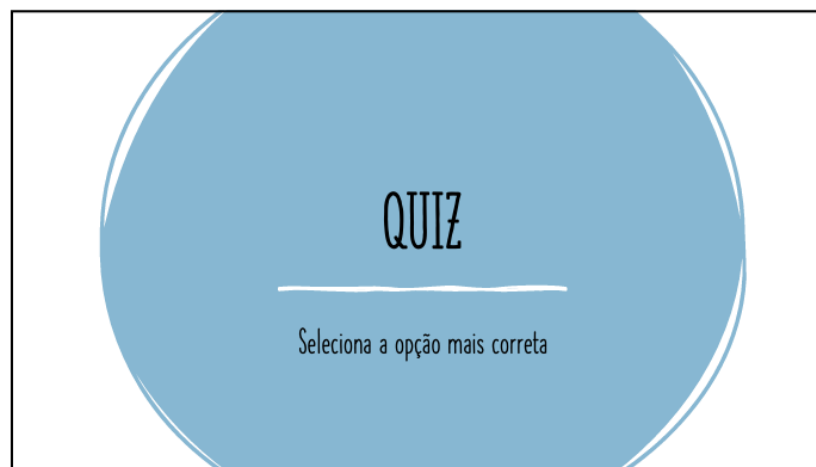
Fonte: SNS24, 2023a

32

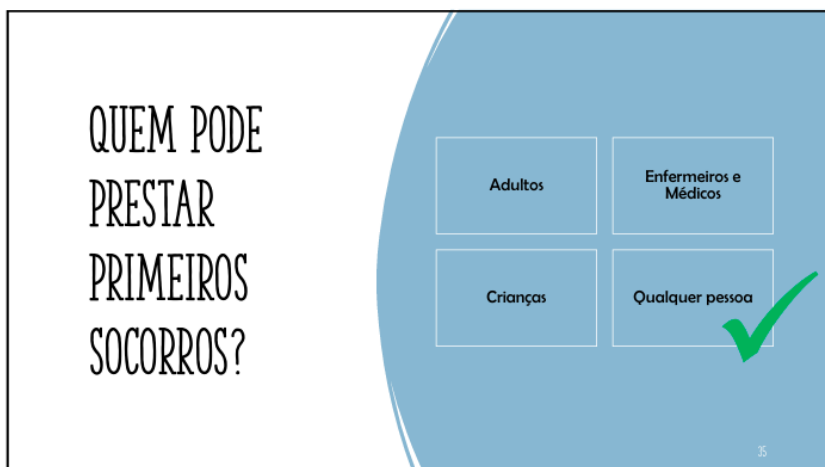
32



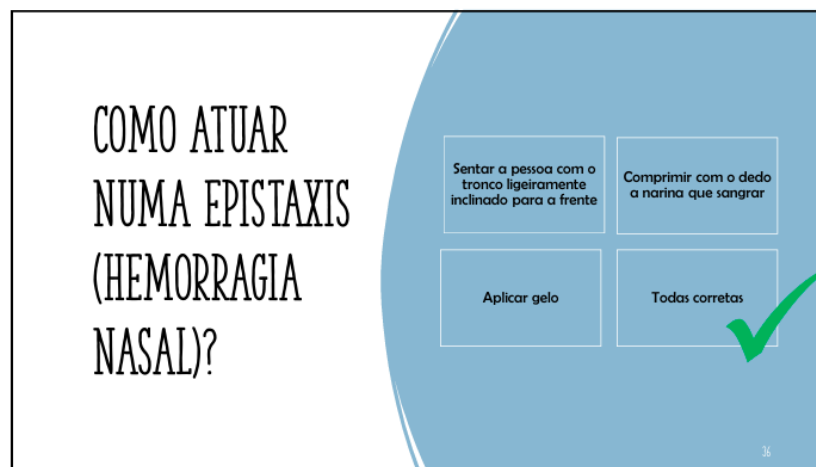
33



34



35



36



## COMO ATUAR NUMA SÍNCOPE (DESMAIO)?



Deitar de barriga para cima, com a cabeça de lado e mais baixa que as pernas

Apertar as roupas

Arrefecer a pessoa

Todas

37

37

## COMO ATUAR NUMA CONVULSÃO?

Afastar todos os objetos onde a pessoa se possa magoar

Não colocar os dedos na boca da vítima durante a crise

Acabada a fase de movimentos bruscos colocar a pessoa em PLS

Todas corretas



38

38

## COMO ATUAR PERANTE UMA FERIDA?

Lavar as mãos e calçar luvas

Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão

Secar a ferida com uma compressa através de pequenos toques, para não destruir qualquer coágulo de sangue

Todas corretas



39

39

## COMO ATUAR PERANTE UM ENTORSE?

Movimentar a articulação lesionada

Elevar o membro lesionado

Aplicar calor

Todas corretas



40

40





# SUORTE BÁSICO DE VIDA

Enf. Catarina Antunes  
 Enf. Ana Rita Bastos  
 Enf. Carolina Luís

Novembro de 2024

41

# ÍNDICE

1. Obstrução da Via Aérea
2. Posição Lateral de Segurança
3. Suporte Básico de Vida
4. Cadeia de Sobrevivência
5. Algoritmo Suporte Básico de Vida

42

42

# 1. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

43

Situação muito grave, deve intervir-se rapidamente!

# ASFIXIA

Asfixia por corpo estranho

**O que é?**

- Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo.
- O cérebro tem lesões irreversíveis 6 minutos após interrupção da respiração e após 10 minutos, a morte cerebral é quase certa.

OBJETO NO NARIZ

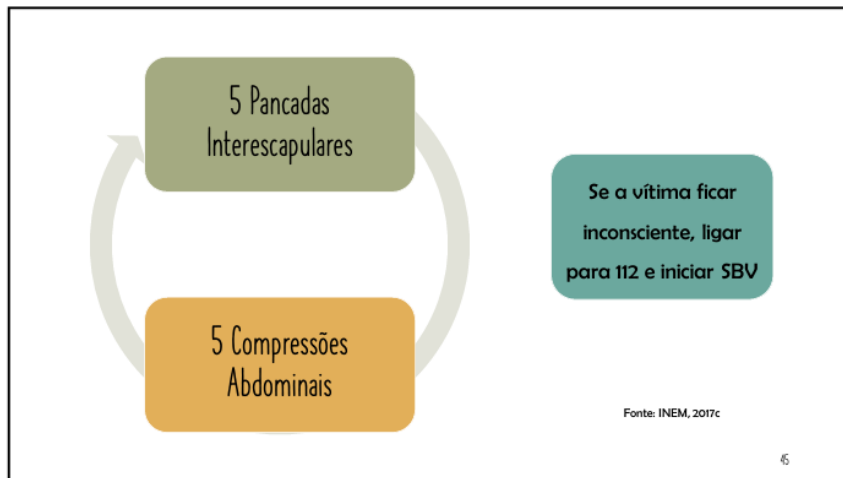
Peça à criança para se assoar com força, comprimindo com o dedo a outra narina.

OBJETO NA BOCA

Abrir a boca da criança e tentar extrair o objeto, se este ainda estiver visível, usando o dedo indicador em gancho ou uma pinça, com cuidado para não empurrar o objeto.

Fonte: CHLeiria, 2024c

44



45

## 5 PANCADAS INTERESCAPULARES

- 1 Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima
- 2 Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente
- 3 Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, entre as omoplatas
- 4 Caso não resolva a obstrução, efetue até cinco vezes a Manobras de Heimlich

Fonte: INEM, 2017c

46

## MANOBRA DE HEIMLICH

- 1 Coloque-se por trás da vítima e passe-lhe o braço em volta do abdômen
- 2 Feche a mão em punho e coloque-o logo acima do umbigo
- 3 Cubra o punho com a outra mão e carregue para dentro e para cima.
- 4 Repita o procedimento o até 5 vezes

Fonte: INEM, 2017c

47



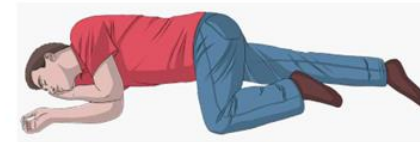
48

## 2. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

49

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

- ✓ Deve utilizar-se quando a vítima está inconsciente mas respira;
- ✓ Garante a permeabilidade da via aérea.



Fonte: INEM, 2024

50

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

1. Certificar-se que a cabeça da vítima se encontra em extensão;
2. Ajoelhar-se ao lado da vítima. Assegurar que as pernas da vítima se encontram esticadas;



Fonte: INEM, 2024

51

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

3. Colocar o braço mais perto (do seu lado) em ângulo reto com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;
4. Segure o outro braço cruzando o tórax e fixe as costas da mão na face do seu lado;



Fonte: INEM, 2024

52

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

5. Com a outra mão levanta a perna do lado oposto acima do joelho dobrando-a, deixando o pé no chão;



Fonte: INEM, 2024

53

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

6. Puxar a perna elevada na sua direção virando a vítima para o seu lado;
7. Posicionar a perna que está por cima de tal forma que a anca e o joelho estejam em ângulo reto;
8. Inclinar novamente a cabeça para trás para manter a via aérea desobstruída;
9. Ajustar a mão da vítima sob a face, se necessário, para manter a cabeça inclinada;
10. Verificar regularmente a ventilação da vítima.



Fonte: INEM, 2024

54



### Não realizar PLS se a pessoa:

- Não estiver a respirar;
- Possuir uma lesão na cabeça, pescoço, coluna ou um ferimento grave.

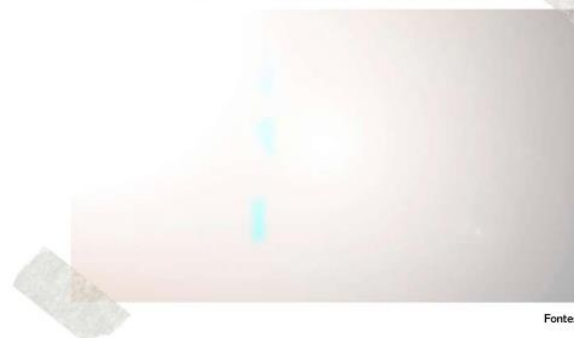


Fonte: INEM, 2024

55

55

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



Fonte: INEM, 2022b

56

### 3. SUPORTE BÁSICO DE VIDA

57



### SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

É um conjunto de procedimentos encadeados, com o principal objetivo de recuperar a vida de uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) até à chegada de ajuda de especializada.

Fonte: SNS 24, 2023b

58

58

### SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Fonte: INEM, 2021

59

59

### 4. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

60

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



**Ligar 112**  
Reconhecimento  
Precoce

**Reanimar**  
SBV

**Desfibrilhar**  
Desfibrilhação  
precoce

**Estabilizar**  
Suporte Avançado de  
Vida (SAV) precoce e  
cuidados pós-  
reanimação

Fonte: INEM, 2021

61

61

## 5. ALGORITMO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

62

## AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações



Fonte: INEM, 2021

63

63

## AVALIAR ESTADO DE CONSCIÊNCIA

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações



Fonte: INEM, 2021

64

64

## PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações



Fonte: INEM, 2021

65

65

## VERIFICAR RESPIRAÇÃO

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações

VOS até 10 segundos:

- ✓ **Ver** os movimentos torácicos;
- ✓ **Ouvir** os sons respiratórios saídos da boca/ nariz;
- ✓ **Sentir** o ar expirado na face do reanimador.



Fonte: INEM, 2021

66

66

## LIGAR 112

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações



Fonte: INEM, 2021

67

67



**Ligar 112**  
Reconhecimento  
Precoce



**CODU (Central Orientação  
Doente Urgentes)  
(Lisboa, Porto, Coimbra,  
Faro)**

- **Vítima** (Homem/  
Mulher/Criança)
- **Estado** (Inconsciente/Consciente)
- **Local** (Pontos de referência)  
• O que aconteceu
- Número de telefone que está a  
ligar

**Não desligar chamada sem ser  
indicado**




Fonte: INEM, 2021

68

68

## INICIAR COMPRESSÕES TORÁCICAS

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações




Fonte: INEM, 2021

69

## INICIAR VENTILAÇÕES

- Segurança
- Verificar Consciência
- Permeabilizar Via Aérea
- Verificar Respiração
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Ventilações



Fonte: INEM, 2021

70

## ALGORITMO DO SBV

- Condições de Segurança
- Estado de Consciência
- Permeabilizar a Via Aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- Ligar 112
- 30 Compressões
- 2 Insuflações

Fonte: INEM, 2021

71

## VAMOS TREINAR!



72

# NA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA COMO ATUAR?

5 pancadas interestapulares	5 compressões
5 pancadas interestapulares 5 compressões	Todas incorretas

73

# A PLS UTILIZA-SE QUANDO?

Vítima consciente	Vítima inconsciente e respira
Vítima inconsciente e não respira	Vítima de trauma

74

# MOMENTOS CHAVE DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA?

30 compressões e 2 insuflações	Condições segurança e ligar 112
Verificar estado consciência e VOS	VOS e 30 compressões

75

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. (4 de Abril de 2021). *Hemorragia Nasal: Como devo agir*. Obtido de Clínica ORL: <https://exclinicas.pt/hemorragia-nasal-como-devo-agir/>
- Beirão, L. (14 de Agosto de 2020). *Picada de peixe-aranha: o que fazer*. Obtido de Hospital da Luz: <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/picada-peixe-aranha-que-fazer>
- CH.Leiria. (2024a). *Convulsão*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria: <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/convulsao-10/>
- CH.Leiria. (2024b). *Entorse*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria: <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/entorse-18/>
- CH.Leiria. (2024c). *Corpos Estranhos*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria: <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/corpos-estranhos-14/>
- DGS. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. (DGS, Ed.) *Norma 015/2015*. Obtido de [file:///C:/Users/OneDrive/Documents/ANA/MAESTRADO/ANO\\_2SEMESTRE/Ensino%20C1%3%ADNico%20III/PESQUISAS/OUTRAS/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf](file:///C:/Users/OneDrive/Documents/ANA/MAESTRADO/ANO_2SEMESTRE/Ensino%20C1%3%ADNico%20III/PESQUISAS/OUTRAS/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf)
- ESC. (2018).  *Síncope – Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síncope*. Sociedade Europeia de Cardiologia. Obtido de [https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket\\_Sincopa\\_compressed.pdf](https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket_Sincopa_compressed.pdf)
- Ferreira, C. (22 de Julho de 2020a). *Tratar em casa enfoladelas, arranhões e pequenos golpes na pele*. Obtido de Hospital da Luz: <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/tratar-em-casa-esfoladelas-arranhoes-pequenos-golpes-na-pele>
- Ferreira, C. (2 de Agosto de 2020b). *Como tratar queimaduras em casa*. Obtido de Hospital da Luz: <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/como-tratar-queimaduras-em-casa>
- Ferreira, C. (9 de Agosto de 2020c). *Picadas de insetos: o que fazer*. Obtido de Hospital da Luz: <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/picadas-insetos-que-fazer>
- INEM. (2017a). *SVS - INEM*. Obtido de <https://www.inem.pt/2017/05/29/qualquer-pessoa-pode-aprender-a-ocorrer/>
- INEM. (22 de Agosto de 2017b). *Picada ou mordedura de animal. O que fazer?*. Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/2017/08/22/picada-ou-mordedura-de-animal-o-que-fazer/>

76

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- INEM. (21 de Novembro de 2017c). *Gestos que Salvam! - Obstrução da Via Aérea*. Obtido de SNS: <https://www.inem.pt/2017/11/21/gestos-que-salvam-obstrucao-da-via-aerea/>
- INEM. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto*. Obtido de INEM: [https://www.inem.pt/up-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Vers%C3%A3o-1-1a-Edi%C3%A7%C3%A3o-2021\\_6Out2021.pdf](https://www.inem.pt/up-content/uploads/2021/10/MANUAL-SBV-DAE-Vers%C3%A3o-1-1a-Edi%C3%A7%C3%A3o-2021_6Out2021.pdf)
- INEM. (2022a). *Engajamento*. Obtido de <https://www.youtube.com/watch?v=Lx6t8iUjMh8>
- INEM. (2022b). *Posição Lateral de Segurança*. Obtido de INEM: <https://www.youtube.com/watch?v=lmWENGr5f0>
- INEM. (2022c). *Salvar Vidas é Básico! Aprenda a fazer Suporte Básico de Vida*. Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/2022/09/22/salvar-vidas-e-basico-aprenda-a-fazer-suporte-basico-de-vida/>
- INEM. (2024). *Gestos que salvam! - Sabe colocar alguém em Posição Lateral de Segurança?* Obtido de INEM: <https://www.inem.pt/2024/11/18/gestos-que-salvam-sabe-colocar-alguem-em-posicao-lateral-de-seguranca/>
- INEM, DFEM, & DEM. (2024). *TAF - Emergências de Trauma*. Obtido de <https://www.produ.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974463.pdf>
- Reis, M. (Agosto de 2023). *Primeiros socorros para fraturas*. Obtido de Grupo Rede D'OR: <https://www.tuaosade.com/primeiro-socorros-em-fraturas/>
- SNS24. (14 de Setembro de 2023a). *Intoxicações e Envenenamentos*. Obtido de SNS24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/intoxicacoes-e-envenenamentos/>
- SNS24. (2023b). *Suporte Básico de Vida*. Obtido de SNS24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doenca-do-coracao/paragem-cardiorespiratoria/suporte-basico-de-vida/>
- SRP/CBA. (2023). *Manual do Socorrista*. Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. Obtido de <https://www.produ.azores.gov.pt/fotos/documentos/1679672779.pdf>

77

OBRIGADO!!!

---

Esperamos que tenham gostado!

78

## APÊNDICE X – Formação sobre Violência

## PLANO DA SESSÃO – “Violência”

<b>Sessão</b>	Violência
<b>Local</b>	Curso Profissional de Multimédia
<b>Data e Horário</b>	19 de dezembro de 2024 às 10:15h
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Formadores/ Enfermeiro orientador</b>	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP Lúcia Grácio
<b>Destinatários</b>	Alunos do 2ºP do curso Profissional de Multimédia
<b>Metodologia/ Métodos</b>	Expositivo e Demonstrativo
<b>Material necessário</b>	Sala, Cadeiras, Computador, Projetor
<b>Objetivos</b>	Adquirir conhecimentos sobre violência Identificar os diferentes tipos de violência em função do contexto Capacitar para a identificação dos sinais de violência em ambiente escolar e no namoro Promover a procura de ajuda
<b>Justificação</b>	<p>Esta sessão surge no seguimento de um pedido de intervenção da escola, por identificar essa necessidade decorrente de ocorrências na turma identificada.</p> <p>“A violência pode ser física, psicológica, sexual e/ou financeira. Define-se pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha grande probabilidade de resultar, em ferimentos, morte, danos psicológicos, compromisso do desenvolvimento ou privação.” (SNS24, 2023)</p> <p>Nos jovens verifica-se uma normalização preocupante de alguns atos de violência repetidos, sejam de que caris for, como por exemplo o controlo do parceiro.</p> <p>A violência é crime e deve ser denunciada, pelo que capacitar as vítimas para identificação de sinais e como denunciar a violência é fundamental para quebrar o ciclo.</p> <p>O EESCSP desempenha um papel essencial nesse contexto, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas com os comportamentos de risco, mas também, capacitando as vítimas, intervindo através da capacitação dos mesmos de como pedir ajuda, denunciar.</p>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relações Saudáveis <i>versus</i> Violência</li><li>• Tipos de violência</li><li>• Bullying</li><li>• Violência no namoro</li><li>• Apoio á vítima</li></ul>
<b>Avaliação</b>	Aplicação de quizz diagnóstico antes da sessão e aplicação do mesmo quizz após a formação.





**VIOLÊNCIA**

DEZEMBRO, 2024

Mestrandos:  
 Ana Rita Bastos  
 Carolina Luis

Em parceria Orientadora:  
 Lúcia Grácio




**Relações Saudáveis vs Violência**




**Relações Saudáveis**

Uma relação saudável (seja num contexto de amizade, casal, vida familiar, atividade profissional ou âmbito escolar) é aquela na qual nos sentimos apoiados e nos sentimos bem por ser quem somos.



Fonte: SNSJ4, 2023

Define-se pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha grande probabilidade de resultar, em ferimentos, morte, danos psicológicos, compromisso do desenvolvimento ou privação.



Fonte: SNECA, 2023

## VIOLÊNCIA



Quais os tipos de violência?



## Violência Física

Existe a intenção de magoar, aleijar, ferir.



Dar bofetadas, puxar os cabelos, atirar objetos à outra pessoa, dar beliscões, dar empunhões, agarrar com muita força.

Fonte: AMCV, S/D



## Violência Psicológica



Existe a intenção de rebaixar, humilhar, controlar e fazer a pessoa sentir-se mal com ela própria ou até com os outros.

Insultar/difamar, gritar ou ameaçar, impedir os contactos com outras pessoas, não deixar sair com os amigos/as, ver telemóvel/e-mail sem consentimento, partir ou danificar intencionalmente objetos.

Fonte: ANCV, S/D



## Violência Sexual



Passa por todo o comportamento sexualizado que alguém tem para com outra pessoa que não o deseja.

Beijos, apalpadelas ou outros toques não consentidos, forçar a iniciar a atividade sexual, forçar a ter práticas sexuais indesejadas, forçar a ver vídeos ou imagens de teor sexual, entre outras.

Fonte: ANCV, S/D



## Violência Económica



Utilizar o telemóvel sem consentimento, roubar dinheiro, pressionar para pagar despesas pessoais entre outras.

Fonte: ANCV, S/D

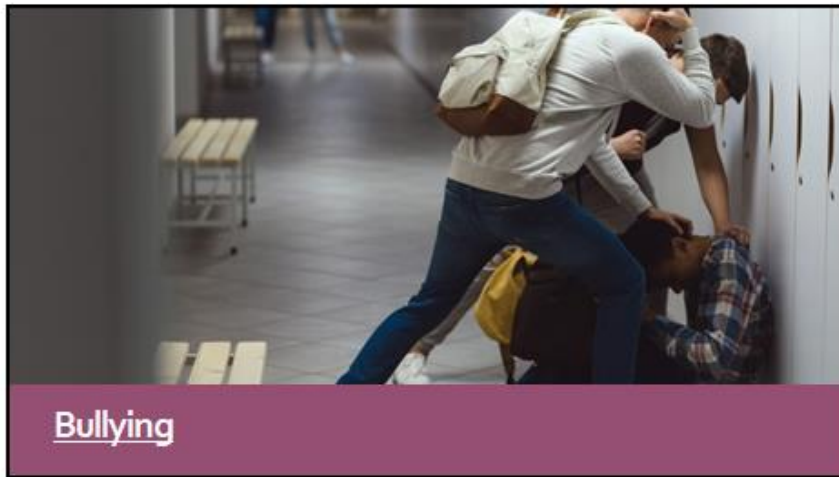
## Stalking

É qualquer forma, ou tentativa de comunicação, vigilância, assédio ou perseguição a alguém que não o deseje que, em consequência desses comportamentos se sente ansioso/a, assustado/a, com medo ou em perigo.



- Aparecer constantemente nos locais frequentados pela outra pessoa
- Procurar obter informações sobre a outra pessoa (no lixo, na mochila, nos bolsos)
- Roubar ou apoderar-se de objetos pessoais da outra pessoa
- Realizar contactos repetidos e indesejados (telefonemas, mensagens, cartas, bilhetes)
- Conhecer em detalhe todos os passos da outra pessoa
- Criar sites ou blogs sobre a outra pessoa
- Seguir a outra pessoa/ vigiá-la permanentemente

Fonte: ANCV, S/D



**Bullying**

## Bullying

Atos de violência física, sexual ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por alguém (bully) ou grupo de indivíduos com o objetivo de intimidar, controlar ou agredir outra pessoa, ou grupo de pessoas, incapaz/és de se defender/em.

Tem sempre a intenção de magoar a outra pessoa, e usando-lhe medo, dor e angústia.

Fonte: ANCC/SO

### Alguns comportamentos de Bullying...

- 1

Empurrar, pontapear, bater, beliscar, ou fazer outros tipos de agressões físicas.
- 4

Excluir (não te deixar participar nas atividades de um grupo), ignorar, ameaçar, intimidar, assediar ou fazer coisas com o objetivo de causar medo, desconfiança, ridicularizar, ignorar (não responder quando falas com alguém ou passarem por ti e fingirem que não te veem).
- 2

Chamar nomes, inventar histórias sobre ti, ou gozar com alguma característica particular ("gorda", "tinha de óculos", "fofoca-alpinista").
- 5

Contatos sexuais não consentidos (carícias, comentários ofensivos sobre os hábitos ou hábitos, por exemplo).
- 3

Chamar atenção de pais, professores, funcionários, etc. sobre os comportamentos.
- 6

Utilizar tecnologias de informação e comunicação (e-mail, internet) para te maltratar, de forma proposital e repetida – Cyberbullying.

Fonte: ANCC/SO

# Estarei a ser vítima de Bullying?

## Se és vítima...

Lidar como Bullying pode ser difícil, mas lembra-te que não és tu o responsável. Tu tens o direito de te sentires seguro/a e protegido/a.

Fonte: AMCV, S/D



## Se és vítima de bullying

- ✓ Procura andar sempre com amigos/as, evitando andar sozinho
- ✓ Fala com um adulto de confiança

- ✓ Não manténhas a situação em segredo

Fonte: AMCV, S/D



## CASO CONHEÇAS ALGUÉM QUE ESTÁ A VIVER UMA SITUAÇÃO DE BULLYING:

Não designar a vítima alguém a ser intimidado. Aquilo que poderás fazer é contar a um adulto o que se está a passar e ajudar o teu amigo/a a fazer o mesmo. O principal é não manter a situação em segredo.

Fonte: AMCV, S/D



## Violência no Namoro



**Uma em cada quatro raparigas alvo de violência por parte do parceiro**

RTP NOTÍCIAS

**Violência no namoro: metade dos jovens acha que é legítimo controlar os parceiros**

Mais de dois em cada dez adolescentes afirmaram não sentir medo da violência no namoro, embora considerem a violência sexual, física e psicológica formas de violência no namoro de 17000.

**Queixas por violência no namoro aumentam 10% em cinco anos com PSP a receber 10.480**

A polícia salienta que a violência no namoro assume vertentes física, psicológica, social, sexual e económica.

A OMS alerta que a violência entre parceiros pode ter impactos "devastadores na saúde, no desempenho educativo, nas relações futuras e nas perspetivas de vida dos jovens"

**Oito queixas por dia de violência no namoro, maioria acima dos 24 anos**

**Proibir alguém de vestir determinada roupa é violência, sim!**

A violência no namoro é um ato de violência usada como estratégia de controlo, que pode ser pessoal ou contínuo, e que se baseia numa relação de desigualdade de poder entre os namorados.

**Controlo e violência psicológica: "Há uma banalização de alguns comportamentos de violência no namoro"**

Margarida Pacheco, uma das autoras do Estudo sobre Violência no Namoro apresentado esta quinta-feira, nota que está a emergir entre adolescentes uma percepção da falta de igualdade de género.

**THE MIS+**

ESTUDO NACIONAL SOBRE VIOLÊNCIA NO NAMORO 2024

UMAR

**IDADE DAS/OS PARTICIPANTES**

MÍN: 17 ANOS  
MÉDIA: 23 ANOS  
MÁX: 31 ANOS

**COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA**

6152 PARTICIPANTES

Fonte: UMAR, 2024

**LEGITIMAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO NAMORO**

**ATOS DE VIOLÊNCIA MAS LEGITIMADOS POR FORMA DE VIOLÊNCIA**

Fonte: UMAR, 2024

Forma de Violência	Porcentagem	Amostra (n)
Violência psicológica	30%	1845
Violência física	9,7%	597
Violência sexual	14,6%	898
Violência económica	18,9%	1154
Perseguição	31,1%	1902
Violência física e psicológica	16,6%	1018
Violência psicológica e económica	33,5%	2048
Violência psicológica e física	37,1%	2278
Violência psicológica, física e económica	27,9%	1709
Violência psicológica e sexual	31,1%	1902
Violência psicológica e física e económica	28,6%	1756
Violência psicológica, física e económica e sexual	14,7%	898
Violência psicológica, física e económica e sexual e perseguição	8,9%	546



## Violência no namoro

- ✓ Padrão de comportamento que se repete ao longo do tempo;
- ✓ Um dos elementos exerce o poder através da violência (física, psicológica, económica e/ou sexual);
- ✓ Intenção de controlar, dominar e submeter o outro/a.

Numa fase inicial assume formas de dominação mais discretas que, com o passar do tempo, se vão tornando mais graves e frequentes.

Fonte: INCV, SD



## Ser vítima de violência...


- ... experiência dolorosa
- ... complicada de resolver

---

## É difícil acreditar e compreender...

- ... que alguém que gostamos também é capaz de nos fazer mal
- ... apesar dos maus tratos, continuamos a gostar do nosso parceiro/a

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014



## Sentimos medo...

- ... de não conseguirmos namorar outra pessoa
- ... de contar a alguém e pedir ajuda
- ... que ninguém acredite em nós
- ... que nos façam ainda mais mal se contarmos
- ... que ninguém nos possa ajudar

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014





Solidão  
Medo  
Vergonha  
Culpa  
Insegurança  
Confusão  
Tristeza  
Ansiedade

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014




NUNCA, sob qualquer motivo, a alguém tem o direito de ser violento/a connosco!

A violência é uma forma errada de resolver os problemas e as dificuldades de um namoro

Violência NUNCA é aceitável

31

Se vives com isto, podes ser vítima



Se fores vítima, o que fazer?

- Não te responsabilizes pela situação.
- Mesmo que o teu namorado/a ou ex-namorado/a queira justificar a violência, não há nada que a justifique.
- Lembra-te que todas as pessoas têm o direito de ser respeitadas.

Fonte: ANCCVSD

não toleres atitudes abusivas

Respeito



- Não mantinhas este problema em segredo e não o vivas sozinho/a e em silêncio.
- Conversa com alguém da tua confiança que te possa ajudar a encontrar soluções (familiar, amigo/a, monitor/a, professor/a, psicólogo/a da escola).



Se optares por permanecer na relação, deves deixar claro que não estás disposto/a a tolerar comportamentos abusivos e que, caso estes se mantenham, consideras a possibilidade de abandonar a relação.

Fonte: ANCY,SD

Se conheces alguém que é vítima, o que podes fazer?



Ouvir sem julgar ou responsabilizar

Não pressionar a contar detalhes que não deseje

Dar tempo para tomar as suas próprias decisões

Não abandonar a pessoa se não terminar a relação

Ajudar a identificar que está a viver uma relação violenta (violência é crime)

Fonte: ANCY,SD

Se conheces alguém que é vítima, o que podes fazer?



Incentivar a pessoa a pedir ajuda

Se parecer que a pessoa corre perigo iminente, dizer que irás procurar a ajuda de alguém de confiança

É fundamental pedir apoio técnico e sair do segredo no qual a vítima se encontra

Continua a apoiar a pessoa mesmo depois do fim da relação porque, muitas vezes, o fim da relação não significa o fim da violência

Fonte: ANCY,SD



VÍDEO

## Pede ajuda...

Seja qual for a situação existem instituições especializadas em serviços de apoio a vítimas de violência, que são gratuitos e confidenciais e onde podes recorrer a acompanhamento psicológico e a aconselhamento jurídico e podes denunciar o caso às autoridades competentes.



APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima  
Tel: 116 006 (8h - 23h)



AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência  
Whatsapp: 96204872



Linha de emergência  
Tel: 112



Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica  
Tel: 800 202 148 (24h)  
SMS: 3060

## Pede ajuda...



Linha SOS Voz Amiga - Linha de apoio emocional e Prevenção do suicídio  
Tel: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660 (Todos os dias, das 15h30 às 00h30)



Aconselhamento psicológico no SNS24  
Tel: 808 24 24 24 (24h)



Associação ILGA - Apoio à Homossexualidade  
Tel: 969367005

## Projetos...

Jogo digital de sensibilização e prevenção da violência no namoro



Projeto desenvolvido por alunos da ESSUI dirigido jovens de escolas do concelho de Leiria



Programa de Apoio - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

Projeto "Adolescer com Sentido"

"Escola Segura"

PSP



- ✓ AMCV. (S/D). *Violência*. (A. d. Violência, Editor) Obtido de Violência: <https://www.amcv.org.pt/governos/violencia>
- ✓ APV. (2012). *Carta com a Violência: Quem não respeita não te merece*. Obtido de youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=b8v0fb8QgF4>
- ✓ Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Violência no Namoro*. Obtido de Escola Saudável Mente: <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/violencia-no-namoro>
- ✓ SNS24. (13 de 10 de 2023). *Emoções, relações e violência*. Obtido de Emoções, relações e violência: <https://www.sns24.gov.pt/guia/emocoes-relacoes-e-violencia/bo-que-e-a-violencia>
- ✓ UMAR. (2024). *Violência No Namoro Em Portugal: Vitimização E Conceções Juvenís - 2024*. Lisboa: UMAR. Obtido de [https://www.icj.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO\\_ARTHEMIS\\_UMAR\\_2024\\_v002\\_compressed.pdf](https://www.icj.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf)

## Referência Bibliográficas



APÊNDICE XI – Apresentação do PIC

**POLITÉCNICO DE LEIRIA** DESENVOLVIMENTO + SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA


**ENGAGE24**

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA MARINHA GRANDE: ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ATITUDE FACE AO ESTADO SAÚDE-DOENÇA ASSOCIADA À CULTURA

Ana Rita Bastos, N.º 5230042  
Carolina Luís, N.º 5230046

Marinha Grande, outubro 2024

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**



**Investigador Principal**

- Prof. Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttal Barros

**Promotor e CRO do projeto**

- O projeto de investigação integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTEIS), com apicamento da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEF) e tem como Investigador Principal o Prof. Doutor Pedro Malo.


**Investigador Coordenador**

- Prof. Doutor Pedro Malo

**Co-Investigadores**

- Enfermeira Ana Rita Carreira Bastos – Mestranda
- Enfermeira Carolina Raquel Marques Luís – Mestranda

INFORMAÇÃO: CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA MARINHA GRANDE: ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ATITUDE FACE AO ESTADO SAÚDE-DOENÇA ASSOCIADA À CULTURA.



No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.), que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos.

O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura.

INFORMAÇÃO: CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA MARINHA GRANDE: ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ATITUDE FACE AO ESTADO SAÚDE-DOENÇA ASSOCIADA À CULTURA.

**Objetivos**

**Metodologia**

**População**



INFORMAÇÃO: CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA MARINHA GRANDE: ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E ATITUDE FACE AO ESTADO SAÚDE-DOENÇA ASSOCIADA À CULTURA.

## Objetivo Geral

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.

## Objetivos Específicos

Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário)

Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional residente no concelho da Marinha Grande

Objetivos

Metodologia

População



Metodologia

Fase Diagnóstica

Fase de Intervenção

Fase de Avaliação

## Metodologia

### Fase Diagnóstica

Grupo Focal com stakeholders

INFORMAÇÃO: CONSELHO DA POPULAÇÃO INFANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA NARVAIS GRANDE  
 ACESSO AOS CIDADÃOS DE SAÚDE PATERAL PAZ DO BARRIO SAUERDORGA - ASSOCIAÇÃO À CULTURA

## Metodologia

### Fase Diagnóstica

Amostra em estudo

Identificação de Literacia em Saúde

Como vai estar o teste (SUI e SUIA) e qual a sua importância?

Para ti, qual foi o nível de...	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
... saber quanto pode gastar de uma segunda unidade de saúde pública?					
... saber as diferenças que existem entre os diferentes tipos de saúde pública e sua função?					
... perceber informações sobre saúde para tomar decisões que melhorem a saúde, como por exemplo, a prevenção e a promoção?					
... saber se as informações sobre os riscos para a sua saúde foram úteis ou se a comunicação não foi adequada, suficiente, adequada, clara ou fácil?					
... perceber, através de um teste, que a sua saúde pode melhorar?					
... compreender as informações dos materiais de saúde pública, incluindo sobre como fazer uma consulta?					

INFORMAÇÃO: CONSELHO DA POPULAÇÃO INFANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA NARVAIS GRANDE  
 ACESSO AOS CIDADÃOS DE SAÚDE PATERAL PAZ DO BARRIO SAUERDORGA - ASSOCIAÇÃO À CULTURA

## Metodologia

### Fase de Intervenção

INFORMAÇÃO: CONSELHO DA POPULAÇÃO INFANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA NARVAIS GRANDE  
 ACESSO AOS CIDADÃOS DE SAÚDE PATERAL PAZ DO BARRIO SAUERDORGA - ASSOCIAÇÃO À CULTURA

## Metodologia

### Fase de Avaliação

Grupo Focal com stakeholders

Amostra em estudo

INFORMAÇÃO: CONSELHO DA POPULAÇÃO INFANTE RESIDENTE NO CONCELHO DA NARVAIS GRANDE  
 ACESSO AOS CIDADÃOS DE SAÚDE PATERAL PAZ DO BARRIO SAUERDORGA - ASSOCIAÇÃO À CULTURA

## UNIDADES CURRICULARES (UC)

Objetivos

Metodologia

População



## POPULAÇÃO



## POPULAÇÃO



- Imigrantes com 18 ou mais anos
- Conhecimento da língua portuguesa
- Aceitem participar no estudo

## PONTO DE SITUAÇÃO

- Aguarda-se o parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração da ULSRL
- Reunião a 28 outubro de 2024





APÊNDICE XII – Guião de Entrevista e análise de conteúdo

## ENTREVISTA COM PERITO

**Data:** 13 de janeiro de 2025

**Entrevistadoras:** Ana Bastos e Carolina Luís

**Tipo de entrevista:** Semiestruturada, online e gravada (com consentimento)

### DADOS DO ENTREVISTADO

- Habilitações literárias: Mestrado
- Profissão: Enfermeiro
- Nacionalidade: Indiana

### OBJETIVOS DA ENTREVISTA:

- Melhorar o conhecimento sobre a cultura indiana.
- Compreender como os fatores da cultura indiana influenciam as percepções, práticas e comportamentos em relação à saúde.
- Capacitar para a comunicação com a comunidade indiana.

#### **1. Apresentação**

#### **2. Questões / Respostas**

---

#### **Dados sobre a entrevistada**

“Sou indiana, da zona de Goa, católica”.

“É diferente da cultura hindu e da cultura muçulmana”.

“Como sou de uma zona da Índia que foi colonizada por Portugal sofremos de influência europeia, mas a minha família (tios e primos) que vivem na Índia estão completamente envolvidos na cultura Hindu. Já não falam português. A partir de 1960 os hindus entraram em Goa e atualmente o hinduísmo domina a Índia”.

**Como caracteriza a comunidade indiana em Portugal?**

---

“A comunidade indiana de Leiria é proveniente do estado de Punjabi. As castas são as mais baixas, era o esperado pela qualidade da imigração deles. Não são pessoas de grandes posses financeiras, nem grande cultura intelectual”.

“Esta comunidade é muito recente em Leiria, a comunidade que está em Lisboa há 30 anos, é diferente”.

“Com a aculturação da comunidade hindu, que está implementada em Portugal, desde 1974 (que vieram das colónias), formou-se uma grande comunidade Hindu em Portugal. Eles não deixam a base deles, mas aos pouco já vão introduzindo algumas coisas da cultura ocidental, vão-se aculturando. Complementam as tradições ocidentais com as deles”.

“Em Lisboa tem-se trabalhado com um grupo de hindus, eles próprios criam muitas barreiras”.

#### **Pode referir alguns hábitos e costumes da cultura indiana?**

“Na comunidade Hindu as avós têm muita influência na educação dos netos. Elas dão o primeiro banho e elas fazem a educação com os valores Hindu. Eles têm milhares de deuses e crenças relacionadas com esses deuses. A avó é quem introduz no templo hindu a criança. As avós representam a família, são as matriarcas. Elas cuidam das crianças desde que nascem”.

“Os hindus descalçam-se à porta, não entram em casa com os sapatos”.

“Eles comem com a mão direita. Misturam a comida e levam a comida à boca com a mão direita. Nunca comem com a mão esquerda. A mão esquerda é usada para limpeza dos genitais”.

“Na cultura indiana, mulher só fala com mulher e não pode falar com homem, a menos que se apresente com o marido. Homem com homem e mulher com mulher. Se tiverem em casal, podem falar homem com o casal ou mulher com o casal. Para elas é um prazer a submissão. O que o marido diz é palavra de ordem”.

#### **Pode referir alguns hábitos religiosos da comunidade indiana?**

“Na cultura deles o homem acredita na reencarnação então não matam os animais para não sofrer, pois acreditam que um dia podem reencarnar como animais e podem sofrer”.

#### **Quais os hábitos alimentares da comunidade indiana? Algumas restrições alimentares?**

---

“Eles não consomem carne de uma forma geral. Alguns já introduziram as aves e peixe, mas a maioria não come. Eles não podem comer a carne por causa de não poderem matar os animais, por causa do carma, ligado à religião. Isso traz sofrimento para os animais (...) mas consomem laticínios”.

“Eles usam muitas especiarias (...) as mais usadas são a curcuma, cominhos e linhaça”.

“Usam muito açúcar na comida”.

“Eles consomem muito arroz, farinha de trigo integral e também manteiga purificada”.

“O Hindu não consome álcool nem produtos provenientes de animais, portanto a medicação eles vão ver antes de tomar, vão ler o que é uma cápsula, e se é de origem animal. Eles têm uma certa resistência à toma de cápsulas. Alguns medicamentos referem que podem conter álcool. Pela lei hindu eles não podem tomar”.

**Na sua opinião, como é vista a saúde pelos indianos. Procuram os serviços de saúde de forma preventiva ou quando a doença está implementada?**

“O significado de doença para eles, não é considerado um mal absoluto, faz parte do ciclo da vida”.

“Já aceitam melhor a medicina ocidental. Consideram que a medicina ocidental trata melhor da cura da doença”.

**Em termos de doenças crônicas, quais as mais prevalentes na população indiana?**

“As doenças mais frequentes dos indianos são a hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e gota”.

**A comunidade indiana cumpre as consultas de vigilância e os rastreios de saúde existentes?**

“Eles são mais recetivos se houver uma contrapartida (...) como por exemplo ir à comunidade e levar um aparelho para avaliar a tensão arterial ou diabetes (...) sentem-se acolhidos”.

APÊNDICE XIII – Questionário MAIEC adaptado aos imigrantes



**QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO  
DO PROCESSO COMUNITÁRIO**

*Baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020 e Melo, in Press)*

**Enquadramento:** O projeto de investigação - Empoderamento Comunitário da População Imigrante, residente no concelho da Marinha Grande (ENGAGE24): Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (Continuação do Estudo ENGAGE23), integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tem como Investigador Principal o Professor Doutor Pedro Melo e como Investigadora Responsável a Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

**Explicação do estudo:** Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo identificar o diagnóstico de enfermagem no foco "Processo Comunitário" para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Marinha Grande.

Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar este questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo in Press), que permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Marinha Grande: a liderança comunitária, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a participação comunitária, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o coping comunitário, relacionado com as suas experiências anteriores e forças.

A sua participação no estudo, implica que, responda a este questionário, cujo tempo de resposta ronda os 10 min, onde terá oportunidade de partilhar as suas perceções e conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura.

**Condições e financiamento:** A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá à sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ESEP e teve parecer favorável.

**Confidencialidade e anonimato:** Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O Investigador Principal, o Professor Doutor Pedro Melo, MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: 916725122 | Endereço eletrónico: [pedromelo@esenf.pt](mailto:pedromelo@esenf.pt)

A Investigadora Responsável local, a Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros - Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria| Contacto Tlm: 939667254 | Endereço eletrónico: [teresa.kraus@ipleiria.pt](mailto:teresa.kraus@ipleiria.pt)

As Investigadoras Colaboradoras, Mestrandas, Enfermeira Ana Rita Carreira Bastos e Enfermeira Carolina Raquel Marques Luís.

Considera-se informado(a) e aceita participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

SIM

NÃO

Preencha todo o questionário e seja o mais sincero possível, assinalando com uma cruz (x) a opção que melhor se adequa a si. Não há respostas certas ou erradas em nenhuma das questões.

Desde já um Muito Obrigada pela sua participação!

A	B	C	D
---	---	---	---

**Legenda do Código:**

A - Primeira letra do 1º nome próprio;  
B - Última letra do 1º nome próprio;  
C - Penúltimo nº do ano de nascimento;  
D - Último nº do ano de nascimento.

1. Idade? \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: Feminino  Masculino
3. Qual a sua nacionalidade? \_\_\_\_\_
4. Há quantos anos reside em Portugal? \_\_\_\_\_ anos
5. Escolaridade:  
 Ensino básico  
 Secundário  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento  
 outro: \_\_\_\_\_
6. Qual a sua situação laboral?  
 Empregado  
 Desempregado  
 Baixa médica/licença  
 Reformado  
 outro: \_\_\_\_\_
7. Considera-se saudável? Sim  Não
8. Tem alguma doença crónica? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

### LIDERANÇA COMUNITÁRIA

- A. Qual é o nível de conhecimentos que considera ter sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhum conhecimento	0	1	2	3	4	5	Muito conhecimento

- B. Qual é o nível de conhecimentos que considera ter sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura:

Nenhum conhecimento	0	1	2	3	4	5	Muito conhecimento

Marque uma cruz (x) a resposta mais adequada para o seu caso: A, B ou ambas A e B:

Onde adquiriu esses conhecimentos?

- Num curso: A ( ), B ( ) ou A e B ( ):

Qual curso: \_\_\_\_\_

- Numa ou mais formações A ( ), B ( ) ou A e B ( ):

Enumere até três: \_\_\_\_\_

- Em livros e/ou fontes de formação pessoal (ex: tutoriais na internet) A ( ), B ( ) ou A e B ( ):

Qual/Quais: \_\_\_\_\_

- Outros A ( ), B ( ) ou A e B ( ):

Qual/ quais: \_\_\_\_\_

#### Questionário da Literacia em Saúde:

Numa escala de  muito fácil a  muito difícil, marque com uma cruz (x):

Para si, quão fácil ou difícil é...	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
... saber quando pode precisar de uma segunda opinião de outro médico?					
... utilizar as informações que o médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?					
... encontrar informações sobre como gerir mentalmente um problema de saúde, como por exemplo o stress ou a depressão?					
... avaliar se as informações sobre os riscos para a sua saúde transmitidas nos meios de comunicação social (exemplo: televisão, internet...) são confiáveis?					
... descobrir atividades que são boas para o seu bem-estar mental?					
... compreender as informações dos <i>media</i> (exemplo: rádio, televisão) sobre como ficar mais saudável?					

Fonte: Tradução e validação para português do Questionário Europeu de Literacia em saúde – versão curta (HLS-EU-Q6) de Pedro, AR; Raposo, B.; Luís, L.; Amarel, O.; Escovel, A.; Simões Dias, S. Versão Portuguesa do Questionário HLS-EU-Q6 e HLS-EU-Q16: Psicométrico Propriedades. *Internacional J. Ambiente. Res. Saúde pública* 2023, vol 20, n. 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>

#### VOLIÇÃO (QUERER)

- C. Que importância considera ter um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhuma importância

0	1	2	3	4	5

Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua perceção de baixa importância:

- ( ) Não é relevante para a minha vida
- ( ) Não vai acrescentar valor
- ( ) Não está alinhado com os meus valores pessoais
- ( ) Outros. Quais: \_\_\_\_\_

- D. Que importância considera ter um projeto sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura:

Nenhuma importância

0	1	2	3	4	5

Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua percepção de baixa importância:

- Não é relevante para a minha vida
- Não vai acrescentar valor
- Não está alinhado com os meus valores pessoais
- Outros. Quais: \_\_\_\_\_

Qual é o seu nível de vontade (motivação) para participar neste projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhuma importância	0	1	2	3	4	5	Muita importância

e respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua percepção baixa motivação:

- Falta de tempo
- Falta de recursos humanos
- Falta de recursos materiais. Indique o recurso em falta que considera mais importante:  
\_\_\_\_\_
- Falta de recursos financeiros
- Outros. Quais: \_\_\_\_\_

Qual é o seu nível de vontade (motivação) para participar neste projeto sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à sua cultura:

Nenhuma importância	0	1	2	3	4	5	Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua percepção baixa motivação:

- Falta de tempo
- Falta de recursos humanos
- Falta de recursos materiais. Indique o recurso em falta que considera mais importante:  
\_\_\_\_\_
- Falta de recursos financeiros
- Outros. Quais: \_\_\_\_\_

No que respeita aos temas de acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à sua cultura (2), costuma realizar: Coloque 1 ou 2 no respetivo espaço abaixo

Tarefa	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Rastreios (exemplo: cancro da mama, cancro colo do útero, cancro colorretal, glicemia capilar, tensão arterial...)					
Vacinação					
Consultas médicas					
Análises e exames complementares de diagnóstico					



### PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

No que respeita os temas de acesso aos cuidados de saúde (1) e atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que existem, na comunidade em que se integra, *estruturas organizativas* formais ou informais (como grupos de trabalho ou outras comissões) relacionada com estes assuntos (1 e 2)?

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim indique quais as estruturas organizativas formais ou informais que considera existem e a qual dos temas (1 e/ou 2) se referem:

---

---

---

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que existem na comunidade em que se integra, uma ou mais *parcerias* relaciona(s) com estes temas (1 e/ou 2)?

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim indique quais as parcerias formais ou informais que considera existem e a qual dos temas (1 e/ou 2) se referem:

---

---

---

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que na comunidade em que se integra há *processos de comunicação eficazes* (para procura de informação, referências, reclamações, etc)?

- SIM
- NÃO

Se respondeu sim, indique que estratégias de comunicação existem e a qual dos temas (1 e 2) se referem:

---

---

---

Se respondeu não, indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação sobre os dois temas (1 e 2):

---

---

---



### COPING COMUNITÁRIO

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e de atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), já teve experiências anteriores na *participação em projetos ou atividades*?

- SIM  
 NÃO

Se respondeu sim, indique as experiências que teve, de forma sucinta e 1 ou 2 de acordo com a situação:

---

---

---

Já teve formação e/ou treino sobre o acesso aos cuidados de saúde (1) e a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2)?

- SIM  
 NÃO

Se respondeu sim, indique o tema (1 e/ou 2), qual a formação/treino, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva " -1 ano")

Formação	Contexto (ex. nome do curso ou formação em serviço)	Há quanto tempo
Hábitos vida saudáveis (ex: alimentação saudável, exercício físico...)		
Vacinação		
Serviços de saúde disponíveis		
Direitos dos utentes		
Procedimentos para aceder aos cuidados de saúde		
Contactos uteis na área da saúde		

Independentemente de ter ou não experiências anteriores sobre o acesso aos cuidados de saúde (1) e atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2) considera que tem competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?

- SIM  
 NÃO

Justifique a sua resposta de forma sucinta e indique o nº do tema (1 e/ou 2) a que se refere:

---

---

---

Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

---

---

---

---

Disponível para consulta através do link:

[https://docs.google.com/forms/d/1aLi-jkxvBDZoR23prjKfSOoLA01J9S\\_BRqFmvkOHjk/edit](https://docs.google.com/forms/d/1aLi-jkxvBDZoR23prjKfSOoLA01J9S_BRqFmvkOHjk/edit)

APÊNDICE XIV – Sessão de Educação para a Saúde aos Imigrantes sobre Acesso aos cuidados de saúde e hábitos de vida saudáveis

## PLANO DA SESSÃO – “Projeto ENGAGE”

<b>Sessão</b>	Projeto ENGAGE
<b>Local</b>	Sala de reuniões UCC da Marinha Grande e online (via teams)
<b>Data e Horário</b>	21 de janeiro de 2024 às 14h
<b>Duração</b>	90 minutos
<b>Formadores/ Enfermeiros orientadores</b>	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP Lúcia Grácio e Catarina Antunes.
<b>Destinatários</b>	Imigrantes indianos
<b>Metodologia/ Métodos</b>	Expositivo e Demonstrativo
<b>Material necessário</b>	Sala, Cadeiras, Computador, Projetor
<b>Objetivos</b>	<p><u>Geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande.</li> </ul> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar onde obter informação em saúde confiável.</li> <li>• Informar sobre os serviços de saúde existentes e como aceder.</li> <li>• Explicar sobre a importância de ter uma alimentação saudável, no ciclo de vida.</li> <li>• Explicar sobre a importância de uma alimentação cuidada e a sua relação com as principais doenças crónicas (diabetes, dislipidémia e hipertensão).</li> <li>• Elucidar para a importância da prática regular de atividade física.</li> <li>• Elucidar sobre as consequências para a saúde associadas à prática de fumar.</li> <li>• Explicar sobre a importância da vacinação e o cumprimento do programa nacional de vacinação.</li> <li>• Informar sobre os programas de saúde existentes (consultas de vigilância e rastreios oncológicos).</li> </ul>
<b>Justificação</b>	<p>Esta sessão surge no seguimento do projeto de investigação ENGAGE, correspondendo especificamente à fase interventiva deste estudo.</p> <p>No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes Ásia Central e Meridional, em especial da Índia, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.) que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos. O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura. Este estudo tem como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande.</p>

	O EESCSP desempenha um papel essencial nesse contexto, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas à saúde, mas também, capacitando grupos, tais como os imigrantes, intervindo através da implementação de programas e projetos específicos, como este estudo.
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação em Saúde (como obter informação em saúde confiáveis, estruturais organizativas e saúde existentes);</li> <li>• Acesso aos Serviços de Saúde (quais os serviços existentes e como aceder);</li> <li>• Hábitos de Vida Saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação saudável (no ciclo de vida, na gravidez); alimentação e as principais doenças crónicas (diabetes, dislipidémia e hipertensão arterial);</li> <li>- Atividade Física;</li> <li>- Fumar;</li> </ul> </li> <li>• Vacinação (importância da vacinação, cumprimentos do PNV e cuidados a ter após vacinação);</li> <li>• Programas de Saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos.</li> </ul>
<b>Avaliação</b>	Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos antes e após a sessão.






# Projeto ENGAGE

Elaborado por: Ana Rita Bastos; Carolina Luís e Lúcia Grácio

Janeiro de 2025

Avaliação de conhecimentos...  
ਗਿਆਨ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ...



<https://www.merfi.com/aiz4p7czgeub>

Índice  
ਸੂਚਕਾਂਕ

1. Informação em Saúde  
1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

---

2. Acesso aos Serviços de Saúde  
2. ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

---

3. Hábitos de Vida Saudáveis  
3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ


---

4. Vacinação  
4. ਟੀਕਾਕਰਨ

---


5. Consultas de Vigilância e Rastreios  
5. ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਸਲਾਹ-ਮਸਵਰੇ


1. Informação em Saúde  
1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ




21

Onde pode obter informação confiável em saúde?  
 ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?

 **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (SNS) ਸੰਕਟ ਦੇ ਇੱਕ ਪਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੇ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਸਵਾਗਤ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ।



SNS 24 – ਵੈੱਬਸਾਈਟ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਲਾਈਨ, ਮੋਬਾਈਲ ਐਪ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਦੇ ਕਾਊਂਟਰ 'ਤੇ






ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ

Fonte: SNS24, 2025

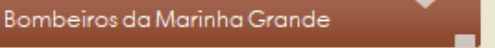
Parceiros – Estruturas Organizativas  
 ਭਾਈਵਾਲ - ਸੰਗਠਨਾਤਮਕ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਿਕ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

-  Câmara Municipal da Marinha Grande
-  Junta da Freguesia da Marinha Grande e Moita
-  Polícia de Segurança Pública

Parceiros – Estruturas de Saúde  
 ਭਾਈਵਾਲ - ਸਿਹਤ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਅਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

-  Centro de Saúde da Marinha Grande
-  Centro Hospitalar de Leiria
-  Bombeiros da Marinha Grande
-  Farmácias Comunitárias

Direitos dos Utentes  
 ਉਪਭੋਗਤਾ ਅਧਿਕਾਰ

“(...) qualquer pessoa estrangeira que se sinta doente ou precise de qualquer tipo de cuidados de saúde, tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou hospital.”

Fonte: gov.pt, 2025

“(...) ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।”



www.ers.pt



www.sns24.gov.pt

## 2. Acesso aos Serviços de Saúde

### 2. ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ



## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Não Urgente - ਗੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- Centro de Saúde – 244 572 920
- Unidades de Cuidados na Comunidade – 244 572 934
- Unidade de Saúde Pública – 244 572 923
- USF Semear – 244 572 924
- USF Vitrus – 244 572 938
- USF Stephens – 244 572 932
- UCSP Atlântica – 244 695 266

## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Urgente

- Atualmente antes de se dirigir ao Hospital a indicação é para ligar para a linha SNS24 – 808 24 24 24
- É realizada triagem da situação clínica
- Seguir as orientações e encaminhamento, que pode ser para o hospital ou para centro de saúde
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

#### ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਹੌਟਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- SNS24 – 808 24 24 24
- ਕਲੀਨਿਕਲ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
- ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ, ਜੇ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Emergente ou de Risco de Vida

- Ligar para o 112
- Referir que é uma urgência em saúde
- Referir a localização onde se encontra
- Responder às questões que lhe são colocadas
- Seguir as orientações e/ou encaminhamento, para o hospital
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

#### ਦੁੱਖਿਤ ਰਹੀ ਜਾਂ ਜਾਨਲੇਵਾ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਕਾਲ ਕਰੋ 112
- ਸ਼ਿਕਰ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ
- ਉਹ ਸਥਾਨ ਦੱਸੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਤ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।
- ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਰੈਫਰ ਕਰੋ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

### 3. Hábitos de Vida Saudáveis

### 3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ



### Alimentação Saudável

#### ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Os alimentos fornecem nutrientes que são substâncias químicas, utilizadas pelo organismo para o seu crescimento, manutenção e fornecimento de energia.
- 7 tipos nutrientes: água, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, sais minerais e fibras.

- ਕੋਸ਼ਨ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਰਸਾਇਣਕ ਪਦਾਰਥ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਾਸ, ਰੱਖ-ਰਖਾਅ ਅਤੇ ਊਰਜਾ ਸਪਲਾਈ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
- 7 ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ: ਪਾਣੀ, ਪ੍ਰੋਟੀਨ, ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ, ਲਿਪਿਡ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਖਣਿਜ ਲੂਣ ਅਤੇ ਫੋਲੋ।

Fonte: [Bryantiraju, A. H., 2023a](#)

Fonte: [Bryantiraju, A. H., 2023a](#)

### Alimentação Saudável

#### ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



#### Água

- A água presente nos alimentos não é suficiente para as necessidades que o organismo precisa diariamente.
- Recomenda-se a ingestão de 1,5 a 3 litros de água por dia.
- Além da água pode beber-se outros líquidos sem adição de açúcar, álcool ou cafeína (por exemplo: cevada, chá ou infusões).

#### ਪਾਣੀ

- ਕੋਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਪਾਣੀ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਚੋਜ਼ਾਂ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
- ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 1.5 ਤੋਂ 3 ਲੀਟਰ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਾਣੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਚੁਸੀ ਖੰਡ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਕੈਫੀਨ (ਊਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਜੈ, ਚਾਹ ਜਾਂ ਇਨਫਿਊਜ਼ਨ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋਰ ਹੋਰਲ ਪਦਾਰਥ ਪੀ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: [Almeida, 2021](#)

Fonte: [Almeida, 2021](#)

### Alimentação Saudável

#### ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



#### Proteínas

- Importância:** são necessárias para a manutenção, reparação, funcionamento e crescimento dos tecidos.
- Benefícios do seu consumo:** formam algumas hormonas e têm uma função importante na manutenção do equilíbrio hídrico.
- Alimentos ricos em proteínas:** carne, peixe, ovos, alguns frutos secos, leguminosas.

#### ਪ੍ਰੋਟੀਨ

- ਮਹੱਤਵ: ਇਹ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਰੱਖ-ਰਖਾਅ, ਮੁਰੰਮਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਸੇਵਨ ਦੇ ਫਾਇਦੇ: ਇਹ ਕੁਝ ਹਾਰਮੋਨ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪਾਣੀ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਕੋਸ਼ਨ: ਮਾਸ, ਮੱਛੀ, ਅੰਡੇ, ਕੁਝ ਗਿਰੀਆਂ, ਫਲੀਂਦਾਰ।

Fonte: [Bryantiraju, A. H., 2023b](#)

Fonte: [Bryantiraju, A. H., 2023b](#)

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Hidratos de carbono (Açúcares)

- Nutriente preferencial das células, principalmente as que integram o nosso cérebro e restante sistema nervoso.
- Fornece energia de forma rápida e cria reservas quando não é imediatamente necessário.
- Alimentos ricos em hidratos de carbono: pão, batata, arroz, feijão, beterraba, frutas, cereais, vegetais, mel.

Fonte: Telcielo, 2021

### ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ (ਖੰਡ)

- ਸੈੱਲਾਂ ਲਈ ਪਸੰਦੀਦਾ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜੋ ਸਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦਿਮਾਗੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ:
- ਜਲਦੀ ਊਰਜਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਰੰਤ ਊਰਜਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਰੋਟੀ, ਆਲੂ, ਚੌਲ, ਬੀਨਜ਼, ਕੁਕਰਦਰ, ਫਲ, ਅਨਾਜ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਹਿਦਾ।

Fonte: Telcielo, 2021

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Lípidos (Gorduras)

- Tipo de gordura natural.
- Importante para a manutenção do equilíbrio e funcionamento adequado do organismo.
- Alimentos ricos em lípidos: peixes, óleos vegetais, frutos secos (nozes, avelãs), chia, abacate.

Fonte: Unilever, 2023

### ਲਿਪਿਡ (ਚਰਬੀ)

- ਕੁਦਰਤੀ ਚਰਬੀ ਦੀ ਕਿਸਮ:
- ਸਰੀਰ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਕਰਵਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:
- ਲਿਪਿਡ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮੈਥੀ, ਕਨਸਪਰੀ ਤੇਲ, ਗਿਰੀਦਾਰ (ਅਖਰੋਟ, ਰੋਜ਼ਨਾਟ), ਚੀਆ, ਐਵੋਕਾਡੋ

Fonte: Unilever, 2023

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Vitaminas

- Existem 13 tipos de vitaminas que desempenham diferentes funções no organismo, promovendo essencialmente o fortalecimento do nosso sistema imunitário.
- A carência de vitaminas pode originar problemas graves de saúde que necessitam de acompanhamento médico.

Fonte: Silva A., 2024

### ਵਿਟਾਮਿਨ

- ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ 13 ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਟਾਮਿਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਇਮਿਊਨਿਟੀ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿਟਾਮਿਨਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

Fonte: Silva A., 2024

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Sais Minerais

- Exemplos: cálcio, ferro, sódio, potássio e magnésio.
- Importantes para a formação de tecidos, cicatrização e eficácia do sistema imunitário.
- Exemplo de fontes de sais minerais: leite, carnes, frutas e vegetais.

Fonte: MSD, 2025

### ਖਣਿਜ ਲੂਣ

- ਉਦਾਹਰਨਾਂ: ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ, ਆਇਰਨ, ਸੋਡੀਅਮ, ਪੋਟਾਸ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਮੈਗਨੀਸ਼ੀਅਮ
- ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਗਠਨ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਇਮਿਊਨਿਟੀ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ।
- ਖਣਿਜ ਲੂਣਾਂ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਦੁੱਧ, ਮਾਸ, ਫਲ ਅਤੇ ਸਬਜ਼ੀਆਂ।

Fonte: MSD, 2025

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Fibras

- Contribuem para o bom funcionamento do trânsito intestinal.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras solúveis: aveia, cevada, verduras, leguminosas, maçãs e citrinos.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras insolúveis: os vegetais de folha verde, cereais integrais e farelo de trigo.

### ਕੇਸੇ

- ਉਹ ਅੰਤਰੀਆ ਦੇ ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ;
- ਖੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਵਿੱਚ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਜੜੀ, ਜੌਂ, ਹਰੀਆਂ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ, ਸੇਕ ਅਤੇ ਖੰਟੇ ਫਲ।
- ਅਖੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਦੇ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਪੌੜੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ ਅਤੇ ਕਣਕ ਦਾ ਛਾਣ।

Fonte: PNPAS, 2020

Fonte: PNPAS, 2020

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Alimentação deve ser completa, variada e equilibrada (que proporcione os nutrientes necessários);
- Refeições alírias;
- Ingerir água ou chá não açucarado, ao longo do dia;
- Evitar o consumo de sal e açúcar;
- Reduzir a ingestão de gorduras.

- ਭੋਜਨ ਸੰਪੂਰਨ, ਵਿਭਿੰਨ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ);
- ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਭੋਜਨ;
- ਦਿਨ ਭਰ ਪਾਣੀ ਜਾਂ ਕਿਨਾ ਮਿੱਠੇ ਵਾਲੀ ਚਾਹ ਪੀਓ;
- ਸ਼ੂਣ ਅਤੇ ਖੰਡ ਦੀ ਖਪਤ ਘਟਾਓ;
- ਚਰਬੀ ਦਾ ਸੇਵਨ ਘਟਾਓ।

Fonte: SNG24, 2023a

Fonte: SNG24, 2023a

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



**Grávidas** – Muito frequente haver um consumo superior de ferro para a gestação do bebé

ਗਰਬਵਤੀ ਔਰਤਾਂ - ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਇਰਨ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

Organismo produz mais sangue para suportar o bebé

ਸਰੀਰ ਥੋੜੇ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

Maior risco de anemia (hemoglobina baixa)

ਅਨੀਮੀਆ (ਘੱਟ ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ) ਦਾ ਵੱਧ ਖਤਰਾ

Aumentar os níveis de ferro (alimentação e suplementação)

ਆਇਰਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਵਧਾਓ (ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਪੂਰਕ)

Fonte: Empla, 2022

## Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?



- Carnes brancas;
- Peixe (sardinha, carapau e cavala);
- Espécies de peixe com concha;
- Ovos;
- Frutos secos (nozes e avelãs) e oleaginosos (damascos, uvas e amêixas desidratadas);
- Leguminosas (feijão e lentilha são os mais ricos, mas também grão-de-bico, a soja, o feijão-verde, a ervilha, o tremçoço e o amendoim);
- ਰਿੱਟਾ ਮੀਟ;
- ਮੱਛੀ (ਸਾਰਡੀਨ, ਕੇੜਾ ਮੈਕਰੇਲ ਅਤੇ ਸੈਕਰੇਲ);
- ਨੌਂਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਮੱਛੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ;
- ਅੰਡੇ;
- ਨੂੰਕੇ ਮੇਵੇ (ਅਖਰੋਟ ਅਤੇ ਚੇਚਲਨਟ) ਅਤੇ ਤੇਲ ਕੀਜ (ਨੂੰਕੇ ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਗੂਰ ਅਤੇ ਆਲੂਭੁਖਾਰੇ);
- ਫਲੀਦਾਰ (ਕੀਨਜ ਅਤੇ ਦਾਲਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਮੀਰ ਹਨ, ਪਰ ਛੋਟੇ, ਸੋਇਆਬੀਨ, ਹਰੀਆਂ ਫਲੀਆਂ, ਮਟਰ, ਸੂਪਿਨ ਅਤੇ ਮੂੰਡਫਲੀ ਵੀ ਹਨ);

Fonte: Siva A.R., 2024

Fonte: Siva A.R., 2024

## Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?

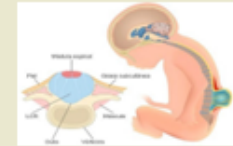
- Vegetais de folha verde escura;
- Cereais: aveia, amaranto e quinoa - trigo integral dificulta absorção do ferro;
- Fruta: Abacate, ananás, alperce, manga, ameixa, amora, banana, figo, cereja, kiwi, laranja, limão, tangerina, maçã, morango, pêra, pêssego, uvas;
- Algas marinhas;
- Sementes: cacau, grémem de trigo, sésamo, girassol ou pevides de abóbora;
- ਗੂੜ੍ਹੇ ਹਰੇ ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ;
- ਅਨਾਜ: ਜੜੀ, ਅਮਰੂਦ ਅਤੇ ਕੁਇਨੋਆ - ਪੂਰੀ ਕਣਕ ਲੋਹੇ ਨੂੰ ਸਜਕ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ;
- ਫਲ: ਐਵੋਕਾਡੋ, ਅਨਾਨਾਸ, ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਕ, ਆਯੂਰੁਖਾਰਾ, ਕਲੈਕਕੋਰੀ, ਕੋਲਾ, ਅੰਜੀਰ, ਚੈਰੀ, ਕੀਚੀ, ਸੰਤਰਾ, ਨਿੰਬੂ, ਟੈਂਸਰੀਨ, ਸੇਕ, ਸਟ੍ਰਾਬੇਰੀ, ਨਾਨਪਾੜੀ, ਆਰੂ, ਅੰਡੂਰ;
- ਸਮੁੰਦਰੀ ਖਾਹ:
- ਬੀਜ: ਕੋਕੋ, ਕਣਕ ਦੇ ਕੀਟਾਣੂ, ਤਿਲ, ਸੂਰਜਮੁਖੀ ਜਾਂ ਕੱਚੂ ਦੇ ਬੀਜ;

Fonte: Silva A.R., 2024

Fonte: Silva A.R., 2024

## Carência de Ferro – Complicações

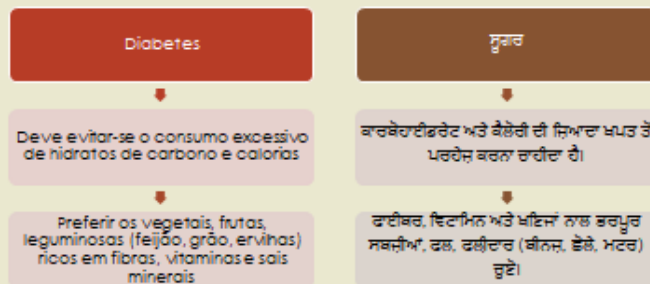
ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ - ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ



Fonte: Emplix, 2022

## Doenças Crônicas - mais frequentes

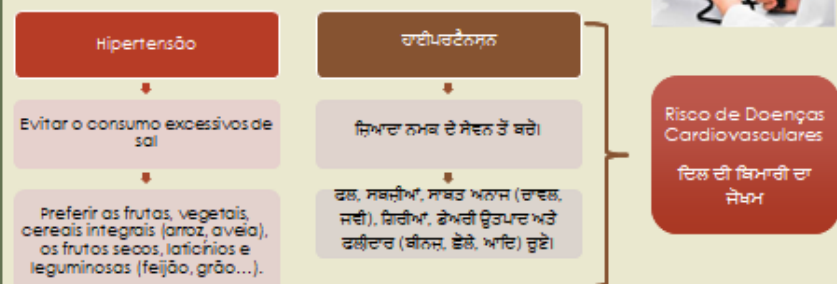
ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Fonte: Szachta, 2024

## Doenças Crônicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Fonte: Vieira & Brito, 2024

## Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Colesterol Alto / Gordura no sangue

ਉੱਚ ਕੋਲੈਸਟ੍ਰੋਲ/ਖੂਨ ਦੀ ਚਰਬੀ

Evitar o consumo de alimentos com muitas gorduras

ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਰਬੀ ਵਾਲੇ ਭੋਜਨ ਖਾਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।

Preferir o consumo de frutas, vegetais, leguminosas, frutos secos, cereais integrais.

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਦਲੀਆਂ, ਝਿਰੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Fernandes, 2023

## Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Doenças Cardiovasculares (ex: Enfarte Agudo do Miocárdio)  
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ)

- É a principal causa de morte na Índia em adultos, que corresponde a 1/4 da mortalidade
- ਇਹ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੌਤ ਦਰ ਦਾ 1/4 ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

Fonte: ApolôHospitals, 2024

## Atividade Física pode...

ਸਰੀਰਕ ਗਤੀਵਿਧੀ...

... prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e cancro.

... reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o pensamento, a aprendizagem e o bem-estar geral.

... ser realizado em casa (por exemplo: pilates, ginástica).

... ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਟਾਈਪ 2 ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

... ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਅਤੇ ਸੋਚ, ਸਿੱਖਣ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੀ ਚੰਦਰਸ਼ਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਦਾ।

... ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਪਾਈਲੇਟਸ, ਜਿਮਨਾਸਟਿਕ)।



Fonte: WHO, 2020

## Fumar

ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ



Consequências para a saúde:

- Doenças Respiratórias
- Doenças do Cérebro e Cardiovasculares (Enfarte agudo do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral)
- Cancro (ex. cancro oral)
- Diabetes
- Diminuição da fertilidade

ਸਿਹਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ:

- ਸਾਹ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ
- ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਟ੍ਰੋਕ)
- ਕੈਂਸਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੂੰਹ ਦਾ ਕੈਂਸਰ)
- ਸ਼ੂਗਰ
- ਘਟੀ ਹੋਈ ਉਪਜਾਊ ਸ਼ਕਤੀ

Fonte: SNS24, 2024

Fonte: SNS24, 2024

## 4. Vacinação

### 4. ਟੀਕਾਕਰਨ



## Vacinação

### ਟੀਕਾਕਰਨ



- Objetivo:** Proteger a população em geral contra doenças que possam ameaçar a saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz da vacinação.
- आम आबादी ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣਾ ਜੋ ਜਨਤਕ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਖਤਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਹੈ।

Fonte: S4624, 2023b

Fonte: S4624, 2023b

## Vacinação

### ਟੀਕਾਕਰਨ

- Na criança:** é importante cumprir o plano nacional de vacinação, nas idades recomendadas.

Fonte: S4624, 2023b



- ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ:** ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਕੈਡਿਊਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

Fonte: S4624, 2023b

Vaxina / Doença	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hepatite B												
Hepatite A												
Difteria												
Tétano												
Cólera												
Poliomielite												
Sarampo												
Parotidite epidémica												
Rubéola												
Varicela												
Neisseria meningitidis												
Haemophilus influenzae												
Streptococcus pneumoniae												
Neisseria meningitidis												

## Vacinação

### ਟੀਕਾਕਰਨ

- No adulto:** é importante cumprir o plano nacional de vacinação, em especial as vacinas:
  - VASPR** – sarampo, parotidite epidémica e rubéola
  - Td** - tétano e difteria

Fonte: S4624, 2023b

- ਬਾਲਕਾਂ ਵਿੱਚ** - ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਕੈਡਿਊਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਟੀਕੇ:
  - ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ** - ਸਸਰ, ਕੋਲ ਪੈਰੋ ਅਤੇ ਰੂਬੇਲਾ
  - ਟੀਡੀ** - ਟੈਟਨਸ ਅਤੇ ਡਿਫਟੈਰੀਆ

Fonte: S4624, 2023b



## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Sarampo	ਖਸਰਾ
Doença viral	ਵਾਇਰਲ ਸਿਮਰੀ
Muito contagiosa	ਅਸੁਰ ਫੂਤਕਾਰੀ
Transmite-se pela via aérea, por gotículas (espirros ou tosse)	ਇਹ ਹਵਾ ਰਾਹੀਂ, ਖੂਨ (ਬਿੰਕ ਜਾਂ ਖੱਬ) ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
Previne-se - VACINAÇÃO	ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਡੇਕੋ - ਟੀਕਾਕਰਨ
Imunidade Grupo	ਢੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ


Fonte: Cunha, 2022

## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Tétano	ਟੈਨਸ
Doença causada por bactéria - Clostridium Tetani	ਐਕਟੀਵੀਆ ਕਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਿਮਰੀ - ਕਲੋਸਟ੍ਰੀਡੀਅਮ ਟੈਟਾਨੀ
Transmite-se através de feridas na pele	ਇਹ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਜਖਮ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
A bactéria pode estar no meio ambiente, solo, excrementos de animais, etc.	ਇਹ ਐਕਟੀਵੀਆ ਵਾਤਾਵਰਣ, ਮਿੱਟੀ, ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੇ ਮਲ-ਮੂਤਰ ਆਦਿ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
Previne-se - VACINAÇÃO	ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਡੇਕੋ - ਟੀਕਾਕਰਨ
Pessoas que tenham tido tétano não ficam imunizadas	ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੈਨਸ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।
Não há imunidade de grupo	ਢੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।
Doença Grave e potencialmente fatal	ਗੰਭੀਰ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਘਾਤਕ ਸਿਮਰੀ।

Fonte: Britão, 2022

## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ



- Cuidados a ter após a vacinação:**
  - Se tiver dor, calor, rubor ou inchaço na zona onde fez a vacina pode aplicar gelo por períodos (colocar o gelo num saco e envolver num pano), aplicar apenas 24 horas após a administração da vacina.
  - Se fizer febre (temperatura >38°C), pode administrar Paracetamol.
- ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਭਾਲ**
  - ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਲਟ ਬਾਂ ਤੇ ਦਰਦ, ਝਰਮੀ, ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਹਵਾਰੀ ਲਈ ਭਰਫ਼ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਭਰਫ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕੈਗ ਵਿੱਚ ਪਾਓ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕੱਪੜੇ ਵਿੱਚ ਲਪੇਟੋ), ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਹੀ ਲਗਾਓ।
  - ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਖਾਰ ਹੈ (ਤਾਪਮਾਨ >38°C): ਤੁਸੀਂ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੋਲ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Cabral, 2020

## 5. Programas de Saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos

### 5. ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਅਤੇ ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ



## Programa de saúde - Consultas de Vigilância ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ - ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸਵਰੇ

- São consultas que servem para vigiar e acompanhar a pessoa saudável ou em situação de doença.
- Gratuitas desde que:
  - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
  - tenha número de SNS atribuído
  - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
- ਇਹ ਸਲਾਹ-ਮਸਵਰੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਮੁਫਤ ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ:
  - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
  - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
  - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।

Fonte: SNS24, 2023c

Fonte: SNS24, 2023c

## Programa de saúde - Consultas de Vigilância ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ - ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸਵਰੇ

- Cumprir as marcações das consultas, quando não podem comparecer devem avisar que não podem vir.
- Devem pedir para remarcar a consulta.
- Exemplos de algumas consultas:
  - Saúde infantil e juvenil
  - Saúde reprodutiva e planeamento familiar
  - Saúde materna (mulheres grávidas)
  - Diabetes
  - Hipertensão arterial
- ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਰੱਖੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਆ ਸਕਦੇ।
- ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੁਬਾਰਾ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ :
  - ਸ਼ਾਲ ਅਤੇ ਬਿਲੋਰ ਸਿਹਤ
  - ਪੁਜਨਨ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ
  - ਮਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ (ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ)
  - ਸ਼ੂਗਰ
  - ਰਾਈ ਅਸੰਫ ਪ੍ਰੈਸਰ

Fonte: SNS, 2025

Fonte: SNS, 2025

## Rastreios Oncológicos ਓਨਕੋਲੋਜੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- São exames de diagnóstico precoce onde se podem identificar doenças em pessoas que não têm sintomas.
- Gratuitos desde que:
  - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
  - tenha número de SNS atribuído
  - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
  - são convocados automaticamente quando têm a idade (por carta ou sms)
- ਇਹ ਸੁਰੂਆਤੀ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
- ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ ਮੁਫਤ:
  - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
  - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
  - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।
  - ਜਦੋਂ ਉਹ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਕੀ ਖੁਸ਼ਾਬੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (ਪੱਤਰ ਜਾਂ SMS ਦੁਆਰਾ)।

Fonte: SNS24, 2023a

Fonte: SNS24, 2023a

## Rastreios Oncológicos ਓਨਕੋਲੋਜੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- Rastreios existentes em Portugal:
  - Cancro da Mama – exame radiológico que se realiza à mama, em unidades móveis. Mulheres entre os 45 até aos 74 anos de idade (2 em 2 anos).
- ਪ੍ਰਚਾਰਕਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:
  - ਫਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ - ਮੋਬਾਈਲ ਯੂਨਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਫਾਤੀ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀਕਲ ਜਾਂਚ। 45 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ (ਕਰ 2 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ)।

Fonte: SNS24, 2023a

Fonte: SNS24, 2023a



## Rastreios Oncológicos

### ਓਨਕੋਲੋਜੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- Rastreios existentes em Portugal:
  - **Cancro do colo do útero** - colheita de células do colo do útero, feita pela equipa médica. Mulheres dos 30 até aos 69 anos de idade.

Fonte: 9624, 2023a

- ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਸਰਵਾਈਕਲ ਫੋਸਟਰ** - ਡਾਕਟਰੀ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ ਸਰਵਿਕਸ ਤੋਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ। 30 ਤੋਂ 69 ਸਾਲ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ

Fonte: 9624, 2023a



## Rastreios Oncológicos

### ਓਨਕੋਲੋਜੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- Rastreios existentes em Portugal:
  - **Cancro colorectal** - colheita de fezes, feita pela própria pessoa. Mulheres e homens entre os 50 aos 74 anos de idade

Fonte: 9624, 2023a

- ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਕੋਲੋਰੈਕਟਲ ਫੋਸਟਰ** - ਮਲ ਟਿਕੋਂ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। 50 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਮਰਦ

Fonte: 9624, 2023a



## Avaliação de conhecimentos...

### ਗਿਆਨ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ...



Click to download the image

<https://www.merri.com/aiqf7U7j641>

## Referências Bibliográficas

### ਗ੍ਰੰਥ ਸੂਚੀ ਹਵਾਲੇ

- Almeida, I. (2021). A importância da água para a saúde. (S. P. Cardiologia, Ed.) Obtido de <https://www.pcardiologia.pt/a-importancia-da-agua-para-a-saude/>
- ApolloHospitals. (15 de novembro de 2024). Compreendendo o risco cardiovascular em mulheres indianas. Obtido de <https://www.apollohospitals.com/pt/health-library/understanding-cardiovascular-risk-in-indian-women/>
- Beirão, L. (11 de janeiro de 2022). Tétano. Hospital da Luz. Obtido de <https://www.hospitaldalu.pt/pt/dicionario-de-saude/tetano>
- Brupatiraju, S. N., & Hu, F. (dezembro de 2023a). Carboidratos, proteínas e gorduras. (M. MSD, Ed.) Obtido de <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/ds/3588Arbios-nutricionais/considera/358A75C3585e-geras-sobre-a-nut/358A75C358A3b/carbohidrato-prote%C3%AAdas-e-gorduras>
- Brupatiraju, S., & Hu, F. (fevereiro de 2023a). Considerações Gerais sobre Nutrição. Visão Geral da Nutrição. (M. MSD, Ed.) Obtido de <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ds/3588Arbios-nutricionais/nut/358A75C358A3b-considera/358A75C3585e-geras-vis/358A3b-geras-da-nut/358A75C358A3b>
- Cabral, M. (4 de agosto de 2023). Rotações de vacinas. (Programa Nacional de Vacinação). Hospital da Luz. Obtido de <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/rotacoes-de-vacinas>
- Cunha, S. (25 de maio de 2022). Sarampo. Hospital da Luz. Obtido de <https://www.hospitaldalu.pt/pt/dicionario-de-saude/sarampo>
- Empire. (2022). Anemia na gravidez. Obtido de <https://awap.pt/anemia-na-gravidez/>
- Feliciano, E. (2021). Hidratos de carbono. (S. P. Cardiologia, Ed.) Obtido de <https://www.pcardiologia.pt/hidratos-de-carbono/>
- Fernandes, S. (20 de fevereiro de 2023). Orientações nutricionais na hipercolesterolemia. (H. d. Luz, Ed.) Obtido de <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/orientacoes-nutricionais-hipercolesterolemia>
- gov.pt. (2025). Migrantes Cuidados de Saúde em Portugal. Obtido de <https://www2.gov.pt/migrantes-vive-e-trabalha-em-portugal/migrantes-cuidados-de-saude-em-portugal/>
- MSD. (2025). Minerais. (M. MSD, Ed.) Obtido de <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/multimedia/labels/minerais>
- PNPAS. (2020). Fera. (P. N. DCS, Ed.) Obtido de <https://almeniacasosaudavel.dgs.pt/nutrientes/fera/>

## Referências Bibliográficas

### ਗ੍ਰੰਥ ਸੂਚੀ ਹਵਾਲੇ

- Saraya, C. (2004). Alimentação para diabéticos. (Luiadas, Ed.) Obtido de <https://www.luiadas.pt/blog/diabetes/informacao-tratamento/alimentacao-para-diabeticos>
- SDA. (2025). Melhor formação - Especialização. Obtido de [https://admin-vaude.pt/bs/capx?id\\_con=89](https://admin-vaude.pt/bs/capx?id_con=89)
- Silva, A. (2004). Vitaminas: o que são e para que servem? (Luiadas, Ed.) Obtido de <https://www.luiadas.pt/blog/prevencao-sa-lho-vida/multicaodietal/vitaminas-que-sao-para-que-servem>
- Silva, A. R. (2004). Alimentos ricos em ferro: quais são? (Luiadas, Ed.) Obtido de <https://www.luiadas.pt/blog/prevencao-sa-lho-vida/multicaodietal/alimentos-ricos-em-ferro-que-sao>
- SNS24. (2023a). Alimentação Saudável. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/>
- SNS24. (6 de outubro de 2023a). Programa Nacional de Vacinação. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/>
- SNS24. (10 de agosto de 2023a). Marcação de Consultas. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/marcacao-de-consultas/>
- SNS24. (6 de outubro de 2023a). Tratamentos oncológicos. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/bolezas-oncologicas/tratamentos-oncologicos/#o-que-e-um-tratamento>
- SNS24. (2004). Tabagismo. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/dependencias/tabagismo/#o-que-sao-as-consequencias-do-consumo-de-tabaco>
- SNS24. (2025). SNS24. Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/>
- Unilever. (2025). Macronutrientes. (J. E. Sakilans, Ed.) Obtido de <https://www.unileverfoodsolutions.pt/inspiracao/cozinha-vegetariana/alimentacao-vegetariana-equilibrada/macronutrientes.html>
- Vieira, B., & Brito, C. (2004). Dieta DASH e a Hipertensão Arterial. (Luiadas, Ed.) Obtido de <https://www.luiadas.pt/blog/prevencao-sa-lho-vida/multicaodietal/dieta-dash-hipertensao-arterial>
- WHO. (25 de novembro de 2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Obtido de <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>

Obrigado 😊

Thank you 😊

ਧੰਨਵਾਦ 😊



APÊNDICE XV – Material educativo disponibilizado aos imigrantes

# 1. Informação em Saúde

## 1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ



Onde pode obter informação confiável em saúde?  
ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?



ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (SNS) ਸੰਕਟ ਦੇ ਇੱਕ ਪਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੇ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ।



SNS 24 – ਵੈੱਬਸਾਈਟ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਲਾਈਨ, ਮੋਬਾਈਲ ਐਪ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਦੇ ਕਾਊਂਟਰ 'ਤੇ



ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ

Fonte: SNS24, 2025

## Parceiros – Estruturas Organizativas

### ਭਾਈਵਾਲ - ਸੰਗਠਨਾਤਮਕ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਿਕ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ



Câmara Municipal da Marinha Grande



Junta da Freguesia da Marinha Grande e Moita



Polícia de Segurança Pública



Bombeiros Voluntários da Marinha Grande

## Parceiros – Estruturas de Saúde

### ਭਾਈਵਾਲ - ਸਿਹਤ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

Centro de Saúde da Marinha Grande

Centro Hospitalar de Leiria

Bombeiros da Marinha Grande

Farmácias Comunitárias

## Direitos dos Utentes

### ਉਪਭੋਗਤਾ ਅਧਿਕਾਰ

"(...) qualquer pessoa estrangeira que se sinta doente ou precise de qualquer tipo de cuidados de saúde, tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou hospital."

Fonte: gov.pt, 2025

"(...) ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।"



www.ers.pt



www.sns24.gov.pt

## 2. Acesso aos Serviços de Saúde

### 2. ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Não Urgente - ਗੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- Centro de Saúde – 244 572 920
- Unidades de Cuidados na Comunidade – 244 572 934
- Unidade de Saúde Pública – 244 572 923
- USF Semear – 244 572 924
- USF Vitrinus – 244 572 938
- USF Stephens – 244 572 932
- UCSP Atlântica – 244 695 266

## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Urgente

- Atualmente antes de se dirigir ao Hospital a indicação é para ligar para a linha SNS24 – 808 24 24 24
- É realizada triagem da situação clínica
- Seguir as orientações e encaminhamento, que pode ser para o hospital ou para centro de saúde
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

#### ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਹੌਟਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- SNS24 – 808 24 24 24
- ਕਲੀਨਿਕਲ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
- ਇਸ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਫੈਬਰਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ, ਜੇ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

## Acesso aos Serviços de Saúde

### ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

#### Situação de Saúde Emergente ou de Risco de Vida

- Ligar para o 112
  - Referir que é uma urgência em saúde
  - Referir a localização onde se encontra
  - Responder às questões que lhe são colocadas
  - Seguir as orientações e/ou encaminhamento, para o hospital
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

#### ਊੱਭਰ ਰਹੀ ਜਾਂ ਜਾਨਲੇਵਾ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਕਾਲ ਕਰੋ 112
  - ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ
  - ਉਹ ਸਥਾਨ ਦੱਸੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਤ ਹੋ।
  - ਰੁਹਾਣੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।
  - ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਫੈਰਰ ਕਰੋ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

## 3. Hábitos de Vida Saudáveis

### 3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ



## Alimentação Saudável

### ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

- Os alimentos fornecem nutrientes que são substâncias químicas, utilizadas pelo organismo para o seu crescimento, manutenção e fornecimento de energia.
- 7 tipos nutrientes: água, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, sais minerais e fibras.

Fonte: Shupatiriqui & Ili, 2022a



- ਫੋਜਨ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਰਸਾਇਣਕ ਪਦਾਰਥ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਾਸ, ਰੱਖ-ਰਖਾਅ ਅਤੇ ਊਰਜਾ ਸਪਲਾਈ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
- 7 ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ: ਪਾਣੀ, ਪ੍ਰੋਟੀਨ, ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ, ਲਿਪਿਡ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਖਣਿਜ ਲੂਣ ਅਤੇ ਫੋਲੋ।

Fonte: Shupatiriqui & Ili, 2022a

## Alimentação Saudável

### ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

#### Água

- A água presente nos alimentos não é suficiente para as necessidades que o organismo precisa diariamente.
- Recomenda-se a ingestão de 1,5 a 3 litros de água por dia.
- Além da água pode beber-se outros líquidos sem adição de açúcar, álcool ou cafeína (por exemplo: cevada, chá ou infusões).

Fonte: Almeida, 2021



#### ਪਾਣੀ

- ਫੋਜਨ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਪਾਣੀ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਚੋਜ਼ਾਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
- ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 1.5 ਤੋਂ 3 ਲੀਟਰ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਾਣੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਸੀਂ ਖੰਡ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਕੈਫੀਨ (ਊਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਸ਼ੀ, ਚਾਹ ਜਾਂ ਇਨਫੁਜ਼ਨ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਪੀ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Almeida, 2021

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Proteínas

- **Importância:** são necessárias para a manutenção, reparação, funcionamento e crescimento dos tecidos.
- **Benefícios do seu consumo:** formam algumas hormonas e têm uma função importante na manutenção do equilíbrio hídrico.
- **Alimentos ricos em proteínas:** carne, peixe, ovos, alguns frutos secos, leguminosas.

### ਪ੍ਰੋਟੀਨ

- ਮਹੱਤਵ: ਇਹ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਰੱਖ-ਰਖਾਅ, ਮੁਰੰਮਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਸੇਵਨ ਦੇ ਫਾਇਦੇ: ਇਹ ਰੁਝ ਚਾਰਮੇਨ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪਾਣੀ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮਾਸ, ਮੱਛੀ, ਅੰਡੇ, ਰੁਝ ਗਿਰੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ।

Fonte: Shupatiróji & Ili, 2023b

Fonte: Shupatiróji & Ili, 2023b

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Hidratos de carbono (Açúcares)

- Nutriente preferencial das células, principalmente as que integram o nosso cérebro e restante sistema nervoso.
- Fornece energia de forma rápida e cria reservas quando não é imediatamente necessário.
- Alimentos ricos em hidratos de carbono: pão, batata, arroz, feijão, beterraba, frutas, cereais, vegetais, mel.

### ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ (ਖੰਡ)

- ਸੈੱਲਾਂ ਲਈ ਪਸੰਦੀਦਾ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ। ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜੋ ਸਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦਿਮਾਗੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਜਲਦੀ ਊਰਜਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਰੰਤ ਊਰਜਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਤਾਂ ਭੰਡਾਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਚੌਠੀ, ਆਰੂ, ਚੌਲ, ਬੀਨਜ਼, ਦੁਕੰਦਰ, ਫਲ, ਅਨਾਜ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸ਼ਹਿਦ।

Fonte: Nelisano, 2021

Fonte: Nelisano, 2021

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Lípidos (Gorduras)

- Tipo de gordura natural.
- Importante para a manutenção do equilíbrio e funcionamento adequado do organismo.
- Alimentos ricos em lípidos: peixes, óleos vegetais, frutos secos (nozes, avelãs), chia, abacate.

Fonte: Unilever, 2023

### ਲਿਪਿਡ (ਚਰਬੀ)

- ਕੁਦਰਤੀ ਚਰਬੀ ਦੀ ਕਿਸਮ:
- ਸਰੀਰ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:
- ਲਿਪਿਡ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮੱਛੀ, ਬਨਜਪਤੀ ਤੇਲ, ਗਿਰੀਦਾਰ (ਅਖਰੋਟ, ਹੇਜ਼ਲਨਟ), ਚੀਆ, ਐਵੋਕਾਡੋ

Fonte: Unilever, 2023

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Vitaminas

- Existem 13 tipos de vitaminas que desempenham diferentes funções no organismo, promovendo essencialmente o fortalecimento do nosso sistema imunitário.
- A carência de vitaminas pode originar problemas graves de saúde que necessitam de acompanhamento médico.

Fonte: Silva A., 2024

### ਵਿਟਾਮਿਨ

- ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ 13 ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਟਾਮਿਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿਟਾਮਿਨਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

Fonte: Silva A., 2024

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Sais Minerais

- Exemplos: cálcio, ferro, sódio, potássio e magnésio.
- Importantes para a formação de tecidos, cicatrização e eficácia do sistema imunitário.
- Exemplo de fontes de sais minerais: leite, carnes, frutas e vegetais.

### ਖਣਿਜ ਲੂਣ

- ਉਦਾਹਰਨਾਂ: ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ, ਆਇਰਨ, ਸੋਡੀਅਮ, ਪੋਟਾਸ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਮੈਗਨੀਸ਼ੀਅਮ
- ਟਿਸੂ ਦੇ ਗਠਨ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ।
- ਖਣਿਜ ਲੂਣਾਂ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਦੁੱਧ, ਮਾਸ, ਫਲ ਅਤੇ ਸਬਜ਼ੀਆਂ।

Fonte: MSD, 2025

Fonte: MSD, 2025

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



### Fibras

- Contribuem para o bom funcionamento do trânsito intestinal.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras solúveis: aveia, cevada, verduras, leguminosas, maçãs e citrinos.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras insolúveis: os vegetais de folha verde, cereais integrais e farelo de trigo.

### ਕੇਸੇ

- ਊਹ ਅੰਤਰੀਆਂ ਦੇ ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ;
- ਭੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਵਿੱਚ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਜੜੀ, ਜੌਂ, ਹਾਰੀਆਂ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ, ਸੇਕ ਅਤੇ ਖੰਟੇ ਫਲ।
- ਅਭੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਦੇ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਬਤ ਅਨਾਜ ਅਤੇ ਕਣਕ ਦਾ ਛਾਣ।

Fonte: PNPAS, 2020

Fonte: PNPAS, 2020

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Alimentação deve ser completa, variada e equilibrada (que proporcione os nutrientes necessários);
- Refeições alianas;
- Ingerir água ou chá não açucarado, ao longo do dia;
- Evitar o consumo de sal e açúcar;
- Reduzir a ingestão de gorduras.

- ਭੋਜਨ ਸੰਪੂਰਨ, ਵਿਭਿੰਨ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ);
- ਚੋਲਾ ਚੋਲਨ;
- ਦਿਨ ਭਰ ਪਾਣੀ ਜਾਂ ਕਿਨਾਂ ਮਿੱਠੇ ਵਾਲੀ ਚਾਹ ਪੀਓ;
- ਲੂਣ ਅਤੇ ਖੰਡ ਦੀ ਖਪਤ ਘਟਾਓ;
- ਚਰਬੀ ਦਾ ਸੇਵਨ ਘਟਾਓ।

Fonte: SNG24, 2023a

Fonte: SNG24, 2023a

## Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



**Grávidas** – Muito frequente haver um consumo superior de ferro para a gestação do bebé

ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ - ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਿਸ਼ੂਆਂ ਦਾ ਆਇਰਨ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

Organismo produz mais sangue para suportar o bebé

ਸਰੀਰ ਥੋੜੇ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

Maior risco de anemia (hemoglobina baixa) aterosclerose) ਦਾ ਵੱਧ ਖਤਰਾ

Aumentar os níveis de ferro (alimentação e suplementação) ਆਇਰਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਵਧਾਓ (ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਪੂਰਕ)

Fonte: Emplika, 2022

## Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?



- Carnes brancas;
- Peixe (sardinha, carapau e cavala);
- Espécies de peixe com concha;
- Ovos;
- Frutos secos (nozes e avelãs) e oleaginosos (damascos, uvas e ameixas desidratadas);
- Leguminosas (feijão e lentilha são os mais ricos, mas também grão-de-bico, a soja, o feijão-verde, a ervilha, o tremçoço e o amendoim);
- ਚਿੱਟਾ ਮੀਂਹ;
- ਮੱਛੀ (ਸਾਰਡੀਨ, ਕੇਜਾ ਮੈਕਰੇਲ ਅਤੇ ਮੈਕਰੇਲ);
- ਸੈੱਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਮੱਛੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ;
- ਅੰਡੇ;
- ਸੁੱਕੇ ਮੇਵੇ (ਅਖਰੋਟ ਅਤੇ ਹੇਜ਼ਲਨਟ) ਅਤੇ ਤੇਲ ਬੀਜ (ਸੁੱਕੇ ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਗੂਰ ਅਤੇ ਆਬੂਰੁਖਾਰੇ);
- ਫਲੀਦਾਰ (ਬੀਨਜ਼ ਅਤੇ ਦਾਲਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਮੀਰ ਹਨ, ਪਰ ਛੋਲੇ, ਸੋਇਆਬੀਨ, ਹਰੀਆਂ ਫਲੀਆਂ, ਮਟਰ, ਫੂਪਿਨ ਅਤੇ ਮੂੰਗਫਲੀ ਵੀ ਹਨ);

Fonte: Silva A.R., 2024

Fonte: Silva A.R., 2024

## Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?

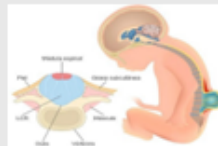
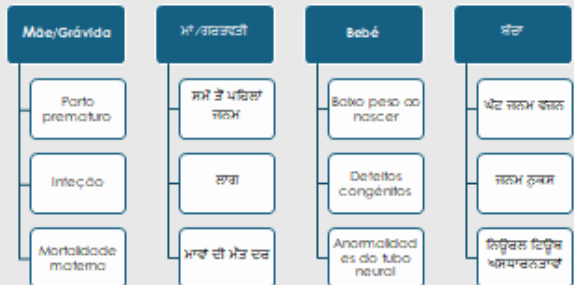
- Vegetais de folha verde escura;
- Cereais: aveia, amaranto e quinoa - trigo integral dificulta absorção do ferro;
- Fruta: Abacate, ananás, alperce, manga, ameixa, amora, banana, figo, cereja, kiwi, laranja, limão, tangerina, maçã, morango, pêra, pêssego, uvas;
- Algas marinhas;
- Sementes: cacau, grémén de trigo, sésamo, girassol ou pevides de abóbora;
- ਰੂੜ੍ਹੇ ਹਰੇ ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ;
- ਅਨਾਜ: ਜਵੀ, ਅਮਰੂਟ ਅਤੇ ਗੁਣਿਨੇਆ - ਪੂਰੀ ਕਣਕ ਲੋਹੇ ਨੂੰ ਸਜ਼ਕ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ;
- ਫਲ: ਐਵੋਕਾਡੋ, ਅਨਾਨਾਸ, ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਕ, ਆਬੂਰੁਖਾਰਾ, ਕਲੈਕਬੇਰੀ, ਕੋਲਾ, ਅੰਜੀਰ, ਚੈਰੀ, ਕੀਵੀ, ਸੰਤਰਾ, ਨਿੰਬੂ, ਟੈਂਜੀਨ, ਸੇਕ, ਸਟ੍ਰਾਬੇਰੀ, ਨਾਸ਼ਪਤੀ, ਆਰੂ, ਅੰਗੂਰ;
- ਸਮੁੰਦਰੀ ਖਾਹ;
- ਬੀਜ: ਕੋਕੋ, ਕਣਕ ਦੇ ਕੀਟਾਫੂ, ਤਿਲ, ਸੂਰਜਮੁਖੀ ਜਾਂ ਕੰਢੂ ਦੇ ਬੀਜ;

Fonte: Silva A.R., 2024

Fonte: Silva A.R., 2024

## Carência de Ferro – Complicações

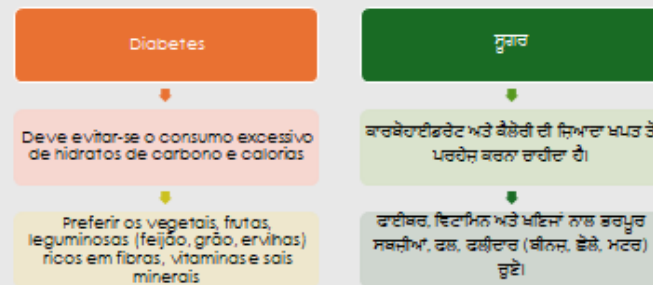
ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ - ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ



Fonte: Empha, 2022

## Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Fonte: Saraiva, 2024

## Doenças Crônicas - mais frequentes

### ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Hipertensão

ਰਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ

Evitar o consumo excessivos de sal

ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਮਕ ਦੇ ਸੇਵਨ ਤੋਂ ਬਚੋ।

Preferir as frutas, vegetais, cereais integrais (arroz, aveia), os frutos secos, laticínios e leguminosas (feijão, grão...).

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ (ਚਾਵਲ, ਜਵੀ), ਗਿਰੀਆ, ਫੇਅਰੀ ਉਤਪਾਦ ਅਤੇ ਫਲੀਦਾਰ (ਕੀਨਜ, ਛੋਲੇ, ਆਦਿ) ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Vieira & Brito, 2024

## Doenças Crônicas - mais frequentes

### ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Colesterol Alto / Gordura no sangue

ਉੱਚ ਕੋਲੈਸਟ੍ਰੋਲ / ਖੂਨ ਦੀ ਚਰਬੀ

Evitar o consumo de alimentos com muitas gorduras

ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਰਬੀ ਵਾਲੇ ਭੋਜਨ ਖਾਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।

Preferir o consumo de frutas, vegetais, leguminosas, frutos secos, cereais integrais.

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਆਂ, ਗਿਰੀਆ ਅਤੇ ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Fernandes, 2023

## Doenças Crônicas - mais frequentes

### ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Doenças Cardiovasculares (ex: Enfarte Agudo do Miocárdio)  
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ)

- É a principal causa de morte na Índia em adultos, que corresponde a 1/4 da mortalidade
- ਇਹ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੌਤ ਦਰ ਦਾ 1/4 ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

Fonte: ApolloHospitals, 2024

## Atividade Física pode...

### ਸਰੀਰਕ ਗਤੀਵਿਧੀ...

... prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e cancro.

... reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o pensamento, a aprendizagem e o bem-estar geral.

... ser realizado em casa (por exemplo: pilates, ginástica).

... ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਟਾਈਪ 2 ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

... ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਖਟਾਓ ਅਤੇ ਸੋਚ, ਸਿੱਖਣ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰੋ।

... ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਪਾਈਲੇਟਸ, ਜਿਮਨਾਸਟਿਕ)।



Fonte: WHO, 2020



## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

- No adulto - é importante cumprir o plano nacional de vacinação, em especial as vacinas:
  - VASPR – sarampo, parotidite epidémica e rubéola
  - Ta - tétano e difteria

Fonte: OMS, 2020b



- ਸਾਲਗਾ ਵਿੱਚ - ਵਾਸਤਵੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਫ਼ਿਟਿਲ ਚੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਟੀਕੇ:
  - ਐਮਐਮਆਰ - ਖਸਰਾ, ਖੰਨ ਪੇਤੇ ਅਤੇ ਕੁਝੋਲਾ
  - ਟੀਟੀ - ਟੈਟਨਸ ਅਤੇ ਡਿਪਥੈਰੀਆ

Fonte: OMS, 2020a

## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

### Sarampo

- Doença viral
- Muito contagiosa
- Transmite-se pela via aérea, por gotículas (espirros ou tosse)
- Previne-se - VACINAÇÃO
- Imunidade Grupo

### ਖਸਰਾ

- ਵਾਇਰਲ ਸਿਮਰੀ
- ਸਹੂਤ ਫ਼ਤਕਾਰੀ
- ਇਹ ਹਵਾ ਰਾਹੀਂ, ਖੁੰਦਾਂ (ਫ਼ਿੱਕ ਜਾਂ ਖੰਘ) ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
- ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਰੋਕੋ - ਟੀਕਾਕਰਨ
- ਢੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ

Fonte: Cunha, 2022

## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

### Tétano

- Doença causada por bactéria - Clostridium Tetani
- Transmite-se através de feridas na pele
- A bactéria pode estar no meio ambiente, solo, excrementos de animais, etc.
- Previne-se - VACINAÇÃO
- Pessoas que tenham tido tétano não ficam imunizadas
- Não há imunidade de grupo
- Doença Grave e potencialmente fatal

### ਟੈਟਨਸ

- ਸ਼ੈਕਟੀਰੀਆ ਕਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਿਮਰੀ - ਕਲੋਸਟ੍ਰੀਡੀਅਮ ਟੈਟਾਨੀ
- ਇਹ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਜਖਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
- ਇਹ ਸ਼ੈਕਟੀਰੀਆ ਵਾਤਾਵਰਣ, ਮਿੱਟੀ, ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੇ ਮਲ-ਮੂਤਰ ਆਦਿ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਰੋਕੋ - ਟੀਕਾਕਰਨ
- ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੈਟਨਸ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।
- ਢੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਗੰਭੀਰ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਖਾਤਕ ਸਿਮਰੀ।

Fonte: Bairão, 2022

## Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ



### Cuidados a ter após a vacinação:

- Se tiver dor, calor, rubor ou inchaço na zona onde fez a vacina pode aplicar gelo por períodos (colocar o gelo num saco e envolver num pano), aplicar apenas 24 horas após a administração da vacina.
- Se fizer febre (temperatura >38°C), pode administrar Paracetamol.

Fonte: Cabral, 2020

### ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਭਾਲ

- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਦਰਦ, ਗਰਮੀ, ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਹਵਾਹੀ ਲਈ ਬਰਫ਼ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਬਰਫ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਥੈਂਡ ਵਿੱਚ ਪਾਓ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕੱਪੜੇ ਵਿੱਚ ਲਪੇਟੋ), ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਹੀ ਲਗਾਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ (ਤਾਪਮਾਨ >38°C); ਤੁਸੀਂ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੋਲ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Cabral, 2020

## 5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos

### 5. ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਅਤੇ ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ



## Programa de saúde: Consultas de Vigilância

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- São consultas que servem para vigiar e acompanhar a pessoa saudável ou em situação de doença.
- Gratas desde que:
  - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
  - tenha número de SNS atribuído
  - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
- ਇਹ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਮੁਫਤ ਸਿੰਨਾ ਚਿਰ:
  - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
  - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
  - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।

Fonte: SNSA, 2023c

Fonte: SNSA, 2023c

## Programa de saúde: Consultas de Vigilância

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- Cumprir as marcações das consultas, quando não podem comparecer devem avisar que não podem vir.
- Devem pedir para remarcar a consulta.
- Exemplos de algumas consultas:
  - Saúde infantil e juvenil
  - Saúde reprodutiva e planeamento familiar
  - Saúde materna (mulheres grávidas)
  - Diabetes
  - Hipertensão arterial
- ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਚੱਖੇ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਆ ਸਕਦੇ।
- ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੁਬਾਰਾ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ:
  - ਬਾਲ ਅਤੇ ਖਿੱਸੇ ਸਿਹਤ
  - ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੰਤਰਨ
  - ਮਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ (ਗਰਬਵਤੀ ਔਰਤਾਂ)
  - ਸ਼ੂਗਰ
  - ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ

Fonte: SDMA, 2023

Fonte: SDMA, 2023

## Programas saúde: Rastreamentos Oncológicos

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- São exames de diagnóstico precoce onde se podem identificar doenças em pessoas que não têm sintomas.
- Gratas desde que:
  - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
  - tenha número de SNS atribuído
  - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
  - são convocados automaticamente quando têm a idade. (por carta ou sms)
- ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
- ਸਿੰਨਾ ਚਿਰ ਮੁਫਤ:
  - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
  - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
  - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।
  - ਜਦੋਂ ਉਹ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਸੁਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (ਪੱਤਰ ਜਾਂ SMS ਦੁਆਰਾ)।

Fonte: SNSA, 2023a

Fonte: SNSA, 2023a

## Programas saúde: Rastreios Oncológicos

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

#### ■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro da Mama** – exame radiológico que se realiza à mama, em unidades móveis. Mulheres entre os 45 até aos 74 anos de idade (2 em 2 anos).

Fonte: 94524, 2023a

#### ■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- ਫਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ - ਮੋਬਾਈਲ ਯੂਨਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਫਾਤੀ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀਕਲ ਜਾਂਚ। 45 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ (ਹਰ 2 ਸਾਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ)।

Fonte: 94524, 2023a



## Programas saúde: Rastreios Oncológicos

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

#### ■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro do colo do útero** – colheita de células do colo do útero, feita pela equipa médica. Mulheres dos 30 até aos 69 anos de idade.

Fonte: 94524, 2023a

#### ■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਸਰਵਾਈਕਲ ਡੈਸਟ** – ਡਾਕਟਰੀ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ ਸਰਵਿਕਸ ਤੋਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ। 30 ਤੋਂ 69 ਸਾਲ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ।

Fonte: 94524, 2023a



## Programas saúde: Rastreios Oncológicos

### ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

#### ■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro colorretal** – colheita de fezes, feita pela própria pessoa. Mulheres e homens entre os 50 aos 74 anos de idade.

Fonte: 94524, 2023a

#### ■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਫੋਲੋਰੈਕਟਲ ਡੈਸਟ** - ਮਲ ਟਿਕੌਣਾ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। 50 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਮਰਦ।

Fonte: 94524, 2023a



APÊNDICE XVI – Apresentação Grupo Focal

REPUBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE LEIRIA UCC POLITECNICO DE LEIRIA

# Grupo Focal de stakeholders



Fevereiro 2025

PROJETO ENGAGE



## ÍNDICE

1. Projeto ENGAGE
2. Fase Diagnóstica
3. Fase de Intervenção
4. Fase de Avaliação

## Projeto ENGAGE

Empoderamento Comunitário da Comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande



## FASE DIAGNÓSTICA

- Entrevistas semi-estruturadas
- Grupo Focal com Stakeholders - Escala EAvEC



Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.



Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

## Diagnósticos de Saúde

## ANTES DA INTERVENÇÃO

Grupo de Imigrantes Indianos

Questionário MAIEC



## FASE DE INTERVENÇÃO



Sessão de Educação para a Saúde



Folhetos Informativos



1. Informação em Saúde → (Acesso)
2. Acesso aos Serviços de Saúde → (Acesso)
3. Hábitos de Vida Saudáveis → (Atitude)
4. Vacinação → (Acesso e Atitude)
5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos → (Acesso e Atitude)

Sessão de Educação para a Saúde

## 1. Informação em Saúde

Fontes de informação fidedigna em saúde

Estruturas organizativas parceiras

Estruturas de saúde parceiras

Direitos dos utentes



## 2. Acesso aos Serviços de Saúde

Contactos em situação de saúde:

- Não urgente
- Urgente
- Emergente



## 3. Hábitos de Vida Saudáveis

Alimentação saudável

Alimentação ciclo de vida (com ênfase na grávida)

Complicações da carência de ferro

Doenças crônicas mais frequentes e a sua relação com a alimentação

Prática de atividade física

Fumar: consequências para a saúde



## 4. Vacinação

Importância do cumprimento do programa nacional de vacinal

Vacinação na criança

Vacinação no Adulto: vacina VASPR (sarampo, parotidite epidémica, rubéola) e vacina Td (tétano e difteria).

Cuidados a ter após a vacinação



## 5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos

### Consultas de Vigilância:

- O que são
- Como aceder

### Rastreios oncológicos:

- Rastreio do cancro da mama
- Rastreio do cancro do colo do útero
- Rastreio do cancro colorretal



## FASE DE AVALIAÇÃO



Grupo de Imigrantes Indianos  
- Questionário MAIEC



Grupo Focal com Stakeholders  
- Escala EAveC



Escala EAveC

## Participação Comunitária

Participação em...

- Grupos de Trabalho
- Reuniões
- Projetos



1. Nem todos os membros e grupos da minha comunidade estão a participar em atividades e reuniões (ex. grupos de trabalho que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes).	2. Os membros da minha comunidade participam em atividades e reuniões que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde de saúde dos imigrantes, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	3. Os membros da minha comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos, que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	4. Os membros da minha comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação de projetos que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	5. A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
---	---	--	---	---

### Participação Comunitária

1. Nem todos os membros e grupos da minha comunidade estão a participar em atividades e reuniões (ex. grupos de trabalho que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes).	2. Os membros da minha comunidade participam em atividades e reuniões que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	3. Os membros da minha comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos, que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes.	4. Os membros da minha comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação de projetos que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	5. A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
---	--	---	--	---

### Participação Comunitária

## Capacidade de avaliação do problema

- Avaliação/ Identificação dos problemas, ações e/ou soluções



1. Não existe avaliação da problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, desenvolvida pela comunidade.	2. A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação, acerca do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	3. A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	4. A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	5. A comunidade continua a avaliar a problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
---	--	---	--	---

### Capacidade de avaliação do problema

1. Não existe avaliação da problemática da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes, desenvolvida pela comunidade.	2. A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação acerca da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes.	3. A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	4. A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na melhoria da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	5. A comunidade continua a avaliar a problemática da atitude face ao estado saúde-doença dos imigrantes, e é a "dona" dos problema, soluções e ações.
---	---	--	--	---

### Capacidade de avaliação do problema

## Liderança Local

- Líderes nas organizações comunitárias



1. Existem organizações comunitárias, no entanto estas não têm um líder.	2. Existem líderes para as organizações comunitárias, no entanto algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	3. As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	4. Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	5. Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
--	---	---	--	---

### Liderança Local

## Estruturas organizacionais

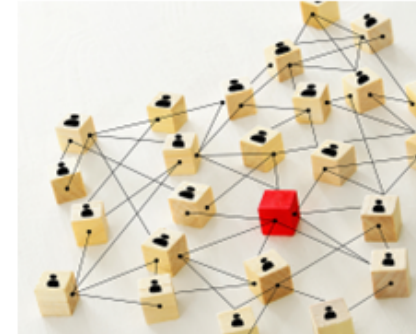


1. A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	2. As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	3. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	4. Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	5. As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
---	---	--	--	--

### Estruturas organizacionais

## Mobilização de recursos

- Existência de Recursos e sua distribuição



1. Os recursos existentes para dar resposta problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, não estão a ser mobilizados pela comunidade.	2. Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	3. A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	4. Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	5. São criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
---	--	---	--	--

### Mobilização de recursos

1. Os recursos existentes para dar resposta da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, não estão a ser mobilizados pela comunidade.	2. Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	3. A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	4. Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	5. São criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
--	--	---	--	--

### Mobilização de recursos

## Ligações a outros

- Ligações a outras organizações
- Ligações que permitem o desenvolvimento da comunidade



- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| 1. Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas problemáticas do acesso aos cuidados de saúde, associada à cultura dos imigrantes. | 2. A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido. | 3. A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade. | 4. Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo. | 5. As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade. |
|---|--|--|---|---|

## Ligações a outros

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| 1. Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas problemáticas da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes. | 2. A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido. | 3. A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade. | 4. Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo. | 5. As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade. |
|--|--|--|---|---|

## Ligações a outros

## Habilidade para "questionar porquê"

- Existem grupos que identificam os problemas e fazem a sua análise



1. Não existem discussões de grupo para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	2. São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, e desafiar o conhecimento adquirido.	3. Foi criado um grupo(s) para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	4. Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	5. Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
---	--	--	---	--

### Habilidade para "questionar porquê"

1. Não existem discussões de grupo para questionar sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes.	2. São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, e desafiar o conhecimento adquirido.	3. Foi criado um grupo(s) para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	4. Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	5. Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
---	--	--	---	--

### Habilidade para "questionar porquê"

## Gestão de programas

- Desenvolvimento de programas e projetos



1. Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, desenvolvido pela comunidade; ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	2. É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	3. É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	4. É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	5. Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
---	---	--	---	---

### Gestão de programas

1. Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, desenvolvido pela comunidade; ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	2. É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	3. É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	4. É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	5. Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
---	---	--	---	---

**Gestão de programas**

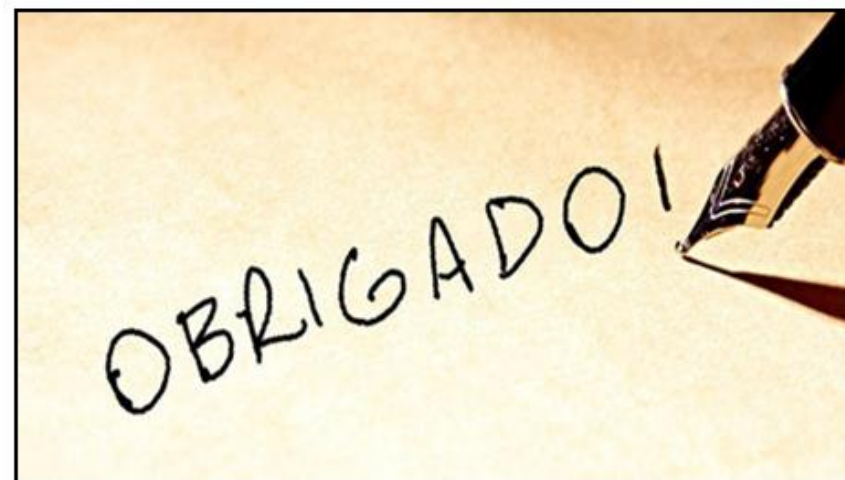
## Relação com agentes externos

- A relação com agentes externos facilita a tomada de decisão pela comunidade



1. Existem agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas, mas sem qualquer relação com a comunidade.	2. Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	3. Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.	4. A comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	5. Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.
---	--	--	---	---

**Relação com agentes externos**



APÊNDICE XVII – Análise EAveC

## ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

### (Avaliação do nível de Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante)

#### Enquadramento

O projeto ENGAGE23 (Empoderamento comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande) teve início em 2023, no qual foi realizada a fase de diagnóstico do planeamento em saúde, com a identificação de 2 diagnósticos de saúde: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

Nesta primeira fase foi realizado uma reunião com um grupo focal de *stakeholders*, onde foi realizada avaliação da escala EAvEC, com o objetivo de avaliar o nível de empoderamento comunitário desta comunidade.

Nesta fase do projeto ENGAGE24 (2024/2025) procedeu-se à fase de intervenção e de avaliação do projeto. Para dar resposta a esta última fase procedeu-se à reavaliação da Escala EAvEC com o grupo focal de *stakeholders*, como forma de avaliação dos resultados obtidos.

#### Análise da Reunião

A reunião do grupo focal de *stakeholders* teve o seu início com a apresentação dos intervenientes, sendo que de seguida foi realizado um resumo do projeto ENGAGE abordando todas as suas etapas: fase de diagnóstico, fase de intervenção e fase de avaliação. Foi dado ênfase ao trabalho realizado no ENGAGE24, nomeadamente a aplicação do questionário MAIEC e a intervenção ao grupo de imigrantes com referência às temáticas abordadas.

Foi realizada a avaliação da Escala EAvEC para os 2 diagnósticos de saúde identificados: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

A reunião começou com uma breve abordagem das problemáticas associadas às questões de saúde e socioeconómicas dos imigrantes.

Nas questões de saúde foi mencionada a falta de médicos de família e a vigilância da saúde por parte da comunidade indiana, no entanto foi referido que este é um problema que abrange também muitos portugueses.

Ao nível da situação socioeconómica também já foi sentida pelos *stakeholders* presentes, um aumento dos pedidos de ajuda de produtos alimentares, roupa, produtos/equipamentos para os bebés e crianças e, atualmente, também para adultos. Foi também referido que inicialmente esta procura era efetuada na sua maioria por mulheres e atualmente já é mista.

E: “Nesta comunidade funciona muito o passa a palavra, aqui na Junta inicialmente eram poucos os indianos que nos procuravam, para outras coisas que não fossem os atestados de residência. Posso dizer que agora, neste momento, procuram tanto mulheres como homens, fazem questões que antes não faziam. Por exemplo: “Estou grávida de 3 meses”, partilham os serviços que já procuraram, isto para nós que lidamos com estas pessoas dá-nos outra perspetiva e a forma como falamos e abordamos às vezes as pessoas, acaba por ser diferente”.

E: “Percebe-se que, cada vez mais, a comunidade indiana consegue avaliar as suas necessidades e procurar respostas às mesmas na comunidade envolvente”.

Uma das barreiras que foi muito evidenciada e que interfere tanto no acesso aos cuidados de saúde, como na atitude face à saúde-doença foi a questão da língua, pois muitos indianos não percebem a língua portuguesa e poucos falam corretamente o inglês.

Foi evidenciada a importância deste tipo de reuniões, para discussão das problemáticas associadas à comunidade imigrante, pois permite aos *stakeholders* estarem atentos aos problemas da mesma.

E: “Ao ter participado na outra reunião passei a estar mais atenta a alguns sinais relativamente a esta comunidade, que antes não estava (...) permite a nós técnicos entrar na comunidade, estarmos mais próximos”.

De seguida encontra-se a análise quando aos vários domínios da Escala EAveC:

## **PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA**

Este domínio trouxe alguma discussão sobre o envolvimento da comunidade imigrante na problemática em análise. Após a exposição dos vários intervenientes, optou-se por considerar o **depósito 1** da EAveC, pois a perceção presente era que ainda não existia uma participação da comunidade em que os membros participem nas decisões.

A: Às vezes as pessoas não conseguem falar português nem compreender (...) por causa da barreira linguística”.

A: “Há pessoas que estão a trabalhar por exemplo e outras estão em casa, mas com crianças, filhos. As pessoas têm pouca disponibilidade para participar neste tipo de atividades porque têm crianças, e então não querem”.

A: “Na Índia participam, mas aqui não, questionam logo qual é o benefício em participar nestas atividades”.

E: “Já há melhorias, mas ainda há muito a fazer, mas pela abordagem deles e as questões que colocam percebe-se que está a melhor, há algo feito, no entanto ainda há muito a fazer”.

Face à avaliação da escala EAvEC anterior verificou-se uma diminuição da pontuação de 3 para 1, o que se pode justificar pela existência de um projeto já existente direcionado à comunidade imigrante, que no ano anterior se encontrava mais ativo.

### **CAPACIDADE DE AVALIAR O PROBLEMA**

Durante a avaliação deste domínio foi referido que a comunidade identifica os seus problemas e já procura como os resolver, ou seja, as soluções. No entanto verifica-se que ainda não envolve todos os setores da comunidade. Foi eleito o **depoimento 3**.

L: “A baixa adesão foi justificada, segundo os indianos por não terem uma boa relação com o centro de saúde, por não terem médico”.

L: “Houve algo muito importante, que após a intervenção do ENGAGE, embora esta tenha sido muito reduzida (...) vieram duas pessoas, e com problemáticas muito próprias da pessoa, procurar o que poderia fazer naquela situação, como poderiam aceder aos cuidados de saúde. Portanto aumentou a consciência e a procura. Portanto o esclarecimento é importante, para saberem onde ir e que tipo de resposta ter”.

L: “Nós estamos numa fase terrível, que não temos resposta em termos de médicos de família, não há médicos”.

L: “Há uma maior consciência e uma maior confiança”.

Face à avaliação da escala anterior a pontuação da escala EAvEC passou de 2 para 3.

### **LIDERANÇA LOCAL**

Neste domínio discutiu-se a presença de um líder comunitário ou de uma organização que atuasse como intermediário entre os diversos membros da comunidade indiana da Marinha Grande. Compreendeu-se que tais não existiam.

O tema mais discutido foi a questão da língua, destacando-se que muitos indianos não falam português nem demonstravam interesse em aprendê-lo. Essa falta de interesse pode justificar a ausência de motivação para a criação de uma organização e de uma liderança dentro da comunidade.

Foi escolhido o **depoimento 1**.

E: “Eles não estão fechados em relação a outra comunidade. Eles na questão da língua, não sentem necessidade de aprender, de desenvolver competências”.

E: “Há esta resistência por exemplo quando questionados por não falarem português:

- No meu trabalho eu não preciso de português porque são quase todos indianos

- Mas eu agora podia estar a enganá-lo e você não percebe.

Pois também há esta resistência em aprender o português, no entanto as crianças aprendem muito fácil na escola. Mas depois em casa não falam o português. Esta desconstrução da necessidade de falar português também é preciso ser feita porque nos serviços estamos todos a adaptar-nos”.

J: “Tive de aprender português por causa dos negócios. Muito indiano diz que os seus chefes também são indianos, não precisam do português. Eu aprendi a falar português, mas a minha mulher nunca aprendeu. Ela diz que se o marido sabe falar ela não precisa”.

A: “Há muitas pessoas que vão à escola porque precisam do certificado da língua nível 1. Tenho uma amiga que quer aprender o português e que sente esta necessidade, no entanto o marido não aceita que ela aprenda o português”.

J: “Todo o indiano precisa de 3 coisas, trabalhar 6 anos, levar a nacionalidade e ir para Inglaterra por que se fala em inglês”.

J: “Eu fico aqui porque já estou aqui há 15 anos, não quero Inglaterra nem Alemanha, tenho 3 negócios e está a ficar melhor. Os filhos precisam do curso e não preciso de ir”.

R: “Esse é o grande problema, estão cá provisoriamente, por isso é que não têm interesse em aprender a língua”.

R: “Há alguns que estão cá há 7 anos e não têm documentos”.

R: “Acho que quando houver indianos legalizados (por exemplo filhos de indianos) acaba por ser diferente”.

Relativamente à avaliação da escala EAvEC anterior a pontuação manteve-se.

## **ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS**

Quanto a este domínio foi referido que a única estrutura organizativa seria a igreja (Evangélica Baptista), no entanto ela não está disponível para todos, isto porque nem todos são da mesma religião. Por este motivo foi eleito o **depoimento 1**.

L: “Já chegou a haver na Marinha Grande um projeto de intervenção com a Comunidade Imigrante em parceria com a Câmara Municipal, mas não se sabe como está em vigor...”

J: “Abri há 4 meses a “igreja” e ainda são poucas pessoas que recorrem. Mais para a frente posso fazer alguma coisa para as ajudas.”

E: “Era uma excelente estratégia utilizar a igreja para passar estas mensagens”.

J: “Quando alguém precisa de ajuda, vai lá e eu ajudo. Quem não tem dinheiro para comer, pode comer e depois paga quando tiver “.

A: “Há pessoas que não pedem ajuda porque têm medo do SEF”.

A: “Neste momento a comunidade indiana tem como organização a igreja.”

A: “Só há organizações que são ligadas à igreja, mas nem todos os indianos são da mesma religião”.

R: “A igreja sikh costuma reunir só uma vez por mês, quando há festas, também ajudam quem precisa, quando uma pessoa precisa de coisas relacionadas com a saúde, também ajudam (...) não é um ritual, mas a instituição está disponível para ajudar”.

A: “Há alguém que acaba por assumir essa responsabilidade, mas não é um líder definido, pelo menos para convocar as pessoas quando há os eventos”.

Face à avaliação da escala anterior a pontuação da escala EAvEC manteve-se.

### **MOBILIZAÇÕES DE RECURSOS**

Este domínio não teve muita discussão, chegando-se rapidamente à resposta, no **depoimento 3**. Foi referido que se mantêm as respostas ao nível da saúde e sociais.

E: “Os recursos sociais sempre estiveram disponíveis, a procura nos últimos tempos é que aumentou”.

Relativamente à avaliação da escala EAvEC anterior a pontuação da escala manteve-se.

### **LIGAÇÕES A OUTROS**

O **depoimento** escolhido foi o **4**. Foi evidenciada a existência de ligações envolvidas e desenvolvidas na comunidade, em especial a ligação da comunidade imigrante com a Junta de Freguesia.

D: “Eu concordo porque eles têm ligações informais e acabam por mobilizar os recursos”.

E: “Já existem organizações e ligações formais e informais. Aqui as relações são cada vez mais próximas e a funcionar”.

L: “Tenho dúvidas (...) porque estas pessoas já se deslocam à Junta, têm uma pessoa de referência, sabem com quem têm de falar e se articular. Já sabem que aqui têm uma boa resposta”.

E: “Sabem o nome da pessoa, a quem pedir”.

L: “Isto é chamativo para outros...Cada vez vêm mais pessoas”.

D:” As ligações acontecem e há a disponibilidade de recursos, logo há financiamento”.

L: “O financiamento pode ser os bens, a comida, a roupa, os carrinhos de bebê, os enxovais (...) e depois trazem outros”.

Perante isto o depoimento escolhido foi o 4, havendo uma mudança face à avaliação anterior em que o depoimento escolhido foi o 2.

### **HABILIDADE PARA “QUESTIONAR PORQUÊ?”**

Já é notório uma preocupação e questionamento por parte da comunidade indiana face às questões da saúde e sociais. O depoimento **escolhido** foi o **3**.

E: “Eles já procuram informações que não procuravam, tanto homens como mulheres. Há uma evolução, sem dúvida”.

L: “(...) inclusive uma das pessoas que participou na intervenção recorreu à unidade com outras duas indianas com problemas de saúde muito próprios a solicitarem ajuda”.

Face à avaliação anterior da EAvEC a pontuação passou de 1 para 3.

### **GESTÃO DE PROGRAMAS**

Foi unanime para todos a importância da realização do projeto ENGAGE direcionado à comunidade indiana, sendo o **depoimento 2** o escolhido.

A existência deste projeto já implementado justifica o aumento da ponderação da escala de 1 para 2 face à avaliação anterior.

### **RELAÇÃO COM AGENTES EXTERNOS**

Foi eleito o **depoimento 2**. Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

Manteve-se a ponderação da avaliação da escala anterior.

Ambos os diagnósticos de saúde (Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande) tiveram a mesma ponderação nos vários domínios da Escala EAvEC.

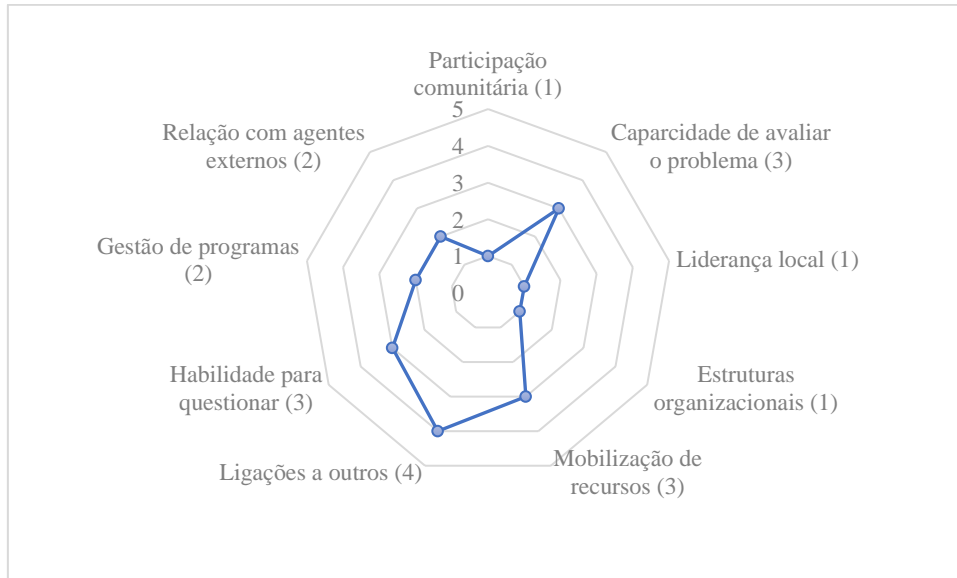
Na tabela seguinte estão representados os domínios da EAvEC, os respetivos depoimentos decididos pelos participantes do grupo focal e a justificação da escolha para cada um tendo em conta os diagnósticos de saúde.

<b>Dimensão da Escala EA<sub>v</sub>EC</b>	<b>Depoimento Escolhido</b>	<b>Justificação</b>
<b>Participação comunitária</b>	1 - Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade	<p>A perceção dos presentes era que ainda não existia uma participação muito ativa da comunidade, em que os membros participem nas decisões.</p> <p>Uma das justificações foi a questão da língua, uma vez que muitos indianos não compreendem o português e não têm interesse em aprender e, como tal, não se envolvem nas atividades e reuniões da comunidade.</p>
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	3 - A comunidade tem competência. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	<p>Durante a avaliação desta dimensão foi referido que a comunidade identifica os seus problemas e já procura como os resolver, ou seja, as soluções.</p> <p>Foi mencionado que os imigrantes identificam os seus problemas de saúde e que já procuram mais os serviços de saúde para tentar resolvê-los. Foi mais evidente esta procura, por parte das mulheres.</p> <p>A ausência de médicos de família atribuídos, no entanto foi mencionado que esse também era um problema transversal aos portugueses.</p>
<b>Liderança local</b>	1 - Algumas organizações comunitárias funcionam sem um líder.	<p>Compreendeu-se que não existia um líder comunitário nem uma organização que atuasse como intermediário entre os diversos membros da comunidade indiana da Marinha Grande.</p> <p>O tema mais discutido foi a questão da língua, destacando-se que muitos indianos não falam português nem demonstram interesse em aprendê-lo. Essa falta de interesse pode justificar a ausência de motivação para a criação de uma organização e de uma liderança dentro da comunidade.</p>
<b>Estruturas organizacionais</b>	1 - A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	<p>Foi referido que a única estrutura organizativa seria a igreja (Evangélica Baptista), no entanto ela não está disponível para todos, isto porque nem todos os imigrantes indianos são da mesma religião.</p> <p>Existe outra igreja que oferece alguma ajuda à comunidade indiana, mas só em algumas ocasiões.</p> <p>Perante isto considerou-se que a comunidade não tinha estrutura organizativa disponível para todos.</p>
<b>Mobilização de Recursos</b>	3 - A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	<p>Tem se verificado um aumento da procura de apoio e ajuda por parte da comunidade imigrante, o que evidencia um aumento da perceção destes para suas necessidades.</p> <p>Reforçou-se que as respostas ao nível da saúde e sociais, sempre estiveram disponíveis, no entanto aumentou a sua procura.</p>
<b>Ligações a outros</b>	4- Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da	<p>Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, em especial a ligação da comunidade imigrante com a Junta de Freguesia que demonstra cada vez mais proximidade e relação.</p>

	comunidade, baseado no respeito mútuo.	
<b>Habilidade para “questionar porquê”</b>	3- Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade de refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Já é notório uma preocupação e questionamento por parte da comunidade indiana face às questões da saúde e sociais.  Quanto à saúde verifica-se uma preocupação por parte desta comunidade imigrante em resolver os seus problemas de saúde, recorrendo aos serviços de saúde (Centro de Saúde) onde questionam os enfermeiros e procuram obter consultas médicas, para acompanhamento da sua situação.  Relativamente à questão social verificou-se um aumento da procura de ajuda (ex: pedidos de bens alimentares, produtos para bebés/crianças) especialmente na Junta de Freguesia.
<b>Gestão do Programa</b>	2- Por agente em discussão com a comunidade.	Foi unânime para todos que o projeto ENGAGE já desenvolvido junto desta comunidade foi uma mais-valia para a promoção do acesso aos cuidados e da atitude face ao estado saúde-doença.
<b>Relação com agentes externos</b>	2- Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

Fonte: Da Própria

O gráfico radar que corresponde à avaliação do empoderamento da comunidade imigrante para o Acesso aos cuidados de saúde e para a Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, está representado de seguida:



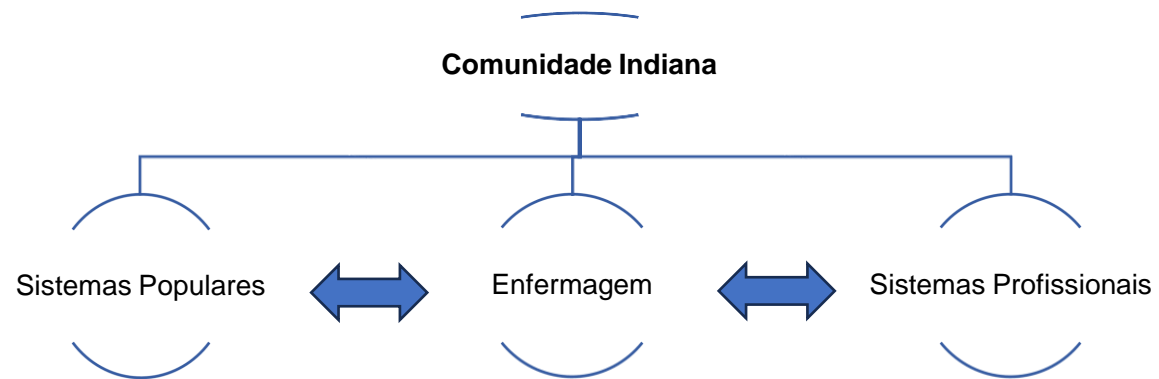
Fonte: Da Própria.

APÊNDICE XVIII – Modelo SUNRISE

## MODELO SUNRISE – LEININGER

		INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
<b>COMUNIDADE INDIANA</b>	<b>Valores Culturais e Modos de Vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recurso à Medicina Tradicional para tratamento de problemas de saúde.</li> <li>- Comunicação comprometida pela barreira linguística.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação comprometida: a barreira linguística em que muito imigrantes não percebem a língua portuguesa.</li> <li>- A mulher é quem cuida da casa e da família, não tendo uma atividade profissional.</li> <li>- A existência de uma contrapartida/benefício para o imigrante, em troca da participação num projeto. Só assim é bem aceite.</li> <li>- Recurso aos serviços de urgência quando não obtêm resposta do Centro de Saúde.</li> <li>- Decisão do marido prevalece face à mulher.</li> </ul>
	<b>Fatores Religiosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regime alimentar associado à religião (alguns alimentos não são permitidos).</li> <li>- Facilitador: A ingestão de bebidas alcoólicas é permitida apenas em algumas religiões.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locais de culto diferentes consoante a religião.</li> <li>- A igreja promove a divulgação de informação (mas não é para todos, nem todos têm a sua igreja no local).</li> </ul>
	<b>Fatores Políticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conhecimento relativamente aos direitos e deveres dos utentes.</li> <li>- Acesso aos SNS e respetivos serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legalização e aquisição da nacionalidade portuguesa.</li> </ul>
	<b>Fatores Parentesco e Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio inexistente ou fraca.</li> <li>- Aumento da divulgação de informação (social e saúde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socialmente a mulher é quem cuida da casa e da família, não tem uma atividade profissional.</li> <li>- A igreja é um local de transmissão de informação e apoio aos imigrantes, no entanto nem todos são da mesma religião.</li> <li>- Relações informais dentro da comunidade.</li> </ul>
	<b>Fatores Económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquisição de habitação é difícil (muitas famílias partilham casa).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A fonte de rendimento familiar é apenas o homem, a mulher é responsável por cuidar da casa e família.</li> <li>- Portugal é visto para muitos imigrantes como um local de passagem, muitos ambicionam ir para outro país da Europa onde têm salários mais altos e onde têm mais facilidade na língua (Ex. Reino Unido).</li> <li>- Procura por ajudas sociais (bens essenciais).</li> </ul>
	<b>Fatores Tecnológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação comprometida.</li> </ul>	

	<b>Fatores Educacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação sobre saúde transmitida de geração em geração.</li> <li>- Falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde e sobre a atitude face à saúde-doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a informação em saúde fidedigna.</li> <li>- Aumento da informação melhora a procura em saúde.</li> <li>- Resistência em aprender a língua portuguesa (aprendem apenas os que necessitam, muitos imigrantes trabalham e vivem com outros imigrantes e não sentem essa necessidade).</li> </ul>
--	-----------------------------	--	---



**Preservação/ Manutenção do cuidado cultural**

Sustentar tradições culturais, a prática da religião (com idas aos locais de culto).  
Manter as ligações/vínculos com familiares/ amigos.  
Manter os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença.

**Acomodação/ Negociação do cuidado cultural**

Procurar informação em saúde fidedigna (Site SNS, profissionais de saúde).  
Procurar informação sobre os direitos e deveres do utente.  
Informar como utilizar os recursos da saúde de forma adequada (perante situação não urgente, urgente e emergente).  
Frequentar aulas de Língua Portuguesa (com objetivo de melhorar a comunicação).  
Negociar os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença.

**Repadronização/ Reestruturação do cuidado**

Promover e orientar para a utilização da linha SNS 24, sempre que necessário (em vez de recorrerem ao serviço de urgência).  
Promover o conhecimento em saúde sobre a adequação da gravidade da situação de saúde e os respetivos níveis de assistência em saúde em Portugal.  
Capacitar os enfermeiros para a prática de cuidados de saúde culturalmente congruentes (ter em conta os valores, religião, cultura e hábitos da comunidade indiana).  
Respeitar os hábitos culturais da comunidade.

APÊNDICE XIX – Apresentação de resultados do ENGAGE24

POLITÉCNICO de LEIRIA UNIVERSIDADE DE LEIRIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

## PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

### ENGAGE



Supervisão: Prof. Doutora Teresa Kraus

Ana Rita Bastos, Nº 5230042  
Carolina Luís, Nº 5230046



Março, 2025

## ÍNDICE

---

ENGAGE23

---

ENGAGE24

## ENGAGE23

Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante da Marinha Grande

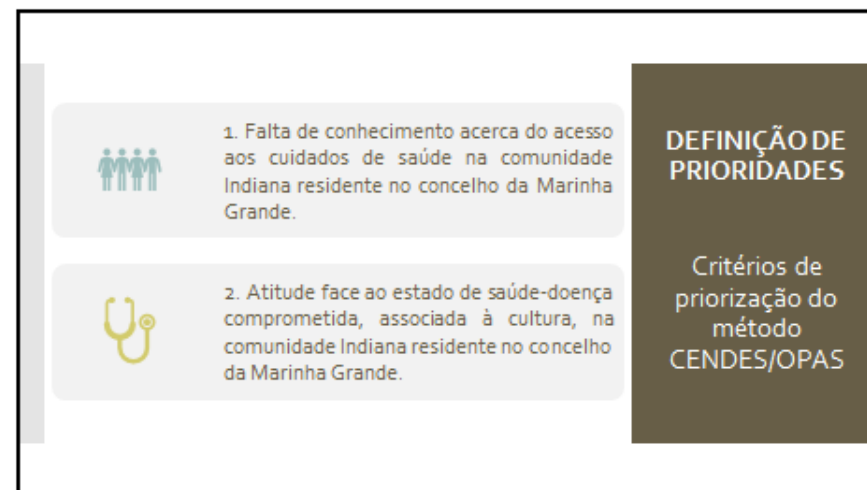
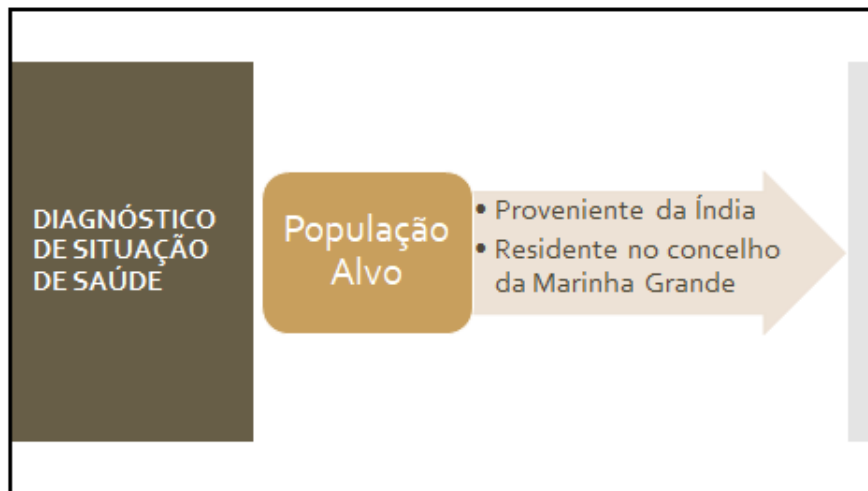


## JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional, em especial indianos, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.), que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos.

O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde.

4



**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE**

**Escala EAveC**  
Grupo Focal com Stakeholders



**ENGAGE24**

Empoderamento Comunitário da Comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande



**MODELOS DE REFERÊNCIA PARA TOMADA DE DECISÃO**

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural  
Madeleine Leininger

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)  
Pedro Melo

**OBJETIVO GERAL**

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário)

- Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande

13

## AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Grupo de Imigrantes Indianos  
Questionário MAIEC



## SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Entrevista semi-estruturada: pessoa de nacionalidade indiana

Sessões de Educação para a Saúde com os imigrantes

Desenvolvimento de Parcerias

Empoderamento Comunitário com o MAIEC

Aplicação EAveC Grupo Focal

## PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO



Sessão de Educação para a Saúde



Guia Informativo



1. Informação em Saúde ➡ (Acesso)

2. Acesso aos Serviços de Saúde ➡ (Acesso)

3. Hábitos de Vida Saudáveis ➡ (Atitude)

4. Vacinação ➡ (Acesso e Atitude)

5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos ➡ (Acesso e Atitude)

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

## 1. Informação em Saúde

Fontes de informação fidedigna em saúde

Estruturas organizativas parceiras

Estruturas de saúde parceiras

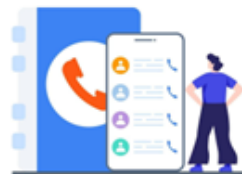
Direitos dos utentes



## 2. Acesso aos Serviços de Saúde

Contactos em situação de saúde:

- Não urgente
- Urgente
- Emergente



## 3. Hábitos de Vida Saudáveis

Alimentação saudável

Alimentação ciclo de vida (com ênfase na grávida)

Complicações da carência de ferro

Doenças crónicas mais frequentes e a sua relação com a alimentação

Prática de atividade física

Fumar: consequências para a saúde



#### 4. Vacinação

Importância do cumprimento do programa nacional de vacinal

Vacinação na infância

Vacinação no Adulto: vacina VASPR (sarampo, parotidite epidémica, rubéola) e vacina Td (tétano e difteria).

Cuidados a ter após a vacinação



#### 5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos

##### Consultas de Vigilância:

- O que são
- Como aceder

##### Rastreios oncológicos:

- Rastreio do cancro da mama
- Rastreio do cancro do colo do útero
- Rastreio do cancro colorretal



#### AVALIAÇÃO



Grupo de Imigrantes Indianos  
- Questionário MAIEC



Grupo Focal com Stakeholders  
- Escala EAvEC

#### AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Grupo de Imigrantes Indianos  
Questionário MAIEC



Resumo de dados do grupo de imigrantes indianos

Idade	Sexo	MAIEC	MAIEC	MAIEC
18-24	M			
25-34	M			
35-44	M			
45-54	M			
55-64	M			
65-74	M			
75+	M			
18-24	F			
25-34	F			
35-44	F			
45-54	F			
55-64	F			
65-74	F			
75+	F			

## AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

### Escala EAveC Grupo Focal com Stakeholders

1	2	3
1. A comunidade tem acesso a informações sobre os serviços e programas oferecidos pelo município?		
2. A comunidade tem acesso a serviços e programas oferecidos pelo município?		
3. A comunidade tem acesso a recursos humanos e materiais necessários para a realização de projetos e programas?		
4. A comunidade tem acesso a recursos financeiros necessários para a realização de projetos e programas?		
5. A comunidade tem acesso a recursos tecnológicos necessários para a realização de projetos e programas?		
6. A comunidade tem acesso a recursos de infraestrutura necessários para a realização de projetos e programas?		
7. A comunidade tem acesso a recursos de capacitação necessários para a realização de projetos e programas?		
8. A comunidade tem acesso a recursos de apoio necessários para a realização de projetos e programas?		
9. A comunidade tem acesso a recursos de assistência necessários para a realização de projetos e programas?		
10. A comunidade tem acesso a recursos de saúde necessários para a realização de projetos e programas?		
11. A comunidade tem acesso a recursos de educação necessários para a realização de projetos e programas?		
12. A comunidade tem acesso a recursos de cultura necessários para a realização de projetos e programas?		
13. A comunidade tem acesso a recursos de esporte necessários para a realização de projetos e programas?		
14. A comunidade tem acesso a recursos de lazer necessários para a realização de projetos e programas?		
15. A comunidade tem acesso a recursos de segurança necessários para a realização de projetos e programas?		
16. A comunidade tem acesso a recursos de justiça necessários para a realização de projetos e programas?		
17. A comunidade tem acesso a recursos de trabalho necessários para a realização de projetos e programas?		
18. A comunidade tem acesso a recursos de habitação necessários para a realização de projetos e programas?		
19. A comunidade tem acesso a recursos de saneamento necessários para a realização de projetos e programas?		
20. A comunidade tem acesso a recursos de meio ambiente necessários para a realização de projetos e programas?		

## Participação Comunitária

Participação em...

- Grupos de Trabalho
- Reuniões
- Projetos



## Capacidade de avaliação do problema

- Avaliação/ Identificação dos problemas, ações e/ou soluções



## Liderança Local

- Líderes nas organizações comunitárias



## Estruturas organizacionais



## Mobilização de recursos

- Existência de Recursos e sua distribuição



## Ligações a outros

- Ligações a outras organizações
- Ligações que permitem o desenvolvimento da comunidade



## Habilidade para "questionar porquê"

- Existem grupos que identificam os problemas e fazem a sua análise



## Gestão de programas

- Desenvolvimento de programas e projetos



## Relação com agentes externos

- A relação com agentes externos facilita a tomada de decisão pela comunidade



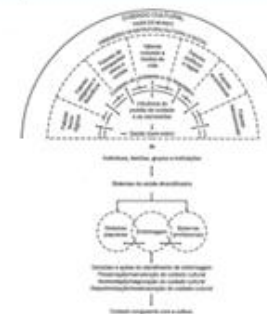
## AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

### Escala EAveC (MAIEC) Grupo Focal com Stakeholders



### SUNRISE (Leininger) Grupo Focal com Stakeholders

## ANÁLISE





APÊNDICE XX – Artigos pertinentes para a fundamentação da intervenção

## ARTIGO A

<b>Base de dados</b>	Google Académico
<b>Título</b>	<b>Hábitos e Costumes da comunidade Hindu de Lisboa quanto à Saúde e ao tratamento das Doenças</b>
<b>Autor(es)</b>	Grishma Dramce
<b>Ano de publicação</b>	2020
<b>Origem</b>	Lisboa, Portugal
<b>Palavras-chave</b>	Hinduísmo, competência cultural, ayurvédica, alimentos, especiarias
<b>Objetivos</b>	Perceber os hábitos e costumes da comunidade Hindu em Lisboa no que diz respeito à saúde e tratamento da doença. Os objetivos secundários incluem a investigação específica do comportamento dos Hindus na adesão à terapêutica e os alimentos/especiarias mais utilizados para tratar sintomas e doenças.
<b>População / Amostra</b>	Comunidade Hindu residente na zona de Lisboa. Foram inquiridos 113 hindus.
<b>Métodos</b>	Estudo de natureza exploratória
<b>Intervenção</b>	Realização de um questionário dividido em 3 partes: dados sociodemográficos incluindo hábitos e convicções religiosas; questões relativas aos comportamentos na saúde e na doença; questões sobre a utilização de plantas medicinais e alimentos mais utilizados pela cultura Hindu e medicina Ayurvédica.
<b>Resultados</b>	<p>Principais resultados obtidos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Os participantes apresentaram valores de IMC baixo (<math>IMC &lt; 18.5</math>) em 3,7%, normal (<math>IMC 18,5-24,9</math>) em 40,7% dos casos, excesso de peso (<math>IMC 25-29,9</math>) em 44,4% e, com algum grau de obesidade (<math>IMC &gt; 30</math>) em 11,1%.</li><li>• No que diz respeito ao consumo de tabaco, 95,6% afirmou não fumar e dos 4,4% que fumam, 80% fuma até 20 cigarros por dia.</li><li>• As doenças crónicas mais prevalentes foram hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes.</li><li>• Os medicamentos mais utilizados pelos inquiridos foram: os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (<math>n=18</math>), os produtos anti-inflamatórios e reumáticos (<math>n=10</math>) e agentes modificadores de lípidos (<math>n=10</math>).</li><li>• 93,4% da amostra com uma ou mais doenças crónicas indicou seguir a administração dos medicamentos prescritos; 72,5% referiu que tomava a forma farmacêutica em cápsula de gelatina de origem animal, 66,7% indicou que tomavam medicamentos que na sua composição poderiam conter álcool.</li><li>• Na presença de alguma doença crónica, 89,9% não cumpre com os jejuns religiosos, enquanto no que diz respeito à toma dos medicamentos em caso de jejum, as respostas não foram conclusivas.</li><li>• Acerca do uso de plantas ou alimentos (incluindo especiarias) que para o tratamento ou prevenção de algum sintoma ou doença, os</li></ul>

	<p>mais utilizados são o gengibre (n=106), a curcuma (n=103) e o cominho (n=83).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No geral, os participantes sabiam os efeitos dos alimentos/especiarias consumidos, apesar de não se poder comprovar se a quantidade ingerida/aplicada é a necessária para obter o efeito desejado, sendo por isso, necessários mais estudos.</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	<p>Este estudo demonstrou que grande parte da população estudada adere à terapêutica prescrita pelo médico, mesmo esta interferindo com as suas crenças religiosas, como por exemplo a prática de jejuns e toma de cápsulas ou medicamentos com álcool.</p> <p>A população Hindu de Lisboa utiliza muito plantas, alimentos e especiarias para tratamento, tanto de situações ligeiras de saúde como doenças crónicas como hipertensão e diabetes.</p> <p>Os nutracêuticos mais utilizados foram o gengibre, cominho e curcuma por serem mais acessíveis e terem propriedades profiláticas e curativas de sintomas ligeiros.</p> <p>No geral, os participantes do inquérito sabiam os efeitos de quase todos os alimentos, mas não se pode dizer que a quantidade utilizada para tratar seja ou não suficiente, para obter o efeito pretendido.</p> <p>É importante sensibilizar os profissionais de saúde, em especial os farmacêuticos, para a diversidade de culturas e religiões, para promover o uso correto de medicamentos alopáticos e também, melhorar o seu conhecimento no que toca aos efeitos das plantas, alimentos e especiarias, utilizados pela comunidade hindu. As opções ayurvédicas podem complementar a terapêutica e favorecer a obtenção de melhores resultados.</p> <p>Sugere-se a realização de mais estudos, de forma a obter-se mais material de qualidade, para entender a diversidade cultural existente.</p>
<b>ARTIGO B</b>	
<b>Base de dados</b>	Repositório da Universidade de Lisboa
<b>Título</b>	<b>Estudo SAIMI - Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde dos Imigrantes do Subcontinente Indiano em Lisboa: Que Recomendações para Cuidados de Saúde Equitativos e Culturalmente Adaptados?</b>
<b>Autor(es)</b>	Inês CAMPOS MATOS, Violeta ALARCÃO, Elisa LOPES, Carla OIKO, Mário CARREIRA
<b>Ano de publicação</b>	2015
<b>Origem</b>	Lisboa, Portugal
<b>Palavras-chave</b>	Emigrantes e Imigrantes; Oeste Asiático; Portugal; Recomendações para o Planeamento em Saúde
<b>Objetivos</b>	Urge assim identificar as principais necessidades de saúde das comunidades imigrantes do subcontinente indiano, as principais condicionantes do acesso aos cuidados de saúde e determinar as limitações de resposta dos serviços públicos a estas especificidades

<b>População / Amostra</b>	Comunidade imigrante do subcontinente indiano (Bangladesh, Índia e Paquistão) a residir em Lisboa. Foram inquiridos 1011 indivíduos.
<b>Métodos</b>	Estudo transversal Técnica de amostragem bola de neve e recorrendo a inquiridores com acesso privilegiado à população-alvo
<b>Intervenção</b>	Foram administrados questionários individuais, recorrendo a inquiridores com acesso privilegiado à população--alvo (Privileged Access Interviewer Method), ou seja, inquiridores membros das comunidades em estudo. Os dados a obter foram: autoavaliação da qualidade de vida, saúde mental, estilos de vida, estado de saúde e atitudes perante a morte.
<b>Resultados</b>	Principais resultados obtidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria dos participantes eram adultos e do sexo masculino.</li> <li>• Os adultos de nacionalidade indiana tinham maior frequência de doenças crónicas.</li> <li>• A grande maioria da amostra de inquiridos adultos concordou com a afirmação que os profissionais de saúde, de uma maneira geral, compreendem bem as necessidades de saúde dos imigrantes.</li> <li>• Os adultos Indianos foram quem mais frequentemente referiu dificuldades económicas em comprar medicamentos, pagar consultas médicas ou meios complementares de diagnóstico.</li> <li>• Os indianos foram quem mais identifica a existência de barreiras linguísticas à utilização dos cuidados de saúde que mais refere ter sido tratado de forma discriminatória por profissionais de saúde em Portugal.</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	A população do subcontinente indiano teve, quando comparada com populações imigrantes de outras nacionalidades em Lisboa, melhores indicadores de saúde, maior utilização do SNS e reportou dificuldades linguísticas nesta utilização mais frequentemente. A interpretação do número de inscritos no centro de saúde deve ser feita cautelosamente, já que pode ser motivada pelo processo de legalização no País. Os imigrantes do subcontinente indiano mostraram melhores indicadores de saúde quando comparados com a amostra de imigrantes do INS: mais adultos classificaram a sua qualidade de vida como ‘boa’ ou ‘muito boa’ e menos referiram ter hipertensão arterial. Importância de ter em conta as diferenças culturais e de informar as populações imigrantes adequadamente. Recomendações de intervenções: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formar os profissionais de saúde em competências para interagir com utentes imigrantes do subcontinente indiano apenas quando os profissionais manifestem esta necessidade.</li> <li>2. Formar os profissionais de saúde sobre as disposições legais que regem o acesso aos cuidados de saúde pelos indivíduos imigrantes.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Reforçar a disponibilidade dos serviços de interpretação para os imigrantes do subcontinente indiano que recorrem aos cuidados de saúde e que não sejam fluentes na língua portuguesa.</li> <li>4. Fornecer informação aos profissionais de saúde sobre os problemas de saúde mais prevalentes e problemas particulares da população imigrante do subcontinente indiano.</li> <li>5. Monitorizar a saúde e a utilização dos cuidados de saúde pela população imigrante do subcontinente indiano.</li> <li>6. Considerar a criação de trabalhadores comunitários de saúde específicos para cada população, de forma a implementar ações preventivas e informar sobre o acesso aos cuidados de saúde.</li> <li>7. Consultar representantes da comunidade imigrante do subcontinente indiano de forma a conhecer as necessidades específicas deste grupo populacional.</li> <li>8. 8. Informar os imigrantes do subcontinente indiano, possivelmente através dos seus médicos de família, sobre a legislação que regula a doação de órgãos em Portugal.</li> </ol> <p>O conhecimento sobre a saúde e o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes do subcontinente indiano em Portugal é escasso.</p>
--	---

### ARTIGO C

<b>Base de dados</b>	Google Académico – BJM Open
<b>Título</b>	<b>A systematic review of barriers and enablers to South Asian women’s attendance for asymptomatic screening of breast and cervical cancers in emigrant countries</b>
<b>Autor(es)</b>	Rachel Mary Anderson de Cuevas, Pooja Saini, Deborah Roberts, Kinta Beaver, Mysore Chandrashekar, Anil Jain, Eleanor Kotas, Naheed Tahir, Saiqa Ahmed, Stephen L Brown
<b>Ano de publicação</b>	2018
<b>Origem</b>	
<b>Palavras-chave</b>	População do Sul da Ásia, cancro, rastreio assintomático da mama ou do colo do útero e conhecimento, atitude, prática, comportamento ou complacência
<b>Objetivos</b>	<p>Analisar criticamente e integrar os resultados de estudos indutivos, preditivos, comparativos e de intervenção sobre o rastreio assintomático.</p> <p>Documentar resultados consistentes e inconsistentes entre métodos e fazer recomendações teóricas e metodológicas para a realização de investigação futura</p>
<b>População / Amostra</b>	Mulheres do Sul da Ásia, incluindo as populações do Bangladesh, da Índia, do Paquistão, do Sri Lanka, do Butão, das Maldivas e do Nepal.
<b>Métodos</b>	análise de enquadramento e os temas foram extraídos de acordo com o método de análise temática
<b>Intervenção</b>	Revisão sistemática
<b>Resultados</b>	Principais resultados obtidos:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evidente a falta de conhecimentos sobre os cancros femininos e o estigma associado ao cancro feminino.</li> <li>• práticas e pressupostos culturais e sobre os problemas de adaptação a um novo sistema social e de cuidados de saúde que podem inibir o rastreio nas mulheres do Sul da Ásia.</li> <li>• revelaram constrangimentos culturais na compreensão.</li> <li>• as mulheres do Sul da Ásia se saíram pior nas medidas de conhecimento do que as mulheres do país de acolhimento.</li> <li>• as pessoas com conhecimentos mais completos sobre o cancro e a despistagem tinham mais probabilidades de participar na despistagem.</li> <li>• As crenças sobre o risco, a doença, os papéis femininos e as estruturas familiares atenuaram o interesse e a participação no rastreio.</li> <li>• Os estudos atribuíram a falta de compreensão do cancro a dois fatores principais. Em primeiro lugar, o fatalismo religioso significava que o cancro era visto como algo predestinado, como uma retribuição divina pelos pecados ou como uma falta de carácter moral. Em segundo lugar, todos os estudos apontaram o enfoque curativo dos cuidados de saúde nos países de origem como uma razão para algumas mulheres não compreenderem o conceito de prevenção e, conseqüentemente, acreditarem que a procura de cuidados de saúde é desnecessária na ausência de sintomas.</li> <li>• Os países do Sul da Ásia têm sistemas de saúde maioritariamente curativos, em que os custos de saúde têm de ser pagos pelos doentes e não há acesso gratuito aos cuidados de saúde. Esta situação contrasta com os modelos de cuidados de saúde preventivos nos países de acolhimento e, tal como em relação a outras questões de saúde, as mulheres sul-asiáticas mostraram pouca compreensão ou orientação para a prevenção do cancro, embora esta situação tenha evoluído com o tempo, à medida que a consciência da cultura do país de acolhimento aumentava. As mulheres apreciavam os profissionais de saúde que compreendiam e respeitavam os valores da modéstia/timidez pessoal.</li> </ul>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>- As mulheres sul- asiáticas tinham uma compreensão mais pobre do cancro e da prevenção do cancro e que sentiam maiores barreiras culturais e estruturais ao rastreio do que as mulheres do país de acolhimento.</p> <p>- A falta de conhecimento das mulheres do Sul da Ásia sobre a necessidade de rastreio assintomático tem ramificações importantes.</p> <p>- Muitas mulheres tinham opiniões fatalistas ou crenças de que o cancro é incurável, enquanto outras acreditavam que os cancros podiam ser identificados em exames de saúde de rotina. Outras não tinham conhecimento da existência do cancro do colo do útero em particular e</p>

	<p>não se apercebiam de qualquer ameaça para si próprias ou para as suas comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O papel dos homens também foi importante, uma vez que os membros masculinos da família, por vezes, não aceitavam o rastreio e as mulheres não estavam dispostas a provocar conflitos no seio da família ao comparecerem.</li> <li>- Os entendimentos estavam enraizados nas tradições religiosas e culturais e não podem ser abordados isoladamente.</li> <li>- É provável que uma simples intervenção educativa tenha um efeito limitado.</li> <li>- As intervenções devem ser sensíveis às normas culturais.</li> <li>- Sublinharam a importância da língua, dos profissionais do sexo feminino e a importância da aprovação e envolvimento da comunidade.</li> <li>- São necessárias intervenções a nível comunitário para ultrapassar as barreiras culturais identificadas nos estudos indutivos.</li> <li>- As intervenções destinadas a aumentar as taxas de adesão devem ser a longo prazo, multifacetadas e adaptadas às necessidades específicas da comunidade local, por exemplo, através do desenvolvimento de laços estreitos com a comunidade por intermédio de profissionais da educação para a saúde.</li> </ul>
--	--

#### ARTIGO D

<b>Base de dados</b>	PubMed
<b>Título</b>	<b>Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia</b>
<b>Autor(es)</b>	Mehwish Nisar, Asaduzzaman Khan, Tracy L. Kolbe-Alexander
<b>Ano de publicação</b>	2022
<b>Origem</b>	Brisbane, Austrália
<b>Palavras-chave</b>	Austrália, comportamentos de saúde, acesso aos cuidados de saúde, imigrantes, sul-asiáticos
<b>Objetivos</b>	Explorar as barreiras e os facilitadores dos comportamentos de saúde percebidos pelos imigrantes do Sul da Ásia que vivem na Austrália.
<b>População / Amostra</b>	imigrantes adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) nascidos em qualquer um dos países do Sul da Ásia, que falam inglês e que viveram mais de 2 anos na Austrália
<b>Métodos</b>	Estudo qualitativo semi-estruturado 5 Discussões de grupo de foco (FGD) com imigrantes do Sul da Ásia.
<b>Intervenção</b>	Foram elaboradas nove perguntas abertas para orientar a discussão. Os temas principais emergiram como quatro grandes comportamentos de saúde e acesso aos cuidados de saúde, enquanto os subtemas foram categorizados como facilitadores e barreiras associados aos comportamentos de saúde. Atividade física, Dieta saudável, Fumar, Álcool, Acesso aos cuidados de saúde,
<b>Resultados</b>	- A maioria das barreiras mencionadas para a atividade física entre os imigrantes do sul da Ásia - o custo, a socialização e a falta de tempo ou dedicação

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas culturais e religiosas relacionadas a interações de gênero e códigos de vestimenta também limitaram os espaços em que as mulheres poderiam praticar atividade física.</li> <li>- Bullying racista também foi revelado como uma barreira stressante à atividade física.</li> <li>- O gênero, o stress, a pressão social e a ligação à cultura e à religião foram associados aos comportamentos de fumar e beber.</li> <li>- A comida tradicionalmente preparada é uma parte importante do prazer dos imigrantes do Sul da Ásia nas reuniões sociais. Os pratos culturalmente populares aliviaram os sentimentos de saudade dos imigrantes. A saudade de casa é definida como a angústia ou o prejuízo causado por uma separação real ou antecipada de casa.</li> <li>- O preço das frutas e legumes também influenciou as escolhas alimentares.</li> <li>- Atitudes e crenças culturais moldam o acesso aos cuidados de saúde em imigrantes do sul da Ásia. Barreiras importantes ao acesso aos cuidados de saúde, como a falta de informação acessível e a falta de apoio e recursos comunitários, são consistentes.</li> <li>- Compreender os comportamentos de alto risco é uma das principais estratégias para enfrentar o aumento das doenças crônicas.</li> </ul>
--	--

<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As crenças culturais, os custos elevados e as circunstâncias sociais estão associados aos comportamentos de saúde nos do Sul da Ásia.</li> <li>- Os fatores de risco têm de ser compreendidos e tratados no contexto cultural e socioeconómico dos imigrantes para uma melhor modificação dos comportamentos de saúde.</li> <li>- A conceção e aplicação de intervenções adaptadas à promoção de um estilo de vida saudável nos imigrantes do Sul da Ásia e reduzir os encargos com a saúde dos imigrantes e, conseqüentemente, do país de acolhimento.</li> </ul>
-------------------	---

## ARTIGO E

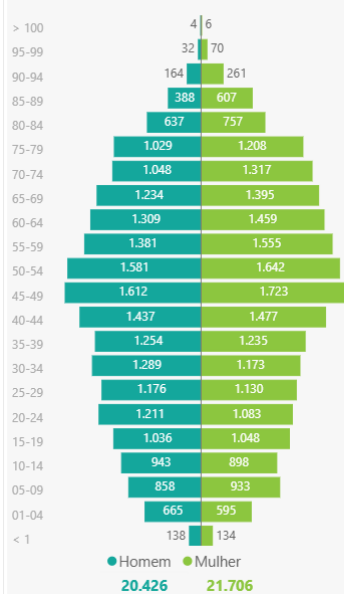
<b>Base de dados</b>	
<b>Título</b>	<b>Chinese, Vietnamese, and Asian Indian Parents' Perspectives About Well-Child Visits: A Qualitative Analysis</b>
<b>Autor(es)</b>	Maya I. Ragavan; Wendy Li, BS; A. Rani Elwy; John D. Cowden; Megan Bair-Merritt
<b>Ano de publicação</b>	2018
<b>Origem</b>	EUA
<b>Palavras-chave</b>	Asiático; imigrante; perspectivas dos pais; investigação qualitativa; consultas de saúde infantil
<b>Objetivos</b>	<p>Examinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) as atitudes dos pais imigrantes asiáticos em relação à frequência e qualidade das consultas de puericultura;</li> <li>2) as influências sociais e culturais que podem afetar as suas perspetivas;</li> <li>3) o seu controlo percebido sobre levar os seus filhos às consultas de puericultura e melhorar a qualidade das consultas de puericultura;</li> </ol>

	4) as suas ideias sobre como melhorar as visitas de crianças saudáveis às famílias de imigrantes asiáticos.
<b>População / Amostra</b>	50 pais imigrantes chineses, vietnamitas e indianos asiáticos.
<b>Métodos</b>	Entrevistas qualitativas
<b>Intervenção</b>	Entrevistas sobre 6 temas: incluíram a frequência das consultas de puericultura, a qualidade da consulta de puericultura, as influências sociais, os prestadores de cuidados de saúde culturalmente concordantes (doravante designados por prestadores) e as clínicas, os cuidados culturalmente sensíveis e a melhoria das visitas de cuidados de saúde às famílias de imigrantes asiáticos.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As barreiras linguísticas e a falta de familiaridade com os cuidados de saúde preventivos dos EUA podem limitar a frequência de outras famílias de imigrantes asiáticos.</li> <li>- Procurarem aconselhamento sobre os cuidados preventivos dos seus filhos junto de familiares mais velhos.</li> <li>- Manifestam a importância de prestadores de cuidados de saúde culturalmente concordantes e de cuidados culturalmente sensíveis, enquanto outros pensaram que a cultura era menos relevante.</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar os pais sobre as suas experiências anteriores em matéria de cuidados de saúde.</li> <li>- Fornecer informações sobre as consultas de puericultura pode ser útil quando se trata de cuidar de famílias de imigrantes.</li> <li>- As influências sociais sobre a saúde das crianças fora da tríade pais-provedor-criança também podem ser importantes.</li> <li>- Outros trabalhos devem explorar a forma de prestar cuidados culturalmente sensíveis que tenham em conta não só as preferências linguísticas da família, mas também a sua identidade cultural única.</li> </ul>

## **ANEXOS**

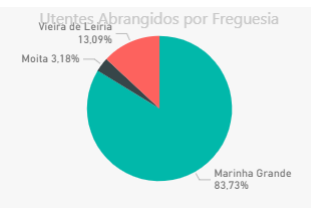
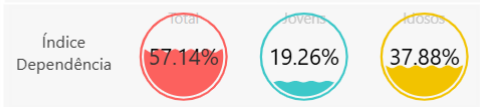
ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DA MARINHA  
GRANDE INSCRITA NA UCC

### Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos

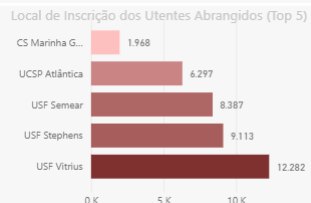


### ARS Centro - CSP da ULS Região de Leiria - UCC Marinha Grande

Utentes Abrangidos **42.132**



Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
07 - 64 Anos	14.755	15.013	29.768
65 - 74 Anos	2.282	2.712	4.994
≥ 75 Anos	2.254	2.909	5.163
≤ 6 Anos	1.135	1.072	2.207



### Grupos Específicos

Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	8.869 Mulheres em Período Fértil	
				15 - 54 Anos	Total
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	138	134	272	
Exames Globais de Saúde Vacinação	10 - 13 Anos	732	695	1.427	
Vacinação	15 - 17 Anos	612	598	1.210	

Fonte: SPMS, 2025

## ANEXO II – Escala EA<sub>v</sub>EC

<b>Domínio</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Participação Comunitária</b>	Nem todos os membros e grupos da minha comunidade estão a participar em atividades e reuniões (ex. grupos de trabalho que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes).	Os membros da minha comunidade participam em atividades e reuniões que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da minha comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos, que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes.	Os membros da minha comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação de projetos que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	Não existe avaliação da problemática do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes, desenvolvida pela comunidade.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação acerca do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes são identificados pela comunidade Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na melhoria do acesso aos cuidados de saúde e na atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar a problemática do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença dos imigrantes, e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
<b>Liderança local</b>	Existem organizações comunitárias que envolvem a problemática do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes, no entanto estas não têm um líder.	Existem líderes para as organizações comunitárias, no entanto algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
<b>Estruturas organizacionais</b>	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
<b>Mobilização de recursos</b>	Os recursos existentes para dar resposta problemática do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	São criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.

<b>Ligações a outros</b>	Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas problemáticas do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes.	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade.
<b>Habilidade para “questionar porquê”</b>	Não existem discussões de grupo para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes.	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, e desafiar o conhecimento adquirido.	Foi criado um grupo(s) para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
<b>Gestão do programa</b>	Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, desenvolvido pela comunidade; ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
<b>Relação com agentes externos</b>	Existem agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas, mas sem qualquer relação com a comunidade.	Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.	A comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

**Fonte:** Adaptado. Em Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale, (p. 443), de Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L. V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Freitas, C. T. & Dimande, M., 2020, *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1). <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>

ANEXO III – Matriz de decisão clínica do MAIEC



ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética e despacho do Conselho de Administração

**Enviado:** quinta-feira, 2 de janeiro de 2025 16:59

**Para:** Carolina Luís <[carolinarm Luis@gmail.com](mailto:carolinarm Luis@gmail.com)>; ana bastos <[anabastos\\_01@hotmail.com](mailto:anabastos_01@hotmail.com)>

**Cc:** Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros <[teresa.kraus@ipleiria.pt](mailto:teresa.kraus@ipleiria.pt)>

**Assunto:** Aprovação de Estudo

Boa tarde,

Cara Ana Bastos e Carolina Luís,

Espero que se encontre bem.

Envio em anexo o ofício com a aprovação do seu estudo pelo Conselho de Administração.

Poderia informar-me quando irá iniciar?

Envio em anexo o exemplar do relatório final que nos deve enviar após termino dos estudos.

Relembro que no fim do estudo que fizer algum tipo de publicação do mesmo deve-nos enviar um exemplar para nosso conhecimento.

Se tiver alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Ao dispor.

Votos de um Excelente Ano 2025, com saúde e sucesso 😊

Com os melhores

cumprimentos,

---

**Cristiana Fernandes**

Técnica Superior

Centro de Investigação



**Unidade Local de Saúde da Região de Leiria,**

**E.P.E.**

*Local Health Unit of the Leiria Region, E.P.E.*

Rua das Olhalvas, Pousos

2410-197 Leiria | Portugal

Tel: 244817000 | Ext: 4002

[www.ulsrl.min-saude.pt](http://www.ulsrl.min-saude.pt)





Saúde



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE LEIRIA

DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração Acta nº 54-2024/12/27

Aut. do 24.12.27

Centro de Investigação  
Licínio de Carvalho Presidente  
Alexandra Borges Vogal Executivo  
Catarina Faria Diretora Clínica - CH

CI - Centro de Investigação  
Ref.º 114/2024

CP

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Dr. Licínio Oliveira de Carvalho,  
Unidade Local de Saúde Região de Leiria, E.P.E.  
Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria

Leiria, 18 de dezembro de 2024

**Assunto:** Trabalho académico, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, das alunas Ana Rita Carreira Bastos e Carolina Raquel Marques Luís, intitulado "Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)", submetido Prof Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, professora na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeia).

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

Este estudo será para aplicar aos emigrantes inscritos no Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como objetivos gerais, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura da população emigrante da Ásia Central e Meridional, residente no conselho da Marinha Grande. Na ULSRL, este estudo terá como elo de ligação a Enf.ª Cristina Gaspar Santos, adjunta do Enfermeiro Diretor.

Mais se informa que o estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 10 de 2024.12.09. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO,

(Enf. Daniel Carvalho)

Recado 202412-20 fsc

- original ao CI. 02/01/2025 Anulada

ANEXO V – Agendamento com a Junta de Freguesia Marinha Grande

## Solicitação de sala para reunião

Caixa de entrada x



**ana bastos** <anabastos\_01@hotmail.com>  
para presidente@freg-mgrande.pt, mim, Teresa ▾

19/02/2025, 01:00 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exma. Senhora Presidente,

Somos Ana Rita Bastos e Carolina Luís, enfermeiras e alunas do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Leiria, que no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, desenvolvido na Unidade de Saúde Pública - Polo da Marinha Grande e na Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande, sob orientação das Enfermeiras Especialistas Ana Catarina Duarte, Dina Pascoal, Lúcia Grácio e Catarina Antunes e supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus, estamos a dar continuidade a um projeto de intervenção de enfermagem comunitária (ENGAGE - Empoderamento comunitário da população imigrante residente no Concelho da Marinha Grande) iniciado pelas colegas do mestrado anterior. Neste seguimento, solicitamos a vossa disponibilidade para a utilização das vossas instalações, no dia 26 de fevereiro de 2025 às 18h, para realizar a reunião com o grupo focal. À semelhança do ano anterior, em que a Junta de Freguesia esteve representada pela D. Elisabete Carreira, solicitamos igualmente a sua presença.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Bastos e Carolina Luís



**Presidente | J. Freguesia da Marinha Grande** <presidente@freg-mgrande.pt>  
para elisabete-carreira, ana, mim, Teresa ▾

quarta, 19/02, 11:00 ☆ 😊 ↶ ⋮

Ex.mas Senhoras,

Confirmo a receção do email infra, o qual mereceu a melhor atenção, quanto ao solicitado, venho pelo presente confirmar a disponibilização da sala contígua ao Espaço do Cidadão para a realização da ação, tendo já dado conhecimento à Dra. Elisabete Carreira, para caso tenha disponibilidade possa participar.

Ao dispor,

Com os melhores cumprimentos | Best Regards.



**Maria Neves** | Presidente da J. de Freguesia da Marinha Grande

Tel.: + 351 244 502 568

<http://www.freg-mgrande.pt>

...

...

ANEXO VI – Gráfico Radar EA v EC ENGAGE23



**Fonte:** Soares (2024)