

Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A Atitude Face à Saúde-Doença dos Imigrantes:

O Projeto ENGAGE como Promotor do Empoderamento Comunitário

Sílvia Maria Margarido Duarte

Leiria, março de 2024

Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A Atitude Face à Saúde-Doença dos Imigrantes:

O Projeto ENGAGE como Promotor do Empoderamento Comunitário

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

Sílvia Maria Margarido Duarte

Estudante nº 5220083

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

Docente Orientador: Professor Doutor Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Leiria, março de 2024

**“Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados,
e como te serves deles,
e dir-te-ei que cuidados prestas.”
(Collière, 1999, p. 245)**

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada que agora termina não foi fácil, teve obstáculos e dificuldades, mas com a ajuda, das pessoas que passo a agradecer, foi mais fácil de terminar.

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

Ao Professor Doutor Tiago Nascimento, pelo apoio e disponibilidade prestados, saber e aconselhamento sempre oportuno e pela sua competência pedagógica.

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 Ana Sofia Machado, pela orientação, experiência, partilha, disponibilidade demonstrada, pela ajuda e pelo incentivo, que muito me ajudaram a crescer enquanto pessoa e enquanto profissional.

Às restantes Enfermeiras da USP Pólo 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.

À Paula Silva pela amizade, apoio e ajuda na realização dos trabalhos de grupo e pelo seu trabalho incansável.

Aos restantes colegas do mestrado pela ajuda e apoio.

Aos meus colegas da UCC Dr. Arnaldo Sampaio pelo apoio, incentivo e desculpem as minhas ausências.

Aos imigrantes e a todos os profissionais que participaram no projeto. Sem eles nada disto seria possível.

Aos dois HOMENS, que fazem a minha vida ter mais sentido.

Mas com a maior gratidão, a todos digo: **MUITO OBRIGADA**

RESUMO

O presente relatório resulta da conclusão do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Tem como objetivos realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, em contexto de Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados na Comunidade, ao longo do Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com relatório final, e descrever, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, o projeto de intervenção comunitária ENGAGE, usando como referenciais teórico o Modelo de Madeleine Leininger e como modelo de intervenção o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário. Para sustentar a intervenção, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura.

Definido para o Projeto como questão de partida “Quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Índia que residem no concelho da Marinha Grande?”, e tendo como objetivos: determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Índia residentes na Marinha Grande; avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário e identificar o nível de empoderamento comunitário da comunidade imigrante. População alvo os imigrantes provenientes da Índia, residentes no concelho da Marinha Grande. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada, tendo-se identificado como prioridade a atitude face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura. Posteriormente foi desenvolvido um grupo focal, para avaliar o nível de empoderamento da comunidade imigrante, através da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário, chegando-se à conclusão de que esta comunidade tem um nível de empoderamento baixo em sete domínios.

O desenvolvimento do empoderamento da comunidade imigrante indiana poderá contribuir para o aumento da sua literacia e capacitação, sendo estes promotores do acesso aos serviços de saúde, para isso é fundamental, no futuro, continuar a intervir nesta comunidade adequando os cuidados às necessidades reais e sentidas, obtendo ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; imigrante, determinantes de saúde; Empoderamento Comunitário

ABSTRACT

This report is the result of the completion of the Master's Degree in Community Nursing: Community and Public Health Nursing. Its objectives are to carry out a critical-reflective analysis of the development of the common and specific competences of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing, in the context of a Public Health Unit and a Community Care Unit, throughout the Community and Public Health Nursing Internship with a final report, and to describe, based on the Health Planning methodology, the ENGAGE community intervention project, using Madeleine Leininger's Model as a theoretical reference and the Community Evaluation, Intervention and Empowerment Model as an intervention model. To support the intervention, an Integrative Literature Review was carried out.

The starting question for the project was "What are the health determinants affecting immigrants from India living in the municipality of Marinha Grande?", and the objectives were: to determine the sociodemographic data of immigrants from India living in Marinha Grande; to assess the participants' perception of the determinants of their health and the dimension that needs to be addressed as a priority in community empowerment; and to identify the level of community empowerment of the immigrant community. The target population was immigrants from India living in the municipality of Marinha Grande. A semi-structured interview was used as a data collection tool, and the attitude towards the state of compromised Health-Disease, associated with culture, was identified as a priority. A focus group was then held to assess the level of empowerment of the immigrant community, using the Community Empowerment Assessment Scale, and it was concluded that this community has a low level of empowerment in seven domains.

The development of the Indian immigrant community's empowerment could contribute to increasing their literacy and capacity building, which would promote access to health services. To this end, it is essential to continue to intervene in this community in the future, adapting care to real and perceived needs and achieving health gains.

Keywords: Nursing; immigrant; health determinants; Community Empowerment

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS PL- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

AUCC - Associação de Unidade de Cuidados na Comunidade

BCG - *Bacilo Calmette–Guérin*

CCI – Cuidados Continuados Integrados

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Covid-19 – *Coronavirus Disease 2019*

CS - Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EA ν EC - Escala de Avaliação de Empoderamento Comunitário

EC CI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EESCSP - Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESCSP - Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

IDG – Índice de Desempenho Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOM - *International Organization for Migration*

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

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

NUTS - Nomenclatura de Unidade Territoriais para fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNS - Programa Nacional de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

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

PS - Planeamento em Saúde

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

SAMP - Sociedade Artística e Musical dos Pousos

SClínico - Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SiiMA Rastreios – Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreamento populacionais ou oportunistas

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC MG - Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande

UE - União Europeia

UF – Unidades Funcionais

ULSRL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

USP – Unidade de Saúde Pública

USP PL - Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral

ViGIE - Plataforma integrada de gestão de instalações - rede de frio

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

ÍNDICE DE FÍGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
ÍNDICE DE TABELAS	xv
INTRODUÇÃO	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	20
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	21
1.1.1. Caracterização da USP Marinha Grande.....	25
1.1.2. Caracterização da UCC Marinha Grande.....	28
2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL (TDUCC).....	32
2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (MAIEC)	35
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	40
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	40
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	41
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	42
3.1.3. Gestão dos cuidados.....	44
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	45
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	46

3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	46
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	48
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	52
3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	55
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	57
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	57
4.1.1. A Migração pelo mundo.....	57
4.1.3. A Imigração na Marinha Grande	63
4.1.4. Políticas de Apoio à Migração	66
4.1.5. Imigração e Saúde em Portugal	68
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	77
5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	78
5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	84
5.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	85
5.4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	88
5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	89
5.6. EXECUÇÃO	90
5.7. AVALIAÇÃO	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 - Apresentação realizada no 10º aniversário da UCC MG	

APÊNDICE 2 - Póster para Encontro CHL

APÊNDICE 3 - Apresentação realizada no Congresso da AUCC

APÊNDICE 4 – Artigo Jornal InfoSaúde do ACeSPL

APÊNDICE 5 – Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE 6 –Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável”

APÊNDICE 7– Sessão de Educação para a Saúde “SBV”

APÊNDICE 8 – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros ao Bebê e Criança”

APÊNDICE 9 –Sessão de Formação de pares “SBV para Profissionais de Saúde”

APÊNDICE 10 – Guião de Entrevista semiestruturada aos Informantes-Chave Imigrantes

APÊNDICE 11 –Consentimento Informado para entrevistas

APÊNDICE 12 - Pedido Parecer Comissão de Ética IPLeiria e respetivo parecer

APÊNDICE 13 –Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas

APÊNDICE 14 – Consentimento Informado para Grupo Focal

APÊNDICE 15 – Análise do Grupo Focal

ANEXOS

ANEXO I – Área Geográfica do ACeSPL

ANEXO II – Número de utentes inscritos na USP Pinhal Litoral

ANEXO III– Plano de Ação da USP PL

ANEXO IV – Articulação da USP PL com outras Unidades Funcionais

ANEXO V – Área Geográfica do Concelho da Marinha Grande

ANEXO VI – Número de utentes da área de abrangência da UCC MG

ANEXO VII – Carteira de Serviços da UCC MG

ANEXO VIII – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC)

ANEXO IX – Matriz de decisão clínica do MAIEC

ANEXO X - Encontro Enfermagem CHL

ANEXO XI – Certificado de Palestrante Encontro Comemorativo do 10º Aniversário da UCC da Marinha Grande

ANEXO XII – Email de Comunicação Livre no V Encontro da AUCC

ANEXO XIII - Ação de Formação “1º Fórum da Unidade Local PPCIRA do ACeS PL”

INDICE DE FÍGURAS

Figura 1- Pirâmide etária da população residente no ACeS PL no ano de 2023	22
Figura 2 -Índice de dependência, na UCC MG.....	28
Figura 3 - Modelo Sunrise.....	34
Figura 4 - Domínios da EAveC	36
Figura 5- Evolução do número de migrantes internacionais.....	59

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estrutura etária das populações nacionais e não nacionais da UE a 1 de janeiro de 2022 (%).....	61
Gráfico 2 - Pirâmide etária da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira, em 2021	62
Gráfico 3 - População estrangeira proveniente da Ásia em Leiria e Marinha Grande.....	64
Gráfico 4 - População estrangeira proveniente da Ásia, com vistos de residência na Marinha Grande, nos anos de 2019 e 2021	65
Gráfico 5 – População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, por sexo, nos anos de 2019 e 2021	65
Gráfico 6 - Avaliação do empoderamento da comunidade imigrante para a atitude Face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura	91

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Nacionalidades estrangeiras predominantes no concelho de Marinha Grande	64
Tabela 2 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS	85
Tabela 3 - Objetivos, indicadores de atividade e de resultados e metas	87

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório final, inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), foi elaborado o presente relatório com o objetivo de realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do mesmo. Este estágio desenvolveu-se em dois contextos – Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Entre os dias 7 de setembro e 27 de outubro de 2023, decorreu na USP Pinhal Litoral (USP PL) – Pólo Marinha Grande, com 125 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica, e no período de 30 de outubro de 2023 e 23 de fevereiro de 2024, o estágio foi desenvolvido na UCC da Marinha Grande (UCC MG), com um total de 250 horas de contacto presencial.

O Estágio teve como objetivos gerais: “(...)desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública” (Escola Superior de Saúde de Leiria [ESSLei], 2023), tendo também os seguintes objetivos específicos:

“executar processos de cuidados de ESCSP 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 ESCSP 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”(p.4-5).

Sendo momentos privilegiados na formação do Enfermeiro Especialista (EE), os estágios permitem que este compreenda as dinâmicas da sua intervenção especializada e integre as aprendizagens essenciais no contexto da prestação de cuidados, promovendo a consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros [OE] a, 2021).

Preconiza-se que o estágio seja um importante elemento na transição para enfermeiro especialista, sendo que o presente relatório procura ser uma síntese crítico-reflexiva e cientificamente fundamentada das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EESCSP) e das atividades

desenvolvidas nos contextos clínicos, assim como, no processo inerente ao trabalho de investigação desenvolvido, com o projeto de intervenção comunitária, através da metodologia do Planeamento em Saúde (PS).

Há evidência que os fluxos migratórios de pessoas são hoje um fenómeno cada vez mais global. Estes fenómenos acarretam consigo muitos desafios nos países de acolhimento, no entanto também trazem riqueza cultural, benefícios na economia entre outros. Com o aumento da imigração, a que muitos países estão sujeitos, é importante refletir sobre políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas para a população imigrante sempre com o intuito de existirem ganhos em saúde para esta população.

Segundo a *International Organization for Migration (IOM)* (2023) estima-se que a nível mundial existiam cerca de 281 milhões de migrantes internacionais em 2020, o que equivale a 3,6% da população mundial. A maioria das pessoas vive no país onde nasceu, mas um em cada trinta é imigrante. Na União Europeia (UE), vivem 446,7 milhões de habitantes, sendo 23,8 milhões são nacionais de países terceiros (5,3% da população) e 38 milhões de pessoas nasceram fora da UE (8,5% de todos os habitantes da UE) (Eurostat, 2022).

Acrescenta-se que mais de 40% dos imigrantes internacionais em todo mundo no ano 2020 (115 milhões) nasceram na Ásia, sendo cerca de 20% originários da Índia (maior país de origem), os restantes oriundos do Bangladesh, Paquistão, China, Filipinas e Afeganistão (IOM, 2023).

Estes dados são evidenciados também pelo Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2021, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o qual refere que no ano 2021 houve um aumento da população estrangeira residente em Portugal, mais 5,6% em relação a 2020, sendo no total 698,887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. Destacando-se a Índia como o quinto país com mais autorizações de residência (Estrela, Lopes, Menezes, Sousa & Machado, 2022). Já o Instituto Nacional de Estatística (INE) refere que durante o ano de 2021 chegaram 97,119 imigrantes a Portugal (INE, 2023).

No concelho da Marinha Grande também se verifica este fluxo migratório elevado, segundo os Censos de 2021 a comunidade imigrante no concelho era de 2305 indivíduos, dos quais 374 tinham como país de origem a Índia (INE, PORDATA, 2023). No entanto, o SEF b (2021) apresenta para o mesmo ano, 2845 indivíduos imigrantes no concelho, sendo 747 da proveniências da Índia.

O EESCSP tem como foco dos seus cuidados especializados a comunidade (Melo, 2020). Assim, de forma a ir ao encontro do desenvolvimento das competências do EESCSP e objetivos de estágio, surgiu um projeto de intervenção comunitária, com foco nos imigrantes provenientes da Índia e que residem no concelho da Marinha Grande. A necessidade foi levantada devido à existência de um volume migratório elevado desta comunidade nos últimos anos, com uma maior afluência ao CS da Marinha Grande, existindo um desconhecimento quanto os seus modos de vida desta comunidade, à sua cultura, às necessidades reais e sentidas nos cuidados de saúde, reforçando assim uma necessidade de análise dos determinantes de saúde justificando desta forma um trabalho com esta comunidade.

Considerando a problemática exposta, este projeto de estágio teve como ponto de partida a seguinte questão: quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Índia que residem no concelho da Marinha Grande?

Para dar resposta a esta questão foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e operacionalizadas as etapas do PS, com a finalidade de determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Índia, residentes na Marinha Grande; avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e identificar o nível de empoderamento comunitário da comunidade imigrante. Foi então possível desenvolver o projeto, tendo por base a metodologia do PS, o Modelo Teórico de Madeleine Leininger e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), denominado *ENGAGE* - Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante da Marinha Grande.

De acordo com o que foi referido anteriormente, o estudo da comunidade imigrante é cada vez mais emergente, com o intuito de esta comunidade, que por si é vulnerável, usufrua de melhores cuidados de saúde e mais acessíveis, pois, o direito à saúde é um direito para todos os cidadãos em Portugal, segundo a Lei de Bases da Saúde todos têm o direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação e a aceder a cuidados de saúde adequados à sua situação clínica (Decreto-Lei n.º 95/2019).

Compete ao EESCSP, segundo o Regulamento n.º 428/2018, da OE, avaliar o estado de saúde destas comunidades vulneráveis. Deste modo, poderá contribuir para a sua capacitação, integrando e coordenando programas de saúde, promovendo assim, a defesa do direito aos cuidados de saúde. Usando a metodologia de PS, esta constitui a melhor escolha para a intervenção comunitária, permitindo estruturar a intervenção em função dos principais

problemas da comunidade, possibilitando alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente, utilizando os recursos disponíveis (Tavares, 1992).

O presente relatório organiza-se em cinco capítulos: o primeiro que inicia-se com a caracterização dos contextos da prática clínica; seguem-se, no segundo capítulo os modelos de referência que orientaram a prática clínica ao longo do estágio; no 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 enquadramento teórico; e finalmente no quinto capítulo é apresentado o projeto de intervenção comunitária segundo a metodologia do PS, onde são desenvolvidas as suas etapas, finalizando com as considerações finais e as referências bibliográficas.

O presente relatório foi elaborado em concordância com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos ESSLei (2018) e com referenciação de acordo com a Norma APA 6ª Edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

No ano de 1978, com a Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP), estes foram definidos como “(...)cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...)”, e “(...) representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978, s.p.).

Tendo por base a importância para os Enfermeiros dos CSP, a prática clínica foi realizada em unidades funcionais (UF) destes, sendo um pilar primordial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma vez que os Centros de Saúde (CS) são a primeira linha do acesso aos cuidados de saúde, assumindo assim importantes funções no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção da doença e também a ligação com outros serviços para a continuidade dos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº28/2008, 2008).

A realização de estágios é, para a OE b(2021), crucial na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, pois é no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados que se compreendem as dinâmicas próprias da intervenção, possibilitando a aprendizagem e consolidação de conhecimentos. Desta forma, o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional das unidades onde decorre a prática clínica é um dos primeiros objetivos preconizados para o estágio, assim como a integração nas respetivas equipas multidisciplinares.

O Estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública II decorreu no período de 7 setembro de 2023 a 23 de fevereiro de 2024, através da prática clínica especializada supervisionada, em duas UF distintas dos CSP, primeiramente na USP PL - Pólo da Marinha Grande, e em segundo na UCC MG. Estas unidades anteriormente pertenciam à Administração Regional do Centro (ARSC) e ao Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL), agora extintos dando lugar, desde 1 de janeiro de 2024, após o Decreto-Lei n.º 102/2023, à Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULSRL).

Assim, todos os dados de referência para o desenvolvimento deste relatório têm por base os documentos das organizações pré-existentes. Segue-se então a contextualização e a caracterização de cada local da prática clínica.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Estando atualmente as UFs anteriormente descritas integradas na ULS RL, importa primeiro caracterizar brevemente esta Unidade Local de Saúde. Assim, esta tem como área de abrangência os Concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal e Ourém e abrange uma população de cerca de 400.000 habitantes e à qual pertencem 90 instituições (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS] a, 2024). Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade a todos os utentes que a ela recorram, articulando com os CSP e restantes Hospitais integrados na rede do SNS e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), adequando os recursos às necessidades da população, assim como, desenvolvendo padrões de qualidade, economia, eficiência e eficácia, assegurando condições para o desenvolvimento de investigação e formação profissional aos profissionais presentes, garantindo as condições de Segurança e Saúde para todos os envolvidos (SPMS a, 2024).

No que diz respeito ao anterior ACeS PL este, segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), pertencia ao Centro do País (NUTS II), integrando a sub-região de Leiria (NUTS III). Estava sob a tutela da ARSC e abrangia a área territorial dos concelhos da Batalha, Porto de Mós, Marinha Grande, Leiria e Pombal, correspondendo a 1 743,7 Km² (ACeS PL, 2023).

No ACeS PL encontravam-se inscritos 281.888 utentes (SPMS b, 2024). Deste número de inscritos, 30,3% dos utentes encontrava-se sem médico de família (ACeS PL, 2023).

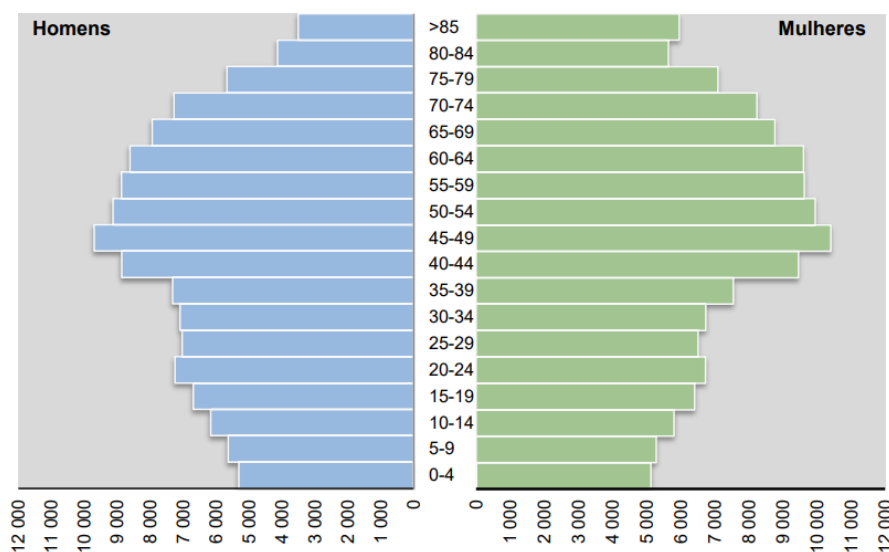
Relativamente à caracterização demográfica da população, esta permite analisar o seu crescimento, envelhecimento e morbilidade. Assim, segundo os Censos de 2021, o Pinhal Litoral tinha uma população residente de 257.579 indivíduos, representando uma diminuição de 1,3 % comparando com os Censos de 2011 (ACeS PL, 2023).

Quanto à distribuição da população por Concelho, em 2021, 49,9% dos habitantes viviam no Município de Leiria, sendo este concelho e o da Marinha Grande os que apresentaram um aumento da sua população. Relativamente à distribuição por sexo, houve um incremento ligeiro

da população do sexo feminino, e quanto à população do sexo masculino apresentou apenas um crescimento de 0,02% (ACeS PL, 2023).

Quanto à distribuição da população por idade e sexo, na área de abrangência do ACeS PL, conforme se verifica na Pirâmide Etária (Figura 1) a pirâmide da população residente no ano de 2023 apresentava uma base estreita e um centro e topo alargado, demonstrando assim a presença de uma população envelhecida, com baixa renovação de gerações (ACeS PL, 2023).

Figura 1– Pirâmide etária da população residente no ACeS PL no ano de 2023



Fonte: Perfil de Saúde ACeS PL (2023)

Quanto ao Índice de Envelhecimento existiu um aumento em todos os concelhos do ACeS PL, no período de 2018-2022, observando-se a manutenção das tendências observadas nos últimos anos, com o aumento da população idosa. Este facto, associado ainda ao valor da esperança média de vida à nascença calculada em 2021 para o ACeS PL, que era de 82,6 anos, demonstra como a presença de uma população envelhecida representa um desafio extra na resposta para esta população, já que este aumento leva a um acréscimo da carga de doença, o que poderá levar ao aumento de custos em saúde (ACeS PL, 2023).

Estes valores refletem-se também no índice de dependência dos idosos, que entre 2018-2022 tem vindo a aumentar em todos os concelhos, apesar de se encontrarem abaixo dos valores observados na região Centro, à exceção do concelho de Pombal (ACeS PL, 2023).

Relativamente ao número de nados vivos no ACeS PL, entre 2018 e 2022 nasceram 2022 crianças, existindo um aumento do seu número absoluto em 2022, face ao ano anterior. O mesmo acontece com a taxa bruta de natalidade, com o valor de 7,99 nados vivos por mil

habitantes, com um ligeiro aumento comparado com o ano 2019, mantendo-se estável ao longo do tempo (ACeS PL, 2023).

Já o índice sintético de fecundidade entre 2018 e 2022, indica alguma variação anual nos vários concelhos de ACeS PL, mas mantém-se abaixo do limiar da substituição de gerações, que equivale a 2,1 filhos por mulher (ACeS PL, 2023).

Sendo os determinantes de saúde fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma população, influenciando a probabilidade de ocorrência de doença ou morte prematura e evitável, é basilar identificá-los para que possam ser adotadas políticas de saúde que levem à promoção da saúde da população (Ministério da Saúde, 2022). Para além destes, também é importante considerar os indicadores de saúde, já que mensuram as alterações observadas nos problemas de saúde da população.

Desta forma, no ACeS PL quanto aos nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, entre 2018-2022 existiu uma evolução da proporção de nascimentos em mulheres com a idade indicada anteriormente, nos vários concelhos do ACeS PL, não existindo nenhum padrão de evolução específico entre os vários concelhos. Outro determinante de saúde analisado foram os nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos, existindo um número de nascimentos similar entre os anos 2018 e 2022 (ACeS PL, 2023).

Ao analisar o estado de saúde da população do ACeS PL, para o indicador relativo à taxa bruta de mortalidade, pode-se referir que, na sua globalidade, apresenta valores inferiores ao da Região Centro (13,8 %), onde apenas Pombal apresenta um valor superior (ACeS PL, 2023).

Quanto aos grupos de causas de morte, na faixa etária mais jovem, no sexo masculino (até aos 24 anos) existe um aumento de causas externas de lesão e envenenamento, sendo também evidenciado, embora com valores menores no sexo feminino, persistindo este aumento nas faixas etárias seguintes (ACeS PL, 2023).

As doenças que apresentam maior mortalidade são as referentes ao aparelho circulatório, seguindo-se as neoplásicas e as respiratórias, onde o número de óbitos é mais evidente nas faixas etárias mais avançadas porque, tal como já referido, a idade é um fator de risco para a morte, assim como, a prevalência destas doenças nestas faixas etárias em maior grau (ACeS PL, 2023).

Na sequência do exposto, passaremos a referir outro dado relevante para a compreensão do tipo de população da área de abrangência do ACeS PL, a morbilidade. Este indicador reflete o nível

de saúde de uma comunidade e diz respeito à taxa de portadores de determinada doença em relação ao número de habitantes saudáveis, em determinado local, num determinado momento (ACeSPL, 2021).

Sabendo que as doenças infecciosas têm vindo a assumir uma relevância a nível europeu e mundial, torna-se fundamental relatá-las por doenças de notificação obrigatória. Analisando os dados disponíveis no Perfil de Saúde do ACeS PL (2023), em 2021 destaca-se um aumento de algumas Doenças Sexualmente Transmissíveis, como infeções por sífilis, VIH/SIDA, Gonorreia e *Chlamydia Trachomatis*. Quanto às infeções respiratórias, entre 2020 e 2022 existiu um aumento do número de casos de Tuberculose, com uma diminuição nos anos de Pandemia Covid-19. Para a Doença dos Legionários a sua incidência diminuiu em 2022.

A notificação destas doenças é feita através da plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), sendo um dos principais sistemas de vigilância epidemiológica usado pelos serviços de Saúde Pública para monitorizar tendências, avaliar a transcendência e magnitude dos problemas e tomar decisões sobre estratégias de intervenção, permitindo assim, em tempo real, a identificação de doenças transmissíveis, podendo as autoridades competentes delinear formas de prevenção e controlo, evitando formas de contágio e, conseqüente disseminação (ACeS PL, 2023).

Esta caracterização dos determinantes de saúde e monitorização do estado de saúde de uma população possibilita aos serviços prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, fazendo com que as USP possam realizar intervenções adequadas e atuar na preparação e na resposta a emergências de Saúde Pública (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

O EESCSP deve, por isso, e dando ênfase às competências específicas adquiridas, identificar os grupos e comunidades vulneráveis, entender os seus problemas, ou seja, o estado de saúde deficitário (Melo, 2020) e também as necessidades de cada um, respeitando a sua individualidade e, intervindo junto dos mesmos, obtendo ganhos em saúde.

Posteriormente, aos dados acima apresentados, discutidos e refletidos, proceder-se-á à caracterização concreta dos locais de estágio da USP e da UCC, como locais de excelência para o desenvolvimento de atividades capacitando a mestranda a adquirir as competências regulamentadas do EESCSP.

1.1.1. Caracterização da USP Marinha Grande

Em 2008, o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro refere que a USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do agrupamento em que se integra competindo-lhe, 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.

As USP, no ano de 2013, tiveram adaptadas as suas competências, passando a ser sediadas a nível nacional, regional e local. Tinham como funções a “(...) elaboração de informação e de planos no domínio da Saúde Pública, a vigilância epidemiológica, o gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, a promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e o colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde” (Decreto-Lei n.º 137/2013, 2013, p. 6050). Mais tarde, em 2022, com a publicação do novo Estatuto do SNS, define-se que as USP são unidades com autonomia técnica e funcional, devendo atuar na preparação e resposta a emergências de saúde pública, articulando com a saúde alimentar, ambiental e animal, sendo compostas por médicos de Saúde Pública, enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

Para Melo (2020), as USP promovem uma estratégia política e de governação, avaliam o estado de saúde de uma população, sendo responsáveis pelas atividades e condições governamentais com o intuito de promover, proteger e preservar a sua saúde.

A USP PL pertencia ao ACeSPL e tinha como área de abrangência os concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós, conforme Anexo I. Situada na freguesia de Marrazes, em Leiria, nas instalações do CS Dr. Arnaldo Sampaio, a USP PL é uma unidade funcional independente, tendo um plano de ação onde constam a missão, valores, visão, competências, constituição e organização (ACeSPL, 2016).

Tem uma população de utentes inscritos nas várias UF de 281.878 utentes, como se pode verificar no Anexo II. A USP PL tem como missão

“(...)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 epidemiologia; 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”(SPMS a, 2023, s.p.).

Tem como visão o “(...) 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” (SPMS a, 2023, s.p.).

Os seus valores regem-se pela

“(...) 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 UF do ACeS; Cultura de equidade e garantia de acessibilidade à população; Cultura de integridade na defesa dos interesses públicos (SPMS a, 2023, s.p.)”.

Segundo o Plano de Ação 2016-2018 (ACeS PL, 2016) da USP PL - não existia documento mais recente à data de elaboração deste trabalho - esta realiza as suas atividades nos programas e projetos apresentados no Anexo III. A USP PL desenvolve a sua atividade em articulação com as UF do ACeS PL, conforme descrito no Anexo IV.

Atualmente, nas USP apenas são avaliados indicadores de atividade, sem fazer recurso a indicadores de desempenho. Analisando o referencial multidimensional de contratualização para as USP referente ao ano de 2023, este está assente nas suas competências e no cumprimento da sua carteira de serviços. No entanto, apenas é possível operacionalizar os Índices de Desempenho Setoriais para as áreas de Serviços, Qualidade Organizacional e Formação (Administração Central de Serviços de Saúde [ACSS], 2023).

A USP é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra onze médicos de Saúde Pública, oito médicos internos a realizar especialidade, nove enfermeiros com a Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, dez técnicos superiores de diagnóstico de terapêutica - Saúde Ambiental e oito assistentes técnicos administrativos. Os profissionais encontram-se distribuídos pela sede da USP em Leiria e pelos respetivos pólos localizados em Porto de Mós, Batalha, Marinha Grande e Pombal (SPMS a, 2023).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que diz respeito ao cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, estas são definidas pela disponibilidade, num serviço, dos

profissionais de enfermagem necessários, com uma combinação de níveis de aptidões adequados, no sentido de assegurar as necessidades de cuidados aos utentes e a manutenção de condições de trabalho que sejam isentas de risco para os destinatários de cuidados de saúde, bem como dos próprios profissionais envolvidos. Desta forma, no que diz respeito a dotações de enfermagem, para uma USP é necessário 1 enfermeiro para cada 30.000 habitantes e, assim, USP PL tem as dotações seguras asseguradas, sendo 9 enfermeiros para 281.878 habitantes, sendo esta uma mais-valia para a população a presença do número seguro de enfermeiros nesta unidade.

Importa destacar que o estágio, como referido anteriormente, foi realizado no Pólo da Marinha Grande, que fica nas instalações do CS da Marinha Grande, e deste fazem parte duas Médicas Especialistas em Saúde Pública, duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária, dois Técnicos superiores de Saúde Ambiental e uma assistente técnica, funcionando nos dias úteis no horário entre as 8h e as 20h. Nesta unidade são realizadas atividades que vão ao encontro o Plano de Ação sendo estas: Programa de Saúde Escolar; Rastreios de Vírus Imunodeficiência Humana, Programa Violência ao Longo do Ciclo de Vida; Prevenção de acidentes; Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); Vacinação; Consulta do Viajante; Doenças de Declaração obrigatória e Vigilância Epidemiológica, Rastreios de Saúde Visual Infantil, Promoção da Saúde Oral, Vigilância de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Plano Sazonal de contingência para temperaturas extremas. A Autoridade de Saúde faz a execução das competências não incluídas em programas específicos como pareceres sanitários, certificados de óbitos e mandatos de condução para internamentos compulsivos.

No âmbito dos Sistemas de Informação na Saúde estes permitem cooperação, partilha de conhecimentos e de informação, e têm um papel primordial na reforma do sistema de saúde, tendo como objetivos a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos (SPMS b, 2023). Na USP PL os dados são monitorizados pelos seguintes sistemas de Informação: SClínico onde está integrado o Vacinas; Registo de Saúde Eletrónico (RSE); SiiMA Rastreios (Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreio populacionais ou oportunistas); Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO); SINAVE e o ViGIE que corresponde à monitorização automatizada da cadeia de frio dos dispositivos onde se encontram as vacinas.

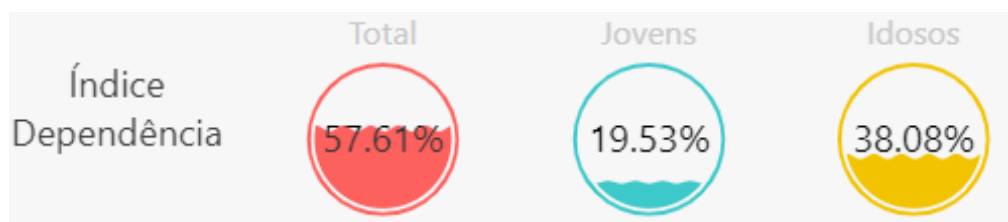
1.1.2. Caracterização da UCC Marinha Grande

Os problemas de saúde comunitários e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem uma reorganização das instituições de saúde e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. Neste sentido, e com a criação das UCC, estas são UF com autonomia organizativa e técnica, às quais compete prestar, segundo o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro,

“(…) 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 MG, localiza-se no CS da Marinha Grande e, iniciou a sua atividade a 23/2/2014, pertencendo ao ACeS PL e tem como área de abrangência o concelho da Marinha Grande que é composto pelas freguesias de Marinha Grande, Moita e Vieira de Leiria, conforme Anexo V. Tem uma população de 40.855 utentes, num total de 19.725 homens e 21.130 mulheres, como pode ser observado no Anexo VI, tendo como índice de dependência de 57,61%, como se pode verificar na figura seguinte (SPMS c, 2024).

Figura 2 -Índice de dependência, na UCC MG



Fonte: (SPMS c, 2024)

No seu Regulamento Interno estão descritas a missão, visão e valores. Assim, a UCC MG tem como missão (UCC, 2014, p.14):

“(…) a prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho, tendo como pano de fundo uma filosofia de qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde. (...) participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré - graduada, pós - graduada e contínua; (...) constituir as equipas de cuidados continuados integrados (...); prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito

domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.“

Tendo uma visão futurista, atuando na vanguarda dos interesses de saúde, e contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população de Marinha Grande, prezando sempre pela qualidade nas suas intervenções. Os seus valores regem-se pelo respeito pela pessoa doente e sua família, independentemente de crenças, etnia, idade sexo; a salvaguarda dos direitos da pessoa e a promoção da sua autonomia através da responsabilização utente/família no seu processo de saúde; a organização dos serviços em função das necessidades dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados e orientando os utentes para outros profissionais de saúde, sempre que o pedido de atuação ultrapasse as competências dos profissionais da UCC MG; cooperar e articular com as outras UF do ACeS PL; desenvolver parcerias com estruturas e organizações da comunidade local; promover a solidariedade e trabalho de equipa (UCC MG, 2014).

A UCC MG é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra 9 Enfermeiros Especialistas em diferentes áreas como: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, 1 Médico, 1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 1 Fisioterapeuta e 2 Assistentes Técnicos Administrativos. A estrutura orgânica da UCC MG inclui o coordenador da unidade que é um enfermeiro e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. O horário de funcionamento é das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, sendo que também funciona das 8h às 13h aos feriados e fins de semana, em caso de necessidade por parte da situação clínica dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e em dias comemorativos ou em que existam intervenções educativas.

A OE no Regulamento n.º 743/2019, de 27 de setembro (2019, p. 133), refere que a dotação segura de enfermeiros numa UCC deve ser de 1 enfermeiro para cada 5000 habitantes, de preferência enfermeiros especialistas. No entanto deve-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, para a UCC MG, com uma população de 40.855 utentes, o cálculo para as suas necessidades é de 8 enfermeiros, o que significa que esta unidade se encontra dentro dos parâmetros delineados, com 9

enfermeiros. Contudo, o mesmo Regulamento acrescenta que os cálculos deverão ter em consideração também o diagnóstico de saúde da comunidade, possibilitando a necessidade de mais enfermeiros para esta unidade.

A UCC MG possui uma carteira de serviços contratualizados com o ACeS PL, de acordo com os programas do Plano Nacional de Saúde (PNS), desenvolvendo na comunidade os programas ou projetos apresentados no Anexo VII. É realizada a promoção da saúde nas diferentes fases do ciclo de vida da pessoa, no seu contexto familiar e social, sendo também feita uma articulação com as diferentes UF do ACeSPL, bem como serviços e entidades comunitárias locais.

O Plano de Ação da UCC é o instrumento que orienta os diversos elementos da equipa no desenvolvimento dos objetivos propostos para este e, assim, na UCC MG, a equipa multidisciplinar integra várias equipas e projetos. Segundo o Plano de Ação de 2022 (UCC MG, 2022), esta realiza as suas atividades integradas nas seguintes áreas: Desempenho assistencial, como o acesso, gestão da doença e da saúde, intervenção comunitária e satisfação de utentes; Serviços de caráter assistencial e não assistencial; Qualidade organizacional que integra a formação de profissionais interna e externa e Atividades científicas, com a participação em trabalhos de investigação e autoria de artigos escritos, apresentação de comunicações e participação em conferências.

Relativamente aos indicadores avaliados na UCC MG, presentes na matriz multidimensional da contratualização das UCC, estes têm impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), orientando a prestação de cuidados e a elaboração de projetos da unidade.

Na UCC MG, e integrada na RNCCI está a ECCI, que tem um total de 14 vagas sendo que nas suas intervenções são envolvidos os doentes, familiares e outros prestadores de cuidados. A ECCI é definida como uma

“(…) equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma “ (Decreto-Lei n. 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º, p.3862).

À semelhança da USP, também nas UCC são utilizados vários sistemas de informação sendo que os dados são monitorizados pelos seguintes sistemas: SClínico, RSE, 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.

Tendo sido realizada a caracterização de cada unidade de estágio como contributo no desenvolvimento das competências do EESCSP, é importante que nos reportemos aos Modelos Teóricos de enfermagem que auxiliaram a prática de cuidados aos longos dos estágios.

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

O exercício da profissão de enfermagem incorpora o conhecimento disciplinar, sendo fundamentado pelas teorias de enfermagem. Este conhecimento, muito dele produzido pela investigação, integra teorias e modelos com diferentes representações da enfermagem, sendo fundamental a sua integração na prática de enfermagem. Como referem Santos, Bittencourt, Beserra & Nóbrega (2022, p. 1) “(...) as teorias de enfermagem são capazes de sustentar a construção da identidade da profissão e favorecer a expansão enquanto ciência e disciplina (...).”

As teorias de enfermagem são o principal meio de desenvolvimento do saber em enfermagem, pois permitem esta construção, como forma de promoção do conhecimento, desenvolvendo especificidades científicas (Meleis, 2012). Proporcionam visibilidade ao processo de trabalho e a autonomia na prestação de cuidados, tendo a capacidade de expandir a enfermagem enquanto ciência (Santos et al., 2022). Assim, pode-se acrescentar que são os modelos e teorias de enfermagem que permitem compreender a forma como os enfermeiros olham para a pessoa (Melo, 2020).

Ao aplicar uma teoria de Enfermagem, o Enfermeiro aplica, na sua prática, os princípios dessa teoria na implementação das suas intervenções, melhorando a satisfação deles próprios e os resultados dos cuidados ao utente (Potter & Perry, 2013).

De seguida, são descritos o modelo teórico e o modelo de intervenção que guiaram a prática de cuidados de enfermagem ao longo do estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo o Modelo de Leininger o mais adequado na prestação de cuidados a uma comunidade imigrante e o segundo o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário por ser um dos objetivos do projeto de intervenção a avaliação do nível de empoderamento da comunidade imigrante.

2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL (TDUCC)

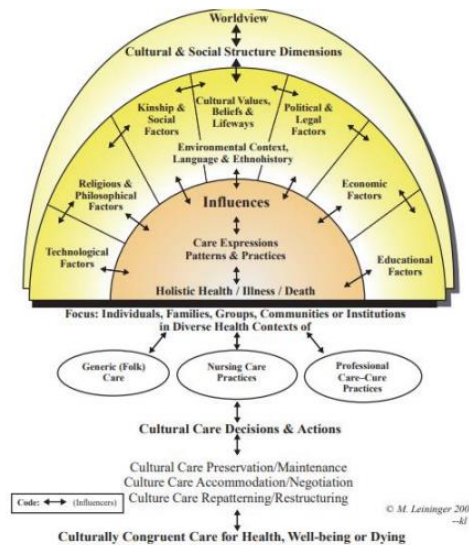
Num mundo em que a movimentação das pessoas e as viagens são constantes, a capacidade de reconhecer e aceitar a diversidade cultural é da maior importância para todos os enfermeiros. As características da sociedade multicultural em que vivemos hoje, coloca nos enfermeiros a

expetativa de saberem cuidar de pessoas de diversas culturas. Foi com Madeleine Leininger nos anos 50 que surgiu esta preocupação quando esta percebeu que existia uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças que estavam sob o seu cuidado (Oriá, Ximenes & Alves, 2005). Estas crianças tinham alterações de comportamento, que estavam relacionadas com uma base cultural, e faltava aos enfermeiros conhecerem a cultura na qual as crianças estavam inseridas, para que se conseguisse compreender as alterações na prestação dos cuidados (George, 1993).

Surge assim a enfermagem transcultural, na qual o foco é a análise comparativa de diferentes culturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado, especialmente ao cuidado de Enfermagem (George, 1993). O principal objetivo da teoria de Madeleine Leininger é conhecer os meios para oferecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes (Oriá, Ximenes & Alves, 2005). Leininger defende que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem, entendendo que o cuidado ao utente é exercido por meio de dois sistemas, o sistema de cuidado *emic*, considerado como o sistema local, das tradições, no qual está a família e a comunidade e o sistema de cuidado *etic*, que é desenvolvido nos serviços especializados por profissionais nas instituições. Nestes sistemas, a saúde é entendida como um estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades, segundo os padrões desejados em determinada cultura (Leininger e McFarland, 2006, in Pennafort, Queiroz & Jorge, 2012).

A teoria desenvolvida por Leininger tem o nome de Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, sendo representada pelo Modelo Sunrise (Figura 3) que simboliza o nascer do sol. Esta metáfora representa a esperança para gerar novo conhecimento para a Enfermagem, tendo como finalidade ajudar a que os constituintes da teoria influenciem o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & Figueiredo, 2014).

Figura 3 - Modelo Sunrise



Fonte: Smith e Parker (2015)

No Modelo do Sunrise estão integradas as dimensões das estruturas cultural e social, formadas pelos fatores “(1) tecnológicos, (2) religiosos e filosóficos, (3) de parentesco e sociais, (4) valores culturais e modos de vida, (5) políticos e legais, (6) económicos e (7) educacionais” (Crespo, et al., p. 139, 2014). Os fatores estão interrelacionados, como representado pelas linhas tracejadas. As setas do modelo são bidirecionais, destacando a influência cultural no contexto social. Desta forma, o cuidado cultural é influenciado e influencia as dimensões da estrutura cultural e social que, por sua vez, também são influenciadas e influenciam todos os seus fatores constitutivos. As dimensões da construção cultural e social são modificadas pelos contextos de linguagem e pelo ambiente em que eles existem.

Os elementos de enfermagem e a relação enfermeiro/doente encontram-se nas três elipses, onde se evidencia que para prestar cuidados de enfermagem transcultural, é importante a interação entre o cuidado *etic* e o cuidado *emic*, o que faz com que as tomadas de decisão e as intervenções de enfermagem transculturais, sejam caracterizadas por um cuidar cultural de preservação/manutenção, de acomodação/negociação do cuidar e repadronização/reestruturação desse mesmo cuidar cultural (Crespo, et al., 2014).

Neste modelo estão evidenciadas as fases do processo de Enfermagem em que a implementação deste promove uma visão mais ampla do ser humano, que o considera indissociável do seu contexto cultural, e que naturalmente proporcionará um cuidar congruente culturalmente, sendo o seu objetivo (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

Leininger acrescentou ainda que os seres humanos nascem, vivem e morrem com os seus valores e crenças, bem como com seu contexto histórico e ambiental, sendo os cuidados importantes para o ser humano e para o seu bem-estar (Smith e Parker, 2015). Assim, pode-se dizer que para os mesmos autores, o objetivo primordial da teoria de Leininger é descobrir, documentar, analisar e identificar os fatores culturais e de cuidado que influenciam os seres humanos na saúde, na doença e na morte e, assim melhorar as práticas dos enfermeiros.

Desta forma, o enfermeiro com a descoberta das crenças, expressões e práticas, consegue integrar no plano de cuidados, para prestar cuidados culturalmente adequados, seguros e benéficos a pessoas de diversas culturas, promovendo a sua saúde e bem-estar. Os cuidados são culturalmente congruentes tendo em conta os estilos de vida e valores das pessoas e o utente é visto de uma forma holística. Os enfermeiros devem assim, no desempenho das suas funções, ter conhecimento e promover o respeito, de modo a produzir um saber comum entre os cuidados *emic* e o *etic*, conhecendo o modo de viver de indivíduos e grupos, e adequar os cuidados ao utente tendo em atenção a ética profissional e o respeito pelo indivíduo.

2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (MAIEC)

A evolução da disciplina de Enfermagem, através de modelos e teorias, tem possibilitado o desenvolvimento de conceitos metaparadigmáticos relativamente ao foco dos cuidados de enfermagem, fazendo com que os cuidados possam ser prestados individualmente ou coletivamente, surgindo assim o conceito de comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

A comunidade tem uma identidade e dinâmica próprias, na qual os indivíduos e grupos comunitários interagem entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020). Assim, ao dirigir o foco de cuidados para a comunidade, esta surge como cliente (Melo & Figueiredo, 2018).

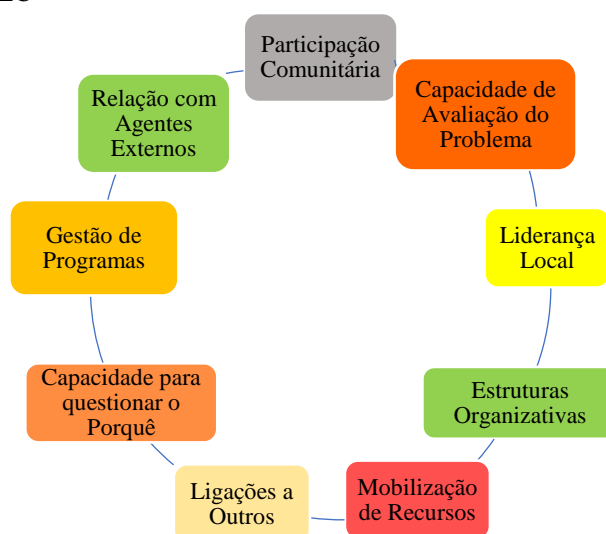
Sendo a comunidade a unidade de cuidados do EESCSP, este deverá assumir um papel ativo neste contexto, como promotor de saúde, com a consciência que todas as estratégias de empoderamento são estratégias de promoção de saúde (Melo, 2020).

Emerge então o conceito de Empoderamento Comunitário que tem vindo a ser estudado nas últimas décadas, enquadrado na Enfermagem, mais especificamente na Enfermagem Comunitária (Melo, 2020). Desta forma, o empoderamento comunitário relaciona-se com a participação dos membros da comunidade e com o desenvolvimento das suas capacidades para

identificar e resolver os seus problemas, de uma forma tendencialmente autónoma (Laverack, 2005, como citado em Melo & Figueiredo, 2018). É entendido como a conquista da liberdade, sendo através desta que os indivíduos e as comunidades assumem o controlo e responsabilização pela sua própria saúde (Melo & Figueiredo, 2018). Consequentemente, é um processo pelo qual os indivíduos, por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos. Esta conquista requer uma contínua procura e aquisição de recursos, a participação nas decisões que afetam a comunidade e a consolidação das organizações que fazem a articulação entre a comunidade e outros (Melo, 2020).

O enfermeiro, tendo a comunidade como cliente, deve orientar a sua tomada de decisão para o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado (Melo, 2020), com base no conceito defendido por Laverack (2008). Para este autor, o empoderamento comunitário é definido como um processo, interativo e contínuo, em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, mas também como resultado, no sentido em que depende do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo ou comunidade, sempre na perspetiva da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo (Laverack, 2008). Para poder avaliar o empoderamento comunitário, Laverack identificou nove áreas organizacionais que o influenciam, tendo sido integradas numa escala designada de *Empowerment Assessment Rating Scale*, que foi traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa, designando-se de Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC), no Projeto MAIEC (Melo et al., 2020) estando presente na Figura 4.

Figura 4 - Domínios da EAveC



Fonte: Melo, et al, (2020) adaptado pela própria

Assim, esta escala fazendo parte do MAIEC, apresenta nove domínios de avaliação: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porque”, gestão de programas e relação com agentes externos. Cada um dos domínios tem 5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento, numerados de 1 a 5 (Anexo VIII), sendo o 1 o depoimento que caracteriza o nível menor de empoderamento e o 5 o que caracteriza o nível maior.

A avaliação destes domínios deve ser feita num contexto de envolvimento dos membros da comunidade, utilizando como técnica o Grupo Focal e tendo como foco a problemática identificada. Os cinco depoimentos que a escala prevê para cada domínio devem ser apresentados, de forma aleatória, pelo agente externo à comunidade. Analisando os depoimentos, os membros da comunidade devem chegar a consenso sobre qual o depoimento que melhor se enquadra no momento da avaliação para a comunidade em estudo (Melo, 2020). Esta avaliação pode ser apresentada através de um gráfico de radar, que permite visualizar o nível de empoderamento comunitário em cada um dos nove domínios relativamente a um determinado tema (Melo, 2020), com o fim de os domínios que tiverem um valor mais baixo deverão ser algo de intervenção, podendo os restantes também ser melhorados.

O MAIEC (Melo, 2020), permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros. Emergindo assim, como referencial teórico, direcionando para a comunidade o foco dos cuidados, sendo constituído pela definição de conceitos, pressupostos, postulados e uma Matriz de Decisão Clínica (Melo & Figueiredo, 2018; Melo, 2020). Este modelo permite orientar os enfermeiros na sua tomada de decisão quanto à comunidade, tendo como finalidade a promoção do empoderamento comunitário (Melo, 2020).

O MAIEC é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Glenn Laverack (2008) e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo (Melo, 2020).

Tem como conceitos metaparadigmáticos, associados à disciplina da Enfermagem e relacionados com a Enfermagem de Saúde Comunitária, os conceitos de Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidado de Enfermagem à Comunidade. Sendo a Comunidade definida como um conjunto de indivíduos que está integrado num dado contexto geográfico delimitado, com funções identificadas e com partilha de objetivos comuns, ou seja, um sistema aberto de interação de pessoas, grupos e organizações; o Ambiente Comunitário é constituído pelos membros da comunidade e pelas pessoas externas que mantêm interação com

a comunidade, através de elementos físicos, pelos recursos económicos e financeiros da comunidade e pelas políticas comunitárias; a Saúde Comunitária é a capacidade de identificar e resolver os problemas de saúde através do processo de empoderamento comunitário e, por último, os Cuidados de Enfermagem à Comunidade que se relacionam com a intervenção colaborativa da comunidade, potenciada pela abordagem da gestão comunitária dos cuidados de enfermagem no empoderamento comunitário (Melo, 2020).

Considerando a comunidade como unidade de cuidados, os pressupostos deste modelo, os cuidados de enfermagem, centram-se na comunidade como alvo de intervenção numa perspetiva sistémica, dando ênfase à abordagem colaborativa e orientada para a autonomia da comunidade, assente na potencialização das suas forças, recursos e competências para a identificação e resolução dos seus problemas, tendo como objetivo ganhos em saúde (Melo, 2020).

O Modelo salienta como premissas que, independentemente da sua natureza, todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção; a abordagem da comunidade é desenvolvida quer no contexto da potenciação da saúde comunitária como na perspetiva da potenciação da saúde pública; a avaliação da comunidade determina o planeamento de intervenções ajustadas às suas necessidades, de acordo com o ambiente comunitário em que se integra; a comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de potenciar respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado; as intervenções centram-se no empoderamento comunitário em paralelo com as necessidades específicas da comunidade, identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária (Melo, 2020).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC integra 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) (Melo & Figueiredo, 2018; Melo, 2020), como se pode verificar no Anexo IX. Desta forma, o foco central da atenção do enfermeiro é a gestão comunitária, definida como a capacidade de a comunidade mobilizar, no contexto dos problemas intencionais e dos processos de interação com o ambiente comunitário, recursos para identificar e resolver os seus problemas. O enquadramento da gestão comunitária, no que se relaciona com a decisão clínica, associa-se a três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário. Estes três diagnósticos ainda se dividem em subdiagnósticos: *Coping* comunitário; Comunicação; Parcerias; Estruturas

organizacionais; Conhecimento; Crenças e Volição. Ao avaliar cada um destes subdiagnósticos, considera-se que a gestão comunitária se encontra comprometida, caso uma destas dimensões de diagnóstico estiver alterada (Melo, 2020).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC apresenta, ainda, as intervenções do enfermeiro que dão resposta a cada um dos diagnósticos comprometidos e que objetivam melhorar a gestão comunitária: melhorar o processo comunitário; promover a participação comunitária; promover a liderança comunitária, nestas existem também intervenções específicas que dão resposta a cada subdiagnóstico (Melo, 2020).

Para a avaliar a eficácia da intervenção na promoção do empoderamento comunitário, sendo este um processo contínuo e dinâmico, é necessário repetir a EAvEC. Conseguindo, assim, saber se houve ou não uma melhoria no empoderamento da comunidade face à problemática que foi alvo de intervenção. Conforme Laverack e Wallerstein (2001), pode ser essencial sete ou mais anos para se atingir o nível pleno de empoderamento comunitário. No entanto Melo (2020) refere que nos projetos onde tem sido implementado o MAIEC, a reavaliação da EAvEC tem sido um ano após a intervenção comunitária.

Por conseguinte o recurso ao MAIEC enquanto referencial teórico pressupõe que o enfermeiro, enquanto agente externo promotor do empoderamento comunitário, trabalhe em parceira com os membros e líderes da comunidade, potenciando os recursos existentes, devendo seguir as etapas do PS (Melo, 2020).

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

Na formação em enfermagem, a aquisição e o desenvolvimento de competências é um objetivo a atingir, sendo um processo que visa enriquecer o enfermeiro, visto que é objeto de uma construção contínua ao longo da vida profissional, pois não surge de forma instantânea, nem permanece estagnada, sendo essencial ser atualizada (Phaneuf, 2005). Para a mesma autora são importantes a formação e a abertura à mudança, conduzindo ao sucesso do enfermeiro.

A aquisição de competências permite aos enfermeiros prestar cuidados especializados, tornando-se uma mais-valia para os serviços de saúde onde desempenham funções (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018). Em Portugal existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, reconhecida pela OE, bem como o conjunto de competências especializadas que decorre do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais concretizando-se em competências comuns, previstas no Regulamento n.º140/2019, p. 4744 no qual o enfermeiro especialista “(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” E também nas competências específicas do EESCSP, previstas no Regulamento n.º 428/2018 que visam fornecer um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes enfermeiros especialistas.

Face ao exposto, será descrito e analisado reflexivamente o contributo das atividades desenvolvidas durante os estágios, para o processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

O Regulamento n.º 140/2019 da OE, refere que, para além das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, os enfermeiros partilham um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todas as áreas de prestação de cuidados. Estas competências são demonstradas pelos enfermeiros através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Segundo

o mesmo regulamento, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Seguidamente são abordados de forma específica cada um destes domínios e a sua implicação para a prática no contexto deste relatório.

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Ao EE é exigida uma prática profissional ética e legal na sua área de especialidade, competindo-lhe desenvolver um exercício seguro, profissional e ético, com base num corpo de conhecimento a nível ético e deontológico, numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (OE a, 2019). Em todas as práticas o enfermeiro tem um papel fundamental na defesa e respeito pela dignidade das pessoas, estabelecendo uma relação humana e respeitando os seus direitos.

No decorrer da prática de cuidados foram prestados cuidados fundamentados em evidência científica, de um modo holístico, respeitando sempre a dignidade humana de cada pessoa, os seus valores e tendo em conta os princípios bioéticos da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia, de acordo com direitos e deveres de cada um.

A prática em contexto clínico de USP e UCC, aliada ao desenvolvimento dos conceitos teóricos da especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária bem como numa fase inicial a adaptação à dinâmica das unidades, através da consulta de documentação normativa, nomeadamente o seu regulamento interno, relatório de atividades e manual de procedimentos, permitiram compreender que a comunidade é a unidade e foco dos cuidados do EEECS. Esta compreensão permitiu uma melhor adaptação às realidades distintas, respeitando a segurança das informações transmitidas e assumindo uma postura de competência, onde a responsabilidade, a assiduidade e a pontualidade estiveram presentes. Foi possível participar ativamente nas tomadas de decisão em equipa, de maneira a construir estratégias que dessem resposta aos problemas identificados, procurando manter um juízo crítico e equitativo.

Embora a especialização em Enfermagem Comunitária prepare enfermeiros para responder às necessidades das comunidades, não deve ser descurada a individualidade de cada elemento que pertence a essa comunidade. Assim foi possível realizar intervenções estabelecendo uma relação de confiança, onde a comunidade foi envolvida nos cuidados e na resolução dos seus próprios problemas sendo respeitados os valores, crenças, cultura e singularidade de todas as pessoas que fazem parte da comunidade.

Numa perspetiva mais específica, e aquando das visitas domiciliárias em contexto de ECCI, foi permanente a preocupação em manter a intimidade e a privacidade, assegurando a individualidade e os direitos de cada pessoa, executando uma prática isenta de juízos de valor, sem esquecer os seus contextos familiares e assegurando que estes foram tidos em conta aquando do planeamento das intervenções.

Ao longo do estágio, com o desenvolvimento de intervenções com grupos e comunidades vulneráveis, com culturas e crenças diferentes, foi fundamental aumentar o meu conhecimento sobre as diferentes religiões, culturas e costumes, baseado na evidência científica, e objetivando sempre o respeito pelos valores universais e os direitos humanos. Ao desenvolver esta competência, permitiu-me realizar intervenções sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, abstendo-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e salvaguardando os seus direitos individuais e sociais (OE a, 2015).

Outra das atividades decorrente do ensino clínico onde se desenvolveu esta competência foi a realização do projeto ENGAGE, em que elaborei um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), que teve parecer favorável. Este pedido teve por base os princípios anteriores, sustentados na Declaração de Helsínquia sendo que, e integrado no projeto, a realização de entrevistas e do grupo focal (desenvolvidos no Capítulo referente ao Planeamento em Saúde, teve por base o consentimento informado para a participação livre, voluntária e esclarecida dos participantes.

No seguimento do que foi anteriormente referido e tendo em conta que a multiculturalidade existente na Marinha Grande constitui um enorme desafio para os cuidados de enfermagem, aplicam-se assim os pressupostos enquadrados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, em que se deve ter em mente os valores, as expressões, as crenças e as ações ou práticas baseadas no modo de vida cultural sobre o indivíduo, as famílias e os grupos, para que a prestação de cuidados de enfermagem seja eficaz, satisfatória e culturalmente coerente (Crespo, et al. 2014).

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade é esperado da parte do Enfermeiro Especialista um “ (...) papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, (Regulamento n.º 140/2019, p.4745), assim como o desenvolvimento de um ambiente terapêutico, seguro e uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Ser enfermeiro implica confrontarmo-nos todos os dias com situações complexas, exigindo uma tomada de decisão ponderada e fundamentada. Ao longo dos estágios foi possível refletir sobre a forma se desenvolve a prestação de cuidados, por forma a garantir um ambiente seguro e terapêutico. Tendo em conta o aumento da complexidade na prestação de cuidados especializados, procurei demonstrar segurança nas informações prestadas, garantindo a transmissão de informações claras, precisas e ajustadas às necessidades de cada um, como exemplo na administração de vacinas, em que foram explicados os procedimentos, possíveis efeitos adversos da administração e o que fazer nesses casos.

A OE (2015), dando corpo a esta melhoria contínua, criou os Padrões de Qualidade para os cuidados especializados, sendo estes um referencial para a prática dos enfermeiros especialistas, com a reflexão e a criação de projetos, visando a melhoria contínua dos cuidados de saúde. A criação do Projeto ENGAGE assumiu-se como a materialização desta melhoria contínua sendo um projeto que tem como pressuposto a prestação de cuidados de cada vez maior qualidade pelos Enfermeiros aos imigrantes na Marinha Grande. Para a sua conceção foram consultadas as normas orientadoras, realizada pesquisa em instituições nacionais e internacionais que estivessem ligadas à temática da imigração e foi realizada uma RIL, garantindo que esta evidência é atual e pertinente.

Também é importante referir que, no processo contínuo de melhoria da qualidade, é necessário refletir sobre a importância da adequação dos recursos humanos, existindo uma garantia da existência de dotações seguras, de forma que se promova o exercício profissional de qualidade, com o número de enfermeiros presentes nas unidades, de acordo com as características da comunidade que prestam cuidados, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, conforme preconizado no Regulamento n.º 743/2019 da OE.

Mediante o exposto, em todas as atividades, a pesquisa realizada foi baseada em evidência científica, consultando *websites* oficiais do Ministério da Saúde, Repositório Científicos de diversas Universidades, Bases de Dados Científicos entre outros. Para além disso foram ainda consultadas as normas orientadoras e os regulamentos internos de cada serviço, de maneira a compreender as instituições e procurar melhorar os cuidados prestados. Foi assim adotado um papel de dinamização, através da gestão das atividades, recursos humanos e materiais, necessários à concretização dos objetivos e por sua vez uma postura proactiva com o intuito de promover o envolvimento dos participantes, fomentando um ambiente seguro.

3.1.3. Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, a OE considera que o EE “(...) gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...)” e “(...) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE a, 2019, p. 4748).

A organização e gestão de cuidados de enfermagem está estreitamente relacionada com o trabalho em equipa. Na UCC MG existem Enfermeiros com diferentes Especialidades, fazendo com que seja possível delinear intervenções mais ajustadas às necessidades reais da comunidade à qual prestam cuidados. Como exemplo disto, temos as reuniões semanais de equipa, onde estão inseridas as reuniões da ECCI, em que são apresentados os utentes integrados na unidade, e discutidas as necessidades destes com a equipa multidisciplinar, sendo delineado um Plano Individual de Intervenção adequado ao utente e família, de forma que possa existir uma melhoria do estado de saúde do utente.

Neste domínio é pertinente destacar a perceção dos diferentes papéis dos profissionais da equipa multidisciplinar, entender que a intervenção de uma equipa é benéfica para o utente/comunidade, implementando-se estratégias positivas e adequadas ao bom funcionamento e desempenho tanto da equipa de enfermagem como da restante equipa da UCC e USP.

Considero que, em ambos os estágios, demonstrei constantemente a capacidade de trabalhar em equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos em função das situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade de cuidados. Procurei otimizar a gestão de recursos materiais e equipamentos em função das situações, demonstrando disponibilidade, iniciativa e criatividade para trabalhar em equipa. Sempre procurei desenvolver a nível individual estratégias e competências que me permitissem uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a colaboração com a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar.

Considero que este não é um domínio facilmente alcançável num contexto de estágio, pois gerir recursos e otimizar respostas de equipas nem sempre está ao alcance de um estudante num curto espaço de tempo, carecendo de uma integração plena nas dinâmicas da equipa. Contudo, considero que compreendi as dinâmicas de trabalho desenvolvidas dentro da UCC e da USP bem como a importância de trabalhar em equipa.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O enfermeiro, segundo a OE (2019), demonstra a capacidade de autoconhecimento, na assertividade e na prática clínica baseada na evidência científica. Ingressar em novos cursos, atualizar e renovar conhecimentos, recorrer à investigação científica por forma a desenvolver autoconhecimento e a busca pela assertividade na resposta a novas situações, têm sido uma prioridade na minha prática diária desde que sou enfermeira. Tenho procurado no meu percurso, desta forma, que o conhecimento adquirido promova a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, de uma forma autónoma, responsável e competente.

No decorrer dos estágios senti que a experiência e o acompanhamento dos enfermeiros orientadores e a disponibilidade das equipas que tive oportunidade de integrar, constituíram-se como facilitadores para o meu crescimento profissional enquanto futura EESCSP. A reflexão da prática de cuidados promoveu o crescimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento desta competência.

Também a relação terapêutica e empática, estabelecida com os utentes e com a comunidade, foi uma forma de desenvolver esta competência, na medida em que as intervenções efetuadas, bem como o processo de tomada de decisão possuíam conhecimento válido, atual e pertinente, baseado na evidência científica mais recente.

Paralelamente, participei como preletora em três momentos de disseminação do conhecimento: no Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria (Anexo X), na comemoração dos 10 anos da UCC MG (Anexo XI e Apêndice 1), onde foi possível no primeiro expor os dados da RIL que foi desenvolvida para a criação do projeto de intervenção comunitária, através de um Póster (Apêndice 2), no segundo foi apresentado o Projeto ENGAGE e no terceiro foi realizada uma comunicação livre para o Congresso Nacional da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC) (Anexo XII e Apêndice 3). Foi também possível a realização de um artigo para o jornal InfoSaúde do ACeS PL, que se encontra no prelo (Apêndice 4). Nos trabalhos descritos anteriormente, foi permitido desenvolver o pensamento crítico, aumentar os conhecimentos para que a informação transmitida fosse clara e objetiva, desenvolver a habilidade de adaptação aos diferentes contextos, assim como ao público-alvo, usando linguagem adequada e capacidade de organização e síntese. Houve, no entanto, um desafio que foi o nervosismo no momento da apresentação, que julgo com o tempo e experiência em situações semelhantes poderá ser colmatado.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

As Competências Específicas são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e ao campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. São fundamentais para se poder fazer a diferenciação do que faz o EESCSP em relação aos outros enfermeiros especialistas de outras áreas de atuação (OE, 2018).

As competências do EESCSP estão explícitas no Regulamento nº428/2018, da OE, sendo estas: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (p. 19354).

É importante referir que, ao longo deste subcapítulo, serão descritas de que forma estas competências foram desenvolvidas, de acordo com um processo de reflexão e de pensamento crítico, tendo em conta todas as atividades realizadas ao longo dos dois estágios.

3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O diagnóstico de situação de uma população é a primeira etapa do PS, sendo um procedimento rigoroso de avaliação dos determinantes de saúde que afetam os processos de saúde/doença da população. A sua qualidade e cientificidade vão determinar as etapas seguintes, é onde o envolvimento da comunidade será essencial para as tomadas de decisão, tornando este procedimento o ponto de partida para obter ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após reunião com a equipa de enfermagem da USP PL – Pólo Marinha Grande e a enfermeira coordenadora da UCC MG, foi identificado que a temática a trabalhar seriam os imigrantes a residir no concelho da Marinha Grande, mais especificamente os da Ásia Central e Meridional, pois nos últimos anos existe um incremento desta comunidade na Marinha Grande, com uma maior afluência ao CS, que se evidenciou na pandemia, existindo uma necessidade de análise dos determinantes de saúde desta comunidade para assim poder compreender melhor as suas

necessidades, de forma a dar-lhes resposta com o desenvolvimento de um projeto de intervenção.

Assim sendo, um projeto define um objetivo a atingir e clarifica as estratégias e mobiliza os recursos necessários para atingir esse mesmo objetivo, sendo contínuo com vista à implementação de uma mudança, sendo circunscrito para uma determinada população e para um determinado horizonte temporal (Rodrigues, 2021).

Desta forma, a questão de partida para o diagnóstico de situação foi: Quais são os principais determinantes de Saúde da população imigrante da Ásia Central e Meridional, a residir no Concelho da Marinha Grande?

Para responder à questão identificada, e tendo em conta aquelas que são as Competências Específicas do EESCSP, em que este deve avaliar o estado de saúde de comunidades vulneráveis com base no PS, foi elaborada uma RIL que teve como objetivo identificar os principais determinantes de Saúde da população imigrante da Ásia Central e Meridional.

Os estudos considerados para a RIL (Apêndice 5) corroboram a importância de compreender a perspetiva dos imigrantes, durante o seu processo de integração no país de acolhimento, por forma a que estes consigam ter um melhor acesso aos cuidados de saúde, identificando quais são as suas necessidades para conseguirmos adequar e melhorar os cuidados.

Os seus estudos são todos estudos de metodologia qualitativa, que utilizaram como instrumentos de colheita de dados as entrevistas ou grupo focal, identificando os principais determinantes de saúde da população e as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Tendo sido evidenciadas como barreiras a comunicação, relacionadas com a língua; a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde relativo ao acesso aos cuidados de saúde (determinante em saúde relacionado com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde). Também foi identificado o estilo de vida, influenciado pela cultura, crenças e religião, hábitos alimentares, atividade física e dependências (determinantes de saúde comportamentais). Os fatores sociais e económicos, refletem as limitações inerentes aos baixos salários e às precárias condições de habitação (determinantes demográficos-socioeconómicos).

Mediante o exposto foi criado como referido anteriormente o “Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande”, tendo sido definidos objetivos a serem cumpridos em duas fases que irão ser descritas no Capítulo 5.

A descrição mais detalhada do diagnóstico de situação da comunidade, assim como as restantes

etapas do PS do projeto encontram-se no Capítulo 5 deste relatório.

Para suportar a tomada de decisão ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram tidos em atenção os modelos teóricos já descritos no Capítulo 2, o Modelo de *Sunrise* de Madeleine Leininger e o Modelo de intervenção o MAIEC, tendo sido formulados diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE, descritos no Capítulo 5.

Pode-se acrescentar que, para crescer numa determinada área, é necessário o apoio e experiência de peritos e assim, as enfermeiras orientadoras foram pilares fundamentais do estágio, ao fomentarem todas as etapas do PS.

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades é um objetivo dos cuidados de saúde, pois já na Carta de Ottawa, em 1986, esta capacitação é definida como sendo promoção de saúde, uma vez que é considerada como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de forma a controlarem e melhorarem a sua saúde (Rodrigues, 2021).

O EESCSP é aquele que lidera projetos comunitários com vista à capacitação de comunidades no alcance da saúde das mesmas. Por esse motivo integra, participa e procede à gestão da informação em saúde para os grupos e comunidades (OE, 2018). Assim, o processo de capacitação de grupos e comunidades, pressupõe que a comunidade tome decisões levando à resolução dos seus problemas (Melo, 2020).

O estágio na UCC MG proporcionou a participação ativa no processo de capacitação de grupos e comunidades, sendo possível participar em diversos momentos que contribuíram para a capacitação de diferentes comunidades, nomeadamente na contribuição para o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), através de diversas sessões de educação para a saúde, com diferentes temáticas e aplicadas a diferentes comunidades.

PNSE

O PNSE refere que as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar, tendo como objetivos “(...) contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa (...)” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, p. 4).

Assim foi possível realizar várias sessões de educação para a saúde, que se passam a descrever:

- Promoção de uma Alimentação Saudável

A todas as turmas (7) de 5º ano do Agrupamento de Escolas da Marinha Grande Poente; a 3 turmas, do mesmo ano letivo, da Escola Básica de Vieira de Leiria e, também; num Centro de Atividades de Tempos Livres Privado da Marinha Grande.

Foi também elaborado um folheto que foi entregue aos alunos, com o intuito de o levarem para casa e poderem assim conversar com os pais sobre este tema tão importante. No Apêndice 6 é apresentado o Plano de Sessão, a apresentação facultada aos alunos e o folheto elaborado.

A avaliação destas atividades foi a partir de um jogo no início da sessão, sendo pedido aos alunos que consoante as figuras de alimentos que se encontravam no envelope, escolhessem os que normalmente traziam nos seus lanches para a escola. Ao longo da sessão todos conseguiram identificar os alimentos menos adequados, dando respostas certas sobre a escolha dos melhores elementos que deveriam constituir os seus lanches para assim terem uma alimentação saudável.

- Prevenção dos acidentes e primeiros socorros:

Sessões a 3 turmas de 10º ano de uma Escola Secundária, cujo tema foi “Suporte Básico de Vida”, com avaliação da sessão no final com os alunos a realizarem individualmente o algoritmo de SBV no manequim simulador. O respetivo plano de sessão e apresentação para os alunos são apresentados no Apêndice 7.

- Educação para os afetos e a sexualidade

Sessão de educação para a saúde a alunos do 9º ano de escolaridade, sobre “Métodos Contracetivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis”, de uma escola do Agrupamento de Escolas Nascente.

Houve a oportunidade de, para além do esclarecimento de dúvidas sobre a temática abordada, permitir o contato com os diferentes métodos contracetivos. Considero importante ter compreendido que na UCC MG, para além destas sessões em grupo, se disponibiliza aos jovens que, de forma individual e confidencial, consigam contactar a equipa de enfermagem e possam expor eventuais dúvidas.

Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

Foi assim possível participar no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC MG, cuja população alvo foram mulheres grávidas/casais “grávidos”, com a colaboração da

Enfermeira Especialista responsável pelo curso de Preparação para o Parto. Tendo sido realizada uma sessão de educação para a saúde, cujo tema foi “Primeiros Socorros ao bebé e Criança”, esta teve uma parte teórica com apresentação dos diferentes conceitos inerentes à temática e depois os pais realizaram, num manequim pediátrico, as manobras de desobstrução da via aérea e o Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico. O plano de sessão e apresentação estão disponíveis no Apêndice 8.

O termo da parentalidade é recente, surgindo como a construção da relação dos pais com os filhos, sendo que os diferentes tipos de interação que ocorrem entre o bebé e os seus cuidadores podem facilitar a criação de vínculos afetivos seguros ou, por outro lado, podem dificultar todo este processo (Zornig, 2010). Esta é uma temática cada vez com mais notoriedade em Portugal, pois o nascimento de um bebé gera sempre dúvidas e ansiedade por parte dos pais, sendo essencial capacitá-los para as situações mais frequentes que acontecem na infância. Esta capacitação é não só importante nas situações frequentes como também para situações que, embora possam acontecer muito raramente, é primordial uma atuação rápida e eficaz, como é o caso da obstrução da via aérea ou de uma paragem cardiorrespiratória.

Existiu a possibilidade de realizar a apresentação, em suporte *Powerpoint*®, de uma formação em que a população alvo seria a equipa multidisciplinar da UCC MG, cujo tema foi “Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde”, mas a mesma, na data prevista de realização, não foi possível de executar por indisponibilidade da equipa. No Apêndice 9 estão disponíveis os documentos que fariam suporte à apresentação.

Consulta do Viajante

Outra atividade onde houve lugar ao desenvolvimento desta competência foi na Consulta de Medicina do Viajante, em contexto de consulta de enfermagem, sendo essencial explicar as informações sobre medidas preventivas (ou curativas) a adotar antes, durante e depois da viagem, em função do destino, da viagem e de quem viaja, nomeadamente, os cuidados de higiene individual, cuidados a ter com a água e alimentos que se ingerem de forma a prevenir a diarreia do viajante, e também os conselhos de como se proteger de picadas de insetos, responsáveis pela transmissão de diversas doenças. Simultaneamente é importante, para além da vacinação, explicar os cuidados após a administração das vacinas.

Programa Nacional de Vacinação

Foi possível participar no Programa Nacional de Vacinação (PNV) através da convocatória e administração da vacina com *Bacilo Calmette–Guérin* (BCG) a crianças elegíveis que foram identificadas pelos Enfermeiros das UF do CS da Marinha Grande, antes ou depois do nascimento, e na qual a vacinação não aconteceu na maternidade. A Norma nº 006/2016 (DGS, 2016) acrescenta que a vacina com BCG apenas previne as formas graves de doença, nomeadamente a tuberculose miliar e meníngea. Quando administrada a crianças, existe a prevenção da infeção disseminada, nomeadamente meningite tuberculosa sendo, no entanto, a vacinação universal com BCG ainda indicada em países com elevada incidência de tuberculose. Em Portugal, a estratégia a adotar é a vacinação de crianças pertencentes a grupos de risco, dado que são quem beneficia, individualmente, com a vacinação. As crianças vacinadas tinham até 5 meses de vida e estas possuíam os critérios de elegibilidade para a vacinação, sendo fundamental para o controlo e erradicação da tuberculose em Portugal. A população vacinada foi, na sua maioria, constituída por filhos de imigrantes, muitos dos quais não falavam português, sendo esta uma barreira à comunicação tanto no momento da convocatória, como no dia da administração da vacina. No entanto, foi possível realizar ensinamentos e esclarecimento de dúvidas em inglês, pois os pais dominavam este idioma, assim como os enfermeiros.

No desenvolvimento desta competência, foi possível intervir em grupos/comunidades com necessidades específicas, com diferenças étnicas, linguísticas, culturais e socioeconómicas. A diferença linguística por vezes pode ser uma barreira aos cuidados, pois a comunicação é um instrumento básico dos enfermeiros, intrínseco e essencial à profissão, que possibilita o acesso à informação, ao conhecimento e à satisfação das necessidades da pessoa/comunidade. No entanto, denota-se a preocupação que existe na USP e UCC, para que comunicação não seja uma barreira, ou que, quando presente, que seja minimizada.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados

O EESCSP tem um papel importante na integração das ECCI pois, com as suas competências, compreende a dinâmica familiar enquanto suporte ao utente, sendo capaz de envolver e articular com outras estruturas sociais e/ou de saúde. Houve a possibilidade de realizar visitas domiciliárias no âmbito da ECCI, compreendendo neste contexto específico a dinâmica dos cuidados, não só ao utente, mas também à família. Na ECCI, para além da prestação de cuidados de enfermagem de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e de ações paliativas, envolve também a capacitação do utente e família, através da Educação para a Saúde quando assim

necessário, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados.

Assim, face ao exposto, pode-se acrescentar que capacitar grupos e comunidades é um processo difícil, principalmente no que consta a grupos vulneráveis, pois esta população tem uma maior predisposição para desenvolver problemas de saúde, tendo piores resultados, perante os problemas, em relação à população em geral (Stanhope & Lencaster, 2011). Contudo, é nestes grupos que a intervenção do EESCSP tem maior ênfase, é mais desafiadora, motivadora e em que os ganhos em saúde são mais visíveis.

3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

A gestão de programas e projetos exige um complexo desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa para potenciar o alcance das metas que respondem às necessidades de saúde da população (Melo, 2020). A coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário, indo de encontro aos objetivos do PNS, é outra das competências específicas do EESCSP que desenvolvi ao longo das atividades, bem como através da implementação do projeto de intervenção comunitária e da integração dos programas que fazem parte da carteira de serviços onde decorreram os estágios, no âmbito das suas atividades inerentes, tais como:

- O **PNSE** com as atividades já descritas anteriormente, articulado com outras competências no âmbito da Saúde Escolar, onde integra-se também o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
- O **Programa Nacional para a Infecção do VIH, SIDA e Tuberculose**, na sessão de “Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis” a alunos do 9º ano, onde umas das suas missões é “(...) reforçar e aumentar a abordagem de saúde pública melhorando a efetividade das mensagens de prevenção e promoção da saúde, incluindo práticas de sexo seguro” (DGS a, 2017, p. 11).
- O **Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física**, através do Projeto “Marinha sem quedas”, o qual tem como objetivo a prevenção de quedas nos idosos, através de sessões teórico-práticas sobre a temática e também sessões de atividade física.
- O **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**, com a possibilidade de colaborar na equipa de ECCI, prestando cuidados de enfermagem no domicílio, a utentes integrados na RNCCI. Este programa tem como uma das suas finalidades a atuação sobre os determinantes

da perda de autonomia e de dependência e um dos seus eixos estratégicos a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas, prestando-lhes cuidados domiciliários em contexto de doença ou de dependência, com o objetivo de obter ganhos em anos de vida com independência (DGS, 2006).

- O **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** refere que os cuidados paliativos são a forma organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos doentes e sua família. A família/cuidador é também alvo de cuidados, na fase de doença e depois no luto (DGS, 2005). O papel desempenhado pelos familiares/cuidadores é muito importante, insubstituível e complementar aos cuidados prestados pela ECCI. A ECCI presta ações paliativas aos seus doentes, não tendo estas medidas terapêuticas intuito curativo, pois visam reduzir as repercussões negativas da doença (DGS, 2005).

Foi possível assistir ao incrível projeto “Aqui Contigo” promovido pela Sociedade Artística e Musical dos Pousos (SAMP) em parceria com a UCC MG e a Câmara Municipal da Marinha Grande, integrado na ECCI. Neste projeto, os musicoterapeutas vão ao domicílio dos utentes acompanhados pela equipa, e através da terapia pela música e pelo som proporcionam aos doentes em fim de vida, aos seus familiares e cuidadores, momentos de conforto e bem-estar, de modo a aliviar o sofrimento. Esta intervenção é facilitadora, ajudando e preparando para o processo de luto, criando a história sonora de cada pessoa, transformando um momento íntimo num momento de união e comunhão, que alivia o sofrimento e proporciona conforto, ajudando a pessoa a libertar-se espiritualmente. Com este projeto foi possível perceber a finitude do ser humano, que todos partilhamos, que se materializa, muitas vezes, em situações que carecem de cuidados paliativos, que suportam e melhoram a qualidade de vida, previnem e aliviam o sofrimento do doente e seus familiares cuidadores, sendo o nosso papel com EESCSP essencial neste processo.

- O **PNV**, materializou-se com participação na Consulta do Viajante, na participação da organização/agendamento da entrega de vacinas contra a Gripe e Covid-19 e respetivo material para a sua administração. Este processo foi resultante da Campanha da Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2023/2024 contra a gripe e Covid-19, a utentes e profissionais de algumas ERPI e Unidades da RNCCI do ACeS PL. A DGS a e b (2023), nas Normas 005 e 006/2023, refere como objetivos para esta campanha o maximizar da proteção das populações mais vulneráveis, com risco acrescido para a doença grave e suas complicações, assim como,

prevenir a doença grave, a hospitalização e a morte por Covid-19 e diminuir o impacto destas doenças no SNS. Sendo a vacinação um direito e um dever de todos os cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, estes para além de se protegerem estão também a proteger a saúde de outros, influenciando desta forma a Saúde Pública.

- O **PPCIRA**, com ação de formação de profissionais no “1º Fórum da Unidade Local PPCIRA do ACeS PL” (Anexo XIII), onde foram abordados temas como o projeto de literacia em antibioterapia nas escolas (Projeto PAPA nas Escolas), precauções básicas de controlo de infeção e também o uso de antibióticos como recurso finito, onde foi feito o alerta para a importância de redução do uso/prescrição de antibióticos e consequentemente diminuição da resistência bacteriana. Este programa acrescenta que as Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e com um aumento por todo mundo. As IACS aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Com a RAM há evidência de um maior uso de antibióticos, diminuindo a qualidade dos cuidados, sendo uma ameaça à segurança dos cidadãos e problema de saúde Pública (DGS b, 2017).

- No âmbito da **Prevenção da Doença e Promoção da Saúde** foi possível colaborar no Rastreamento de Saúde Visual Infantil que é realizado em todas as USP da Administração Regional do Centro, sendo efetuado a crianças inscritas nas UF do ACeS PL com 2 e 4 anos de idade e tem como objetivo identificar alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia. É realizado um foto-rastreamento, que consiste na captação de uma imagem com um auto-refratómetro portátil, com a incorporação de um conjunto de parâmetros, que irão ser avaliados por um oftalmologista do Hospital Pediátrico de Coimbra, sendo possível diagnosticar doenças oftalmológicas como estrabismo, hipermetropia, astigmatismo, anisometropia e miopia. As crianças com alterações no rastreio são encaminhadas para uma consulta hospitalar de oftalmologia no Centro Hospitalar de Leiria. Surge como uma mais-valia a participação neste tipo de atividade podendo-se diagnosticar o mais precocemente alterações oftalmológicas, pelo que desta forma estas irão ter uma repercussão menor ao longo da vida das crianças, possibilitando bem-estar e beneficiando a aprendizagem com a entrada no primeiro ciclo. O sentido da visão assume um papel de extrema importância na aquisição e desenvolvimento de competências por parte das crianças, pois é com este sentido que estas conhecem e se relacionam com o meio que as rodeia. A insuficiência visual tem grande impacto a nível económico e social, sendo o diagnóstico

precoce benéfico economicamente na obtenção do sucesso na prevenção e tratamento, tendo assim, vantagens para a saúde pública.

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Conforme refere o Regulamento nº 428 da OE (2018) “(...) a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença” (p. 19357), sendo primordial que os EESCSP a realizem.

Ao longo deste estágio procurei oportunidades de aprendizagem no âmbito da vigilância epidemiológica, nomeadamente compreender os instrumentos de colheita de dados e monitorização dos fenómenos de saúde-doença, a partir dos sistemas SClínico e SINAVE.

Na USP PL, os enfermeiros não são envolvidos na elaboração do Perfil Local de Saúde do ACeS PL, o que limita a cooperação do EESCSP na vigilância epidemiológica. Cabe, na maioria das vezes, aos médicos de Saúde Pública pelo que se assume essencial a integração dos EESCSP por forma a colocarem esta competência ao serviço da comunidade.

Acrescenta-se ainda que uma das atividades desenvolvidas, como referido anteriormente, foi a participação no PNV, seja na convocatória, como na administração de vacinas e nos respetivos registos no sistema de informação Vacinas. Relativamente à área da vacinação, de salientar que tive uma maior consciência que com a entrada de imigrantes oriundos de regiões onde a cultura e o programa de vacinação é diferente do nacional, leva a que haja um esforço dos EESCSP para identificar lacunas nas imunizações anteriores e na convocatória de imigrantes elegíveis, aumentando assim, a cobertura vacinal e promovendo a saúde comunitária da população. Depois da pandemia por Covid-19, tornou-se ainda mais importante a inoculação e sensibilização da população, permitindo a sua capacitação para a aquisição de imunidade de grupo e, por isso, uma consequente diminuição da mortalidade e morbilidade associadas a doenças, sendo o papel do EESCSP essencial.

Considerando que os cuidados de saúde são cada vez mais complexos e específicos, acredito que os EESCSP possam desenvolver cuidados personalizados e individualizados, considerando todo o contexto da pessoa/comunidade. Esta premissa acima descrita, vai de encontro ao referido no Regulamento nº140/2019, no qual os cuidados de enfermagem adotam uma grande importância e exigência no que diz respeito ao rigor técnico e científico, sendo que esta diferenciação e especialização dos cuidados são cada vez mais uma realidade que abrange os profissionais de saúde. Assim os estágios foram essenciais para desenvolver as competências

referidas sendo que não posso deixar de salientar a participação (em parceria com outras instituições da comunidade, da rede social e de saúde) em projetos de intervenção comunitária, dirigidos a grupos com maior vulnerabilidade, tendo esta perspetiva sido aliciante e uma mais-valia para o desenvolvimento profissional.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A produção de conhecimento na Enfermagem é um fator determinante para a melhoria dos cuidados, pois as boas práticas devem surgir da investigação. Fundamentar a prática de Enfermagem através da prática baseada na evidência, permite aumentar o valor aos cuidados de saúde, melhorar a experiência do utente (incluindo a qualidade e confiabilidade nos cuidados de saúde), aumentar os resultados em saúde e reduzir os custos (Apóstolo, 2017), sendo possível a tomada de decisão em relação aos cuidados a serem prestados a partir dos resultados científicos resultantes da investigação. Recorre-se por isso a três elementos como: mudar a prática clínica, incorporar evidência através da mudança do sistema/organização e avaliar o impacto da utilização de evidências no sistema de saúde, no processo de cuidados e nos resultados em saúde (Apóstolo, 2017).

O conceito de prática baseada na evidência significa o uso consciente, explícito e criterioso das evidências mais atuais na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde prestados (Rodrigues & Cardoso, 2022).

Assim, a investigação científica é a atividade que nos permite obter novos conhecimentos científicos, objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis, caracterizando-se pela procura das possíveis causas de um acontecimento para compreender a realidade (Vilelas, 2022).

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os aspetos teóricos, baseados na revisão da literatura, relativos à temática escolhida, sendo um contributo para a compreensão do projeto desenvolvido.

4.1.1. A Migração pelo mundo

O movimento é inerente ao ser humano. Qualquer um, em qualquer lugar do planeta movimenta-se, fazendo assim parte de todos nós. Os fluxos migratórios de pessoas pelo mundo são hoje um fenómeno cada vez mais global, caracterizando-se pela movimentação não só de pessoas, como dos seus valores sociais, culturais, económicos e políticos (Rodrigues & Ferreira, 2014), constituindo um dos maiores desafios aos direitos humanos (Rendi, Minchola & Almeida, 2020). Estes fenómenos acarretam consigo muitos desafios às sociedades, mas trazem, entre outros, riqueza cultural aos países de acolhimento aos migrantes.

A migração, fazendo parte da experiência humana, é reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. A maioria dos migrantes do mundo viajam, vivem e trabalham de forma segura, ordenada e regular. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e as suas famílias de formas diferentes e imprevisíveis. É por isso crucial que, com este fenómeno, surja a possibilidade de unir a população, através da criação de políticas de migração (Organização das Nações Unidas [ONU], 2018).

Não existe um consenso quanto à definição de “migrante”, no entanto surgem conceitos que são amplamente aceites. Assim, a OMS (2022) define migrante como sendo “(...) uma pessoa que se desloca de um lugar para outro, seja através ou dentro das fronteiras internacionais”, já migrante internacional pode ser definido como “(...) qualquer pessoa que mude do país da sua residência habitual (...)” e o migrante em situação irregular, sendo igualmente identificado como (migrante irregular ou migrante sem documentos), é a pessoa “(...) que se desloca ou atravessou uma fronteira internacional e não está autorizado a entrar ou permanecer num Estado nos termos da legislação desse (...)” (p. 5-6).

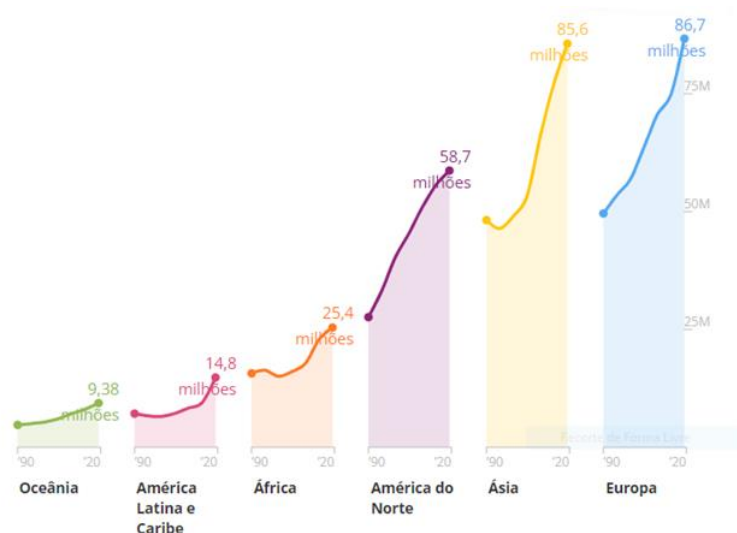
Para Oliveira (2022, p.10) o imigrante “(...) corresponde ao universo de pessoas que tem um movimento de fronteira e/ou de entrada e fixação por um período superior a um ano num país diferente do seu de origem.” Ao longo deste relatório o termo que foi adotado para os migrantes internacionais foi imigrante.

A migração, por outro lado, segundo a (IOM, 2020) trata-se de um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas. Esta proporciona dinamismo ao mundo em que vivemos, sendo imprevisível saber o seu ritmo, estando diretamente relacionada com a instabilidade, a crise económica e os conflitos, no entanto, tem como influências a longo prazo, as mudanças demográficas, o desenvolvimento económico, os avanços na tecnologia de comunicações e o acesso a transportes (ONU, 2020).

Em 2020, o número de migrantes internacionais no mundo alcançou os 281 milhões de pessoas (3,6% da população mundial), sendo que uma pessoa em cada trinta é migrante. Quem migra mais são pessoas do sexo masculino (146 milhões de homens), representando 3,7% da população mundial masculina e do sexo feminino migram 3,5% da população mundial feminina (135 milhões de mulheres). Acresce ainda que do total de migrantes, 169 milhões são trabalhadores (IOM, 2023).

Considerando o aumento do número de migrantes internacionais por todo o mundo, esse aumento foi mais expressivo na Europa e na Ásia, acolhendo estes continentes respetivamente 87 e 86 milhões de pessoas, correspondendo a 61% do total de migrantes; seguindo-se a América do Norte com 58,7 milhões de migrantes internacionais em 2020 (21%); a África com 9%; a América Latina e Caraíbas com 5% e Oceânia com 3% do número global de migrantes internacionais, conforme Figura 5 (IOM, 2024).

Figura 5- Evolução do número de migrantes internacionais



Fonte: IOM, 2024

Segundo dados da IOM (2023), em 2020, 40% dos imigrantes em todo o mundo (115 milhões) nasceram na Ásia, cerca de 20% são originários da Índia e os restantes oriundos do Bangladesh, Paquistão, China, Filipinas e Afeganistão.

As pessoas podem imigrar por vários motivos, entre os quais o trabalho, a família, os estudos, motivos relacionados por conflitos no país de origem, perseguições e desastres, entre outros (IOM, 2023). No ano de 2020 existiram 89,4 milhões de pessoas forçadas a deslocar-se do seu país, onde 26,4 milhões eram refugiados, 4,1 milhões eram requerentes de asilo e 55 milhões de pessoas eram deslocadas internamente, ou seja, dentro do seu próprio país (IOM, 2023).

O aumento do fluxo migratório da população pelo mundo leva a que seja primordial compreender os movimentos migratórios e a forma como evoluem ao longo do tempo, para que seja criada uma gestão eficaz da migração. Para isso as entidades políticas têm uma grande responsabilidade no desenvolvimento de medidas de âmbito internacional que promovam a estabilidade e o equilíbrio das nações porque, apesar desta movimentação impulsionar o

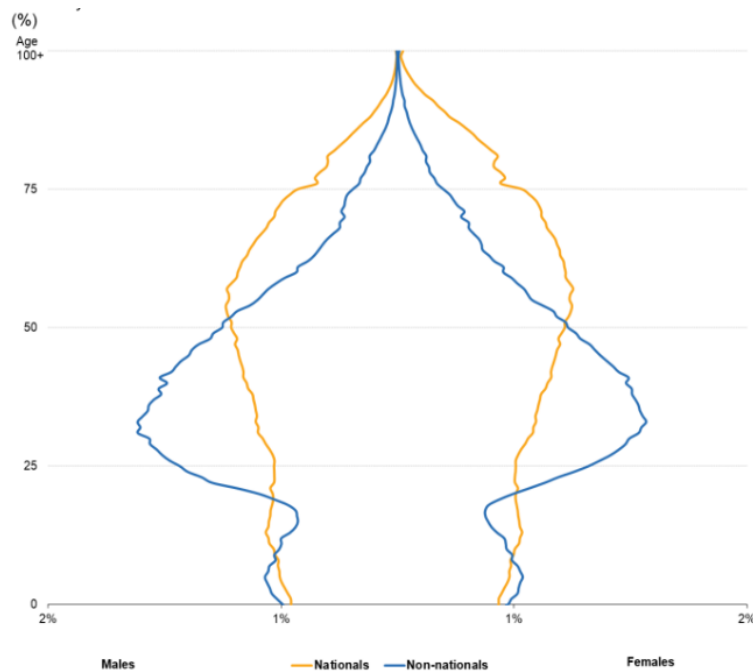
desenvolvimento económico dos países, contribuindo para o equilíbrio demográfico e enriquecimento social, acabam por surgir questões relacionadas com a segurança dos indivíduos, sociedades e estados (Rodrigues & Ferreira, 2014). Assim, surge o Pacto Global para as Migrações, que estabelece a compreensão, partilha de responsabilidades e unifica o seu propósito pensando no todo (ONU, 2018) baseando-se num conjunto de 10 princípios orientadores transversais e interdependentes. Com um semelhante desígnio também foi elaborada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, onde é reconhecida a contribuição da migração para o desenvolvimento sustentável, onde 11 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), abrangem metas e indicadores com relevância para a migração, com o mote “não deixar ninguém para trás” (Mosler, Vidal & Laczko, 2022). O desenvolvimento destes dois documentos será apresentado no subcapítulo 4.1.4.

No que respeita ao contexto de migração na União Europeia (UE) onde vivem 446,7 milhões de habitantes, 23,8 milhões são nacionais de países terceiros (5,3% da população) e 38 milhões de pessoas nasceram fora da UE (8,5% de todos os habitantes da UE) (Eurostat, 2022).

Os países da Europa que têm um maior número de cidadãos provenientes de outro estado-membro da UE são o Luxemburgo, seguido de Chipre, Áustria, Irlanda, Bélgica, Eslováquia e Países Baixos, sendo cerca de 50% da população, enquanto nos restantes estados-membros, a maioria dos não nacionais são cidadãos de países terceiros, encontrando-se Portugal em 18º lugar (Eurostat, 2022).

Relativamente à idade mais prevalente dos migrantes, pode-se observar no Gráfico 1, segundo dados do Eurostat (2022), a população proveniente de países estrangeiros é mais jovem do que a presente na UE, tendo a média de idade da população nacional dos países da UE de 45,4 anos, enquanto a idade da população migrante é de 36,6 anos.

Gráfico 1 - Estrutura etária das populações nacionais e não nacionais da UE a 1 de janeiro de 2022 (%)



Fonte: Eurostat, 2022

No ano de 2021, as nacionalidades mais frequentes da Europa a ter o título de residência noutra país foram: a Itália, França, Alemanha e Espanha. Fora da Europa, o segundo país mais representativo foi a Índia (IOM, 2023).

4.1.2. A Migração em Portugal

Considerando os dados anteriormente analisados, Portugal também reflete a tendência crescente da migração no mundo.

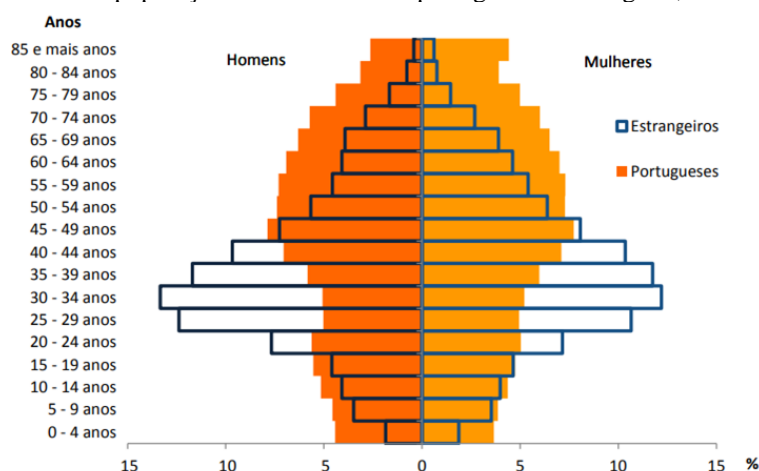
Em 2021, a população imigrante em Portugal era cerca de setecentos mil residentes, passando a representar 6,8% da população residente. Estes dados são evidenciados também pelo Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2021, do SEF a, o qual refere que no ano de 2021 houve um aumento da população estrangeira residente em Portugal em mais 5,6% em relação a 2020, sendo um total de 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência.

Já o INE refere que, para o mesmo ano, tenham entrado 97.119 imigrantes em Portugal, sendo 69,1% destes pessoas com idades entre os 15 e 64 anos (INE, 2023).

Oliveira (2023) em 2022, refere que residiam em Portugal 781.915 cidadãos estrangeiros com título de residência válido, o que representa um aumento de 0,8 pontos percentuais em relação ao ano anterior, sendo um total de 7,5% do total de residentes do país.

Relativamente ao sexo dos imigrantes não existe diferença significativa na percentagem nas diferentes nacionalidades de imigrantes a residir em Portugal, à exceção dos imigrantes da Índia no qual 80,9% são homens, ao passo que 19,1% são mulheres imigrantes. Quanto à idade, quando comparada com a população portuguesa, os residentes estrangeiros são mais jovens, existindo uma maior percentagem de imigrantes na faixa etária entre os 20 aos 49 anos de idade em 2021. Já na população com mais de 65 anos, a população portuguesa é mais envelhecida em comparação com a população estrangeira, sendo perceptível esta informação segundo no Gráfico 2 (Oliveira, 2023).

Gráfico 2 - Pirâmide etária da população de nacionalidade portuguesa e estrangeira, em 2021



Fonte: INE, adaptado por Oliveira (2023)

Em 2021, Estrela et al. (2022) referiram que a Índia era o quinto país com mais autorizações de residência. Ao passo que, no ano de 2022, a principal nacionalidade da população estrangeira foi a do Brasil, com 30,7%, sendo que a Índia se encontrava em quarto lugar, com 4,5% dos imigrantes, tendo marcado a tendência de crescimento nos últimos anos, no ano de 2021 apresentou um crescimento de 23,2%, continuando a assistir-se a este aumento em 2022, estando presentes 35.416 pessoas desta nacionalidade em Portugal (Oliveira, 2023).

Segundo os dados nacionais disponíveis, a distribuição da população estrangeira residente não tem uma distribuição homogénea no país. O Distrito com maior número de residentes estrangeiros em 2022 era Lisboa com 41,6%, seguindo-se Faro com 14%, Porto com 8,5%, Leiria encontrava-se em quinto lugar com 3,9%, tendo tido um aumento de 14% em relação ao ano de 2021 (Oliveira, 2023).

No concelho da Marinha Grande também se verifica fluxo migratório elevado, segundo os Censos de 2021 a comunidade imigrante no concelho era de 2305 indivíduos (INE, PORDATA

2023). Em 2022 o Concelho da Marinha Grande encontrava-se com 8% (3206 pessoas) da sua população de nacionalidade estrangeira (Oliveira, 2023).

A mesma autora refere que os municípios com maior número de imigrantes são os dos Distritos do centro e sul de Portugal, com destaque para os municípios dos distritos de Faro, de Lisboa e de Setúbal. Por outro lado, o município com menor percentagem de estrangeiros residentes, em 2022 foi o município de Resende (do distrito de Viseu) com 0,6%.

A evolução do movimento migratório em Portugal está associada, não só a variáveis distintas como o contexto social e económico português (bem como dos países de origem) mas também à evolução legislativa e as relações históricas e culturais (SEF a, 2021). Existem razões pelas quais a população imigrante escolhe as áreas metropolitanas para viver, como maior oportunidade de emprego e rápida inserção no mercado de trabalho, sendo onde também têm uma rede social de suporte elevada (Oliveira, 2023).

4.1.3. A Imigração na Marinha Grande

Na Região de Leiria, em 2021, o número de residentes estrangeiros era de 30.121, dos quais 14.299 eram do sexo masculino e 15.822 do sexo feminino (INE, 2023). Por outro lado, nos dados fornecidos para o mesmo ano por parte do SEF b (2021), o número de residentes estrangeiros em Leiria era de 26.952, sendo 13.682 homens e 13.090 mulheres, dados estes da população com Título de Residência.

Quanto ao Concelho da Marinha Grande, o número total de residentes estrangeiros é de 2.845 tendo como principal nacionalidade a brasileira, seguindo-se a Indiana, conforme se pode verificar na Tabela 1 (SEF b, 2021).

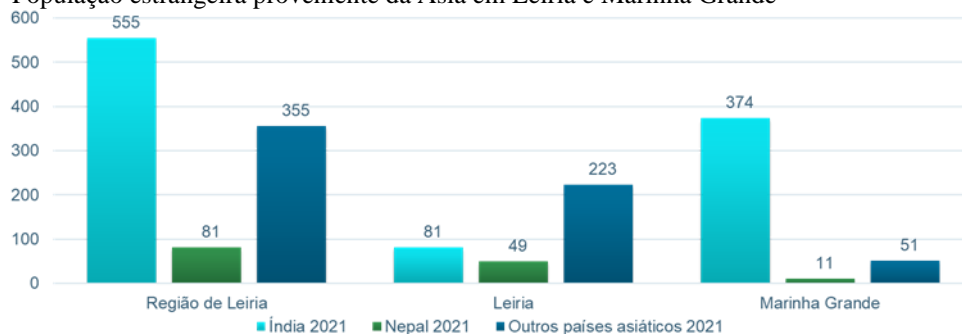
Tabela 1 - Nacionalidades estrangeiras predominantes no concelho de Marinha Grande

Nacionalidade	Total	Homens	Mulheres
Total (Concelho)	2845	1519	1326
Brasil	953	426	527
Índia	747	552	195
Ucrânia	360	166	194
China	104	55	49
Roménia	85	46	39
Cabo Verde	81	37	44
Itália	78	43	35
França	55	25	30
Espanha	43	22	21

Fonte: SEF b (2021), adaptado pela própria

Segundo os Censos 2021, a comunidade imigrante no concelho era de 2.305 indivíduos, dos quais 374 tinham como país de origem a Índia, 11 do Nepal e 51 eram provenientes de outros países asiáticos (INE, PORDATA, 2023), conforme Gráfico 3.

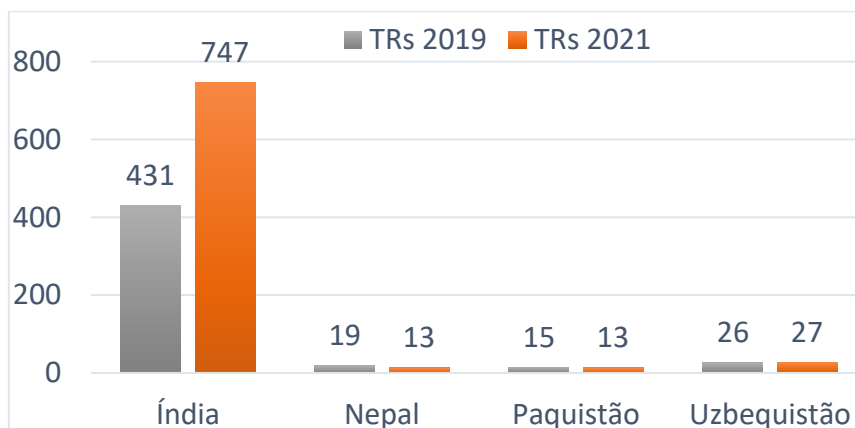
Gráfico 3 - População estrangeira proveniente da Ásia em Leiria e Marinha Grande



Fonte – INE, PORDATA, 2023, adaptado pela própria

No entanto, o SEF b (2021) apresenta dados diferentes no concelho no ano de 2021, sendo 747 dos imigrantes originários da Índia, 13 do Nepal e Paquistão e 27 do Uzbequistão, podendo verificar-se que existiu um incremento do número de imigrantes provenientes da Índia entre os anos 2019 e 2021, conforme Gráfico 4.

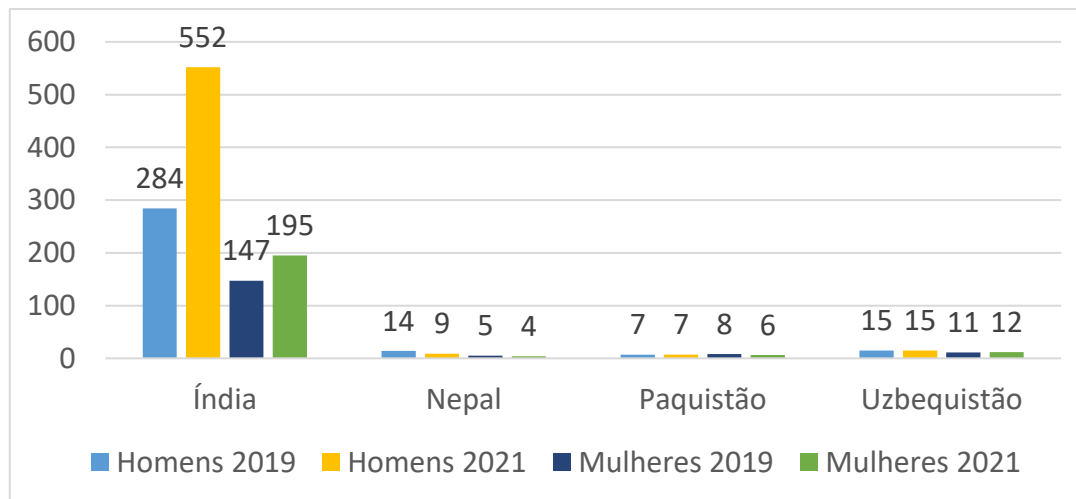
Gráfico 4 - População estrangeira proveniente da Ásia, com vistos de residência na Marinha Grande, nos anos de 2019 e 2021



Fonte – SEF b, 2021, adaptado pela própria

No Gráfico 5, podemos verificar que segundo o SEF b (2021) houve um aumento significativo de imigrantes naturais da Índia, tanto no sexo masculino, como no feminino, no entanto manteve-se estável o número de imigrantes das nacionalidades do Nepal, Paquistão e Uzbequistão.

Gráfico 5 – População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, por sexo, nos anos de 2019 e 2021



Fonte – SEF b, 2021, adaptado pela própria.

Ao analisar o que foi descrito anteriormente, fica claro que Portugal é um país favorável para as pessoas de nacionalidade estrangeira viverem sendo, por isso, essencial que as entidades políticas e outras possam promover, em conjunto ou isoladamente, uma maior qualidade de vida para os migrantes, a partir da criação de políticas que possibilitem o processo de integração destas comunidades. Seguidamente serão apresentadas resumidamente algumas das políticas de apoio à migração.

4.1.4. Políticas de Apoio à Migração

Em 2018, após aprovação na Assembleia-Geral das Nações Unidas, surge o Pacto Global para as Migrações, Seguras Ordenadas e Regulares, que encoraja todos os Estados signatários a delinear Planos Nacionais adaptados à sua realidade migratória. Assim Portugal, em 2019, elaborou o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações.

O referido Plano preconiza uma abordagem holística das migrações, pelo que envolve todos os níveis da Administração Pública, bem como a sociedade civil. As 97 medidas do Plano Nacional implementam os 23 objetivos do Pacto, os quais, por sua vez, seguem 10 princípios como “uma visão centrada nas pessoas, a cooperação internacional, a soberania nacional, o Estado de Direito, o desenvolvimento sustentável, o respeito pelos direitos humanos, a igualdade de género, o superior interesse das crianças e a abordagem holística das migrações (...)” (Diário da República, 2019, p.45).

As medidas desenvolvidas no Plano Nacional visam dar resposta a cinco eixos de ação: a promoção de migrações seguras, ordenadas e regulares; a melhoria dos processos de organização dos fluxos migratórios e da gestão integrada de fronteiras; a promoção do acolhimento e integração dos imigrantes, assegurando que se encontrem em situação regular; o apoio à ligação dos migrantes ao seu país de origem e aos seus projetos de retorno e o incremento das parcerias para o desenvolvimento com os países de origem e trânsito (Alto Comissariado para as Migrações [ACM], 2024).

No objetivo 15 do Pacto Global para as Migrações, foi assumido um acordo com vista a uma abordagem holística nas migrações internacionais, tendo sido identificada a necessidade de promover o acesso a serviços básicos aos migrantes, incorporando as suas necessidades de saúde nas políticas e planos locais e nacionais de saúde, segundo recomendações da OMS, através do fortalecimento das capacidades dos serviços para o acesso à saúde sem discriminação, diminuindo as barreiras de comunicação, promovendo a saúde física e mental dos migrantes e facilitando a formação aos profissionais de saúde para prestação de cuidados culturalmente congruentes (Oliveira, 2023).

Posteriormente em 2020, foi realizado pela Comissão Europeia, o Plano de Ação Europeu de Integração e Inclusão 2021-2027, que salienta a importância de monitorizar a integração dos migrantes no espaço europeu e dos Estados-membros, assim como, o desenvolvimento de políticas de inclusão com base nos dados, nunca esquecendo da relevância da seriação de

indicadores, onde a intervenção naquelas que são as necessidades desta população é essencial, como também, a intervenção em toda a população que os acolhe (Oliveira, 2022).

Na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015, definem-se as prioridades e aspirações do desenvolvimento sustentável global para 2030, procurando mobilizar esforços globais à volta de um conjunto de objetivos e metas comuns. Tem 17 ODS que representam um apelo urgente à ação de todos os países (*Business Council for Sustainable Development*, 2022).

O ODS que está associado às migrações é ODS 3 – Saúde e bem-estar, é de difícil monitorização porque embora existam mais de 50 indicadores de saúde no ODS 3, nenhum deles é específico para a saúde dos migrantes (Mosler, Vidal & Laczko, 2022).

Mediante o exposto é fundamental desenvolver políticas de saúde, estruturas legislativas e financeiras de apoio não só a nível global, como a nível nacional, regional e local para que se possa melhorar a qualidade de vida e diminuir as desigualdades dos imigrantes. Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde, considerando as necessidades de todos os grupos vulneráveis, garantindo que se atinja as metas do ODS 3 (Mosler, Vidal & Laczko, 2022).

Considerando os ODS, a migração pelo mundo e as suas especificidades, a OMS criou o Plano de Ação Global para a promoção da saúde de refugiados e migrantes, 2019–2023, estendido até 2030, este tem como objetivos: afirmar a saúde como um elemento essencial para uma boa governação da migração e na assistência aos refugiados e melhorar a saúde global, considerando a saúde e bem estar dos migrantes e refugiados de forma holística, abrangente e inclusiva, de forma a dar resposta às necessidades desta população em qualquer ambiente, coordenando esforços internacionais para vincular os cuidados de saúde a programas humanitários.

Este plano, reconhece que o direito ao acesso aos serviços de saúde por refugiados e migrantes não é igual em todos os países, sendo determinado pela legislação. Por isso, a sua implementação terá em conta estas situações específicas e estará de acordo com a legislação nacional, com as prioridades, circunstâncias e instrumentos internacionais sobre igualdade de acesso aos serviços públicos de saúde (OMS, 2019).

O Relatório Mundial da Saúde dos Refugiados e Migrantes (OMS, 2022) refere que é crucial abordar os determinantes que afetam a saúde dos imigrantes, pois muitos não estão relacionados com o setor de saúde.

De um modo geral, refugiados e migrantes são afetados pelos mesmos determinantes de saúde que a restante população, mas o *status* migratório pode adicionar complexidade que, quando combinado com outros determinantes, os torna mais vulneráveis (OMS, 2022).

A OMS (2022) classifica esses determinantes como: as características e comportamentos individuais (genética, género, comportamento pessoal e idade); os ambientes social e económico (educação, alfabetização em saúde, renda e estatuto, emprego e condições de trabalho, redes de apoio social, cultura e Serviços de Saúde) e o ambiente físico (água potável e ar puro; locais de trabalho saudáveis; casas seguras, comunidades e estradas; e comida e nutrição). Reforçando o que foi referido, para Dahlgren e Whitehead (2006) os determinantes da saúde, explicam que a saúde é influenciada por características individuais (idade, sexo e constituição); por influências que podem ser modificáveis por políticas como fatores individuais inerentes ao estilo de vida e pela capacidade de a pessoa manter a sua saúde e também pode ser influenciada pelas condições de vida e de trabalho. Estas últimas traduzem-se na capacidade de aquisição de alimentos e acesso a bens, afetos à educação, condições sanitárias e económicas, culturais e ambientais. Salienta-se, portanto, a importância da compreensão dos determinantes de saúde dos imigrantes, pois só assim é possível garantir saúde a esta comunidade.

Compreendendo a importância do que foi referido anteriormente, nota-se uma preocupação por parte dos intervenientes políticos e institucionais com esta temática, cada vez mais premente, sendo essencial nunca esquecer que o processo migratório torna esta população desprotegida, vulnerável, sendo por si um fator determinante da saúde para estas pessoas.

4.1.5. Imigração e Saúde em Portugal

Em 1946, a OMS, estabeleceu que todos os seres humanos, independentemente da sua raça, religião, orientação, política, condição económica ou social têm direito ao acesso à saúde, corroborada em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu art.º 25.º que reconhece a prestação de cuidados de saúde como um direito de todos os seres humanos (ACM, 2024).

No ano de 2000, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia no seu art.º 35, ficou descrito o direito à proteção da saúde, na qual todos os indivíduos sem exceção têm o direito a aceder a cuidados de saúde e receber tratamento médico, nas condições estabelecidas pela lei e práticas nacionais. Em 2008, a Assembleia Mundial de Saúde, reafirma o direito à proteção da saúde e prevenção da doença, propondo medidas de reforço nas políticas e na igualdade de

acesso aos sistemas nacionais de saúde, promovendo desta forma a melhoria da saúde dos migrantes (ACM, 2024).

O direito à saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa no art.º 64:

“1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais do cidadão, tendencialmente gratuito (...) 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a). Garantir o acesso de todos os cidadãos (...); b). Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país (...)” (Diário da República, 2005, s.p.).

Este direito está também patente na Lei de Bases da saúde n.º 95/2019 referindo que todas as pessoas têm direito

“À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (...); “A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade (...)” (p.56-57).

O mesmo documento acrescenta que o SNS tem como princípios: a Universalidade garantindo prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade; a Generalidade da prestação de cuidados na área da promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação; é Tendencialmente gratuito; existe a Integração de cuidados os quais estão organizados e existe articulação entre as várias instituições; é Equitativo com o acesso aos cuidados por parte de grupos vulneráveis; é de Qualidade com prestação de cuidados segura e eficiente e com base na evidência; de Proximidade no qual existe no país uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde; é Sustentável Financeiramente e Transparente com informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

No que se refere à proteção dos migrantes em Portugal, destaca-se o Despacho n.º 25 360/2001, de 16 de novembro, o qual refere que os cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal têm a mesma igualdade em relação aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.

Neste sentido a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2023) emitiu no documento “Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Universalidade” no qual acrescenta que os Cidadãos imigrantes portadores de um documento emitido pela Junta de Freguesia (Atestado de Residência), têm acesso aos Cuidados de Saúde:

- urgentes e vitais;
- doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública (tuberculose ou sida, por exemplo);
- no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados a crianças recém-nascidas;
- a menores que se encontram a residir em Portugal;
- na Vacinação, conforme o PNV;
- a cidadãos estrangeiros em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do seu agregado familiar efetua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados;
- em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.

Quando os Imigrantes estão em situação irregular (há mais de 90 dias em Portugal, sem autorização de residência) estes têm acesso a cuidados de saúde:

- urgentes e vitais;
- doenças transmissíveis que representem um perigo ou ameaça para a saúde pública;
- cuidados no âmbito de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva;
- cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal;
- vacinação, conforme o PNV;
- cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica.

A saúde de uma comunidade, vai para além da agregação dos fatores de risco e do estado de saúde de cada um, dependendo também das suas próprias características. Reflete-se sob a influência da história social e as suas circunstâncias culturais, materiais e ecológicas. Deste modo, a avaliação da saúde da população é importante para a tomada de decisão, relativamente a áreas prioritárias de intervenção e colaboração, sendo fundamental conciliar conhecimentos

geográficos, económicos e sociológicos, promovendo a política como a solução para a transformação do conhecimento em ação (McMichael & Beaglehole, 2000).

A apreciação do estado de saúde dos imigrantes é um indicador importante de avaliação da integração de um imigrante, no país de acolhimento, e está relacionada com a perceção, experiências e cuidados de saúde obtidos no passado, no país de origem ou no país de acolhimento, sendo influenciada pelas experiências de saúde do imigrante e dos países onde foram adquiridas essas experiências.

Assim, em Portugal, no ano de 2022, 58,9% dos imigrantes reportaram ter um bom ou muito bom estado de saúde, e por comparação, no mesmo ano, apenas 48,6% dos portugueses nativos consideraram a sua saúde boa ou muito boa. Com estes dados Portugal surge como o terceiro país do espaço da União Europeia (dos 27) com maior distância favorável dos imigrantes face aos nativos na perceção de saúde (Oliveira, 2023).

A mesma autora refere que um outro fator a ter em conta que influencia a forma como os imigrantes percecionam a saúde no país de acolhimento é o tempo de residência no país de acolhimento, pois com o passar do tempo de permanência no país de acolhimento, os imigrantes tendem a alterar ou acumular experiências de saúde, aumentam também o conhecimento acerca do sistema de saúde e surge uma alteração das suas condições de vida na sociedade que influam diretamente na saúde (condições de alojamento; horas e riscos de trabalho; idade, entre outros). Desta forma, o tempo de residência faz com que a perceção do estado de saúde dos imigrantes se aproxime da população nativa do país de acolhimento, distanciando-se da que percecionavam à chegada ao país, quando comparavam a sua saúde com a do país de origem.

O estado de saúde dos migrantes e a acessibilidade aos serviços de saúde são condições essenciais no processo de integração, defendendo a equidade de direitos humanos, isto porque os problemas de saúde e a falta de acesso aos serviços de saúde podem ser um obstáculo neste processo, com impacto na vida dos imigrantes, sendo importante a criação de medidas políticas, de forma a incorporar as necessidades de saúde dos migrantes nos planos de saúde nacionais e locais, garantindo o acesso não discriminatório e procurando reduzir as barreiras de comunicação.

Imigrantes e o Acesso aos Cuidados de Saúde

De acordo com a OMS (2022) a maioria dos migrantes são saudáveis, embora possam desenvolver problemas de saúde semelhantes aos da população do país de acolhimento. No

entanto esta população encara piores resultados de saúde do que as restantes comunidades, se as condições em que vivem e trabalham não forem conducentes a uma boa saúde. Além disto, correm o risco de contrair doenças não transmissíveis, tendo algumas destas causas significativas de mortalidade prematura, especialmente quando existem barreiras de acesso aos cuidados de saúde, sendo as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas e o cancro. O aumento da sua prevalência está associado a fatores como os determinantes sociais e ambientais da saúde, a mudança de estilos de vida e o impacto de determinantes comportamentais, como o consumo de tabaco e álcool, alimentação pouco saudável, falta de exercício físico, envelhecimento, exclusão social, baixos níveis de literacia em saúde e acesso limitado aos cuidados de saúde.

A saúde dos imigrantes é um dos elementos mais relevante no processo da sua integração no país de acolhimento, sendo um exemplo de equidade no acesso aos cuidados de saúde, existindo uma possibilidade de emergência de epidemias anteriormente controladas e que constituem ameaças de saúde (Machado et al, 2006). Os migrantes, apesar de tudo, enfrentam as mesmas barreiras no acesso aos serviços de saúde que a população do país de acolhimento. (OMS, 2022).

A procura e o recurso aos serviços de saúde são considerados uma forma de obter ganhos em saúde, com influência de fatores sociais, demográficos, económicos ou da situação laboral. Fatores individuais, o tempo de residência no país de acolhimento, valores e crenças culturais face à sua situação de saúde e a perceção, conhecimento e experiências relacionadas com a utilização dos serviços, têm também impacto no acesso (Dias, Rodrigues, Silva, Horta & Cargaleiro, 2010). Por outro lado, a OMS (2022) acrescenta que o acesso aos serviços de saúde é também influenciado pela pobreza, estigma, discriminação, exclusão social, diferenças linguísticas e culturais, separação das normas familiares e socioculturais, obstáculos financeiros e administrativos e falta de estatuto jurídico.

Não há evidência de que ser imigrante esteja associado a doenças infecciosas comuns. No entanto as más condições de vida e de trabalho no país de acolhimento podem levar a que enfrentem barreiras adicionais para receberem diagnóstico, tratamento e cuidados atempados, o que pode aumentar a prevalência de doenças. Outro fator importante é o estigma e a discriminação vividos pelos imigrantes durante as interações com o sistema de saúde podendo dificultar o seu acesso aos serviços de saúde (OMS, 2022).

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde em Portugal, segundo um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2015), 16% dos imigrantes referiram não ter consultado um médico nos 12 meses anteriores à entrevista enquanto os portugueses foram 15%. Já no Inquérito Nacional de Saúde de 2019 os valores são muito diferentes dos anteriores, assim, 75,7% dos cidadãos com naturalidade portuguesa tiveram uma consulta médica de medicina geral e familiar há menos de 12 meses, no caso dos cidadãos de naturalidade estrangeira essa percentagem desce para 69,6% (Oliveira, 2023).

Importante referir que as circunstâncias sociais e económicas dos imigrantes (com níveis mais baixos de habilitações, mais baixos rendimentos, piores condições de trabalho e com maior exposição ou risco de exclusão social) afetam diretamente o seu uso dos serviços de saúde, não se devendo descurar a interferência destes determinantes sociais no acesso aos cuidados de saúde (OCDE, 2015).

Outros fatores comprovados na acessibilidade aos serviços de saúde são: as infraestruturas, a distância e horários de funcionamento dos serviços de saúde, bem como os tempos de espera. Por outro lado, as questões relacionadas com o conhecimento sobre a legislação nestas matérias, por parte dos profissionais de saúde, poderão levar à exclusão desta população aos serviços de saúde, além de comportamentos discriminatórios e estigmatizantes relacionados com a imigração (Dias & Gonçalves, 2007).

Assim, associada às necessidades médicas não satisfeitas surgem como barreiras falta de disponibilidade financeira, períodos de espera aumentados e maiores dificuldades em se ausentar do trabalho para receber cuidados de saúde (Legido-Quigley et al., 2016). Com a crise económica e financeira que assolou Portugal nos últimos anos, as necessidades de saúde que não foram satisfeitas por parte dos imigrantes aumentaram muito por causa das condições económicas desta população, aumentando o seu risco de pobreza ou exclusão social (Oliveira & Gomes, 2017). Por outro lado, outras razões têm sido também reportadas para explicar os padrões das necessidades não satisfeitas de consulta médica dos imigrantes, nomeadamente os tempos de espera para obter cuidados de saúde, dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, e a complexidade e burocracia associada ao sistema de saúde (Dubois & Molinuevo, 2014).

Acrescenta-se que da análise de Oliveira (2023), quando comparamos o período que decorre entre 2008 e 2022, a principal razão para que os imigrantes e também a população de naturalidade portuguesa, não tenham as necessidades médicas não satisfeitas é a falta de

disponibilidade financeira para suportar os custos das consultas médicas. Este motivo é também salientado nos estudos da OMS (2022), referindo que os imigrantes gastam menos dinheiro em serviços de saúde do que as populações de acolhimento.

Como dificultadores de acesso aos cuidados de saúde está a incompleta ou até total ausência de informação quanto aos seus direitos, surgindo também a dificuldade de comunicação tanto ao nível linguístico como cultural. De forma a colmatar as dificuldades de informação, os migrantes recorrem a familiares ou amigos bilingues e à internet, através das redes sociais ou através da participação em grupos de discussão. No entanto, aquando da prestação de cuidados, podem surgir ainda outros constrangimentos, tanto no doente como no intérprete e até mesmo pela dificuldade de diagnóstico do profissional de saúde. O mesmo pode acontecer por interpretação deficiente do que lhes foi transmitido, resultante de confusões linguísticas ou das próprias opiniões do intérprete, fruto das suas crenças e representações de saúde e do desconhecimento das características da medicina ocidental (Estrela, 2009).

Outra barreira ao acesso aos cuidados de saúde primários é o recurso indevido aos cuidados hospitalares em caso de necessidade, por parte dos imigrantes, pois conseguem que o acesso seja mais rápido e o pagamento de taxas moderadoras é menos impeditivo, no entanto realça-se ainda de uma forma geral, os imigrantes evitam recorrer a serviços de saúde, em especial dos cuidados de saúde primários, recorrendo mais à automedicação (Dubois & Molinuevo, 2014), tendo também acesso limitado a medicamentos essenciais podendo recorrer à automedicação e à toma de antibióticos, podendo resultar em possíveis resistências antimicrobianas (OMS, 2022).

Acrescentando ainda, como barreira aos cuidados de saúde, estão também questões de nacionalidade ou status legal, medo de detenção e deportação, discriminação e exclusão, linguagem e diferenças culturais, falta de informação sobre os serviços e obstáculos administrativos e financeiros que impedem o acesso. Para além disto, as condições de vida adversas em que os migrantes vivem ao chegar a um novo país (problemas monetários e sociais) podem contribuir para a progressão de problemas de saúde, dificultando a procura de cuidados de saúde (Mosler, Vidal & Laczko, 2022). Além das dificuldades referidas, Hargreaves et al. (2018), referem que na UE os migrantes são um grupo muito heterogéneo, dificultando a generalização das suas necessidades de saúde e do comportamento destes, relativamente à procura de cuidados de saúde.

A Enfermagem nos Cuidados de Saúde aos Imigrantes

O crescente fluxo migratório verificado em Portugal, como caracterizado no enquadramento teórico, onde os números são claramente reveladores de um fenómeno que constitui um desafio para os cuidados de saúde, com impacto na dinâmica dos serviços de saúde, impõe a adoção de mecanismos e estratégias inovadoras, por parte dos profissionais que neles trabalham, com vista à obtenção de ganhos em saúde na população estrangeira residente num país. Este aumento de imigrantes potenciou a existência de um contacto mais frequente entre profissionais de saúde e pessoas estrangeiras, culturalmente diferentes e com expectativas distintas, no que se refere à prestação de cuidados de saúde. Surgem, no entanto, problemas em relação à organização dos cuidados de saúde, desconhecendo-se os aspetos culturais destes indivíduos, verificando-se representações sociais estereotipadas em relação a estes grupos podendo, desta forma, revelar nos profissionais de saúde um padrão de comportamentos e atitudes desajustados face a esta população (Estrela, 2009).

A multiculturalidade considera como essencial o respeito pela diversidade do outro, consentindo a expressão e partilha de sentimentos, ideias e opiniões que, através da empatia, levam à aceitação daquela que é a realidade do outro. Surge assim, uma procura de uma realidade diferente à que se conhece através da convivência com a diversidade, permitindo que o enfermeiro possa adquirir conhecimentos, para poder realizar a sua prática de forma congruente (Albuquerque, 2009). Nos contextos multiculturais os cuidados devem ser culturalmente coerentes e a intervenção deve ser planeada pelos diferentes profissionais envolvidos (Reis, 2015).

Assim, o número crescente de utentes de diferentes culturas cria um grande desafio para os enfermeiros ao exigir que prestem cuidados de forma individualizada e holística baseada nas necessidades culturais de cada utente. Esta questão impulsiona os enfermeiros à compreensão das diferenças culturais em termos de conceito de saúde, crenças e costumes (Vilelas & Janeiro, 2012). Sendo assim, é importante que os enfermeiros aprofundem os seus conhecimentos sobre as diversas culturas dos doentes que cuidam e desenvolvam a capacitação do indivíduo/comunidade. A aquisição de competências culturais deve ser percebida como um processo contínuo, em que o enfermeiro se esforça para conseguir trabalhar de forma eficaz dentro do contexto cultural da comunidade (Campinha-Bacote, 2002).

As atitudes e competências culturais são essenciais no que determina a procura de cuidados de saúde na população imigrante (Dias et al, 2010). Assim, os enfermeiros são desafiados com

novos tipos de problemas, que decorrem tanto das dificuldades de comunicação em contexto intercultural, relacionadas com especificidades culturais e linguísticas, como por a falta de tempo para guiar uma relação terapêutica que se quer eficaz (Maurício, 2009).

Portanto, na prestação de cuidados, o EESCSP ao ter competências ao nível da metodologia do PS, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com aptidão para capacitar a comunidade na adoção de estilos de vida saudáveis consoante as suas crenças e religião, assim como na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação, como explanado no Regulamento das Competências Específicas do EEECS da OE, reforça a sua importância para a prática em contextos multiculturais.

No desenvolvimento dos estágios e deste trabalho foi muito importante ter em mente estes conceitos associados ao Modelo de Leininger, já desenvolvido no capítulo 2, sendo esta teoria uma teoria que relaciona a cultura e os cuidados de saúde e bem-estar, conduzindo o enfermeiro a promover a preservação, a acomodação ou repadronização das práticas de enfermagem, de forma que a comunidade possa alterar padrões de vida e assim obter ganhos em saúde (Seima, Michel, Méir, Wall & Lenardt, 2011). Para colmatar estas necessidades e desafios elencados anteriormente, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, conforme descrito no capítulo seguinte.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia do PS, apesar de ter sido desenvolvida há praticamente quatro décadas por Imperatori e Giraldes em 1983, tem sido amplamente utilizada na área da saúde e em particular, pelos EESCSP.

Na saúde, o planeamento é um instrumento com uma sequência de ações, tendo como objetivo atingir um resultado, com elevada eficácia, eficiência e efetividade, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de saúde da população, recorrendo aos conhecimentos mais atuais e aos recursos disponíveis (Rodrigues, 2021).

O PS é definido, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), como

“(…) um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (p. 23).

Este processo é sempre voltado para o futuro, sendo um processo permanente, contínuo e dinâmico, racional na tomada de decisões e visa selecionar um percurso de ação. Implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados. É sistémico, multidisciplinar e interativo, é uma técnica de alocação de recursos e, um processo cíclico (Tavares, 1992). Desenvolve-se em diversas etapas coerentes entre si e exequíveis (Rodrigues, 2021). Desta forma, Imperatori e Giraldes (1993) definem três importantes fases no PS:

1. **Elaboração do plano:** divide-se nas subetapas do diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, e preparação da execução;
2. **Execução e;**
3. **Avaliação.**

A metodologia do PS configura-se como uma ferramenta importante, pois possibilita, através da análise de políticas e objetivos de saúde, realizar ações que contribuem para o desenvolvimento deste setor. Por outras palavras, o PS permite que as ações possam ser executadas de forma racional, que possuam a efetiva capacidade para alterar a realidade e que

se possam projetar no futuro (Imperatori & Giraldes, 1993). Constitui assim, a melhor opção para a intervenção comunitária permitindo estruturar a melhor intervenção em função dos principais problemas possibilitando alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente, para que se consiga os resultados pretendidos com a melhor gestão de recursos (Tavares, 1992).

Não obstante, o processo de PS constitui mais do que uma metodologia de concretização de um plano, programa ou projeto, ele encerra em si mesmo um processo de tomada de decisão clínica.

Desta forma, e para concretizar o processo de tomada de decisão clínica, foi desenvolvido o Projeto durante os estágios, com o título **ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande**. Este teve como objetivos:

- determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Índia residentes na Marinha Grande;
- avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
- identificar o nível de empoderamento comunitário, com os *stakeholders* e informantes-chave da comunidade imigrante.

Teve início no mês de outubro de 2023 e terá o seu fim (expectável) em março de 2027, sendo este tempo essencial para investir na promoção do empoderamento da comunidade de imigrantes provenientes da Índia, residentes na Marinha Grande. O objetivo para a dimensão temporal ser alargada para além do prazo do término dos estágios e deste percurso académico, surge da reflexão e da importância demonstrada empiricamente pelos *stakeholders* relativamente à problemática em estudo.

Este projeto teve como suporte um estudo qualitativo, de carácter exploratório, que segundo Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa é caracterizada pelo seu carácter descritivo, procurando a compreensão e não a avaliação, interessando-se pelo particular.

5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A primeira etapa do PS é o diagnóstico de situação em saúde. Este procura traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, permitindo identificar, priorizar os problemas e necessidades de saúde e elucidar as intervenções prioritárias que poderão levar a potenciais ganhos em saúde (Portugal, Nunes & Andrade, 2017).

Neste sentido, deve ter-se presente que o diagnóstico de saúde é o ponto de partida para as outras etapas do PS, pelo que não devem ser colhidos dados que não sejam critérios de diagnóstico e que permitam identificar necessidades que serão posteriormente alvo de intervenção (Melo, 2020). Tem como função justificar as intervenções a realizar e permite medir o avanço alcançado das mesmas através da comparação com o momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Apenas com a realização de diagnósticos em saúde é possível definir objetivos operacionais pertinentes e mensuráveis, escolher as atividades e estratégias adequadas, calcular os recursos necessários à sua execução e prever as melhores formas de proceder à avaliação (Rodrigues, 2021).

Indo ao encontro do que está preconizado por Imperatori & Giraldes (1993), é importante caracterizar não só a população em estudo e as suas necessidades em saúde como também os serviços disponíveis na comunidade. Desta forma, só quando o diagnóstico da situação estiver elaborado é que será possível começar a intervenção permitindo assim, priorizar as necessidades reais e sentidas pela comunidade, para proporcionar uma atuação com vista a obter ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Para a realização do diagnóstico e conseqüente elaboração de um projeto de intervenção comunitária, em contexto da prática clínica do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi necessário realizar uma articulação entre a USP Polo da Marinha Grande e a UCC MG, onde ficou definido que a área de intervenção seriam os imigrantes da Índia, pois verifica-se um incremento desta comunidade no concelho da Marinha Grande, nos últimos anos, tendo-se tido mais consciência desta realidade na altura da Pandemia, com a vacinação, realização de testes de diagnóstico Covid-19 e isolamentos profiláticos. Estes momentos permitiram perceber que se desconheciam os seus modos de vida, a sua cultura, as necessidades reais e sentidas, justificando desta forma um trabalho com esta comunidade.

Formulou-se a seguinte questão de partida para este diagnóstico de situação: Quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Índia que residem no concelho da Marinha Grande?

População Alvo

A população-alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente para seleção (Fortin, 2009). A população alvo foi toda a população proveniente da

Índia e residente no concelho da Marinha Grande, tendo sido selecionada por conveniência, considerando o seu envolvimento e conhecimento sobre a sua própria comunidade.

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados e posterior elaboração do diagnóstico de situação, foram tidos em conta como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; falar português, residir no concelho da Marinha Grande e ter conhecimentos necessários para a análise da problemática em estudo (cultura, crenças, rituais, estilos de vida, entre outros) e aceitar participar no estudo.

Instrumentos de Colheita de Dados

O diagnóstico de saúde foi elaborado com recurso a instrumentos de recolha de dados essenciais para identificar os problemas e as necessidades de saúde da população-alvo. Para Fortin (2009), a recolha de informação com os participantes é um aspeto essencial no processo de investigação, podendo ser colhidos de várias formas. Tendo o investigador a responsabilidade de determinar o instrumento de medida que melhor se adapta ao estudo.

O instrumento de recolha de dados aplicado aos participantes do estudo (informantes-chave da comunidade imigrante indiana) foi uma entrevista semiestruturada. Definiram-se como informantes-chave as pessoas que, pelo tempo de residência em Portugal e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade e a sua influência, são conhecedores do domínio em estudo, tendo conhecimentos específicos sobre a cultura, as crenças, estilos de vida e outros aspetos que irão ajudar o investigador a definir os determinantes de saúde desta população.

A entrevista semiestruturada para Minayo (2010) permite ao investigador observar, entrevistar e interpretar as várias dimensões estipuladas para a sua própria pesquisa, sendo valorizada a subjetividade. Estas entrevistas tiveram como objetivos, para além de conhecer melhor esta comunidade, determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande e avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Como refere Fortin (2009, uma entrevista deve ter como funções “(...) examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes” (p. 375).

Optou-se por elaborar o guião para a entrevista semiestruturada (Apêndice 10), considerando as dimensões do Modelo Sunrise que caracteriza a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, sendo estes: Fatores Tecnológicos, Fatores Religiosos e Filosóficos, Fatores Sociais e de Parentesco, Crenças e Valores Culturais, Fatores

Políticos e Legais, Fatores Educacionais e Fatores Económicos, também os fatores ambientais e de linguagem e foram realizados os dados sociodemográficos dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas, na Junta de Freguesia da Marinha Grande, após convocatória dos entrevistados por telefone, tendo sido identificados com a colaboração dos enfermeiros do CS da Marinha Grande, pertencentes às UF e pelo professor de língua portuguesa da Igreja Batista. Foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2023, presencialmente, tendo sido realizada gravação áudio. Às gravações efetuadas foi atribuído um código numérico ao qual só a equipa de investigadores teve acesso, sendo estes dados guardados em arquivo seguro, de acesso restrito e pelo tempo definido pela lei (máximo 10 anos). Inicialmente foi realizado um pré-teste, que foi incluído no estudo como um elemento da amostra dado que se considerou que cumpria o objetivo da entrevista.

Na realização das entrevistas houve a dificuldade de obter um maior número de entrevistados que falassem português, pois mesmo tendo aulas de Português muitos não falam de forma compreensível, não se sentindo à vontade para realizarem uma entrevista.

Foi realizada a transcrição das entrevistas utilizando como instrumento informático o *software* SONIX®, tendo sido efetuadas algumas correções linguísticas nas respostas dos imigrantes para melhorar a compreensão da entrevista, pois como referido anteriormente não falavam bem português. Neste processo não foi alterado o sentido da resposta.

Considerações Éticas

Considerando as implicações da investigação em seres humanos, foram respeitadas as recomendações éticas e legais preconizadas, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes, tendo sido atribuído a cada participante um código alfanumérico único, não sendo identificado qualquer dado pessoal dos participantes.

Os dados foram tratados de forma anónima pela equipa de investigação, obedecendo aos princípios éticos da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e da legislação nacional e internacional, tendo sido partilhados entre os investigadores da equipa, assim como o acesso às bases de dados criadas.

Todos os procedimentos foram explicados aos entrevistados e os benefícios do seu envolvimento. Foi igualmente garantido o direito à recusa em participar, sem que daí existisse qualquer inconveniente para os próprios.

Foi pedido 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 num documento escrito, consentimento informado, que se encontra no Apêndice 11, tendo sido entregue e explicado todo o seu conteúdo, ficando também referido que seria efetuada a gravação em registo áudio.

Foi também efetuado um pedido de parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria para a realização do Projeto *ENGAGE*, que foi deferido (Parecer N° CE/IPLEIRIA/57/2023) (Apêndice 12)

Análise dos Dados

As entrevistas foram realizadas a 4 indivíduos imigrantes indianos do sexo masculino. Não foi possível realizar entrevistas a mulheres que falassem português, as que se disponibilizaram falavam Inglês e Punjabi.

No que respeita aos dados sociodemográficos, a média de idades dos participantes foi de 34 anos, com uma variação entre os 24 e os 41 anos de idade. Os imigrantes entrevistados vivem com a família, estando a família mais próxima presente em Portugal. Dois dos entrevistados têm casa própria, estando os outros em casa arrendada.

Relativamente às habilitações académicas, o E1 tem o 8º ano de escolaridade, o E4 tem o 12º ano de escolaridade e os restantes (E2 e E3) para além do 12º ano de escolaridade, têm um curso associado que eles designaram de pós-graduação.

Todos se encontram a trabalhar, sendo que E2, E3 e E4 estão a trabalhar por conta de outrem, enquanto E1 tem o seu próprio estabelecimento, sendo trabalhador por conta própria.

Posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas segundo Bardin (2010), identificando-se as categorias de significado que se pretendiam analisar segundo os objetivos do estudo. Estas são classes que agrupam elementos que possuem características comuns e que através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações leva à sua interpretação. A análise de conteúdo tem como objetivo retirar assuntos e adquirir conhecimento profundo dos valores e crenças que orientam as práticas dos imigrantes indianos, envolvendo uma interpretação, compreensão sobre o que dizem e sobre o que fazem (Bardin, 2010).

Para facilitar esta análise de conteúdo, utilizou-se o programa informático webQDA, permitindo associar o seu conteúdo às dimensões presentes no Modelo *Sunrise*. Assim, foi possível retirar da análise que a dimensão que apresentou um maior número de referências foi a dos **Valores culturais e Modos de Vida**, onde o conceito de saúde está relacionado com “uma boa alimentação”, recorrendo aos serviços de saúde somente quando estão doentes e quando a “Medicina Tradicional” /Popular não resulta.

Os **Fatores Religiosos** acabam por estar interligados com todas as dimensões, com grande influência no conceito de saúde-doença, afetando o seu cotidiano desde a alimentação, estilos de vida ou a prática de culto.

No que respeita aos **Fatores Educacionais** as informações associadas aos conceitos de saúde-doença são transmitidas na família de geração em geração. Quanto às informações que têm sobre o Sistema Nacional de Saúde, são fornecidas por familiares, pela entidade laboral ou Junta de Freguesia, existindo uma falta de conhecimento sobre os seus direitos e deveres no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, aos cuidados de saúde (**Fatores Políticos**).

Um ponto presente ao longo das entrevistas foi a barreira da comunicação, sendo a principal dificuldade quando chegam a Portugal e um grande desafio a aprendizagem da língua portuguesa, se trabalharem com portugueses facilita essa aprendizagem. Utilizam as novas tecnologias para realizar traduções e pesquisa de temas relacionados com a Saúde. Se família presente em Portugal coabitam juntos, no entanto referem pouca rede familiar de apoio (**Fatores Tecnológicos, Fatores de Parentesco e Sociais**).

Com empregos precários, com contratos de trabalho e dificuldades na aquisição de habitação (**Fatores Económicos**), reforçam ainda mais a sua vulnerabilidade, justificando assim uma intervenção comunitária. A análise de conteúdo das entrevistas encontra-se desenvolvida no Apêndice 13.

Diagnóstico de Enfermagem

Com base nos dados encontrados para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a taxonomia CIPE (Browser acedido pela área reservada da OE). A CIPE é um documento de referência que pretende uniformizar a linguagem da enfermagem e desta forma:

- aumentar a visibilidade dos enfermeiros garantido ferramentas de informação para atender às necessidades e cuidados das pessoas;
- apoiar a prática de enfermagem geral e especializada adequada a todos os contextos;

- aprimorar a prática e apoiar na elaboração de políticas da saúde;
- na prática baseada na evidência e reunir as diferentes terminologias da enfermagem (*International Council of Nurses [ICN], 2021*).

Perante os dados analisados relativamente aos determinantes de saúde da população imigrante e de acordo com a CIPE, o diagnóstico de enfermagem deve ser elaborado utilizando o modelo dos sete eixos: foco, juízo, meios, ação, tempo, localização e cliente; para abranger o estado do doente, o problema, as necessidades e as intervenções pretendidas. O diagnóstico de enfermagem deve incluir o eixo do foco, o eixo do juízo e outros eixos conforme a necessidade (ICN, 2016).

Perante o exposto e de acordo com as linhas orientadoras da taxonomia CIPE, definiram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Atitude Face ao estado de Saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente na Marinha Grande;
2. Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente na Marinha Grande;
3. Barreira à comunicação associada à Língua na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.

5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Apresentados os diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, os problemas, é essencial agora priorizá-los e hierarquizá-los, considerando o horizonte temporal e os recursos disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nas comunidades emergem múltiplos diagnósticos de enfermagem onde os recursos, por vezes, são escassos para responder atempadamente, por isso a priorização deve ser desenvolvida com critério e rigor (Melo, 2020). No entanto os problemas que não forem considerados prioritários poderão esperar por uma ocasião mais propícia para a sua resolução (Rodrigues, 2021, p.92).

Podem ser utilizados vários métodos na definição das prioridades, não existindo nenhum que se possa considerar ideal, já que a sua aplicação será adequada ao contexto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Recorreu-se assim ao critério de priorização do Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS), Rodrigues (2021), que é composto por três critérios: magnitude (M), transcendência (T) e vulnerabilidade (V). A magnitude considera a importância do problema, a transcendência é o reconhecimento que a população em estudo dá ao problema, sendo influenciada pela sua gravidade e a vulnerabilidade está relacionada com a possibilidade de o efeito provocado pela intervenção seja efetivo (Ahumada et al. 1965 citado por Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993).

Com os problemas de saúde delineados, foi aplicada a fórmula ($M \times T \times V$), obtendo-se o valor da prioridade, sendo depois comparados em que o que obter mais pontos ficará como o problema de primeira ordem de intervenção (Rodrigues, 2021).

Definidos os critérios, foi atribuída uma pontuação de 0 a 3 em cada um, tendo sido analisados os resultados das ponderações atribuídas a cada problema identificado na Tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Pontuação	Nível de Prioridade
Atitude Face ao estado de Saúde-doença comprometida, associada à cultura	3	3	2	18	2º
Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde	3	3	3	27	1º
Barreira à comunicação associada à Língua	3	2	1	6	3º

Fonte: A própria

O problema prioritário, identificado segundo o método escolhido, foi falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde, no entanto este irá ser elaborado por outra colega do projeto Assim irá ser desenvolvido o que ficou hierarquizado em segundo lugar, a atitude Face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura.

5.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação de saúde e da identificação e priorização dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à etapa seguinte da metodologia do PS, a fixação de objetivos. Entende-se como objetivo algo que se deseja atingir, sendo um passo fundamental

para o planeamento, organização, liderança e controlo de um projeto, sendo que orienta o caminho para o fim desejado - ganhos em saúde (Parreira, 2005, citado por Rodrigues, 2021). Só assim, poderemos compreender se a execução do projeto é efetiva, sendo possível avaliar os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta etapa, o rigor é necessário para a elaboração dos objetivos visto que podem comprometer a validade e viabilidade do projeto (Melo, 2020). Segundo Rodrigues (2021, p.134) “(...) os objetivos referem-se ao que se pretende atingir e que é fundamental para o planeamento.”

Os objetivos podem ser categorizados como: finalidade, objetivos gerais (foco do projeto), os objetivos específicos (surgem do foco principal) e em metas (temporizam os objetivos específicos) (Melo, 2020). Nesta etapa, devem também ser definidos os indicadores dos problemas de saúde prioritários (utilizando indicadores de resultados e indicadores de atividade) e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993). Para elaborar os objetivos, é indispensável ter em consideração que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Com base nos pressupostos anteriores e tendo como base a prioridade determinada para o projeto: atitude face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura, foi estabelecida como **finalidade** melhorar a atitude face ao estado de Saúde-Doença dos imigrantes indianos da Marinha Grande. Como **objetivo geral** aumentar o empoderamento dos imigrantes indianos, quanto à atitude face ao estado de Saúde-Doença. E como **objetivos específicos** foram considerados:

- Melhorar a gestão comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de Saúde-Doença;
- Promover a consciencialização para os cuidados culturalmente congruentes por parte dos enfermeiros do CS da Marinha Grande.

Como referido anteriormente, para que os objetivos possam ser medidos, é necessário definir indicadores, sendo que estes servem para determinar a relação entre o diagnóstico de enfermagem e a população avaliada (Melo, 2020, p.25), ou seja, “(...) um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77).

Embora não tenha sido possível a monitorização dos indicadores, foi importante a sua delineação, para que com a continuidade do projeto estes possam ser avaliados e, caso

necessário, sejam revistos. Assim, na Tabela 3 estão representadas as propostas dos indicadores de atividade e de resultado e as respetivas metas.

Tabela 3 - Objetivos, indicadores de atividade e de resultados e metas

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES DE ATIVIDADE	META
- Melhorar a gestão comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença	Taxa de participação no grupo focal para avaliação da gestão comunitária (Nº de imigrantes participantes no grupo focal / Nº de imigrantes convocados para o grupo focal) x100	Que 60% dos imigrantes participem no grupo focal
	Taxa de sessões realizadas aos imigrantes indianos (Nº de sessões realizadas / Nº de sessões programadas) x 100	Que 100% das sessões programadas se realize
	Taxa de participação (assiduidade) nas sessões dos enfermeiros (Nº de enfermeiros presentes na sessão / Nº de enfermeiros convocados para as sessões) x 100	Que 60% dos enfermeiros convocados participem nas sessões
	Taxa de distribuição matérias de informação, educação e comunicação em saúde (Dicionário e Guia de Acolhimento) nas sessões (Nº de participantes que receberam os materiais / Nº total de materiais elaborados) x 100	Distribuir 100% dos materiais elaborados
	Taxa de reuniões com stakeholders da comunidade (Nº de reuniões realizadas/Nº de reuniões agendadas) X 100	Que 100% das reuniões agendadas se realizem
	INDICADORES DE RESULTADO	
- Promover a consciencialização para os cuidados culturalmente congruentes por parte dos enfermeiros do CS da Marinha Grande.	Taxa de melhoria da gestão comunitária dos imigrantes Aplicação do EAveC ao grupo de imigrantes no qual serão verificados os domínios com um baixo valor de empoderamento (Nº de domínios do EAveC com baixo valor de empoderamento / Nº total de domínios da escala EAveC) x 100	Melhoria em 15% quanto ao número de domínios da escala EAveC com baixo valor de empoderamento
	Nível de importância para o desempenho profissional dos enfermeiros Nº de enfermeiros que acharam importantes as sessões para o seu desempenho profissional / Nº total de enfermeiros participantes nas sessões) x 100	Que 80% dos enfermeiros considerem como importantes as sessões realizadas para o seu desempenho profissional
	Taxa de satisfação dos imigrantes (Nº total de imigrantes que avaliaram positivamente as sessões / Nº total de imigrantes participantes nas sessões) x100	Que 80% dos imigrantes avalie positivamente as sessões a partir de questionário de satisfação
	Taxa de satisfação dos enfermeiros (Nº total de enfermeiros que avaliaram positivamente as sessões / Nº total de enfermeiros participantes nas sessões) x100	Que 90% dos enfermeiros avalie positivamente as sessões a partir de questionário de satisfação

Fonte: A própria

5.4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Para o sucesso de uma intervenção comunitária é essencial a definição correta das estratégias de intervenção (Melo, 2020). Sendo as estratégias “(...) o desenho do modo como se trabalha para alcançar os objetivos” (Rodrigues, 2021, p.145). Na seleção de estratégias importa determinar o processo que é mais adequado de forma a reduzir os problemas de saúde identificados, utilizando eficazmente os recursos disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993). Para definir as estratégias foi tida em consideração o diagnóstico de enfermagem, as características da comunidade, os objetivos pretendidos, os recursos existentes, as necessidades identificadas, o referencial teórico de enfermagem que sustenta o projeto e o Modelo de Intervenção MAIEC.

Desta forma as estratégias definidas para este projeto, para que fosse possível atingir os objetivos definidos foram o **Empoderamento Comunitário**, através da utilização do Modelo de intervenção MAIEC. O empoderamento comunitário desenvolve comunidades ativas e participativas que levam as pessoas a atuar de forma coletiva, obtendo uma maior influência nos fatores determinantes da saúde e na qualidade de vida (Rodrigues, 2021).

Para tal, o MAIEC inicia o seu processo com a aplicação da EAvEC através de um **Grupo Focal**, outra estratégia, que permite a recolha de informação, através da discussão de um assunto de interesse, levando à sua compreensão, respeitando as regras da aplicação da escala, tal como referido no subcapítulo 2.2. Esta estratégia permite a capacitação de grupos e comunidades através da autopercepção do problema e da procura com os *stakeholders* pelas respostas ao mesmo.

Foi definida como terceira estratégia a realização de **reuniões com os parceiros da comunidade/stakeholders**, com o intuito de aumentar a confiança e cooperação entre os vários parceiros e apresentação do projeto de intervenção comunitária. Complementando as estratégias, temos a realização de **sessões em grupo com os enfermeiros** do CS da Marinha Grande, pois considera-se que, para melhorar as atitudes face à Saúde-Doença dos imigrantes, temos de ter em consideração os cuidados que lhes são prestados pelos enfermeiros. Assim, os enfermeiros têm de ter conhecimentos sobre as atitudes, as crenças e a cultura relacionadas com a saúde e doença, possibilitando que com estes conhecimentos possam prestar cuidados culturalmente congruentes a esta comunidade. São também definidas as **sessões de educação para a saúde com os imigrantes** de acordo com o foco principal e dimensões de diagnóstico comprometidas seguindo a matriz de decisão clínica do MAIEC. Desta forma, ao intervir com

a comunidade imigrante com sessões formativas, contribuiu-se para a capacitação da mesma no que diz respeito ao seu empoderamento a partir da abordagem da gestão comunitária.

5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Esta etapa da metodologia do PS inicia-se com a identificação e caracterização das atividades desenvolvidas em função dos objetivos estabelecidos (Tavares, 1990). De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), é nesta etapa que estão explanadas as atividades utilizadas para a materialização do projeto, em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Compete ao EESCSP estabelecer programas e projetos de intervenção capazes de dar resposta às necessidades da comunidade. O EESCSP deve criar, planejar e executar intervenções de saúde comunitária e saúde pública. Considera-se essencial fazer a diferenciação entre programa e projeto. O programa, orientado para médio prazo, é um conjunto de atividades que dão resposta a uma estratégia definida e a objetivos gerais. O projeto orienta-se para objetivos específicos e metas, direcionado para curto prazo, contribui para um ou vários programas (Melo, 2020). Um projeto define um objetivo a atingir e clarifica as estratégias e mobiliza os recursos necessários para atingir esse objetivo, sendo um processo contínuo com vista à implementação de uma mudança. É circunscrito para uma determinada população e para um determinado horizonte temporal (Rodrigues, 2021).

A preparação da execução implica a identificação das atividades que darão a possibilidade de alcançar os resultados pretendidos, pois coloca-se em prática as etapas anteriores, existindo a intervenção em conjunto com o grupo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Dando então continuidade ao anteriormente descrito foram elaboradas atividades, para o problema identificado ao diagnóstico de atitude face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura, tendo em conta a matriz de decisão clínica do MAIEC (Anexo IX).

Tendo o MAIEC como finalidade a promoção do empoderamento comunitário, foi possível aplicar a EAVEC, conforme descrito no subcapítulo seguinte. A fase seguinte será o desenvolvimento da avaliação da gestão comunitária (foco central de atenção do enfermeiro) tendo em conta as três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário. Assim as atividades planeadas a realizar irão ao encontro

de alguns dos subdiagnósticos que se encontrassem comprometidos, fazendo com que seja possível melhorar a gestão comunitária com intervenções na comunidade imigrante, como:

- promover o *coping* comunitário;
- otimizar o processo de grupo comunitário;
- promover parcerias;
- otimizar estruturas organizacionais;
- ensinar;
- advogar e incentivar.

Posteriormente às intervenções com a comunidade, é definida a avaliação da eficácia das mesmas na promoção do empoderamento comunitário, com a aplicação da EAvEC, verificando se o nível de empoderamento da comunidade melhorou.

Por forma, a conseguir atingir os objetivos propôs-se para as sessões em grupo com os enfermeiros, estejam presentes imigrantes da comunidade indiana para que estes possam transmitir os conhecimentos sobre os estilos de vida, religião, regime alimentar e crenças culturais de saúde e de doença, para que os enfermeiros com esta aquisição de conhecimentos estejam despertados para a importância de conseguir adequar o plano de cuidados, de forma a prestar cuidados culturalmente adequados, seguros e benéficos aos imigrantes indianos, por forma a promover a saúde e bem-estar.

5.6. EXECUÇÃO

Na etapa da execução são implementadas as atividades delineadas, dando resposta aos objetivos definidos (Imperator & Giraldes, 1993). Foi realizado um Grupo Focal para a avaliação do nível de Empoderamento comunitário da comunidade imigrante em estudo, onde foi aplicada a Escala de EAvEC, com 9 participantes, no qual participaram *stakeholders*, que intervêm com a comunidade imigrante indiana, tendo conhecimentos sobre esta, nomeadamente representantes: da Junta de Freguesia, da USP Pólo da Marinha Grande, da UCC MG, da Igreja Batista onde os imigrantes vão às celebrações religiosas e se realizam aulas de língua portuguesa, da Unidade de Saúde Familiar que tem no seu ficheiro de utentes um elevado número de imigrantes indianos e informantes-chave da comunidade imigrante.

Os participantes do grupo focal foram convocados por email, realizou-se na Junta de Freguesia da Marinha Grande e teve em consideração as recomendações éticas e legais preconizadas,

tendo sido garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes, tendo sido explicado a sua realização e o respetivo consentimento informado que os participantes assinaram (Apêndice 14).

Estes através da discussão em grupo chegaram a um consenso relativamente à resposta em 9 domínios da escala. Após análise das respostas verifica-se que o nível de empoderamento comunitário da comunidade imigrante indiana, relativamente à atitude face à Saúde-Doença, relacionada com a cultura é baixo, no nível 1 nos domínios:

- Liderança Local,
- Estruturas organizativas,
- Habilidade para questionar porquê e
- Gestão de programas

No nível 2 encontram-se os domínios: relação com agentes externos, capacidade de avaliação do problema e ligações a outros. É, no entanto, possível haver melhoria do empoderamento nos restantes domínios com intervenções com a comunidade. Foi assim, elaborado o seguinte gráfico radar, onde se pode verificar o que foi referido anteriormente. A análise mais detalhada do grupo focal encontra-se no Apêndice 15.

Gráfico 6 - Avaliação do empoderamento da comunidade imigrante para a atitude Face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura



Fonte: A própria

De salientar que no contexto do empoderamento comunitário, o trabalho em rede e as parcerias têm sido identificados como fundamentais, pois é através destas que a comunidade pode

reforçar as redes sociais, tornando-se mais forte na partilha de recursos e no apoio e participação nos interesses de outras organizações (inclusive de outras comunidades) (Melo, 2020). Assim, com a realização do grupo focal, foi possível promover o conhecimento de todos os *stakeholders* que intervêm com a comunidade indiana, fazendo referência para o que foi uma reflexão conjunta sobre o potencial colaborativo entre estes para a comunidade imigrante.

A etapa seguinte, será a avaliação da gestão comunitária da comunidade e respetivas intervenções consoante os diagnósticos de enfermagem comprometidos, seguindo a matriz de decisão clínica do MAIEC.

Por forma a complementar ao que foi possível executar e tendo por base as estratégias referidas, propõe-se para o desenvolvimento do projeto, as seguintes atividades:

- Apresentação e divulgação do Projeto ENGAGE aos *stakeholders*;
- Apresentação do diagnóstico de situação de saúde à comunidade imigrante indiana e *stakeholders*;
- Sessões de educação para a Saúde aos imigrantes indianos;
- Sessões de grupo com enfermeiros, salientando a importância da prestação de cuidados à comunidade imigrante indiana culturalmente congruentes, nas quais estariam presentes membros da comunidade indiana;
- Realização de um “Dicionário de apoio aos profissionais de saúde” onde são descritos os termos técnicos mais utilizados nas consultas de enfermagem em Inglês e Pujanbi;
- Realização do “Guia de acolhimento aos serviços de saúde para imigrantes” para ser entregue aos imigrantes quando chegam à Marinha Grande, no CS, na Junta de Freguesia, na Igreja Batista e na Câmara Municipal.

O desenvolvimento de materiais de informação, de educação e de comunicação, como o dicionário e guia de acolhimento, são formas de comunicação e marketing, a adotar na promoção do empoderamento comunitário (*Academy for Educational Development*, 2004 & OMS, 2001 citados por Melo, 2020). O material desenvolvido deve ser fácil de compreender, adequado aos níveis de literacia da população e disponível em várias línguas (Schmidt, Fagnoli, Epiney, & Irion, 2018).

5.7. AVALIAÇÃO

A última etapa do PS corresponde à avaliação do projeto e consiste na comparação dos resultados com o diagnóstico de situação ou com os objetivos traçados, tendo como finalidade a melhoria ou a correção da operacionalização do programa ou projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação, sendo realizada com base nos objetivos, nos indicadores e nas metas previamente estabelecidos, é um instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, permitindo compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas, ajudando a compreender o efeito das atividades implementadas e das estratégias estabelecidas. É um processo contínuo, assumindo um caráter concomitante e retrospectivo (Rodrigues, 2021). Importa também referir que existe outro tipo de avaliação ao nível da intervenção, a satisfação e aceitabilidade por parte dos participantes da intervenção (Tavares, 1990), sendo essencial a sua elaboração.

Esta etapa não foi possível de executar, por término do estágio, no entanto salienta-se que posteriormente às intervenções com a comunidade, será necessário avaliar a eficácia das mesmas na promoção do empoderamento comunitário, para tal será indispensável repetir novamente a aplicação da EAvEC, verificando se houve ou não uma melhoria no nível de empoderamento da comunidade face à problemática identificada e alvo de intervenção. Será também importante avaliar e monitorizar os indicadores de resultado e atividade.

Foram definidas estratégias, tendo em conta a continuidade do projeto, contudo, com as limitações já referidas, salienta-se que o projeto foi bem acolhido pela comunidade, tendo sido possível desenvolver e articular novas parcerias entre os vários *stakeholders*, compreendendo assim a importância que o problema em estudo tem para a comunidade imigrante.

Tendo em conta a pertinência deste projeto, foi pensada a sua sustentabilidade, pois prevê uma linha temporal que vai para além do término do estágio. O facto de me manter como investigadora no projeto, faz com que este tenha a sua continuidade, podendo integrar a carteira de serviços da UCC MG e tendo possibilidade de manutenção da execução através da equipa de enfermagem e/ou alunos de mestrado de Saúde comunitária e Saúde Pública que realizem estágio neste serviço futuramente, podendo estes realizar as etapas seguintes do PS que não foram possíveis terminar até ao momento, prevendo a obtenção de ganhos em saúde para a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de mestrado possibilitou expor o desenvolvimento das competências adquiridas, de uma forma crítico-reflexiva, fazendo-se clara a distinção entre as competências comuns do EE e competências específicas do EESCSP, referindo de que forma foram desenvolvidas e demonstrando a capacidade de integrar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares lecionadas no primeiro ano do presente mestrado.

Com a realização deste relatório houve a oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos acerca do Modelo de Madeleine Leininger e do MAIEC, e compreender a sua aplicabilidade na prática.

Os campos de estágio revelaram ter uma elevada vantagem pelo enriquecimento de partilha e de experiências, enquanto profissional e também enquanto pessoa. Através da aquisição de competências específicas, as atividades efetuadas permitiram o aprofundamento de outras que estão relacionadas com a capacidade de análise, reflexão, planeamento, comunicação e, trabalho em equipa. Considerando que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos.

Os fluxos migratórios são cada vez uma realidade mais frequente em todo o mundo, e em Portugal não é exceção, tendo impacto para a Saúde Pública, na medida em que influência a saúde das comunidades migrantes e da população do país para onde estes se deslocam, exercendo também pressão na dinâmica dos serviços de saúde.

As dificuldades na procura e acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, podem ser de diversa natureza, nomeadamente a nível legislativo, económico, cultural, da língua, organização dos serviços de saúde ou os profissionais de saúde. Podendo também influenciar as crenças, os costumes, os valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, a par da perceção individual sobre a sua saúde.

Assim, face a esta evidência e pertencendo ao EESCSP exercer a sua prática na comunidade, sendo uma das suas competências a avaliação do estado de saúde e a procura pela sua resolução, através da implementação de programas e projetos de âmbito comunitário, surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do PS, tornando-se numa mais-valia de forma a poder desenvolver intervenções promotoras de ganhos em saúde para a comunidade.

A criação do projeto ENGAGE é importante para contexto da prática clínica dada a necessidade de tornar os serviços de saúde e os enfermeiros mais adaptados à diversidade cultural existente, operacionalizando os princípios da equidade na saúde.

Assim, existiu a oportunidade de promover relações de proximidade entre os profissionais de saúde do CS da Marinha Grande, parceiros e a comunidade imigrante indiana. Sendo possível ainda com as várias estratégias e intervenções propostas, que os enfermeiros possam ser capacitados para a diversidade cultural, respondendo de forma adequada às especificidades socioculturais dos seus utentes. Aumentando os seus conhecimentos sobre a cultura, religião, modos de vida, crenças e mitos que os imigrantes têm sobre as questões de saúde, faz com que a sua tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde seja facilitada.

Por outro lado, também será importante sensibilizar os profissionais para a influência que têm na melhoria do acesso e utilização dos serviços, por parte das comunidades imigrantes. Neste âmbito será pertinente consciencializar os profissionais sobre as suas atitudes face a diferentes grupos de imigrantes. De um modo geral, como profissionais de saúde, é essencial conhecer bem a cultura de uma comunidade e compreender quais as suas necessidades perante uma nova realidade. Só assim é possível empoderar esta comunidade com recurso a cuidados culturalmente congruentes, que têm em conta a influência da cultura, dos valores, das crenças e da religião, aumentando o nível de literacia em saúde da comunidade imigrante, a adesão à prevenção e promoção da saúde. Assim, é possível garantir a satisfação do utente e, consequentemente, atingir ganhos em saúde.

Portanto, com projetos como o apresentado neste relatório, pode ser possível a existência de um maior conhecimento na área da imigração, fazendo com que os parceiros locais da comunidade, e até, os decisores políticos possam desenvolver políticas e estratégias orientadas para a promoção do acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo sempre essencial adequar os cuidados à comunidade de acordo com as necessidades reais e sentidas, obtendo ganhos em saúde na comunidade.

O desenvolvimento do empoderamento da comunidade imigrante indiana poderá contribuir para o aumento de sua literacia e capacitação, sendo estes promotores do acesso aos serviços de saúde.

Tal foi perceptível com a realização do grupo focal, na aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário que, apesar de existirem sete domínios com baixo nível de empoderamento comunitário e dois com possibilidade de melhoria, notou-se a discussão de

temas que levarão ao desenvolvimento de novas parcerias e ligações com elementos da comunidade, sendo importantes, de forma dar resposta às necessidades dos imigrantes e, assim, encontrar soluções que possam facilitar a sua integração.

Por isto, medidas políticas e sociais devem ser desenvolvidas para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando que o direito à saúde é universal. Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde, considerando as necessidades de todos os grupos vulneráveis, garantindo que se alcancem as metas do ODS 3 - Saúde e bem-estar, nunca esquecendo da importância de fortalecer os meios de implementação e de revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS 17) (Mosler Vidal & Laczko, 2022).

É importante continuar a investigar as dimensões e implicações dos cuidados de saúde a esta população, permitindo um incremento na acessibilidade e equidade em saúde, sendo para isso fundamental a continuidade deste projeto, mantendo-me como investigadora, assim como a intervenção da UCC MG nas restantes etapas do projeto que não foram possíveis de realizar.

Surgiram como limitações a dificuldade na execução do projeto de intervenção comunitária o fator tempo, terminando o estágio antes da possibilidade de implementar todas as etapas do PS, no entanto, considera-se que os objetivos foram atingidos pelo que está descrito anteriormente bem como a dificuldade em encontrar participantes para as entrevistas, de acordo com os critérios de inclusão identificados.

Todo este percurso académico permitiu desenvolver um crescimento pessoal e profissional, espelhado neste documento, adquirindo novos alicerces e criando diversidade em diversas áreas do saber com o intuito de se atender às necessidades de uma comunidade/grupo, nunca descurando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados e a dignificação da profissão de enfermagem. Assim, considero ter adquirido as competências de natureza profissional que regem os cuidados especializados do EESCSP, bem como as competências académicas do 2º ciclo do ensino superior, conducentes ao grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACeS PL. (2016). Plano de Ação 2016-2018. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Leiria. Disponível em <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/O%20QUE%20OFERECEMOS/PAUSPACESPL2016-2018.pdf>
- ACeSPL. (2021). Perfil de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2021. Disponível em <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/PERFIL%20DE%20SAUDE%20-%20ACES%20PL%202021.pdf>
- ACeSPL. (2023) Perfil local de Saúde ACES Pinhal Litoral 2023.
- ACM. (2024). Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações (PNIPGM). Disponível em <https://www.acm.gov.pt/-/plano-nacional-de-implementacao-do-pacto-global-das-migracoes-pnipgm>
- Administração Central do Sistema de Saúde. [ACSS] (2023). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Albuquerque, A. (2009). A Perspetiva Multicultural do Cuidar em Enfermagem, in Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar (pp. 131- 146), Loures. Lusociência
- Apostolo (2017). Síntese da evidência no contexto da transladação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Associação Médica Mundial. (2013). Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Disponível em https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
- Bardin, Laurence.(2010). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Bogdan, Robert e Biklen, Sari. (1994). Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria dos métodos. Porto: Porto Editora.
- Business Council for Sustainable Development*. (2022). Agenda 2030 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - 17 objetivos para um mundo mais sustentável e justo. Disponível em: <https://ods.pt/>
- Campinha-Bacote J. (2002). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care*. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 13(3), 181–201. Disponível em <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Collière, M. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: LIDL.
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da UIIPS*, volume 2 ESSS. N.º 5. Santarém. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Ceu-BarbieriFigueiredo/publication/273440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/5500b7290cf2d61f82106ff9/Teoriada-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-deMcEwen-e-Wills.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2 (WHO (ed.); Issue 3)*. Disponível em <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/European-strategies-for-tackling-social-inequities-1.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em file:///C:/Users/Telmo/Downloads/Consolida%C3%A7%C3%A3o%20Decreto-Lei%20n.%C2%BA%20101_2006%20-%20Di%C3%A1rio%20da%20Rep%C3%ABlica%20n.%C2%BA%20109_2006,%20S%C3%A9rie%20I-A%20de%202006-06-06.pdf
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República 1.ª série — N.º 38. Disponível em https://www.smzc.pt/attachments/132_DL_28_2008_ACES.pdf

- Decreto-Lei N.º 137/2013 de 7 de outubro 2013. Ministério da Saúde. Diário da República: I série, N.º 193. Disponível <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Decreto Lei n.º 95/2019, de 4 setembro. (2019). Lei de bases da Saúde. Diário da República. 1.º serie. N.º 169. (2019). Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Decreto-Lei N.º 52/2022 de 4 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I Série, N.º 150. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 – Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Despacho n. 25 360/2001 de 16 novembro. Diário da República - II SÉRIE. N. 286 - 12 de dezembro de 2001. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2001/12/286000000/2059720598.pdf>
- DGS. (2005). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa nacional de cuidados paliativos. – Lisboa. Disponível em <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>
- DGS. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa. Disponível em <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- DGS (2016). Norma n.º 006/2016 de 29/06/2016, atualizada a 24/03/2023. Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- DGS a. (2017). Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-eestatisticas111111/relatorios1/programa-nacional-para-a-infecao-vih-sida-e-tuberculose-2017-pdf.aspx>
- DGS b. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS a. (2023). Norma n.º 005/2023 de 13/09/2023. Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono/Inverno 2023-2024. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30966/norma-005-2023-covid-19-campanha-de-vacina%C3%A7%C3%A3o-sazonal-contra-a-covid-19-outono-inverno-2023-2024-13092023.pdf>
- DGS b. (2023). Norma 006/2023 de 26/09/2023. Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono Inverno 2023-2024. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-para-vacinacao-sazonal-contra-a-gripe-2023-pdf.aspx>
- Diário da República. (2005). Constituição da República Portuguesa. VII Revisão Constitucional [2005]. Disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>
- Diário da República (2019). Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019: Aprova o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações., disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15800/0004500054.pdf>
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., e Cargaleiro, H. (2010). Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. Arq Med, 24(6), 253-9. Disponível em https://www.academia.edu/7088977/Procura_de_Cuidados_e_Acesso_aos_Servi%C3%A7os_de_Sa%C3%BAde_em_Comunidades_Imigrantes_Um_Estudo_com_Imigrantes_e_Profissionais_de_Sa%C3%BAde
- Dias, Sónia; Gonçalves, Aldina (2007), “Migração e Saúde”, in DIAS, Sónia (org.), Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26 Disponível em https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf

- Dubois, H. e Molinuevo, D. (2014). *Access to healthcare in times of crisis*, Eurofound. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponível em <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2014/access-healthcare-times-crisis>
- ERS. (2023). Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Universalidade. Disponível em https://www.ers.pt/media/3srpjude/consolidada-direito-%C3%A0-prote%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde_sns_universalidade.pdf
- ESSLei. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos na Escola Superior de Saúde de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Disponível em: <https://ead.ipleiria.pt>
- ESSLei. (2023). Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final. Leiria.
- Estrela, J. Lopes S. Menezes A. Sousa, P. Machado R. (2022). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>
- Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. Dossier da Multiculturalidade. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 25 (1). 45-55. Disponível em <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10590>
- Eurostat. (2022). Estatísticas sobre os fluxos migratórios para a Europa. Disponível em https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_pt
- Fortin. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Loures: Lusodidata
- George, J. (1993). Madeleine Leininger in George, J. e colaboradores (1993). Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional. pp. 286-299. Artes Médicas. Brasil
- Hargreaves, et. al. (2018). *Health Evidence Network Sythesis Report 56*. In World Health Organization Office for Europe. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/pdf/resrep27933.1.pdf>
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. (3a edição). Escola Nacional de Saúde Pública, Edições da Saúde, Obras Avulsas
- INE. (2023). Estatísticas Demográficas – 2021. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2
- INE, PORDATA (2023). População residente estrangeira segundo os Censos: total e por país de nacionalidade. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+estrangeira+segundo+os+censos+total+e+por+pais+de+nacionalidade-1051-7855>
- International Council of Nursing. (ICN). (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Journal of Aging Studies, 29, 66-77. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- International Council of Nurses (ICN). (2021). CIPE. Disponível em <https://www.icn.ch/whatwe-do/projects/health-icnp/about-icnp>.
- IOM. (2020). Migração e Migrantes: Panorama Mundial. In Relatório mundial sobre migração 2020. <https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/wmr-2020-po-ch-2.pdf>
- IOM. (2023). Relatório mundial de migração 2022. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
- IOM. (2024). *World Migration Report 2022*. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
- Laverack, G. (2008). Promoção da saúde. Poder e empoderamento. Loures: Lusodidacta. 1ª Ed
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). *Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains*. *Health promotion international*, 16(2), 179–185. Disponível em <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.179>

- Legido-Quigley, H. et al. (2016), “*Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal*”, in *Health Policy*, pp. 833-839. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>
- Lopes, M. A.; Gomes, S. C. & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC, 1-112. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Machado, M., Santana, P., Carreiro, M., Nogueira, H., Barroso, M., & Dias, A. (2006). Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma População de imigrantes. Lisboa: Bial. Disponível em https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/2006_Machado_et_al_Iguais_ou_Diferentes_PremioBial.pdf
- Maurício, I. (2009). Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(1), pp. 56-64. Disponível em <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10591/10327>
- McMichael, A. J., & Beaglehole, R. (2000). *The changing global context of public health. Lancet (London, England)*, 356(9228), 495–499. Disponível em [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02564-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02564-2)
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. (5th ed.). Lippincott.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Melo, et al. (2020). Tradução para português e validação cultural da *Empowerment Assessment Rating Scale*. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>
- Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª Edição. S. Paulo. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/>
- Mosler Vidal, E. and F. Laczko, 2022. *Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume. International Organization for Migration (IOM)*, Geneva. Disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
- OCDE (2015), *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In, Paris*: OCDE Publishing. Disponível em <https://www.oecd.org/els/mig/Indicators-of-Immigrant-Integration-2015.pdf>
- Oliveira, C. R. e Gomes, N. (2017), Indicadores de Integração de Imigrantes. Relatório Estatístico OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES - 399 Anual 2016, Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações, Lisboa: ACM. Disponível em <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Indicadores+de+Integra%C3%A7%C3%A3o+de+Imigrantes+OM+2017.pdf>
- Oliveira, Catarina Reis. (2022). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 7). Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP). Lisboa. Disponível em <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual+-+Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2022.pdf/eccd6a1b-5860-4ac4-b0ad-a391e69c3bed>
- Oliveira, Catarina. (2023). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 8) ISBN 978-989-685-138-5. Disponível em <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual+-+Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2023.pdf/a9a05525-889e-4171-8066-6d7217416664>
- OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf
- OMS (2019). *Global Action Plano on Promoting the Health of Refugees and Migrants 2019-2023* in Seventy-Second World Health Assembly, Geneva. Disponível em https://apps.who.int/gb/e/e_wha72.html
- OMS (2022). Relatório mundial sobre a saúde dos refugiados e migrantes. Genebra Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

- ONU (2018). *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, in Intergovernmental Conference to Adopt the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*. Disponível em <https://documentsdds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/244/47/PDF/N1824447.pdf>
- ONU. (2020). Número de migrantes internacionais no mundo chega a 272 milhões. ONU News. Disponível em <https://news.un.org/pt/story/2019/11/1696031>
- OE a. (2015). Código Deontológico. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE b. (2015). Regulamento n.º 348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Série. N.º 118 — 19 de junho de 2015. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- OE. (2018). Regulamento no 428/2018: 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. Diário da República, 2ª série, no 135 de 2018, 19354-19359 (2018). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE a. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- OE b. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem Diário da República, 2ª série 25 de setembro de 2019 N.º 184 Pág. 128- 155. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- OE a. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Disponível em <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>
- OE b (2021). Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nas áreas de enfermagem de saúde comunitária. D.R., 2ª Série, n.º 6702/2021. 13 de abril de 2021. Acedido a 1 de dezembro 2022: Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22329/aviso-n%C2%BA67022021.pdf>
- Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Alves, M. D. S. (2005). *Madeleine Leininger and the theory of the cultural care diversity and universality-an historical overview*. Online Brazilian Journal of Nursing, 4(2), 24-30. Disponível em DOI: 10.5935/1676-4285.20050218
- Pennafort, V. P., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2012). Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(5), 1057-1065. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/04.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência. ISBN 972- 8383-84-3
- Portugal, R., Nunes, A. & Andrade, C. (2017). Desenvolver os Planos Locais de Saúde, Reforçar o Plano Nacional de Saúde – Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
- Potter, P.A., Perry, A. G. (2013). Fundamentos de Enfermagem (8ª ed). Rio de Janeiro. Elsevier Editora Ltda.
- Reis, A. (2015). Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes. Disponível em https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2001/1/Cap%C3%ADtulo%20Final%20ACM_RESMI_I%20Jornadas_21%20maio%202015.pdf
- Rendi, G., Minchola, L., & Almeida, A. (2020). O papel da Academia na Protecção e Promoção dos Direitos Humanos de Migrantes e Refugiados no Brasil A prática Extensionista do Mifraidh UFSM. In Migrações Internacionais - Experiências e Desafios para a Promoção de Direitos Humanos no Brasil (Issue 9, pp.

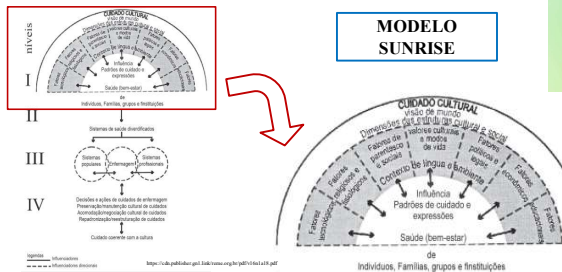
- 1689–1699). Editoraufsm. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/07/migracoes-internacionais.pdf>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Rodrigues, R & Cardoso, D. (2022). *Prática baseada na Evidência*. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança. População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155.
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Schmidt, NC, Fagnoli, V., Epiney, M. et al.(2018). *Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study*. *Reproductive Health* **15**, 43 . Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>
- SEF a. (2021). *População Estrangeira Residente em Portugal* disponível em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- SEF b. (2021). *Mapa de total de residentes no Concelho: Marinha Grande e no Distrito: Leiria, no ano 2021*. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/forms/Leiria.aspx>
- Seima, M.; Michel, T.; Méir, M.; Wall, M.; Lenardt, M. (2011). *A Produção Científica da Enfermagem e a Utilização da Teoria de Madeleine Leininger: Revisão Integrativa 1985 –2011*. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/QT4KXvHcXkYZFRLHBxxHnCf/abstract/?lang=pt>
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice*. In *Nursing Theories and Nursing Practice* 4th Ed. (4.a ed). F.A. Davis Company - Philadelphia. Disponível em http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf
- SPMS a. (2023). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) USP Pinhal Litoral*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Pages/default.aspx>
- SPMS b. (2023). *Sobre os Sistemas de Informação*. Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
- SPMS c. (2023). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) UCC MG*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/Pages/default.aspx>
- SPMS a. (2024). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-da-regiao-de-leiria/>
- SPMS b. (2024). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) ACES Pinhal Litoral*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>
- SPMS c. (2024). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) UCC MG*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/Pages/default.aspx>
- Stanhope, M., & Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade, Centrados na População*, 7ª edição. Loures: LUSODIDATA - Soc. port. de Material Didático, Lda.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, *Cadernos de Formação*. 2.ª ed. Lisboa
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª edição). Lusociência.
- UCC MG. (2014). *Regulamento Interno UCC MG 2014*. Disponível em <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/QUEM%20SOMOS/RI%20UCCMGfinal.pdf>
- UCC MG. (2022). *Plano de Ação 2022 UCC MG*. Disponível em <https://bicsp.minsaude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

- Vilelas, J., & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v16n1/17.pdf>
- Vilelas, J. (2022) Investigação: o processo de construção do conhecimento (3ª ed.). Lisboa. Edições Sílabo
- Wikipédia. (2023). Marinha Grande (freguesia). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Marinha_Grande_%28freguesia%29
- Zornig, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. Tempo Psicanalítico, 42(2), 453-470. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Apresentação realizada no 10º aniversário da UCC MG

Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger



EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO – Estudo Qualitativo

POPULAÇÃO – ALVO - Comunidade indiana residente no concelho da Marinha Grande

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - Entrevista Semiestruturada

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS - Foi tido em conta as recomendações éticas e legais preconizadas e projeto foi submetido à comissão de ética do IPLeia, com parecer favorável.



<https://img.icons8.com/line-art/24/000000/question-mark>



<https://www.shutterstock.com/pt/stock-vector/ethics>

Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

Fatores Tecnológicos

- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)

Fatores Parentesco e Sociais

- Rede de apoio inexistente ou fraca
- Família presente em Portugal, coabita na mesma casa

Fatores Religiosos e Filosóficos

- Locais de culto diferentes consoante a religião
- Influência da religião sobre a saúde/doença
- Regime alimentar associado à sua religião

Fatores Económicos

- Emprego precário, com contratos de trabalho (possíveis baixos salários)
- Aquisição de habitação/quarto complicado (rendas altas ou Habitação inexistência)

Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

Valores Culturais e Modos de Vida

- Recurso a serviços de saúde em casos de urgência ou quando a "Medicina Tradicional"/Popular não dão resposta aos sintomas.
- Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtém resposta no SNS em Portugal
- Perceção alterada do estado de saúde (ter uma boa alimentação é sinal de saúde, recorrem ao SNS só em caso de doença)
- Religião condiciona o regime alimentar e ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem. Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, mas nunca em frente a familiares)
- Adesão ao Plano de vacinação em Portugal para as crianças. Nos adultos só se expostos (especificamente no caso da vacina do tétano)
- Comunicação comprometida (Língua)

Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

Fatores Políticos

- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços
- Conhecimento/Informação sobre os serviços de saúde transmitido por amigos, familiares (que estão em Portugal, entidade patronal ou Junta de Freguesia da Marinha Grande)
- Tempos de espera elevados para acesso a cuidados de saúde (estratégia – recorrem: seguros de saúde, serviços de saúde privados e SLU)

Fatores Educacionais

- Informação sobre saúde transmitida de geração em geração
- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)
- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços

Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

- Atitude Face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.
- Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.
- Barreira à comunicação associada à Língua na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.



<https://www.shutterstock.com/pt/stock-vector/doctor>

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Enquanto referencial teórico, o MAIEC pressupõe que o enfermeiro, enquanto agente externo promotor do empoderamento comunitário, trabalha em parceria com os membros e líderes da comunidade, potenciando os recursos existentes. (Melo, 2020)

↓

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

"processo pelo qual as pessoas – individualmente ou coletivamente (...) – por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos" (Melo, 2020, p.43)

Capacidade de a comunidade de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações nas várias vertentes (políticas, sociais e culturais), para ir de encontro às necessidades identificadas. (OMS, 1998)

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Desenho Metodológico

Aplicação da EAIEC

Medição do nível de empoderamento comunitário

Diagnóstico e intervenção de acordo com matriz de decisão clínica do MAIEC

Questionário/Entrevistas

Avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária

Questionário/Entrevistas

(Melo, 2020)

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

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

Relação com Agentes Externos

(Melo, 2020)

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

Resultados Grupo Focal

Participação Comunitária

Capacidade de avaliação do problema

Liderança Local

Estruturas organizativas

Mobilização de recursos

Ligações a outros

Habilidade para questionar

Gestão de Programas

Relação com agentes externos

1. Atitude Face ao estado de Saúde-Doença;
2. Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde.

Verificou-se um nível de empoderamento baixo nos domínios da Liderança Local, Estruturas organizativas, Habilidade para questionar o porquê, Gestão de programas.

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

- ✓ Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, nomeadamente da Índia, residentes na Marinha Grande;
- ✓ Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde;
- ✓ Identificar o nível de empoderamento comunitário.

↓

- ✓ Revisão Integrativa da Literatura
- ✓ Consulta de dados nas plataformas oficiais (SEF, Censos 2021, OIM)
- ✓ Entrevista Semiestruturada aos imigrantes provenientes da Índia residentes na Marinha Grande
- ✓ Realização do Grupo focal com os Stakeholders e informantes chave
- ✓ Aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAIEC)

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

- Conclusão e Disseminação do Guia de Acolhimento para Imigrantes
- Desenvolvimento e consolidação de Parcerias
- Promoção de Cuidados Culturalmente Congruentes
- Continuidade, Consolidação e Disseminação do Projeto ENGAGE

CONCLUSÃO

“se a vida é um processo de conhecimento, os seres vivos constroem esse conhecimento não a partir de uma atitude passiva e sim pela interação. Aprendem vivendo e vivem aprendendo.”

(Maturana & Varela, 1995, citado por Albuquerque, 2009, p. 132)



Fonte: https://i2.wp.com/pt.wikipedia.org/wiki/Imagem:Globe_of_people_icons.png



Fonte: https://www.andarinho.com.br/wp-content/uploads/2019/03/Mapa_de_Acesso_ao_Cuidado_de_Saude_por_Cidade_Imigrantes_080_Abril_2019.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Croqso, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amadeu, J., & Figueiredo, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método estatístico de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação do IPSSatim, 1*, 2, 1-20. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Cos-Baibere-Figueredo/publication/271448097_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Estatistico_de_McEwen_e_Wills/links/550697296c3418121060f7/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-Metodo-Estatistico-McEwen-e-Wills.pdf
- Georg, J. (1993). *Malnutrition* in George, J. e colaboradores (1993). *Teoria de Enfermagem - Os fundamentos para a Prática Profissional*. pp. 286-299. Artes Médicas, Brazil.
- INE. (2023). *Estatísticas Demográficas 2021*. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa. Disponível em https://www.inec.pt/portal/main?app=572&appId=ine_publicacoesPUBLICACOES/inec/inec1310232328_PUBLICACOES/inec2
- Melo, P., Silva, R. C., & Figueiredo, M. H. (2018). Os Sinos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, 1*(119), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RV18045>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- 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., & Donadelli, M. (2020). Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43(1). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/29104>
- Oliveira, Catarina Reis. (2022). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022. 1ª ed. (Imigração em Números - Relatório Anual) 73. Alto Comissariado para as Migrações (ACM). Lisboa. Disponível em: <https://www.iam.gov.pt/documentos/54629/383402/Relatorio-Estatistico-Anual-Indicadores-de-Integracao-de-Imigrantes-2022.pdf?cc=0&hl=5860-4&hl-adj=391&hl=bed>
- Organização Internacional das Migrações [OIM]. (2023). *Relatório mundial de migração 2022*. Disponível em <https://worldmigrationreport.oim.int/2022-interactive/>
- Oval, M. O. B., Yamamoto, L. B., & Alves, M. D. S. (2005). *Malnutrition* and the theory of the cultural care diversity and universality-an historical overview. *Online Brazilian Journal of Nursing, 4*(2), 24-30. Disponível em DOI: [10.5935/1676-4285.20050218](https://doi.org/10.5935/1676-4285.20050218)
- POREDATA. (2023). *População residente estrangeira segundo os concelhos*. Disponível em <https://www.poredata.pt/imagens/populacao-residente-estrangeira-segundo-os-concelhos-tudo-o-que-precisa-de-saber/10517855>
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de Segurança, População e Sociedade*, vol.22, p. 137-155.
- SEF (2021). *População Estrangeira Residente em Portugal* disponível em <https://estat.sef.pt/form-distribicoes.aspx>
- SEF (2021). *Mapa de total de residentes no Concelho: Marinha Grande e no Distrito: Leiria, no ano 2021*. Disponível em <https://estat.sef.pt/form-Leiria.aspx>
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice: In Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed. (4 a ed.)*. F.A. Davis Company - Philadelphia. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781112228299.pdf>

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE



QUESTÕES?

Obrigado!

APÊNDICE 2 - Póster para Encontro CHL

Determinantes de Saúde e o Empoderamento Comunitário dos Imigrantes da Ásia Central e Meridional – Uma Revisão da Literatura

Autores: Raquel Soares*; Silvia Duarte*; Ana Catarina Duarte**; Dina Pascoal***; Tiago Nascimento***; Teresa Kraus***

* Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (ESSLeiria)

** Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ACES PL

*** Professor(a) Adjunto(a) na ESSLeiria

INTRODUÇÃO

A migração é o movimento de pessoas e valores sociais, culturais, económicos e políticos, associado a dificuldades de integrar e aceder aos serviços de saúde (Rodrigues & Ferreira, 2014).

Sendo os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional os que registaram um dos maiores fluxos migratórios (INE, 2023), estima-se que o seu aumento em Portugal, desde os últimos censos, corresponda a cerca de 37%.

Coloca-se o desafio do empoderamento comunitário destes imigrantes, entendido tanto como um processo como um resultado que se relaciona com a participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus próprios problemas de uma forma, tendencialmente, autónoma (Melo, 2020).

Palavras – Chave: Determinantes de Saúde; Imigrantes Asiáticos; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Enfermagem Culturalmente Congruentes.

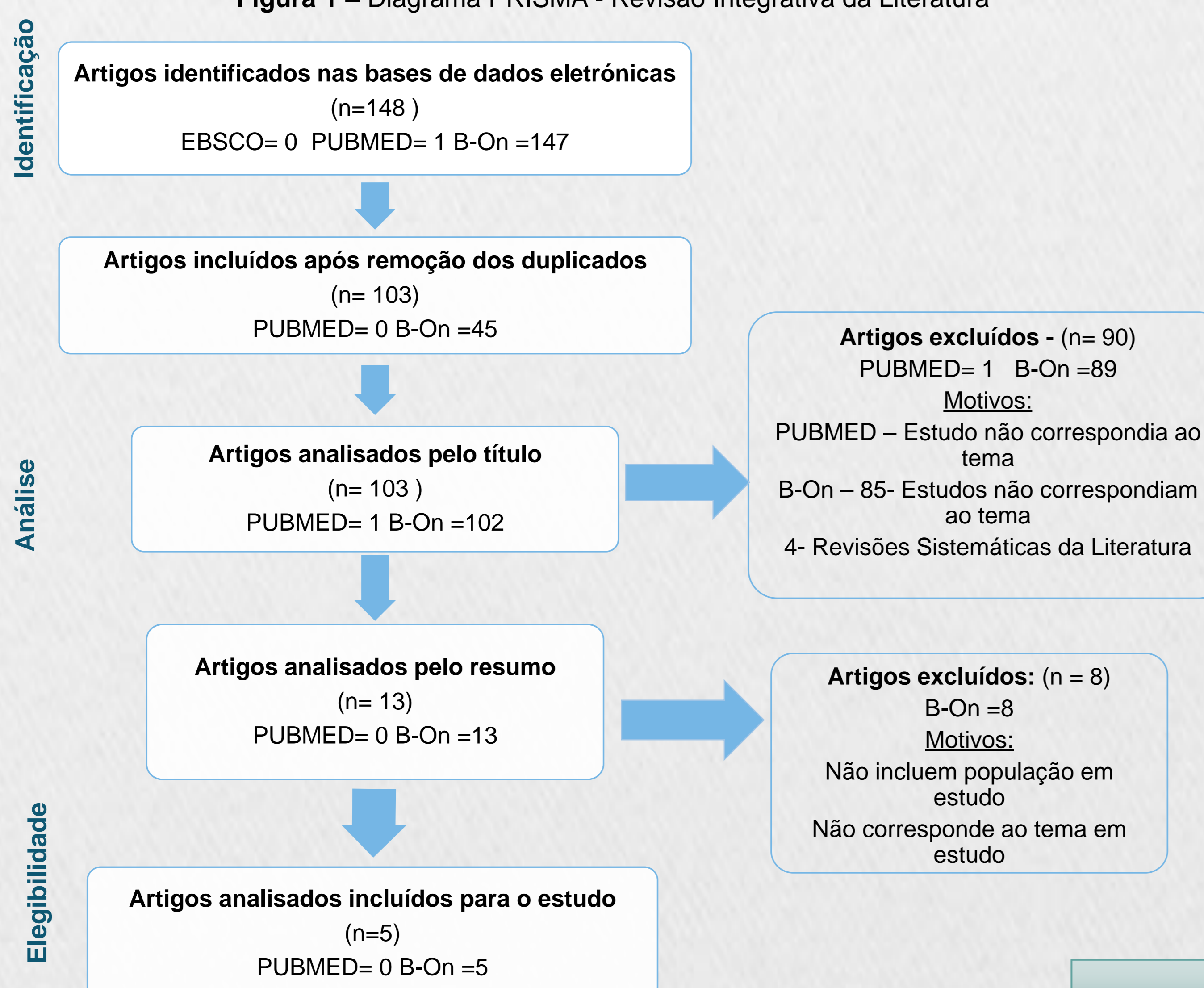
OBJECTIVO

Identificar os principais determinantes de saúde dos imigrantes da Ásia Central e Meridional.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A questão de investigação foi estruturada segundo a mnemónica PCC (população, conceito e contexto), em que a **População** se refere aos imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional; o **Conceito** refere-se aos determinantes de saúde e o **Contexto** refere-se aos Cuidados de Saúde Primários. Na colheita de dados, foram considerados os critérios de inclusão (população imigrante proveniente da Índia, Nepal, Paquistão e Bangladesh; artigos com uma ou mais das palavras chave e de livre acesso e estudos realizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários ou na Comunidade) e de exclusão (população imigrante de outros países, estudos realizados em âmbito hospitalar, artigos pagos e artigos que sejam revisões sistemáticas da literatura). As bases de dados consultadas foram: Pubmed, B-On e EBSCO, durante o mês de julho de 2023. A avaliação metodológica do acervo de artigos, foi orientada segundo o método de Joanna Briggs Institute (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama PRISMA - Revisão Integrativa da Literatura



CONCLUSÃO

O empoderamento comunitário dos imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional passa pela implementação de cuidados culturalmente congruentes, que têm em conta a influência da cultura, dos valores, das crenças e da religião, assim como, o nível de literacia em saúde da comunidade imigrante, na sua adesão à prevenção e promoção da saúde. Medidas políticas e sociais devem ser desenvolvidas para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando que dado direito à saúde é universal.

RESULTADOS

Foram identificados cinco artigos que cumpriam os critérios preconizados. Os determinantes de saúde identificados referem-se às barreiras associadas à comunicação, relacionadas com a língua, a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde quanto ao acesso aos cuidados de saúde. Quanto ao estilo de vida, influenciado pela cultura, crenças e religião, emergem barreiras associadas aos hábitos alimentares, atividade física e dependências. Os fatores sociais e económicos, refletem as limitações inerentes aos baixos salários e às precárias condições de habitação (Tabela 1).

Tabela 1 – Dimensões dos determinantes de saúde dos imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional

Artigos	Dimensões dos Determinantes de Saúde		
	Acesso aos Cuidados de Saúde	Socioeconómico	Comportamental e Estilos de Vida
Artigo 1 Access to health care for immigrant, children in Canada Salami, B. et al (2020)	Língua; Falta de serviços de interpretação; Longos períodos de espera para consultas; Falta de flexibilidade de horários; Relação profissional de saúde – imigrante	Empregos precários / Salários baixos	Falta de conhecimento sobre o Sistema de Saúde
Artigo 2 Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members Dahal, R., et al (2022)	Língua; Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente; Falta de serviços de tradução	Empregos precários / Salários baixos	
Artigo 3 Cost, culture and circumstances: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022)	Língua; Falta de conhecimentos sobre Saúde; Acesso aos serviços de saúde seguindo opinião dos pares; Relação profissional de saúde – imigrante	Falta de meios económicos	Falta de atividade Física (relacionados com a cultura/crenças) Alteração à Dieta Saudável (Alimentação tradicional é diferente da do país de acolhimento, Falta de conhecimentos sobre alimentação saudável) Consumo de tabaco e Álcool associados ao stress, solidão e pressão por pares Utilizam remédios caseiros e automedicação Realizar rastreios (relacionado com cultura/crenças) é fonte de más notícias
Artigo 4 Too long to wait: South Asian migrants experiences of accessing health care in Australia Adhikari, M. et al (2021)	Língua; Longos Tempos de espera para aceder aos serviços de saúde; Discriminação cultural; Relação profissional de saúde – imigrante.	Salários Baixos, baixos recursos económicos	
Artigo 5 Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK Mudiyarabikwa, O. et al (2022)			Consumos (Tabaco, álcool e drogas) devido ao seu estado mental; Acreditam que o seu estado de saúde ou a sua situação de legalidade pode influenciar a sua presença no país. Por isso não recorrem aos Serviços de Saúde. Não priorizam o seu estado de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE 3 - Apresentação realizada no Congresso da AUCC

V Congresso Nacional da AUCC

Perceção dos Determinantes da Saúde pela População Imigrante da Marinha Grande: Empoderamento Comunitário Projeto ENGAGE

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLeI)

Autores:

Raquel Soares ^a
Sílvia Duarte ^a
^a Mestrandas

Ana Duarte ^b
Dina Pascoal ^b
^b Unidade de Saúde Pública
UCC Marinha Grande

Ana Machado ^c
Lúcia Grácio ^c
^c Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Tiago Nascimento ^d
Teresa Kraus ^{d,e}
^d Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
^e CiTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology

Évora, 21 e 22 março 2024

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

- Imigrantes no Mundo
- Evolução da População Imigrante em Portugal
- População Imigrante Residente em Leiria e Marinha Grande da Ásia Central e Meridional

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

- Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger
- Diagnóstico de Saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Migração

Desafios

- Saúde pública
- Formulação de políticas
- Acessibilidade aos cuidados de saúde
- Diminuição das desigualdades e das barreiras.

(Rodrigues e Ferreira, 2014)

ENQUADRAMENTO

Imigrantes no Mundo

IMIGRANTE

“[...] corresponde ao universo de pessoas que tem um movimento de fronteira e/ou de entrada e fixação por um período superior a um ano num país diferente do seu de origem.” (Oliveira, 2022, p.10)

Fonte: <https://www.gettyimages.com/images/1048650286>
<https://www.gettyimages.com/images/1048650286>

Imigrantes no Mundo

281 million international migrants globally in 2020, or 3.6 per cent of the world's population

135 million international female migrants globally in 2020, or 3.5 per cent of the world's female population

146 million international male migrants globally in 2020, or 3.7 per cent of the world's male population

169 million migrant workers globally in 2019

Around **3,900** dead and missing globally in 2020

Up from **272** million (or 3.2%) in 2019

Up from **130** million (or 3.4%) in 2019

Up from **141** million (or 3.6%) in 2019

Up from **164** million globally in 2017

Down from almost **5,400** in 2019

(IOM, 2023)

1 pessoa em cada 30 é imigrante

Em 2020, 40% dos imigrantes em todo o mundo (115 milhões) nasceram na Ásia, sendo cerca de 20% originários da Índia, os restantes oriundos do Bangladesh, Paquistão, China, Filipinas e Afeganistão. (IOM, 2023)

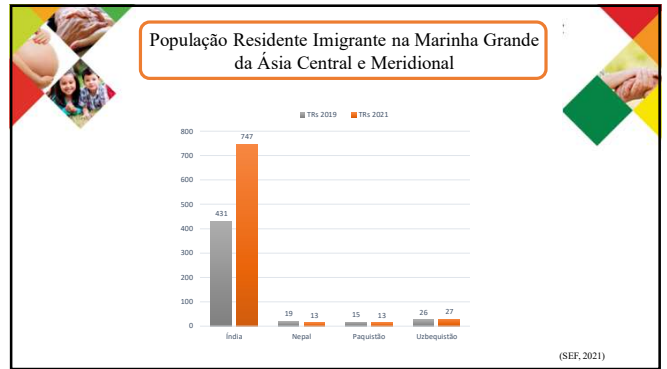
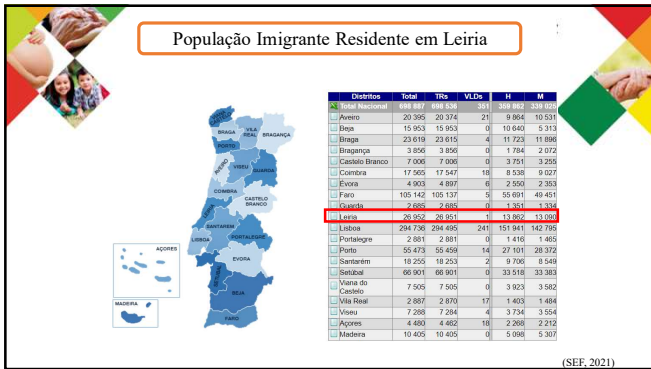
Evolução da População Imigrante em Portugal

TOP 10 DE NACIONALIDADES 1999-2022

Nacionalidade	População em 2022
BRASIL	233.158
REINO UNIDO	36.639
CAPO VERDE	35.744
ÍNDIA	34.232
ÍTÁLIA	33.707
ANGOLA	30.417
FRANÇA	27.614
UCRÂNIA	26.696
ROMÉLIA	23.967
CHINA	23.441

EVOLUÇÃO GLOBAL
757.252

https://www.youtube.com/watch?v=ybHUP9dME4



PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

Associado ao incremento da população imigrante na Marinha Grande

Projeto ENGAGE

OBJETIVOS

- Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, nomeadamente da Índia, residentes na Marinha Grande;
- Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde.

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

Enfermagem Transcultural

EMIC → ETIC

Cuidados Culturalmente Congruentes

(Crepo, Rodrigues, Vicente, Amendocira & Figueiredo, 2014)

Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

MODELO SUNRISE

II

III

IV

Indivíduos, Família, grupo e instituições

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO – Estudo Qualitativo

POPULAÇÃO – ALVO - Comunidade indiana residente no concelho da Marinha Grande

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - Entrevista Semiestruturada

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS - Foram tido em conta as recomendações éticas e legais preconizadas e projeto foi submetido à comissão de ética do IPEiria, com parecer favorável.

ETHICS

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

Fatores Tecnológicos

- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)

Fatores Parentesco e Sociais

- Rede de apoio inexistente ou fraca
- Família presente em Portugal, coabita na mesma casa

Fatores Religiosos e Filosóficos

- Locais de culto diferentes consoante a religião
- Influência da religião sobre a saúde/doença
- Regime alimentar associado à sua religião

Fatores Económicos

- Emprego precário, com contratos de trabalho (possíveis baixos salários)
- Aquisição de habitação/quarto complicado (rendas altas ou Habitação inexistência)

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

Valores Culturais e Modos de Vida

- Recurso a serviços de saúde em casos de urgência ou quando a “Medicina Tradicional”/Popular não dão resposta aos sintomas.
- Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtém resposta no SNS em Portugal
- Perceção alterada do estado de saúde (ter uma boa alimentação é sinal de saúde, recorrer ao SNS só em caso de doença)
- Religião condiciona o regime alimentar e ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem. Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, mas nunca em frente a familiares)
- Adesão ao Plano de vacinação em Portugal para as crianças. Nos adultos só se expostos (especificamente no caso da vacina do tétano)
- Comunicação comprometida (Língua)

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

Fatores Políticos

- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços
- Conhecimento/Informação sobre os serviços de saúde transmitido por amigos, familiares (que estão em Portugal, entidade patronal ou Junta de Freguesia da Marinha Grande)
- Tempos de espera elevados para acesso a cuidados de saúde (estratégia – recorrer: seguros de saúde, serviços de saúde privados e SU)

Fatores Educativos


- Informação sobre saúde transmitida de geração em geração
- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)
- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços

PERCEÇÃO DOS DETERMINANTES DA SAÚDE PELA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE: EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (PROJETO ENGAGE)

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

↓

- Atitude face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.
- Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.
- Barreira à comunicação associada à Língua na comunidade Indiana residente na Marinha Grande.



CONSIDERAÇÕES FINAIS



A imigração constitui uma questão incontornável do nosso tempo e a sua relevância é cada vez maior, sendo fundamental que sejam desenvolvidas medidas políticas e sociais para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando que o direito à saúde é universal.

É fundamental o desenvolvimento da investigação sobre a Saúde dos imigrantes no sentido da sustentação dos cuidados – através da compreensão cultural das pessoas envolvidas – profissionais e imigrantes.

É assim importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reconheçam e valorizem as diferenças culturais, valores, crenças e estilos de vida da comunidade onde prestam cuidados, de forma a prestarem cuidados de enfermagem culturalmente congruentes ajudando a garantir a satisfação do utente e, consequentemente, a atingir ganhos em saúde.

“(...) se a vida é um processo de conhecimento, os seres vivos constroem esse conhecimento não a partir de uma atitude passiva e sim pela interação. Aprendem vivendo e vivem aprendendo.”

(Maturana & Varela, 1995, citado por Albuquerque, 2009, p. 132)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amadoeira, J., & Figueiredo, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação de IP Santarém*, 2, 1-20. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Cos-Balhar-Figueiredo/publication/271440695_Teorias_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/550b7290d261812106d979/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-e-Wills.pdf
- George, J. (1993). *Modelos de Cuidado*. In George, J. e colaboradores (1993). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional*. pp. 286-299. Artes Médicas, Brasil
- Oliveira, Catarina Reis. (2022). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022. 1ª ed. (Imigração em Números - Relatórios Anuais 7). Albo Comissariado para as Migrações (ACM, IP). Lisboa. Disponível em <https://www.iam.acm.gov.pt/documento/3842f833402/Relatorio-Estatistico-Anual-7-Indicadores-de-Integracao-de-Imigrantes-2022.pdf?ccf=fb58604ac4-b0ad-a391e69c3bed>
- Organização Internacional das Migrações [OIM]. (2023). Relatório mundial de migração 2022. Disponível em <https://worldingratereport.oim.int/wmr-2022-intentive/>
- FORDATA. (2022). População residente estrangeira segundo os censos. Disponível em <https://www.podata.pt/municipios/populacao/residente/estrangeira/segundo-os-censos+total+e+por+pais+de+nacionalidade-10517855>
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança, População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155.
- SEF (2021). População Estrangeira Residente em Portugal disponível em <https://sefstat.sef.pt/form/distr/05.aspx>
- SEF (2021). Mapa de total de residentes no Concelho: Marinha Grande e no Distrito: Leiria, no ano 2021. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/form/leiria.aspx>



QUESTÕES?

Obrigado!

APÊNDICE 4 – Artigo Jornal InfoSaúde do ACeSPL

Determinantes de Saúde e o Empoderamento Comunitário dos Imigrantes da Ásia Central e Meridional – Uma Revisão da Literatura

Autores: Raquel Soares*; Sílvia Duarte*; Ana Catarina Duarte**; Dina Pascoal**; Tiago Nascimento***; Teresa Kraus***



* Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (ESSLeiria)

** Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, Unidade de Saúde Pública do ACES PL

*** Professor(a) Adjunto(a) na ESSLeiria



Introdução

Atualmente, a migração tem levado à redefinição de políticas públicas pela necessidade de adaptação emergente aos novos contextos sendo a migração considerada como a movimentações de pessoas e valores sociais, culturais, económicos e políticos¹ que pode conduzir a dificuldades na integração e acesso aos serviços de saúde das populações imigrantes mais vulneráveis.

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) estima que, em 2020, 3,6% da população mundial era migrante². Em Portugal 5,2% da população residente é imigrante, verificando-se um incremento de 37% desde os últimos Censos, sendo os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional os que registaram um dos maiores fluxos migratórios³.

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo imigrantes, têm o direito a aceder ao Serviço Nacional de Saúde⁴ pelo que, considerando os desafios que envolvem esta população, é necessário o seu empoderamento comunitário, sendo este entendido tanto como um processo como um resultado que se relaciona com a participação

dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma⁵.

Para responder a esta questão realizou-se uma revisão integrativa da literatura (RIL), com o objetivo de identificar os principais determinantes de saúde da população imigrante da Ásia Central e Meridional.

Palavras-Chave: Determinantes de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Imigrantes Asiáticos, Cuidados Culturalmente Congruentes.

Fundamentação Teórica

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias em formas diferentes e imprevisíveis. É por isso crucial que a oportunidade de migração internacional nos una, em vez de nos dividir, otimizando-a através da criação de políticas de migração⁶.

Um dos maiores desafios que surgem com a migração é o respeito dos direitos humanos, criando questões políticas, sociais, culturais e de saúde⁷, tornando-se essencial garantir que os atuais e potenciais migrantes sejam informados sobre os seus direitos, obrigações e opções para uma migração segura, ordenada e regular. Importa também garantir que estejam cientes dos riscos da migração irregular, devendo estas informações ser objetivas, claras e baseadas em evidência sobre os benefícios e desafios da migração, dissipando mitos e expectativas infundadas⁶.

De um modo geral, em 2020 existiam 281 milhões de migrantes internacionais no mundo, o equivalente a 3,6% da população global, sendo a Europa o maior destino dos migrantes, com 87 milhões (30,9 % da população migrante internacional)². A Índia é o país que tem o maior número de emigrantes, com quase 18 milhões de pessoas a viver no exterior².

Em Portugal, segundo os Censos de 2021³, o número de pessoas de nacionalidade estrangeira era de 542.165 (5,2% da população), existindo um aumento de 37% desde os Censos de 2011. A Região Centro encontra-se em terceiro lugar com uma representatividade de população estrangeira de 15,5%, encontrando-se em primeiro e segundo lugar a região de Lisboa (46,9%) e do Norte (17,1%), respetivamente. No distrito de Leiria encontra-se 3,8% desta população com residência⁸.

As comunidades que se encontram em crescimento no nosso país são as provenientes do Nepal e da Índia, com um acréscimo superior a dez mil residentes, segundo os Censos de 2021, constituindo-se os grupos de comunidades estrangeiras mais numerosas³.

Esta mobilização da população para um país novo traz vários desafios, não só para a população que se desloca, como também para quem os recebe. Desenvolver políticas relativamente aos serviços de saúde e às estruturas legislativas e financeiras devem ser uma prioridade ao nível nacional, regional e local, proporcionando melhor qualidade de vida para todos e diminuição das desigualdades. Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde bem como fortalecer os sistemas de saúde tendo em conta as necessidades de todos os grupos vulneráveis⁹, pela via do empoderamento comunitário, já referido.

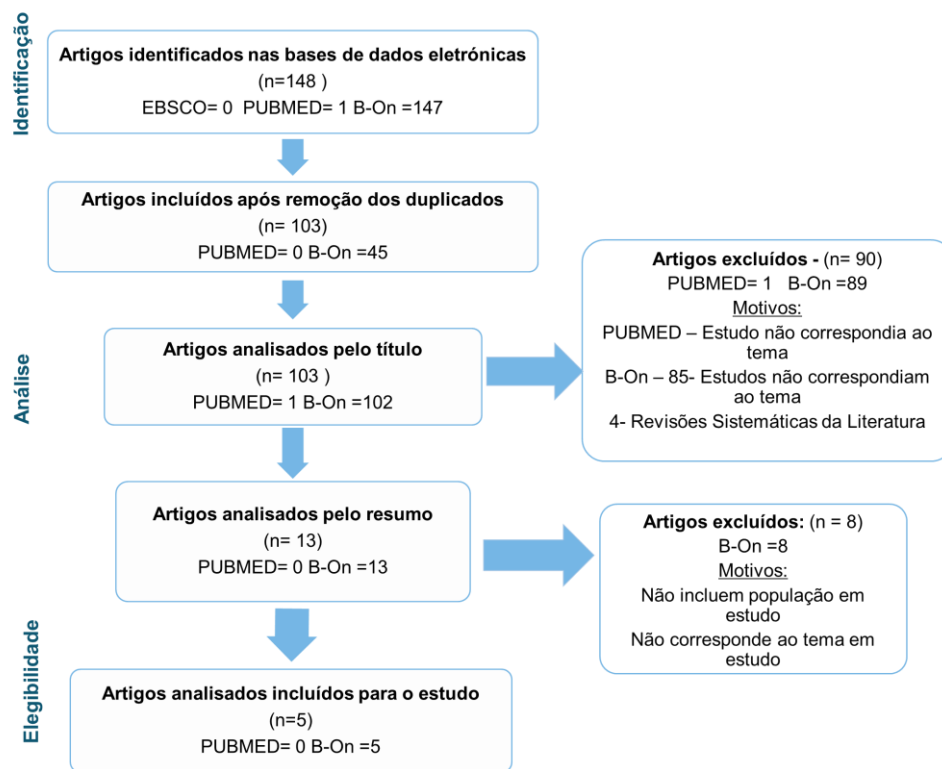
Metodologia

Para dar resposta ao objetivo, foi desenvolvida uma RIL tendo por base a questão de investigação “Quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Ásia Central e Meridional?”, e que foi estruturada segundo a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto):

- **População** são os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional;
- **Conceito** refere-se aos determinantes de saúde
- **Contexto** os Cuidados de Saúde Primários.

Na seleção dos artigos, foram considerados os artigos dos últimos 5 anos, com os seguintes critérios de inclusão: estudos que se refiram à população imigrante proveniente da Índia, Nepal, Paquistão e Bangladesh; artigos com as palavras-chave “Determinantes de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Imigrantes Asiáticos, Cuidados Culturalmente Congruentes”, sejam de livre acesso e realizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários ou na Comunidade; e de exclusão: estudos sobre população imigrante de outros países, realizados em âmbito hospitalar, artigos pagos e que sejam revisões sistemáticas da literatura. As bases de dados consultadas foram: Pubmed, B-On e EBSCO, durante o mês de julho de 2023. (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama PRISMA - Revisão Integrativa da Literatura



A avaliação metodológica da qualidade do acervo de artigos, foi orientada segundo o método de Joanna Briggs Institute¹⁰, que veio confirmar que os 5 artigos considerados possuem os critérios preconizados.

Resultados

Os estudos considerados para esta RIL encontram-se dentro dos estudos qualitativos em que, para obterem a informação pretendida, todos os artigos utilizaram entrevistas individuais ou através de grupos focais, tendo como objetivo identificar os principais determinantes de saúde da população e as principais dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Os determinantes de saúde identificados referem-se às barreiras associadas à comunicação, relacionadas com a língua, a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde relativo ao acesso aos cuidados de saúde (determinante em saúde relacionado com o sistema de saúde e à prestação de cuidados de saúde). Quanto ao estilo de vida, influenciado pela cultura, crenças e religião, emergem barreiras associadas aos hábitos alimentares, atividade física e dependências (determinantes de saúde comportamentais). Os fatores sociais e económicos, refletem as limitações inerentes aos baixos salários e às precárias condições de habitação (determinantes demográficos-socioeconómicos)¹¹ (Tabela 1).

Tabela 1 – Dimensões dos determinantes de saúde dos imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional

Artigos	Dimensões dos Determinantes de Saúde		
	Acesso aos Cuidados de Saúde	Socioeconómico	Comportamental e Estilos de Vida
Artigo 1 Access to health care for immigrant, children in Canada Salami, B. et al (2020)	Língua; Falta de serviços de interpretação; Longos períodos de espera para consultas; Falta de flexibilidade de horários; Relação profissional de saúde – imigrante	Empregos precários / Salários baixos	Falta de conhecimento sobre o Sistema de Saúde
Artigo 2 Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members Dahal, R., et al (2022)	Língua; Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente; Falta de serviços de tradução	Empregos precários / Salários baixos	
Artigo 3 Cost, culture and circumstances: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022)	Língua; Falta de conhecimentos sobre Saúde; Acesso aos serviços de saúde seguindo opinião dos pares; Relação profissional de saúde – imigrante	Falta de meios económicos	Falta de atividade Física (relacionados com a cultura/crenças) Alteração à Dieta Saudável (Alimentação tradicional é diferente da do país de acolhimento, Falta de conhecimentos sobre alimentação saudável) Consumo de tabaco e Alcool associados ao stress, solidão e pressão por pares Utilizam remédios caseiros e automedicação Realizar rastreios (relacionado com cultura/crenças) é fonte de más notícias
Artigo 4 Too long to wait: South Asian migrants experiences of accessing health care in Australia Adhikari, M. et al (2021)	Língua; Longos Tempos de espera para aceder aos serviços de saúde; Discriminação cultural; Relação profissional de saúde – imigrante.	Salários Baixos, baixos recursos económicos	

<p style="text-align: center;">Artigo 5 Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilization of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK Mudyarabikwa, O. et al (2022)</p>			<p>Consumos (Tabaco, álcool e drogas) devido ao seu estado mental; Acreditam que o seu estado de saúde ou a sua situação de legalidade pode influenciar a sua presença no país. Por isso não recorrem aos Serviços de Saúde. Não priorizam o seu estado de saúde.</p>
--	--	--	---

Estes cinco artigos demonstram a realidade dos serviços de saúde em 3 países (Canadá, Austrália e Reino Unido) em que os serviços de saúde são gratuitos e universais para os residentes no país de acolhimento, tal como acontece em Portugal, com algumas diferenças, mas com a premissa de que a saúde é um direito universal e, como tal, todos devem ter acesso à mesma e, para tal, é importante conhecer a população que acede a estes e de que forma se pode melhorar o seu acesso para poder prestar os melhores cuidados à população.

Discussão/Conclusão

A imigração traz benefícios para os países recetores, como seja a diminuição do índice de envelhecimento (já que grande parte da população que imigra é jovem e parte na expectativa de melhores condições de vida que aquela que deixa no seu país de origem) e a dinamização do mercado de trabalho¹². No entanto, também surgem desafios para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde quanto à melhoria da qualidade de vida, não só da população já residente no país, como também daqueles que agora chegam à procura de novas oportunidades.

Os desafios das políticas sociais e de saúde estão, maioritariamente, associados aos determinantes de saúde, relacionados com as características e os comportamentos individuais (genética, género, comportamento pessoal e idade), com os ambientes sociais e económicos (educação, alfabetização em saúde, renda e estatuto, emprego e condições de trabalho, redes de apoio social, cultura e Serviços de Saúde), e o ambiente físico (água potável e ar puro, locais de trabalho saudáveis, casas seguras, comunidades e estradas e comida e nutrição)⁹.

Em conformidade, os resultados da RIL identificam a barreira linguística como um dos principais fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, influenciando todo o processo

de relação entre o profissional de saúde e o utente, comprometendo ao processo de aceitação do diagnóstico e a qualidade da adesão ao regime terapêutico, influenciando a saúde desta população¹³⁻¹⁶. Para além da barreira linguística são também identificadas as barreiras do tempo de espera e do baixo índice de literacia em saúde, nomeadamente, quanto à acessibilidade aos serviços e à informação sobre os seus direitos e deveres, ao chegar ao país de destino¹³⁻¹⁶.

Com a chegada ao novo país, apesar de os migrantes serem aparentemente saudáveis, quando iniciam a sua nova vida perante uma nova casa, os desafios de um novo trabalho, novas condições de vida e um novo ambiente, pode levar a que este estado seja alterado. Os estilos de vida que adotam e os comportamentos associados à sua cultura e às suas crenças, onde dão prioridade à utilização de “remédios” caseiros e automedicação e só como recurso final a procura dos serviços de saúde, são fatores que condicionam o seu estado de saúde^{15,17}.

No segundo artigo analisado foram dadas sugestões pelos participantes para promover o acesso à saúde: promoção de melhores estilos de vida através de sessões de educação para a saúde ou a presença de intérpretes para melhorar a forma de comunicação entre profissionais de saúde e os utentes imigrantes. No entanto, é também referido que esta comunidade compreende que se deve envolver mais na procura de informação e conhecimento sobre os seus direitos e deveres tendo em consideração a sua presença no país, para poderem articular corretamente com os vários pares da comunidade¹⁴.

De um modo geral, como profissionais de saúde, é essencial conhecer bem a cultura de uma comunidade e compreender quais as suas necessidades perante uma nova realidade. Só assim é possível empoderar esta comunidade com recurso a cuidados culturalmente congruentes, que têm em conta a influência da cultura, dos valores, das crenças e da religião, aumentando o nível de literacia em saúde da comunidade imigrante, a adesão à prevenção e promoção da saúde. Também as medidas políticas e sociais devem ser desenvolvidas para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando que o direito à saúde é universal.

Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde, considerando as necessidades de todos os grupos vulneráveis, garantindo que se alcancem as metas do ODS 3 - Saúde e bem-estar, nunca esquecendo da importância de fortalecer os meios de implementação e de revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS 17)⁹. É importante continuar a investigar as dimensões e implicações dos cuidados de saúde a esta população, permitindo um incremento na

acessibilidade e equidade em saúde em todo o território nacional, independentemente da nacionalidade do utilizador.

Referências Bibliográficas

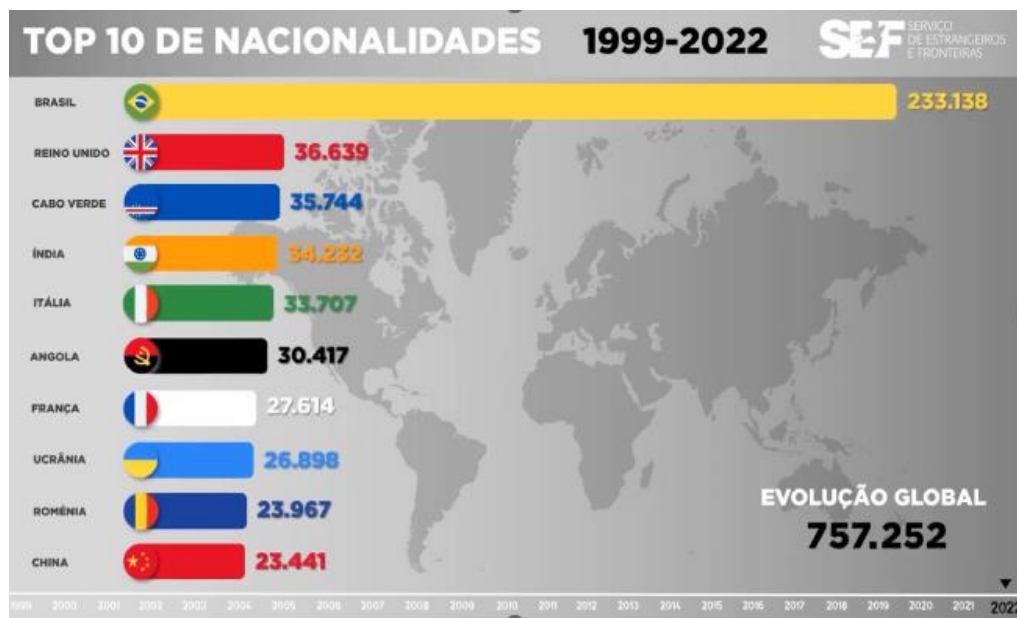
1. Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. Portugal e a globalização das migrações. Desafios de segurança. *População e Sociedade*. Porto. 2014. vol.22, p. 137-155. Disponível em https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es_Desafios_de_seguran_a.pdf
2. Organização Internacional das Migrações [IOM]. Relatório mundial de migração 2022. 2022. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
3. INE. O que nos dizem os censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. 2023. Lisboa. ISBN 978-989-25-0671-5 e-ISBN 978-989-25-0633-3
4. Lei de bases da Saúde nº95/2019 de 4 de setembro. Assembleia da República. Diário da República I Série nº 169. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
5. Melo, P. Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. 2020. Lisboa: Lidel.
6. ONU. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, in Intergovernmental Conference to Adopt the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. 2018. Disponível em <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/244/47/PDF/N1824447.pdf>
7. Redin, G., Minchola, L., & Almeida, A. O papel da Academia na Proteção e Promoção dos Direitos Humanos de Migrantes e Refugiados no Brasil A prática Extensionista do Mifraidh UFSM. In Migrações Internacionais - Experiências e Desafios para a Promoção de Direitos Humanos no Brasil. 2020. (Issue 9, pp. 1689–1699). Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/07/migracoes-internacionais.pdf>
8. SEF. População Estrangeira Residente em Portugal. 2021. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
9. Mosler Vidal, E., F. Laczko. Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume. International Organization for Migration (IOM). 2022. Geneva, Disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
10. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
11. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. 2021. Disponível em https://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5_wpengine.netdnassl.com/files/2022/03/PNS_21_30_Versao_editada_1_Final_DGS.pdf;
12. Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. 2009. Loures: Lusociência.
13. Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. International journal of environmental research and public health. 2020. 17(9), 3320. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>
14. Dahal, R., Naidu, J., Bajgain, B. B., Thapa Bajgain, K., Adhikari, K., Chowdhury, N., & Turin, T. C. Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members. Journal of primary care & community health. 2022. 13, 21501319221141797. Disponível em <https://doi.org/10.1177/21501319221141797>
15. Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. Health & Social Care in the Community. 2022. 30, e3138–e3149. Disponível em <https://doi.org/10.1111/hsc.13759>
16. Adhikari, M., Kaphle, S., Dhakal, Y., Duwadi, S., Subedi, R., Shakya, S., Tamang, S., & Khadka, M. Too

long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia. BMC public health. 2021. 21(1), 2107. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12132-6>

17. Mudyarabikwa, O., Regmi, K., Ouillon, S., & Simmonds, R. Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK. Journal of immigrant and minority health. 2022. 24(1), 199–206. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01233-4>



<https://institudiasporabrazil.org/migracao-emigracao-imigracao/>



<https://www.youtube.com/watch?v=wbhUOn9pMF4>

APÊNDICE 5 – Revisão Integrativa da Literatura

Revisão Integrativa da Literatura

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- Quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Ásia Central e Meridional?

Seguindo a mnemónica PCC temos como:

P(população): Imigrantes da Ásia Central e Meridional (Indianos, Nepalenses, paquistaneses e do Bangladesh)

C(conceito): determinantes de saúde

C(contexto): cuidados de saúde primários

As **palavras-chave** definidas foram: Enfermagem, imigrantes asiáticos, determinantes de saúde, cuidados de saúde primários.

Asian immigrants, social health determinants, primary healthcare, nurs*

OBJETIVOS

Os objetivos num estudo apresentam qual é o seu propósito, assim como, qual a intenção do investigador, já que nele estão presentes as variáveis, a população e o assunto do estudo (Fortin, 2009; Lobiondo-Wood & Haber, 2001; Sampieri, Collado & Lúcio, 2006).

Assim, o **objetivo geral** enunciado para este trabalho é:

-Descrever as características sociodemográficas e económicas (idade, sexo, nacionalidade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, domínio da língua portuguesa... atividade profissional- ramo e vínculo...) Culturais, religiosas e de saúde dos imigrantes da ásia central e meridional residente no concelho da Marinha Grande, e suas implicações no acesso à saúde.

Enumeram-se os **objetivos específicos**:

- Identificar as características sociodemográficas e económicas, culturais, religiosas e de saúde dos imigrantes da ásia central e meridional residente no concelho da Marinha Grande,

- Conhecer a perceção dos imigrantes da Ásia central e meridional residente no concelho da Marinha Grande à chegada e no presente sobre os fatores facilitadores e dificultadores de acesso aos cuidados de saúde.

- Definir estratégias para potenciar o acesso à saúde;
- Conhecer os principais fatores facilitadores e dificultadores de acesso à saúde, associados à condição socioeconômicos, percebidos, à chegada e no presente, pela população imigrante da ásia central e meridional, residente no concelho da Marinha Grande;
- Conhecer os principais fatores facilitadores e dificultadores de acesso à saúde, associados às crenças e valores culturais e religião, percebidos, à chegada, pela população imigrante da ásia central e meridional, residente no concelho da Marinha Grande.
- Desenvolver um projeto de intervenção que dê resposta às dificuldades identificadas pela população:
 - Implementar as estratégias selecionadas (RIL, Focos grupo, ...);
 - Intervir na comunidade imigrante;
 - Avaliar a intervenção.

Após definidas as palavras-chave foram validados os termos de pesquisa em plataformas de vocabulário controlado, com base nos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), apresentados no quadro 1.

Quadro 1-Termos e descritores

Termos	MeSH /DeCsTerms
Enfermagem	Nurs*
Determinantes de saúde	Social determinants of health
Cuidados de saude primários	Primary health care
Imigrantes Asiáticos	Asian Immigrants

Fonte: Da própria

OPERADORES BOLEANOS E BASES DE DADOS

Para realizar a pesquisa de artigos utilizou-se os motores de busca EBSCO a partir do acesso da área reservada da Ordem dos Enfermeiros, não obtendo nenhum artigo. Foi realizada também pesquisa na PUBMED e na B-ON. Em todas as bases de dados executamos a pesquisa com as seguintes palavras-chave/descriptores: Nurs*, Social determinants of health, Primary health care e Asian Immigrants, utilizando o seguinte operador booleanos: AND.

A pesquisa decorreu entre julho e Agosto de 2023.

Para além disto, usaram-se limitadores de pesquisa nas diferentes bases de dados, apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Limitadores de Pesquisa

PUBMED	B-ON
Texto Completo em PDF	
Tipos de Fontes: Revistas, Relatórios, Resenhas.	
Data de Publicação:2018 até 2023	
Idiomas: Inglês, Português e Espanhol	
Geografia: Índia, Nepal, Paquistão e Bangladesh, Ásia, Sul da Ásia.	

Fonte: Da própria

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

Na RIL, os critérios de inclusão e exclusão são essenciais no processo de seleção dos artigos a serem analisados, tendo estes de ser explícitos e inequívocos, para assim se obter os melhores resultados da pesquisa (Aromataris e Munn, 2020). Apresenta-se, de seguida, o quadro com os critérios utilizados ao longo da pesquisa nas bases de dados consultadas de inclusão e exclusão dos artigos encontrados.

Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

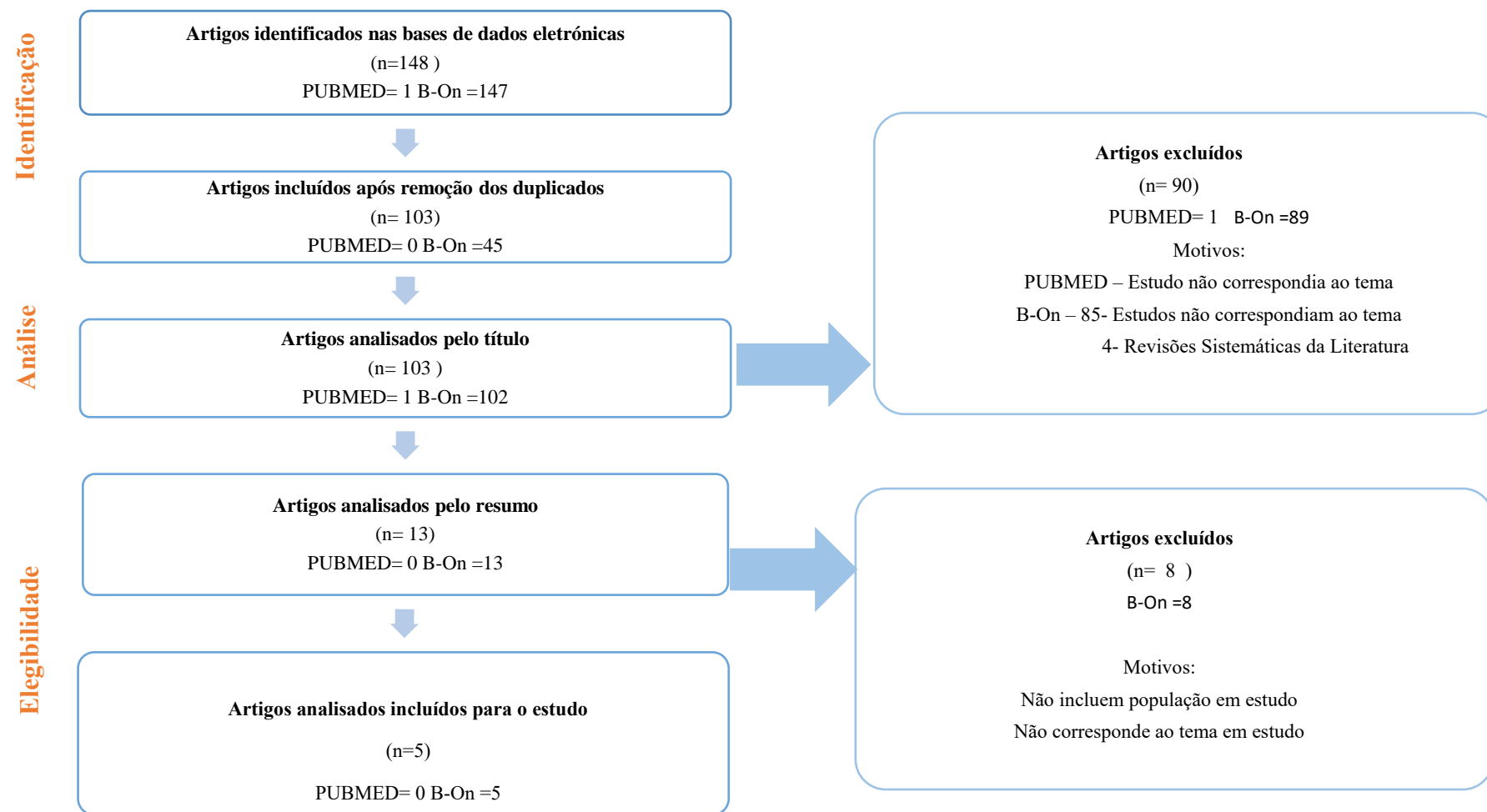
Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos com a população de imigrantes provenientes da Índia, Nepal, Paquistão e Bangladesh ou em que estejam incluídos no mesmo.	Estudos só com população imigrante de outros países
Estudos que tenha uma ou mais das seguintes palavras-chaves: Enfermagem, imigrantes, imigrantes asiáticos, determinantes de saúde, cuidados de saúde primários	Estudos que não tenham nas suas palavras-chaves: Enfermagem, imigrantes, imigrantes asiáticos, determinantes de saúde, cuidados de saúde primários
Estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários ou na comunidade.	Estudos realizados em âmbito hospitalar
Artigos de Livre Acesso	Artigos pagos

	Revisões Sistemáticas da Literatura e Livros/ebooks
--	---

Fonte: Da própria

Na base de dados eletrónica B-On quando realizada a pesquisa com as palavras de investigação foram encontrados inicialmente 72188 artigos, devido ao número elevado de artigos houve necessidade de aplicação de limitadores, desta forma foi aplicado Texto Integral; Data de publicação 2018 a 2023; Tipos de Fontes como revistas académicas, Resenhas, revistas, relatórios, materiais de conferência e publicações de especialidade; Língua de publicação sendo Inglês, Português e Espanhol e Geografia como Índia, Paquistão, Bangladesh, Ásia, South Asia, Nepal, Southeast Asia assim temos como resultado final de pesquisa o total de 147 artigos.

Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos – PRISMA Diagram flow



Fonte: Da própria

Quadro 4 - Grelha de Artigos Seleccionados

Nº1	TÍTULO	Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada
	Autor(es)	Bukola Salami, Alleson Mason, Jordana Salma, Sophie Yohani, Maryam Amin, Philomena Okeke-Ihejirika, Tehseen Ladha
	Ano de Publicação	2020
	Palavras-Chave	Acesso à saúde; Alberta; Canadá; saúde da criança; saúde do imigrante; imigração; saúde dos migrantes; migração
	Objetivos	Investigar como as crianças imigrantes acedem aos serviços de saúde no Canadá. Questões de Investigação: 1. Quais são as experiências dos pais imigrantes no acesso aos serviços de saúde para os seus filhos em Alberta? 2. Quais são as barreiras de acesso à saúde para crianças imigrantes em Alberta?
	Métodos	Projeto qualitativo descritivo
	Participantes	Residentes permanentes do Canadá, cidadãos canadenses, estudantes internacionais e trabalhadores estrangeiros temporários que residirão em Alberta por pelo menos 12 meses consecutivos 50 pais imigrantes (17 pais e 33 mães)
	Intervenções	As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas de acordo com os temas mais importantes.
	Resultados	Os resultados revelam que as barreiras sistêmicas contribuíram para os desafios no acesso à saúde para crianças imigrantes. Os participantes identificaram várias dessas barreiras como relacionadas com o sistema, linguísticas e culturais, o relacionamento com profissionais de saúde e as barreiras financeiras. Barreiras do sistema A barreira mais frequentemente identificada foram os longos tempos de espera entre a marcação de consultas e a sua realização, assim como, no atendimento em caso de urgência.

Outra situação são os horários pouco flexíveis para a realização de consultas que implicam faltas ao trabalho ou escola.

Barreiras linguísticas e culturais

O idioma e a falta de familiaridade com o sistema de saúde foram outras barreiras prevalentes no acesso à saúde.

Os participantes que não eram fluentes em inglês tiveram dificuldade em conversar com profissionais de saúde, influenciando na transmissão dos sintomas dos seus filhos.

A língua também limitou sua capacidade de entender, reter e implementar as indicações dos profissionais de saúde.

Existindo a possibilidade de recorrer a um tradutor este normalmente é da mesma comunidade dos participantes, o que faz com que estes não tenham confiança na tradução e na transmissão de informação.

Alguns participantes referem não ter conhecimento como funciona o sistema de saúde canadense, desta forma estes não aproveitam os serviços disponíveis. O conhecimento inadequado dos serviços gratuitos ou subsidiados disponíveis impediu que alguns pais tivessem acesso a apoios de saúde mental e atendimento odontológico para os seus filhos.

Relacionamento com Profissionais de Saúde

Os médicos do Canadá estão sempre com pressa e não têm uma visão holística da saúde e da doença dos pacientes. Os participantes acham importante que estes profissionais falem mais e façam perguntas sobre a sua vida e não estejam só interessados na doença.

Barreiras financeiras

A capacidade dos pais imigrantes de aceder aos cuidados de saúde está relacionada com os recursos financeiros ou que trabalham em empregos que lhes oferecem assistência médica. Imigrantes têm empregos com salários mais baixos. Muitos pais indicaram que, embora alguns serviços de saúde sejam gratuitos no Canadá, aqueles que não são cobertos são muito caros, nomeadamente os cuidados de saúde mental, o que faz com que os seus filhos não tenham acompanhamento nesta sua doença mental.

Para os imigrantes ilegais as questões financeiras são muito importantes pois não têm acesso a seguro de saúde e têm de pagar os cuidados de saúde na sua

	<p>totalidade, o que coloca os cuidados de saúde fora do seu alcance. Também alguns imigrantes indocumentados podem ter medo de ir ao profissional de saúde porque sentem que podem ser deportados.</p>
Conclusão	<p>Temos como desafios no acesso à saúde neste estudo o principal é o desconhecimento do idioma do país, no entanto existem outros como os longos tempos de espera, a falta de serviços de interpretação generalizados e dificuldades financeiras, as diferentes expectativas culturais para profissionais de saúde e falta de conhecimento sobre o sistema de saúde canadense.</p> <p>Surgem, no entanto, algumas sugestões para que as crianças imigrantes tenham um melhor acesso à saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">- É necessário que quem tem responsabilidade política sobre esta temática tenham em atenção às questões relacionadas com os tempos de espera nos serviços de saúde no Canadá, podendo aumentar o número de profissionais de saúde;- Os responsáveis políticos devem perceber que o salário recebido pelos imigrantes é muito importante para que não existam desigualdades entre imigrantes e não imigrantes;- Deve haver financiamento para contratar intérpretes para ajudar as populações imigrantes, o que garantirá que os imigrantes recebam informações apropriadas. <p>É importante desenvolver uma relação terapêutica com os imigrantes, mostrando respeito e dedicando tempo para enfrentar os complexos desafios de saúde desta população.</p>

Nº2	TÍTULO	Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members
	Autor(es)	Rudra Dahal, Jessica Naidu, Bishnu Bahadur Bajgain, Kalpana Thapa Bajgain, Kamala Adhikari, Nashit Chowdhury, and Tanvir C. Turin
	Ano de Publicação	2022
	Palavras-Chave	Imigrantes, nepalenses, cuidados primários, soluções, acesso aos cuidados de saúde, desigualdades na saúde, investigação envolvida na comunidade
	Objetivos	Saber as perspetivas dos imigrantes nepalenses em Calgary, Alberta, sobre a melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários da sua comunidade, especificamente responsabilidades individuais, responsabilidades comunitárias, responsabilidades dos prestadores de serviços e responsabilidades em nível político. Sugeriram soluções às barreiras que identificaram.
	Métodos	Aplicação do Modelo Sócio-Ecológico Discussões em Grupos Focais
	Participantes	Doze discussões em grupos Focais (6 grupos masculinos e 6 grupos femininos) - número total de 68 participantes.
	Intervenções	Todas as discussões em grupos focais foram gravadas em áudio e estava presente um facilitador bilingue treinado.
	Resultados	<p>Resultante das discussões em grupos focais os participantes propuseram recomendações para diminuir as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde primários. Foi usado o Modelo Socio-ecológico para interpretar os resultados e as recomendações foram organizadas da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidades a nível individual 2. Responsabilidades a nível comunitário 3. Responsabilidades do provedor de serviços 4. Responsabilidades em nível político/governamental <p><u>Responsabilidades a nível individual</u></p> <p>São as ações que um indivíduo pode tomar para melhorar o seu acesso aos cuidados de saúde primários.</p>

-Em primeiro lugar melhorar a língua inglesa de forma a diminuir a barreira da comunicação;

- Melhorar os conhecimentos em relação à saúde através da leitura de folhetos, panfletos, revistas e livros relacionados com a saúde.

- Saber mais sobre o sistema de saúde assistindo a vídeos no YouTube, pesquisando no Google, conversando com amigos e participando em conversas de grupo.

Sendo assim é importante os esforços na educação para a saúde, a adaptação a uma nova cultura e ambiente, que não sendo fácil inicialmente é crucial para o acesso aos cuidados de saúde.

Responsabilidades a nível comunitário

Temos como sugestões:

- As organizações comunitárias poderem ter uma participação em sessões de educação para a saúde;

- Terem programas de sensibilização e literacia em saúde;

- Ajudar os recém-chegados, fornecendo informações sobre saúde para a fixação nos primeiros dias da migração para o Canadá;

- Realização de eventos comunitários onde seja transmitida a visão geral do sistema de saúde nas suas províncias, familiarizá-los com vários profissionais de saúde (as suas comunidades e com a cultura e crenças em torno da saúde);

- Terem programas que ofereçam ajuda a encontrar um médico de família e ajuda para as deslocações para ir ao médico;

- Para os imigrantes com mais dificuldade com a língua inglesa devia de ser criado um fórum online onde possam fazer perguntas e obter respostas a questões relacionadas com cuidados de saúde;

Desta forma consideram que as organizações comunitárias poderiam desempenhar um papel vital na atenuação dos desafios de acesso aos cuidados de saúde primários, facilitando vários programas para os imigrantes recém-chegados.

Responsabilidades do provedor de serviços

Os imigrantes referem que os médicos não percebem as suas queixas, devido à barreira da língua, as soluções seriam: nos consultórios existirem tradutores

	<p>internos, solicitarem os serviços de tradução existente no sistema de saúde e outra alternativa seria serem contratados profissionais de saúde multilíngue.</p> <p><u>Responsabilidades em nível político/governamental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O governo deve criar formação obrigatória em competências culturais para os profissionais de saúde; - Consideram que os cuidados dentários e oftalmológicos são caros, pelo deveriam ser cobertos pelo governo; - Os imigrantes também salientaram a formação que alguns médicos apresentam e que não estão a trabalhar na área da saúde, podendo estes serem integrados através de formação e assim integrarem o sistema de saúde do Canadá.
<p>Conclusão</p>	<p>De forma diminuir os problemas de acesso aos cuidados de saúde por parte da população nepalesa no Canada neste estudo foi destacado que a nível individual os imigrantes devem fazer um esforço para melhorar a sua linguagem e comunicação e saber mais sobre o sistema de saúde, por outro lado as organizações comunitárias podem divulgar informações relacionadas com os cuidados de saúde e ajudar os novos imigrantes a responder às suas necessidades de cuidados de saúde. Além disso, os prestadores de serviços podem satisfazer as necessidades de cuidados de saúde necessários dos imigrantes (por exemplo, intérpretes) e formar os seus profissionais de saúde para aceitarem o multiculturalismo e a diversidade e criarem um ambiente favorável com os imigrantes. O governo pode permitir que médicos graduados internacionalmente entrem no sistema de saúde, assim como, que os cuidados odontológicos e oftalmológicos tenham participação no sistema universal de saúde do Canadá.</p>

Nº3	TÍTULO	Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia
	Autor(es)	Mehwish Nisar; Asaduzzaman Khan; Tracy L. Kolbe-Alexander
	Ano de Publicação	2022
	Palavras-Chave	Austrália, comportamentos de saúde, acesso à saúde, imigrantes, sul-asiáticos
	Objetivos	Obter uma compreensão sobre os comportamentos de saúde e acesso aos cuidados de saúde na população imigrante do sul da Ásia na Austrália.
	Métodos	Discussões em Grupos Focais 5 participantes em cada grupo e duração entre 55 e 85 minutos. Em inglês Foram Gravados em áudio
	Participantes	- 29 participantes (11 sexo masculino e 18 sexo feminino) imigrantes do sul da Ásia
	Intervenções	Cinco discussões em grupos Focais. Em grupos separados consoante o sexo. Questões guiadas semiestruturadas relacionadas à percepção, barreiras e facilitadores de comportamentos de saúde
	Resultados	Nos grupos focais foram abordados os seguintes temas: Atividade Física, Dieta Saudável, Fumar, Álcool e Acesso aos cuidados de Saúde tendo sido analisadas as barreiras e os facilitadores para cada um. Figura 1 <u>Atividade física</u> Barreiras à não realização Crenças culturais, falta de tempo, falta de conhecimentos sobre exercício, os custos associados aos ginásios, a indolência pessoal e o stress no trabalho; falta de motivação e dedicação, comportamentos de intimidação, ameaças e insultos. Facilitadores à realização Ambiente físico (parques), realização de exercício com amigos da mesma cultura.

Dieta saudável

Barreiras

Desconhecimento sobre diretrizes para dieta saudável. Tradicionalmente, os sul-asiáticos utilizavam uma grande quantidade de óleo/ghee na preparação de caril de legumes e carne e na preparação de pão. Preferência por alimentos fritos em vez de grelhados. Os participantes mencionaram as redes sociais e familiares como fatores de motivação para fazerem escolhas alimentares saudáveis.

Referem o sabor dos legumes e fruta ser diferente e por isso consomem mais carne, assim como, o elevado custo das frutas e legumes é um obstáculo importante para uma alimentação saudável.

Facilitadores

Colegas de trabalho influenciaram os seus hábitos alimentares, com este aprenderam a cozinhar com azeite e a medir a ingestão calórica.

Fumar

Barreiras

A falta de dinheiro como fator de motivação para evitar ou diminuir o consumo de tabaco

Facilitadores para fumar

Stress após a migração fez com que começassem a fumar ou a continuar a fumar. Os participantes explicaram que, devido a restrições espirituais, preferiam fumar em vez de consumir álcool.

Álcool

Barreiras para consumir

Contexto social foi um fator determinante para o início do consumo de álcool após a migração, sendo mais frequente no sexo masculino. As práticas secretas de consumo de álcool ocorreram para evitar constrangimentos culturais e religiosos. A religião, a cultura e as sanções por condução sob o efeito do álcool foram reveladas como as principais barreiras ao consumo de álcool

Em alguns grupos religiosos (como o Islão, o Budismo e o Sikhismo) o álcool é proibido, enquanto noutros grupos (como o Cristianismo e o Hinduísmo) é parcialmente aceitável.

As penas de condução sob o efeito do álcool funcionam como um potencial obstáculo ao seu consumo de álcool em reuniões sociais.

Facilitadores ao consumir

A pressão dos pares e o stress relacionado com o trabalho; a influência dos pares e as ofertas diretas para beber.

Em particular, os imigrantes que sofriam de ansiedade social começaram a beber para se tornarem mais aceites pelos seus pares. Os participantes também mencionaram que o álcool era frequentemente utilizado como um mecanismo de sobrevivência em alturas em que as pessoas estavam a lidar com o stress e a solidão. O fácil acesso ao álcool na Austrália, em comparação com o seu país de origem, devido à não aceitação social, é um dos principais fatores que facilitam o consumo de álcool.

Acesso aos cuidados de Saúde

Os profissionais de saúde devem ter capacidades de comunicação e a sensibilidade cultural.

Em relação à prescrição de antibióticos muitos participantes referiram que na Austrália à relutância na sua prescrição o que na sua opinião atrasa a recuperação. Também como constrangimento na utilização dos serviços de saúde surge as crenças nos remédios caseiros e na auto- medicação.

Barreiras

Uso de remédios caseiros como tratamento de primeira linha antes de se consultar um médico, assim poupam dinheiro e tempo.

Baixos conhecimentos sobre a importância de realização de rastreios, associado a crenças culturais sobre a participação em rastreios como sendo uma fonte de más notícias, referindo que só é importante a sua realização se existirem sintomas.

Facilitadores

Referências positivas em relação ao médico de família por parte de amigos;

Preocupação quanto à capacidade compreender as indicações médicas relacionada com a língua, preferindo um médico de família compreenda a sua língua materna.

Nº4

TÍTULO	Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia
Autor(es)	Manju Adhikari, Sabitra Kaphle, Yamuna Dhakal, Sabina Duwadi, Rajan Subedi, Sonu Shakya, Sunil Tamang and Mukesh Khadka
Ano de Publicação	2021
Palavras-Chave	Experiência do paciente migrante, Acesso aos cuidados de saúde, Barreiras aos cuidados de saúde, Migrantes do Sul da Ásia, Cuidados culturalmente competentes
Objetivos	Explorar os fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde por imigrantes do sul da Ásia na Austrália.
Métodos	Amostra em bola de neve. Os dados das entrevistas foram gravados.
Participantes	62 inquéritos online e 14 entrevistas a imigrantes de quatro países do Sul da Ásia: Nepal, Índia, Butão e Sri Lanka
Resultados	<p>Da análise das entrevistas e dos inquéritos as múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes sul-asiáticos na Austrália:</p> <ul style="list-style-type: none">- Acrescentam também que na Austrália existe um elevado tempo de espera para terem uma consulta ou se necessitarem de uma cirurgia nos serviços de saúde públicos, sendo, no entanto, mais rápido no setor privado, no entanto acarreta custos económicos, sendo que assim poderá existir um acesso limitado aos cuidados de saúde para as pessoas economicamente desfavorecidas e incapazes de ultrapassar as barreiras financeiras.- Comparativamente os serviços de saúde na Austrália são melhores do que nos países nativos. <p>experiências comparativas de utilização dos serviços de saúde; e poderia ser feito melhor, expectativas para o futuro</p> <ul style="list-style-type: none">- Existe a preferência por serviços de saúde mais célere e acessíveis, por profissionais de saúde bilingues e compreendessem os seus antecedentes culturais e que não existisse discriminação nos serviços.

Nº5

TÍTULO	Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK
Autor(es)	Oliver Mudyarabikwa; Krishna Regmi; Sinead Ouillon; Raymond Simmonds
Ano de Publicação	2021
Palavras-Chave	Refugiados e imigrantes; Campeões comunitários de saúde; Cuidados de Saúde primários; Barreiras; Utilização; NHS
Objetivos	Quais são as barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, dos refugiados, requerentes de asilo e imigrantes em West Midlands, Reino Unido.
Métodos	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Recurso a “Refugee e Immigrants Health Champions” com o intuito de usar a sua experiência e conhecimento sobre problemas de saúde locais para influenciar uma maior utilização dos serviços por parte dos indivíduos da sua comunidade.</p> <p>Discussão em grupos focais</p>
Participantes	42 refugiados e imigrantes, com origem em África, Ásia, Europa e América do Sul
Intervenções	Os defensores da comunidade realizaram entrevistas ao refugiados e imigrantes para saberem as barreiras ao acesso à saúde e a sua utilização, que posteriormente foram apresentadas em grupos focais
Resultados	<p>Temas dos grupos focais:</p> <p><u>Problemas de saúde percebidos</u></p> <p>Doenças mentais, incapacidade física, abuso de drogas e álcool, escravidão moderna, abuso sexual e exposição a doenças infecciosas</p> <p><u>Barreiras ao acesso e utilização</u></p> <p>Natureza transitória dos refugiados e imigrantes, Negligenciar a manutenção da casa, Não priorizar a própria saúde, Estilos de vida instáveis e comportamentos individuais, Incapacidade de pagar pelos cuidados de saúde e Medo de ser denunciado e deportado pelas autoridades</p>

Fatores predisponentes

Distanciamento de atividades sociais por parte de quem sofreu maus-tratos ou abusos no seu país nativo, crescente número de homens com consumos de álcool, drogas e abuso de substâncias, o ter filhos pois os imigrantes aceitam têm vários trabalhos e têm trabalhos de risco para poderem enviar/ter dinheiro para os seus filhos,

Causas prioritárias de doenças e mortes

Problemas identificados nos grupos focais

Abuso de drogas e álcool, AVC, cancro de pulmão

Problemas identificados pela Saúde Pública local:

Mortalidade infantil, AVC, Doenças relacionadas com o álcool,
Doenças coronarianas, Infecções respiratórias, Cancro de pulmão

Resultados

Os estudos considerados para esta RIL encontram-se dentro dos estudos qualitativos em que, para obterem a informação pretendida, todos os artigos utilizaram entrevistas individuais ou através de grupos focais, tendo como objetivo identificar os principais determinantes de saúde da população e as principais dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Os determinantes de saúde identificados referem-se às barreiras associadas à comunicação, relacionadas com a língua, a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde relativo ao acesso aos cuidados de saúde (determinante em saúde relacionado com o sistema de saúde e à prestação de cuidados de saúde). Quanto ao estilo de vida, influenciado pela cultura, crenças e religião, emergem barreiras associadas aos hábitos alimentares, atividade física e dependências (determinantes de saúde comportamentais). Os fatores sociais e económicos, refletem as limitações inerentes aos baixos salários e às precárias condições de habitação (determinantes demográficos-socioeconómicos) (Tabela 1).

Estes cinco artigos demonstram a realidade dos serviços de saúde em 3 países (Canadá, Austrália e Reino Unido) em que os serviços de saúde são gratuitos e universais para os residentes no país de acolhimento, tal como acontece em Portugal, com algumas diferenças, mas com a premissa de que a saúde é um direito universal e, como tal, todos devem ter acesso à mesma e, para tal, é importante conhecer a população que acede a estes e de que forma se pode melhorar o seu acesso para poder prestar os melhores cuidados à população.

Tabela 1 – Dimensões dos determinantes de saúde dos imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional

Artigo	Dimensões segundo o Modelo SUNRISE	Dados dos Artigos
<p>Artigo 1</p> <p>Access to health care for immigrant, children in Canada</p>	<p>Crenças e Valores Culturais</p>	<p>Barreiras: Língua, Falta de confiança nos tradutores</p> <p>Profissionais de saúde não estabelecem uma relação terapêutica com os imigrantes.</p>
	<p>Fatores Económicos</p>	<p>Barreiras: Empregos precários Salários baixos; muitos cuidados de saúde abrangidos só pelo Sistema de Saúde privado (saúde mental), sendo mais caros.</p>
	<p>Fatores Educacionais</p>	<p>Falta de conhecimento sobre o SS</p>
	<p>Fatores Políticos e Legais</p>	<p>Barreiras do Sistema de Saúde: longos períodos de espera entre a marcação e a realização de consultas</p> <p>Falta de flexibilidade de horários</p> <p>Idioma para comunicação com os profissionais de saúde.</p> <p>Falta de serviços de interpretação</p> <p>Tempo de consulta com profissionais de saúde – visão holística em causa.</p> <p>Profissionais de saúde não estabelecem uma relação terapêutica com os imigrantes.</p> <p>Falta de conhecimento sobre o SS.</p>

<p><u>Artigo 2</u></p> <p>Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members</p>	<p>Crenças e Valores Culturais</p>	<p>Sugestões: melhorar o seu inglês através de aulas</p> <p><i>Self-education</i>, através de panfletos e pesquisas nos canais oficiais</p> <p>Barreiras: Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente.</p>
	<p>Fatores Económicos</p>	<p>Barreiras: problemas socioeconómicos</p>
	<p>Fatores Educacionais</p>	<p>Sugestões: melhorar o seu inglês através de aulas</p> <p><i>Self-education</i>, através de panfletos e pesquisas nos canais oficiais</p> <p>Realizar sessões de esclarecimento sobre o SS da sua zona para facilitar acesso por parte das organizações das localidades, assim como eventos de integração da população nepalense/imigrantes.</p> <p>Podem organizar programas de saúde como, por exemplo “Como se manter saudável”.</p> <p>Criar um fórum onde a população imigrante possa expor as suas dúvidas.</p> <p>Ter tradutores multilingue para facilitar todo o processo da consulta.</p> <p>Proporcionar formação cultural a todos os profissionais de saúde</p>
	<p>Fatores Políticos e Legais</p>	<p>Barreiras: Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente.</p> <p>Falta de serviços de interpretação</p>

<p align="center"><u>Artigo 3</u></p> <p align="center">Cost, culture and circumstances': Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia</p>	<p>Crenças e Valores Culturais</p> <p>Fatores Religiosos e Filosóficos</p>	<p>Falta de atividade Física (<u>Barreiras</u>: mulheres devem ficar em casa, devido a cultura/crenças, não permitindo elas envolverem-se neste tipo de atividade, falta de tempo devido a responsabilidade de trabalho e familiares, não possuem capacidades económicas para realizar exercício físico, sofrem de bullying nos locais para a prática de AF; <u>Facilitadores</u>: ambiente propício para a atividade física e a interação social).</p> <p>Dieta saudável (<u>Barreiras</u>: Alimentação tradicional da sua cultura é diferente da do país recetor, não havendo conhecimento sobre qual é a dieta saudável, custos. <u>Facilitadores</u>: Refeições comunitárias, ou seja, quando os imigrantes almoçam nos locais de trabalho e observam os hábitos alimentares dos residentes, sendo influenciados)</p> <p>Fumar (<u>Barreiras</u>: custo. <u>Facilitadores</u>: o processo de imigração leva ao início ou manutenção de fumar, sendo um meio preferível ao álcool, já que não é proibido na sua religião).</p> <p>Álcool (<u>Barreiras</u>: pode ser barreira na socialização já que é proibido na sua cultura. <u>Facilitadores</u>: stress no trabalho, influência dos pares, usado como mecanismo de coping,</p>
		<p>Mulheres devem ficar em casa, devido a cultura/crenças, a realizar as suas atividades domésticas. Os usos de determinadas roupas para determinadas atividades físicas não são toleradas, sendo proposto a existência de um edifício só para mulheres para a prática. Ter um meio de transporte próprio é sinal de prosperidade.</p> <p>Alimentação tradicional da sua cultura é diferente da do país recetor, não havendo conhecimento sobre qual é a dieta saudável. Existe uma ligação de prazer e comida.</p> <p>Utiliza-se remédios caseiros e automedicação.</p>
	<p>Fatores Económicos</p>	<p>Falta de meios económicos para adotar uma alimentação em fruta e legumes</p>

	<p>Fatores Políticos e Legais</p> <p>Fatores Educacionais</p> <p>Crenças e Valores Culturais</p>	<p>Barreiras: língua/forma de comunicação, cultura de saúde (usam antibióticos muito cedo no processo de diagnóstico, usam remédios caseiros e automedicam-se; custo; realizar check-ups é mau agouro, já que são presságio de doença. Falta de conhecimento.</p> <p>Facilitadores: Opinião dos seus pares sobre determinados profissionais leva-os a recorrerem aos serviços. Preferem profissionais que os compreendam já que manifestam dificuldade em manifestar os seus sintomas.</p>
		Diabetes e hipertensão, Alcoolismo
<p>Artigo 4</p> <p>Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia</p>	<p>Crenças e Valores Culturais</p>	<p>Barreiras: Comunicação</p> <p>Discriminação cultural</p> <p>Imigrantes pedem profissionais assertivos perante as necessidades de saúde transmitidas.</p>
	<p>Fatores Económicos</p>	<p>Barreiras: Salários Baixos, baixos recursos económicos</p>
	<p>Fatores Políticos e Legais</p>	<p>Barreiras: Comunicação, elevados Tempos de espera, profissionais de saúde, Discriminação cultural</p> <p>Imigrantes pedem profissionais assertivos perante as necessidades de saúde transmitidas. Já foram discriminados durante o processo de consulta</p>
<p>Artigo 5</p> <p>Refugee and Immigrant Community Health Champions:</p>	<p>Crenças e Valores Culturais</p> <p>Fatores Religiosos e Filosóficos</p>	<p>Consumos (hábitos tabágicos, alcoolismo e drogas), provenientes do seu estado mental.</p>
	<p>Crenças e Valores Culturais</p>	<p>Acreditam que o seu estado de saúde ou a sua situação de legalidade pode influenciar a sua presença no país. Por isso não recorrem aos SS.</p>

<p>a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK</p>	<p>Fatores Religiosos e Filosóficos</p>	<p>Não priorizam o seu estado de saúde.</p>
		<p>Mortalidade Infantil elevada devido a problema políticos; Doenças Infeciosas</p>

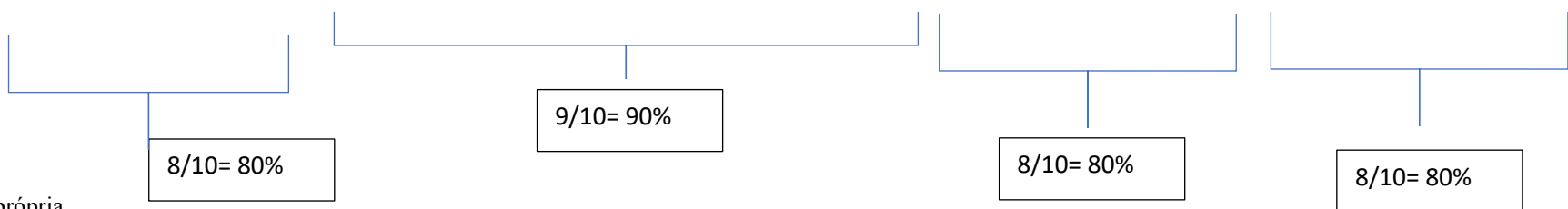
Fonte: Da própria

Resultante da Revisão Integrativa da Literatura podemos identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem: Comunicação Comprometida; Conhecimento sobre a Saúde comprometido; Comportamento de Procura de Saúde Comprometido; Papel do Profissional de Saúde Comprometido e Potencial de Risco de Crença de Saúde.

Foi possível realizar a verificação da qualidade dos artigos de pesquisa qualitativa a partir da JBI, tendo-se obtido valores entre os 80 e 90%, conforme se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2 – Lista de verificação dos artigos, do JBI para pesquisa qualitativa

	Artigo 1		Artigo 2		Artigo 3		Artigo 4		Artigo 5	
	Access to health care for immigrant, children in Canada		Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members		Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia		Too long to wait: South Asian migrants’ experiences of accessing health care in Australia		Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS)	
	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 1	Avaliador 2
1	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
2	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
3	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
4	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
5	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
6	unclear	no	no	no	no	no	no	no	no	no
7	no	no	yes	yes	yes	yes	no	no	no	no
8	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
9	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
10	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes



Fonte: Da própria

Discussão/Conclusão

A imigração traz benefícios para os países recetores, como seja a diminuição do índice de envelhecimento (já que grande parte da população que imigra é jovem e parte na expectativa de melhores condições de vida que aquela que deixa no seu país de origem) e a dinamização do mercado de trabalho (Lopes et al, 2009). No entanto, também surgem desafios para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde quanto à melhoria da qualidade de vida, não só da população já residente no país, como também daqueles que agora chegam à procura de novas oportunidades.

Os desafios das políticas sociais e de saúde estão, maioritariamente, associados aos determinantes de saúde, relacionados com as características e os comportamentos individuais (genética, género, comportamento pessoal e idade), com os ambientes sociais e económicos (educação, alfabetização em saúde, renda e estatuto, emprego e condições de trabalho, redes de apoio social, cultura e Serviços de Saúde), e o ambiente físico (água potável e ar puro, locais de trabalho saudáveis, casas seguras, comunidades e estradas e comida e nutrição) (Mosler, Vidal & Laczko, 2022).

Em conformidade, os resultados da RIL identificam a barreira linguística como um dos principais fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, influenciando todo o processo de relação entre o profissional de saúde e o utente, comprometendo ao processo de aceitação do diagnóstico e a qualidade da adesão ao regime terapêutico, influenciando a saúde desta população (Salami et al, 2020; Dahal, et al, 2022; Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022 e Adhikari et al, 2021). Para além da barreira linguística são também identificadas as barreiras do tempo de espera e do baixo índice de literacia em saúde, nomeadamente, quanto à acessibilidade aos serviços e à informação sobre os seus direitos e deveres, ao chegar ao país de destino (Salami et al, 2020; Dahal et al, 2022; Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022 e Adhikari et al, 2021).

Com a chegada ao novo país, apesar de os migrantes serem aparentemente saudáveis, quando iniciam a sua nova vida perante uma nova casa, os desafios de um novo trabalho, novas condições de vida e um novo ambiente, pode levar a que este estado seja alterado. Os estilos de vida que adotam e os comportamentos associados à sua cultura e às suas crenças, onde dão prioridade à utilização de “remédios” caseiros e automedicação e só como recurso final a procura dos serviços de saúde, são fatores que condicionam o seu estado de saúde (Nisar, Khan & Kolbe-Alexander, 2022).

Dahal et al (2022) referem no seu artigo sugestões dadas pelos participantes para promover o acesso à saúde: promoção de melhores estilos de vida através de sessões de educação para a saúde ou a presença de intérpretes para melhorar a forma de comunicação entre profissionais de saúde e os utentes imigrantes. No entanto, é também referido que esta comunidade compreende que se deve envolver mais na procura de informação e conhecimento sobre os seus direitos e deveres tendo em consideração a sua presença no país, para poderem articular corretamente com os vários pares da comunidade.

De um modo geral, como profissionais de saúde, é essencial conhecer bem a cultura de uma comunidade e compreender quais as suas necessidades perante uma nova realidade. Só assim é possível empoderar esta comunidade com recurso a cuidados culturalmente congruentes, que têm em conta a influência da cultura, dos valores, das crenças e da religião, aumentando o nível de literacia em saúde da comunidade imigrante, a adesão à prevenção e promoção da saúde. Também as medidas políticas e sociais devem ser desenvolvidas para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando que o direito à saúde é universal.

Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde, considerando as necessidades de todos os grupos vulneráveis, garantindo que se alcancem as metas do ODS 3 - Saúde e bem-estar, nunca esquecendo da importância de fortalecer os meios de implementação e de revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS 17) (Mosler Vidal & Laczko, 2022). É importante continuar a investigar as dimensões e implicações dos cuidados de saúde a esta população, permitindo um incremento na acessibilidade e equidade em saúde em todo o território nacional, independentemente da nacionalidade do utilizador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adhikari, M., Kaphle, S., Dhakal, Y., Duwadi, S., Subedi, R., Shakya, S., Tamang, S., & Khadka, M. (2021). Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia. *BMC public health*, 21(1), 2107. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12132-6>
- Aromataris E, Munn Z. (Editors). (2020). *JBIMES Manual for Evidence Synthesis*. Disponível em <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Dahal, R., Naidu, J., Bajgain, B. B., Thapa Bajgain, K., Adhikari, K., Chowdhury, N., & Turin, T. C. (2022). Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members. *Journal of primary care & community health*, 13, 21501319221141797. Disponível em <https://doi.org/10.1177/21501319221141797>
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação da concepção à realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lobiondo-Wood G., Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4a ed.) Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. (2009). *Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*, Loures: Lusociência.
- Mosler Vidal, E. and F. Laczko, 2022. *Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume*. International Organization for Migration (IOM), Geneva, Disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
- Mudyarabikwa, O., Regmi, K., Ouillon, S., & Simmonds, R. (2022). Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK. *Journal of immigrant and minority health*, 24(1), 199–206. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01233-4>
- Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022). ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. *Health & Social Care in the Community*, 30, e3138–e3149. Disponível em <https://doi.org/10.1111/hsc.13759>
- Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. (2020). Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3320. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>
- Sampieri, R., Collado C., Lúcio M. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3ª ed. Mc Graw Hill. São Paulo.

APÊNDICE 6 –Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável”

Plano de Sessão – Alimentação Saudável

População – Alvo: Turmas do 5º ano

Local: Escola Básica da Vieira de Leiria e Escola Básica Nery Capucho.

Profissional(ais) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado e Lúcia Grácio

Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
Compreender o que é uma alimentação saudável.	-Atividade de grupo através de um jogo sobre quais os alimentos que colocariam no seu lanche.	1 hora	Expositivo Demonstrativo	Computador Projektor Colunas Envelopes Recortes de alimentos	Avaliação oral de satisfação da sessão.
Perceber como elaborar um lanche saudável.	Apresentação sobre: -Alimentação saudável e complicações do seu não cumprimento -Roda dos Alimentos				
Sensibilizar para a conceção de lanches com pouca quantidade de açúcar.	-Lanches saudáveis -O açúcar escondido -Leitura de Rótulos e Tabela Nutricional				
Conhecer as complicações de uma alimentação não saudável.	-Semáforo Nutricional -Quais as complicações de uma alimentação não saudável -Sugestões de refeições saudáveis.				
	-Conclusão				



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Enfermeiras Orientadoras:
 En^o Ana Machado
 En^o Lúcia Grácio

Alunas: Raquel Soares
 Sílvia Duarte

Dezembro, 2023



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

População – Alvo: Crianças entre os 6 e os 13 anos de idade.
Local: ATL
Profissional(is) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado e Lúcia Grácio
Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
Compreender o que é uma alimentação saudável. Perceber como elaborar um lanche saudável. Sensibilizar para a conceção de lanches com pouca quantidade de açúcar. Conhecer as complicações de uma alimentação não saudável.	-Atividade de grupo através de um jogo sobre quais os alimentos que colocariam no seu lanche. Apresentação sobre: -Alimentação saudável e complicações do seu não cumprimento -Roda dos Alimentos -Lanches saudáveis -O açúcar escondido -Leitura de Rótulos e Tabela Nutricional -Semáforo Nutricional -Quais as complicações de uma alimentação não saudável -Sugestões de refeições saudáveis. -Conclusão	1 hora	Expositivo Demonstrativo	Computador Projetor Colunas Envelopes Recortes de alimentos	Avaliação oral de satisfação da sessão.




OBJETIVOS

- Compreender o que é uma alimentação saudável.
- Perceber como elaborar um lanche saudável.
- Sensibilizar para a conceção de lanches com pouca quantidade de açúcar.
- Conhecer as complicações de uma alimentação não saudável.

ÍNDICE

- γ Alimentação Saudável
- γ Roda dos Alimentos
- γ Lanches Saudáveis
- γ O Açúcar Escondido
- γ Leitura de Rótulos e Tabela Nutricional
- γ Semáforo Nutricional
- γ Quais as complicações de uma alimentação não saudável?

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados são o terceiro principal fator de risco levando ao aparecimento de doenças. (GDB, 2017 in DGS, 2019)

Isto acontece por baixo consumo de cereais integrais, fruta, frutos secos e sementes.

(DGS, 2019)

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1 em cada 3 crianças tem excesso de peso

6-9 anos - 29,6%
11, 13 e 15 anos - 18,9%
(Gregório et al. 2021)

<https://alimentacaosaudavel.dps.pt/alimentacao-ou-numeros/consumo-alimentar/>

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Alimentação completa, equilibrada, variada e segura, que está na Roda dos Alimentos.
(DCS, 2019)

RODA DOS ALIMENTOS

Grãos - 25%
Cereais e derivados, tubérculos - 25%
Carne, peixe, ovos - 5%
Leguminosas - 4%
Laticínios - 10%
Carnes e oleos - 2%

Guia que nos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária.

<https://alimentacaosaudavel.dps.pt/roda-dos-alimentos/>

O que NÃO está na Roda dos Alimentos?

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-origem-italiana-546689.html>

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-origem-italiana-546689.html>

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-origem-italiana-546689.html>

<https://www.fabricsopropo.net/pt/colapada-de-bolacha/>

Devem ser consumidos **APENAS** em dias de exceção e **não diariamente**, pois têm elevados índices de açúcar ou gordura e muitas calorias.

COMO MONTAR UM PRATO SAUDÁVEL ?

FRUTAS

VERDURAS E LEGUMES

CARNES E OVOS/ LEGUMINOSAS E OLEAGINOSAS

CEREAIS E TUBERCULOS

<https://www.saborajornalismo.com.br/blog/monte-uma-refeicao-saudavel-e-equilibrada-para-o-dia-a-dia>

NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS?

O ideal é fazer 5 a 6 refeições por dia.

P. Almoço Lanche da Manhã Almoço Lanche da Tarde Jantar Ceia

<https://www.institutoadiferença.pt/pt/ide-saude-e-guia-nutricional>

Lanches o que devem conter ?

LATICÍNIOS
OPÇÕES:
- LEITE
- IOGURTE
- QUEIJO
(Fato de Frasco ou requêijo)

CEREAIS E DERIVADOS
OPÇÕES:
- PAO VARIADO*
(Evitar as variedades mais doces)
- CEREAIS POUCO AÇUCARADOS
*Não incluir sal ou glúten e de forma alternativa ao longo do tempo, com base na sua saúde e preferências, não consuma mais do que o recomendado.

FRUTA
OPÇÕES:
- FRUTA FRESCA
(De preferência da época)
- SUMO DE FRUTA NATURAL
(Sem adição de açúcar, não excedendo os 200ml ou 1 copo)

https://alimentacaosaudavel.dps.pt/temas/temas/5/Vantagens-de-um-programa-alimentar-completo-e-saude/CCTN81rel_V8.pdf

O MEU LANCHE....

The image shows three different lunch options. The first, associated with a green smiley face, consists of a whole wheat roll, a small container of fruit, and a small container of yogurt. The second, with a yellow neutral smiley, includes a roll, a carton of milk, and a carton of juice. The third, with a red sad smiley, features a roll, a carton of chocolate milk, and a carton of juice.

CHECKLIST – Como saber se o meu lanche é saudável?

CHECKLIST

- Inclui produtos hortícolas (tomate, alface, cenoura, couve roxa...) nos lanches da tarde?
- Oferece fruta variada e da época nos lanches?
- Ao longo da semana varia a fruta e hortícolas?
- Inclui frutos gordos e oleaginosos (nozes, amêndoas...) nos lanches?
- Opta por pão de mistura?
- Inclui laticínios sem adição de açúcar nos lanches?
- Privilegia a água como bebida de eleição?
- Não inclui bebidas açucaradas como sumos de fruta, néctares ou refrigerantes?
- Lê os rótulos dos alimentos antes da compra?

(Gregório et al. 2021)

Que quantidade de açúcar que posso consumir?

Consumo máximo diário
20 gramas
2 colheres sopa rasas

ASÚCAR

(Graça et al. 2015)

O Açúcar Escondido...

O Açúcar Escondido...

(https://www.facebook.com/dbrakata.vida Saudável phonica.196576043933251208002555739/?type=1)

(https://projacobitricaprendiz.wordpress.com/2015/04/20/quantidade-do-acucar-nos-alimentos/)

EXEMPLOS:

Exemplo 1: Pequeno almoço: 60 cereais + 200 leite + 30 melão = 15 pacotes

Exemplo 2: Lanche da manhã: 100 leite + 20 fruta + 100 chocolate + 100 gr Total = 10 gr (5 pacotes)

Exemplo 3: Almoço: Fritas de Lanche + 100 gr + Cola 250 ml + 100 gr + Gelatina = 17 gr Total = 47 gr (17 pacotes)

Exemplo 4: Lanche da tarde: Nectar 200 ml + 50 gr + 100 gr + 100 gr Total = 35 gr (5 pacotes)

Exemplo 5: Jantar: Molho salmão + 100 gr + 100 gr + 100 gr Total = 22 gr (5 pacotes)

TOTAL ????

(https://www.facebook.com/brakab/?v=101153389641231)

TOTAL:

Por dia: 170 gr = 28 pacotes

Por semana: 1,2 Kg = 196 pacotes

(https://projacobitricaprendiz.wordpress.com/2015/04/20/quantidade-do-acucar-nos-alimentos/)

OUTROS NOMES PARA O AÇUCAR...

GLICIDOS

DEXTOSE

MALTOSE

MALTODEXTRINA

FRUTOSE

XAROPE DE MILHO



<https://www.youtube.com/watch?v=9B8ASFiMIAE>

Leitura de Rótulos e Tabela Nutricional



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 30g (10 biscoitos)		
QUANTIDADE POR PORÇÃO	%VD*	
VALOR ENERGÉTICO	1 kcal = 59%	7
CARBOIDRATOS, dos quais:	20g	7
AÇÚCARES	11g	**
PROTEÍNAS	1,5g	2
LÍPIDIOS TOTAIS, dos quais:	6,0g	11
GORDURAS SATURADAS	1,7g	8
GORDURAS TRANS	0g	**
FIBRA ALIMENTAR	0,5g	3
SÓDIO	82 mg	3
CÁLCIO	260 mg	27

* Valores Diários com base em uma dieta de 2000 kcal/dia. Estes valores podem variar conforme o perfil nutricional de cada indivíduo.

** Não é necessário.

INGREDIENTES: FARINHA DE TRIGO ENRIQUECIDA COM FERRO E ÁCIDO FOLICO, AÇÚCAR, GORDURA VEGETAL INTERESTERIFICADA, GLEDO VEGETAL, CACAU EM PÓ, AÇÚCAR INVENTADO, CARBONATO DE CÁLCIO, SAL, FERMENTOS QUÍMICOS, BICARBONATO DE AMÔNIO, BICARBONATO DE POTÁSSIO E BICARBONATO DE SÓDIO, EMULSIFICANTE LECITINA DE SOJA E AROMATIZANTES.

ALÉRGICOS: CONTÉM GLÚTEN, DERIVADOS DE SOJA E DERIVADOS DE TRIGO. PODE CONTER SOJA, CENOURA, TRIGO E LÁCTE NATURAL.

<https://www.abbott.com.br/produtos/110176/Noonco-enchido-oreo-chocolate-embalagem-economica-500g-pk-270g>

SEMÁFORO NUTRICIONAL

Nutrientes por 100 gramas de alimento

	BAIXO	MÉDIO	ELEVADO
GORDURA	<3g	3g-20g	>20g
GORDURA SATURADA	<1,5g	1,5g-5g	>5g
AÇÚCARES	<5g	5g-12,5g	>12,5g
SAL	<0,3g	0,3g-1,5g	>1,5g

EXCEÇÕES: Produtos que contêm em sua composição lactose e/ou açúcar de origem vegetal, naturalmente presente.

Produtos cujo nível de consumo diário seja superior a 100g.

Por porção de: 90g				
925kJ 221kcal	11g LÍPIDIOS	2,0g SATURADOS	3,7g AÇÚCARES	1,08g SAL
11% DR*	15% DR*	10% DR*	4% DR*	18% DR*

Energia 100g: 1028kJ/ 246kcal

<https://www.dia.pr.gov.br/portal/seguranca-alimentar/sem-sinal-ou-sinal-verde>

SEMÁFORO NUTRICIONAL

EVITA (Imagens de alimentos ultraprocessados, bebidas açucaradas e alimentos ricos em gordura saturada)

MODERA (Imagens de alimentos com teor moderado de nutrientes)

CONSUME (Imagens de alimentos frescos e naturais)

<https://www.gemal.br/Site/149953841808&5043?nstrucativo=conteudo-ano-semifinal-2020-30-03-2020>

Quais as complicações de uma alimentação não saudável?



Hipertensão Arterial



Câncer



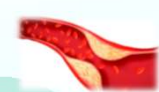
Obesidade



Osteoporose



Diabetes



Dislipidemia



Doenças Cardiovasculares

Dicas Saudáveis para o dia-a-dia

- Tomar sempre o Pequeno almoço
- Fazer 5 a 6 refeições por dia
- Consumir 5 porções de fruta e hortícolas por dia
- Iniciar as refeições principais com sopa
- Comer calmamente e mastigar muito bem os alimentos
- Beber pelo menos 1,5l de água
- Optar por comer mais peixe do que carne, alternando o seu consumo entre o almoço e o jantar
- Controlar a ingestão de gorduras na confeção e tempero dos alimentos

<https://www.observatorio-nutricao.pt/ficheiros/observatorio-nutricao-2019-2020.pdf>

Sugestões:

Pequeno Almoço

Lanche da Manhã

Sugestões:

Almoço

Lanche da Tarde

Sugestões:

Jantar

Ceia

CONCLUSÃO

Alimentação Saudável – Para quê?

- Crescimento e desenvolvimento adequado
- Energia para poder brincar
- Concentração na escola
- Evitar doenças

CONCLUSÃO

TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

- FRUTAS E LEGUMAS
- LEITE
- CARNES BRANCAS
- PEIXE, CARNE, OVO E OVOS
- LEGUMINOSAS
- ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

- SAL
- ALIMENTOS PROCESSADOS
- DOÇURIA TRÁNS
- ALCOOL
- ... e produtos salgados
- ... carne processada, cereais de pequeno-almoço açucarados, bolachas, snacks, ...
- ... preservada, margarina, produtos de pastelaria, snacks salgados, ...
- ... refrigerantes, néctares de fruta

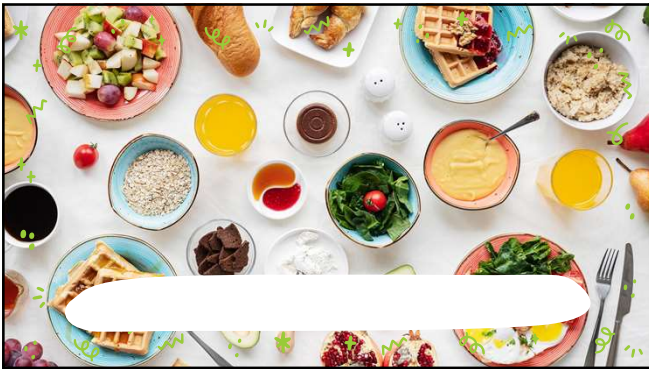
https://alimentacaosaudavel.dge.pt/ficheiros/cartaz/Fig1a_11p10000.pdf

BIBLIOGRAFIA

Graça, P. et al. (2015). Redução do consumo de açúcar em Portugal: evidência que justifica ação. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Direção-Geral da Saúde. Lisboa

Gregório, M. J. et al. (2021). Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#GuiaLanchesEscolares.pdf>

DGS. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. 1ª Edição. Lisboa. Disponível em <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos-.pdf.pdf>



Dicas para os Pais

- Envolver a criança na decisão, preparação e confeção das refeições;
- Os pais devem comer o mesmo que os filhos;
- Colocar sempre legumes no prato;
- Não premiar o bom comportamento da criança com um doce;
- Adquirir alimentos saudáveis e limitar a aquisição e o consumo de snacks como bolos, biscoitos, bolachas e bebidas açucaradas. Não proibir, pois podem tornar-se mais desejáveis;
- Misturar alimentos favoritos com outros menos desejados, para promover a aceitação e oferecer até que aceitem.



Bibliografia:

Gregório, M. J. et al. (2021). Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#GuiaLanchesEscolares.pdf>



Elaborado por:

Enfermeiras Especialistas em S. Comunitária e S. Pública:

Enfª Ana Machado

Enfª Lúcia Grácio

Alunas Mestrado S. Comunitária e S. Pública da ESSLei:

Raquel Soares

Sílvia Duarte

LANCHES SAUDÁVEIS



dezembro, 2023

LANCHES SAUDÁVEIS

▮ Uma alimentação saudável deve ser completa, variada e equilibrada.

▮ Devemos fazer 2 ou 3 pequenos lanches entre as 3 principais refeições, de forma a fazer intervalos de 2 a 3 horas.

▮ Devemos beber água em vez de sumos açucarados (que engordam e provocam doenças).

▮ Os lanches da manhã e da tarde são extremamente importantes no teu dia escolar, pois ajudam a repor energia para poderes estar concentrado nas aulas e poderes brincar quando fores para o recreio!



O que deve conter os teus lanches?



Lacticínios
(Leite, queijo, iogurte)

Fruta



Cereais e derivados

Frutos Oleaginosos
(noz, amêndoa)



Leguminosas
(grão, ervilha)

Hortícolas
(cenoura, alface, couve)



Sugestões de Lanches Saudáveis

Lanche da Manhã	Lanche da Tarde
1 pacote de leite meio gordo (simples) 1 maçã 2 tostas integrais	1 pão de mistura com queijo Palitos de cenoura 2 nozes
1 iogurte sólido não açucarado 4c. Sopa de aveia 1 kiwi	4 tostas com pasta de grão Tomate cherry
1 banana 1 pacote de leite meio gordo + 2 bolachas feitas em casa	1 pão de centeio com fiambre 1 iogurte liquido não açucarado 1 pêra



APÊNDICE 7– Sessão de Educação para a Saúde “SBV”

PLANO DE SESSÃO – SBV

População – Alunos do 10º ano


Local: Escola Secundária

Profissional(ais) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado e Lúcia Grácio

Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a cadeia de sobrevivência; • Identificar vítima em Paragem cardiorrespiratória; • Sensibilizar para a importância do Suporte Básico de Vida (SBV); • Realizar eficazmente as compressões torácicas e ventilações; • Conhecer o algoritmo de SBV e a importância da PLS 	<p>Pequena introdução à temática e descrição dos objetivos da sessão.</p> <p>Apresentação das temáticas aos participantes com recurso ao PowerPoint:</p> <p>a)PCR;</p> <p>b)SBV;</p> <p>c)Cadeia de sobrevivência;</p> <p>d)Algoritmo de SBV;</p> <p>e)PLS.</p> <p>- Treino por parte dos alunos do Algoritmo de SBV em manequins de SBV.</p> <p>Conclusão</p>	1h30	Expositivo Demonstrativo	Computador Projetor Colunas Manequins Colchões Pocket Mask	Avaliação dos formandos através de grelha de observação.


O que é Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vida

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.

(SNS 24, 2023)



Suporte Básico de Vida

OBJETIVO


Oxigénio
(Coração e Cérebro)



Aumentar a
probabilidade de
sobrevivência

<https://www.sns24.pt/pt/central-de-orientacao-doentes-urgentes>

Hipóteses de Sobrevivência



Cada minuto que passa, após uma PCR, a vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência, pelo que, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade de sobreviver.

(INEM, 2022)

Fonte: <https://www.safetymar.pt/programa-dao-safetymar/>

Cadeia de Sobrevivência

LIGAR 112



Ligar 112 -
Reconhecimento
Precoce

REANIMAR



Reanimar - SBV

DESFIBILHAR



Desfibrilar -
Desfibrilação
precoce

ESTABILIZAR




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

(INEM, 2022)

Cadeia de Sobrevivência

LIGAR 112



Ligar 112 -
Reconhecimento
Precoce

112

→

PSP

→






CODU (Lisboa, Porto, Coimbra, Faro)
(Central Orientação Doentes Urgentes)

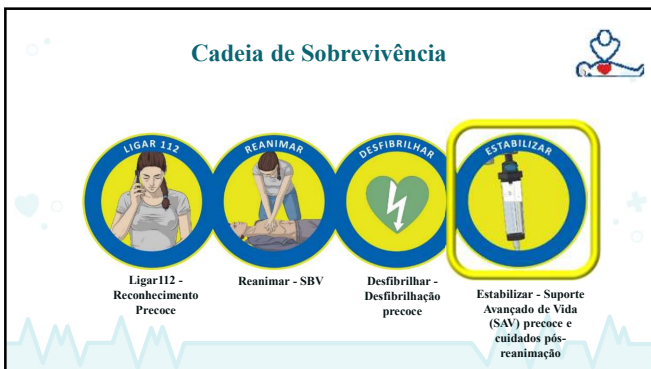
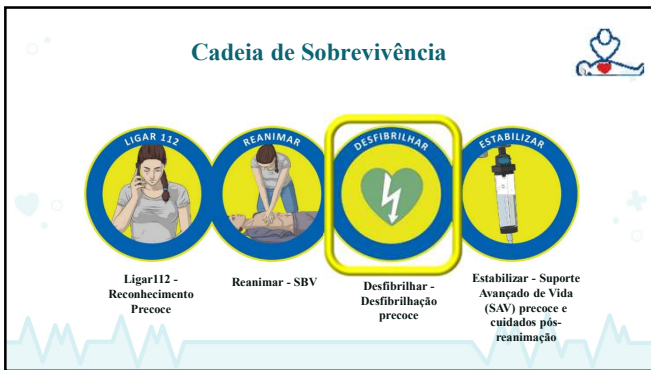
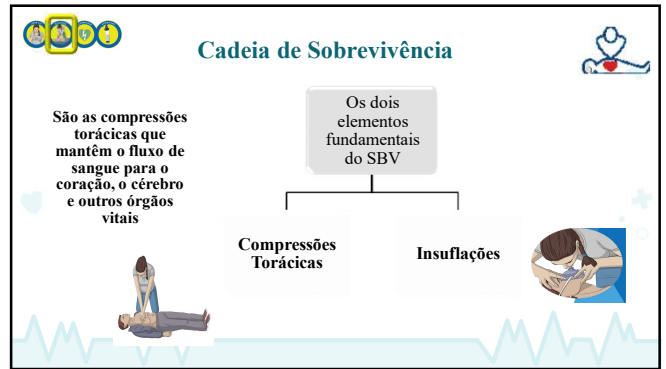
- . Vítima (Homem/ Mulher/Criança)
- . Estado (Inconsciente/Consciente)
- . Local (Pontos de referência)
- . O que aconteceu
- . Número de telefone que está a ligar

Não desligar chamada sem ser indicado

INEM

→



Suporte Básico de Vida



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=HzZbjfqodK0>

Avaliar as Condições de Segurança

Diapositivos ocultos 20-31

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

- Evite ao máximo o contato com fluidos corporais da vítima, como sangue, urina, saliva e outros;
- Procure usar **equipamentos de proteção individual** (luvas, máscara...);
- Atenção a fatores de riscos:
 - **Ambiental** (ex. choque elétrico, derrubadas, explosão, tráfego);
 - **Toxicológico** (ex. exposição a gás, fumo ou outros tóxicos);
 - **Infeccioso** (ex. tuberculose, hepatite, Covid-19).




(INEM, 2022)

Avaliar Estado de Consciência

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

- Coloque-se lateralmente em relação à vítima (se possível).
- Abanar os ombros com cuidado e perguntar em voz alta:
 - “Está-me a ouvir?”




(INEM, 2022)

Permeabilizar a Via Aérea

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

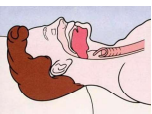
- Coloque a vítima em decúbito dorsal;
- Coloque uma mão na região frontal e dois dedos da outra mão no mento;
- Fazer extensão da cabeça e elevação do queixo, evitando a queda da língua.



(INEM, 2022)

Permeabilizar a Via Aérea

A) Queda da língua



B) Abertura da via aérea





(AHA, 2016)

Verificar Respiração

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

Mantendo a VA permeável, verificar se a vítima respira, realizando o VOS até 10 segundos:


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



(INEM, 2022)


Verificar Respiração

SE RESPIRAÇÃO NORMAL,
COLOQUE EM PLS



Ligue o 112
Mantenha a Vigilância

SE NÃO RESPIRA,
LIGUE 112



Respiração agônica: Assumir que a vítima está em PCR

(INEM, 2022)


Ligar 112

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

- Se a vítima não responde e não respira, ative de imediato o sistema de emergência médica. **Ligando 112.**
- Se estiver alguém junto a si, essa pessoa deve fazer a chamada.
- Se não tiver telefone ou rede de telemóvel perto, deve abandonar a vítima, ligar 112 e depois começar SBV.

Informar:

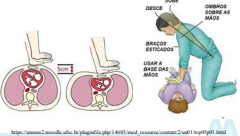
- Local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica):
- Responder a todas as questões solicitadas;
- Seguir os conselhos do técnico do CODU;
- **Não desligar a chamada até indicação do mesmo.**



Iniciar Compressões Torácicas

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


- Fazer 30 compressões deprimindo o esterno 5-6 cm a uma frequência de pelo menos **100 por minuto** e não mais que **120 por minuto**.



<http://www2.uscourts.gov/ij/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Resuscitation-2015-10.pdf>

Iniciar Compressões Torácicas

- Posicionar ao lado da vítima;
- Certificar que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana;
- Remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
- Posicionar-se verticalmente acima do peito da vítima;
- Colocar a mão no centro do peito e a outra mão sobre a primeira entrelaçando os dedos
- Manter os braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
- No final de cada compressão garantir a decompressão total do tórax sem remover as mãos.



(AHA, 2016) (INEM, 2022)

Iniciar Ventilações

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

- Após 30 compressões fazer **2 ventilações**.
- Se não se sentir capaz ou tiver relutância em fazer ventilações, fazer apenas compressões torácicas **SEM PAUSAS**.
- Tipos de Ventilação:
 - Boca a Boca
 - Boca – Máscara facial
 - Insulador manual




<http://www.uscourts.gov/ij/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Resuscitation-2015-10.pdf>

(INEM, 2022)

Iniciar Ventilações

- Usar um dispositivo de proteção;
- Insuflar até o tórax expandir;
- Não levar mais de um segundo para insuflar;
- Não demorar mais de 5 segundos para fazer as 2 ventilações;
- Deixar o ar sair na totalidade;
- No final das duas insuflações, fazer 30 compressões torácicas.



(AHA, 2016)

QUANDO SUSPENDER AS MANOBRAS

Chegar ajuda diferenciada

Ficar exausto

A vítima retomar sinais de vida

Sinais de vida:
Desperta e reativa
Movimento
Abertura espontânea dos olhos
Respiração normal

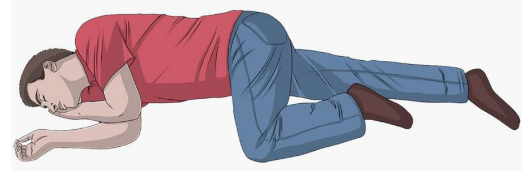


30

2

(ENEM, 2022)

Posição Lateral de Segurança (PLS)



(ENEM, 2022)

Posição Lateral de Segurança (PLS)



Não realizar PLS se a pessoa:

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

(ENEM, 2012)

Posição Lateral De Segurança (PLS)



<https://www.youtube.com/watch?v=RzQsYIqias>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco.

O reconhecimento de uma situação de PCR e o início imediato de manobras de SBV é importante o aumento das hipóteses de sobrevivência.

É fundamental implementar o SBV de forma ininterrupta e com qualidade.



VAMOS TREINAR!





Bibliografia

- American Heart Association (AHA). 2016. Suporte Básico de Vida – Manual do Profissional. EUA
- Curso sobre Suporte Imediato de Vida (Apontamentos). ACES Pinhal Litoral, 2022.
- INEM. (2012). Suporte Básico de Vida com Desfibrilação Automática Externa 1ª Edição. 3ª Versão. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Suporte-B%3%A1sico-de-Vida-com-Desfibrilha%C3%A7%C3%A3o-Autom%C3%A1tica-Externa.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica e Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida: Adulto. [s.l]: INEM. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- INEM. (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Externa. Versão 1 - 1ª Edição 2022 Revisão da versão 4.0 - 2ª Edição 2017. Disponível em https://eocsp.org/uploads/manuais/manuais_Manual%20Formando%20SBV-Adulto%20Jan-22.pdf
- SNS24. (2023). Gestos que salvam! – Sabe fazer Suporte Básico de Vida?. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/02/28/gestos-que-salvam-sabe-fazer-suporte-basico-de-vida/>



APÊNDICE 8 – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros ao Bebê e Criança”

PLANO DE SESSÃO – Primeiros Socorros ao bebê e Criança

População – Alvo: grávidas/casais que frequentam o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Sala Biblioteca da Marinha Grande

Profissional(ais) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado, Cristiana Anéis e Lúcia Grácio

Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os principais acidentes que podem ocorrer no recém-nascido e criança • Capacitar os pais para a identificação de uma emergência e ativação de ajuda profissional diferenciada • Reconhecer os fatores de risco para a ocorrência de acidentes e medidas para a sua prevenção • Elucidar sobre intervenções a realizar no caso de convulsão febril, quedas, queimaduras e hemorragias • Reconhecer precocemente situações de dificuldade respiratória, engasgamento e asfixia do recém-nascido e criança • Executar em manequins manobras de Compressões Torácicas e desobstrução da via aérea 	<p>Pequena introdução à temática e descrição dos objetivos da sessão.</p> <p>Apresentação das temáticas aos participantes com recurso ao PowerPoint:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Febre/convulsão Febril ❖ Medidas Preventivas ❖ Engasgamento/Obstrução da Via Aérea ❖ SBV Pediátrico ❖ Quedas ❖ Queimaduras ❖ Hemorragias ❖ Considerações Finais 	1h30	Expositivo Demonstrativo	Computador Projetor Colunas Manequim bebé Colchões	<p>Preenchimento do questionário de satisfação da sessão;</p> <p>Avaliação dos formandos no final do curso de Preparação para o parto e parentalidade.</p>

POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE **UCP**

PRIMEIROS SOCORROS AO BEBÉ E CRIANÇA

ENFERMEIRAS ORIENTADORAS:
ENF.ª ANA MACHADO ENF.ª CRISTIANA ANÍS
ENF.ª LÚCIA GARCIA

ALUNAS MESTRANDO ENF. COMUNITÁRIA E S. PÚBLICA:
RAQUEL SOARES SÉLVIA DUARTE

JANEIRO, 2024

ÍNDICE

- ❖ Mortalidade Neonatal em Portugal
- ❖ Febre/convulsão Febril
- ❖ Medidas Preventivas
- ❖ Engasgamento/Obstrução da Via Aérea
- ❖ SBV Pediátrico
- ❖ Quedas
- ❖ Queimaduras
- ❖ Hemorragias

RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA

Um bebé é **recém-nascido** nos 28 dias que sucedem o parto

Lactente entre os 29 dias e 1 ano de idade

Criança encontra-se entre 1 ano de idade e os 18 anos

(NEM, 2022)

MORTALIDADE NEONATAL EM PORTUGAL

Ano	Mortalidade Neonatal (%)
1960	28%
1980	15,4%
2022	1,6%

A maior vigilância das mulheres desde a gravidez ao pós-parto associada a mudança de alguns comportamentos (ex. Dormir barriga para cima), permitiu a redução da mortalidade dos bebés no 1º mês de vida.

(Pordata, 2023)

PRIMEIROS SOCORROS

"São a resposta rápida e inicial a uma emergência médica, através da realização de técnicas simples e eficazes."

- Permite reduzir a gravidade da situação
- Melhora as hipóteses de sobrevivência
- Diminui o grau de sofrimento

<https://hif.mis-saude.pt/primeiros-socorros-como-agir-em-situacoes-de-emergencia/>

FEBRE NO RECÉM-NASCIDO / CRIANÇA

A febre é apenas um sintoma e não uma doença

É a subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual.

Nos primeiros meses de vida a medição da temperatura deve ser retal, é o **método mais rigoroso**.

Com a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro, cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas.

Febre (**temperatura retal superior a 38°C**) no primeiro mês de vida, o recém-nascido deve ser sempre avaliado pelo médico.

(PCL, 2018)

Medição Axilar - Método mais usado e prático, embora não seja tão preciso como o retal.

Febre - Temperatura axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$,
com a leitura aos 5 minutos.

Medição Timpânica - desaconselhada em crianças com menos de 3 anos de idade.

Febre - temperatura timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$.

Medição oral - crianças a partir dos 5 anos, deve realizar-se com boca fechada durante os 3 minutos e com a ponta termómetro colocada debaixo da língua.

Febre - Temperatura oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

FEBRE NO RECÉM - NASCIDO / CRIANÇA

(DGS, 2018)



CONVULSÃO FEBRIL

QUANDO ACONTECE?

As convulsões febris são uma consequência da febre e acontecem entre os 6 meses e 6 anos. São na maioria dos casos breves, e param sem qualquer intervenção.

PORQUE ACONTECE?

1 em cada 20 crianças têm convulsões acompanhadas de febre. Acontecem por uma tendência familiar, a idade mais jovem da criança, a subida rápida da temperatura num cérebro imaturo.

(Monteiro, 2021)



CONVULSÃO FEBRIL

COMO SÃO AS CONVULSÕES?

A criança perde os sentidos, revolução ocular (revira os olhos), fica com o corpo contraído e logo a seguir os braços e pernas começam a tremer. Depois de alguns segundos a minutos os movimentos param, o corpo fica mole e a criança adormece e acorda bem. Durante a crise pode ficar com cianose labial (lábios roxos), sialorreia (espumar pela boca) ou urinar.

(Monteiro, 2021)

Fases da Convulsão

FASE TÓNICA

FASE CLÓNICA

https://healthvision.in/epilepsy-common-chronic-disorder-of-the-brain/



CONVULSÃO FEBRIL

O QUE FAZER?

- Não entrar em pânico
- Anotar as horas em que começou e terminou
- Não colocar nada na boca da criança
- Deite a criança de lado, num local seguro onde ela não se possa magoar
- Despir a criança e reduzir a temperatura ambiente
- Baixe a temperatura com paracetamol retal
- Na primeira convulsão febril ir ao SU, para uma avaliação cuidadosa da situação

(Monteiro, 2021)

MEDIDAS PREVENTIVAS

http://criancaefamiliaapp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-de-morte-subita.aspx



MEDIDAS PREVENTIVAS

- O bebé deve dormir SEMPRE de costas
- Cama de grades, colchão firme e adequado ao tamanho do berço
- Retirar do berço peluches, cobertores soltos, brinquedos
- Não expor o bebé ao fumo do tabaco
- Usar chupeta pode reduzir esta síndrome
- Evitar sobreaquecimento (temperatura ambiente 20-22°C)

(Silva, 2021)



ENGASGAMENTO/OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA



Ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões.

São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.

Na criança, a obstrução da via aérea por corpo estranho manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito com tosse e ruído ao respirar.

(NEM, 2022)

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA < DE 1 ANO DE IDADE



5 Pancadas Interescapulares

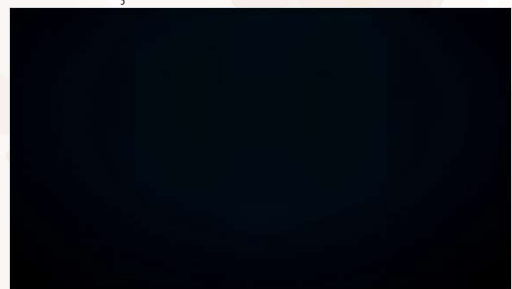


5 Compressões Torácicas

O objetivo é provocar uma "tosse artificial" capaz de deslocar o corpo estranho

<https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatico>

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA < DE 1 ANO DE IDADE



<https://www.youtube.com/watch?v=Pa7iLolM1PE>

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA > 1 ANO DE IDADE

5 Pancadas interescapulares

5 compressões abdominais -
Manobra de Heimlich



(NEM, 2022)



<https://www.prevenir.pt/familia/bebes-e-criancas/bofista-ou-engasgamento-como-agir/#>

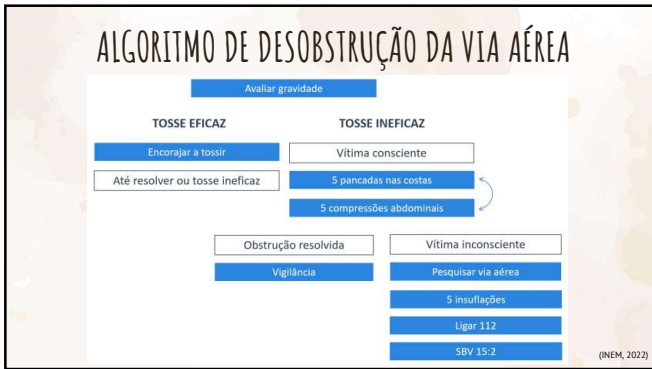


<https://primeirosocorrosocorremergencia.wordpress.com/2014/11/11/manobra-de-heimlich-2/>

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA > 1 ANO DE IDADE



<https://www.youtube.com/watch?v=TYwuoG4d060>



SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

SE ENCONTRAR
O SEU BEBÊ INCONSCIENTE

ATUE RAPIDAMENTE

PEQUENOS GESTOS SALVAM VIDAS

SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

OBJETIVO

Oxigênio
(Coração e Cérebro)

Aumentar a probabilidade de sobrevivência

<https://abccardiol.org/short-editorial/analise-de-de-frechos-apos-parada-cardiorrespiratoria-em-hospitalar/>

(NEM, 2022)

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

PREVENÇÃO

Prevenir a PCR

REANIMAR

Reanimar - SBV

LIGAR 112

Ligar 112

DESFIBRILHAR

Desfibrilhar

ESTABILIZAR

Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação

(NEM, 2022)

PERMEABILIZAÇÃO/ABERTURA DA VIA AÉREA

A) Queda da língua

B) Abertura da via aérea

Posição neutra

<https://pt.scribd.com/document/614794496/VIDEO-POSICAO-LATERAL-DE-SEGURANCA-BEBE>

<https://www.proxiv.viaaccpratica.net/fotos/documentos/3490290487.pdf>

SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

TÉCNICA DA INSUFLAÇÃO

Insuflação "boca-nariz" no recém-nascido/lactente

Insuflação "boca-a-boca" na criança

<https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatrico>

SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

TÉCNICA DE COMPRESSÕES TORÁCCICAS

Depressão do tórax - 4-5 cm
Frequência - 100-120 comp/minuto

Compressões torácicas, técnica do abraço

Compressões torácicas, técnica dos 2 dedos

Compressões devem ser efetuadas decúbito dorsal, no chão ou em superfície dura

https://netmart.com.br/oi/marketplace/produtos/primeiros-socorros-para-escolas-lei-lucasa/481486060 https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatrico

SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

TÉCNICA DE COMPRESSÕES TORÁCCICAS

Compressões torácicas, técnica de uma mão

Compressões torácicas, técnica de duas mãos

https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatrico

Algoritmo Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

(INEM, 2022)

CRIANÇA NÃO RESPONDE...

- ESTIMULAR
- PERMEABILIZAR
- AVALIAR VENTILAÇÃO
- 5 INSUFLAÇÕES
- Ligar 112

TÉCNICAS DO ABRAÇO E DOS POLEGARES

SBV 15/2

(INEM, 2022)

SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

As manobras de SBV só devem ser interrompidas se:

- Chegar ajuda diferenciada.
- A criança recuperar sinais de vida (respiração, tosse, choro, movimentos ou abertura dos olhos).
- Ficar exausto e incapaz de continuar o SBV.

(INEM, 2022)

QUEDAS

Acidentes muito comuns nos recém-nascidos. São evitáveis e geralmente ocorrem porque se acredita que os bebês pequenos não se mobilizam sozinhos!

EM CASA

- ✓ Não deixar o bebê sozinho em cima de uma superfície
- ✓ As grades do berço ou cama devem estar sempre levantadas
- ✓ Tenha junto de si todos os materiais antes de começar a tratar do bebê (mudar a fralda, dar banho)

OUTROS LOCAIS

- ✓ Pousar o ovo **sempre** no chão
- ✓ Vigiar sempre que outras crianças pegam no bebê
- ✓ Colocar sempre o cinto de segurança tanto no carrinho de passeio como na cadeira de transporte

Quedas podem causar fraturas, feridas e hemorragias ao bebê

(INEM, 2022)



QUEIMADURAS

Lesões que resultam do contacto com o calor ou frio extremo, substâncias químicas, eletricidade ou radiações.

GRAU DE GRAVIDADE

1º Grau	2º Grau	3º Grau
<p>epiderme derme camada de gordura</p>		
<ul style="list-style-type: none"> •Vermelhidão •Calor •Dor 	<ul style="list-style-type: none"> •Dor intensa •Bolhas 	<ul style="list-style-type: none"> •Pele acastanhada, negra ou branca •Destruição de tecidos •Sem dor

1º Grau

2º Grau

3º Grau

(SPMS b, 2022)

QUEIMADURAS – COMO ATUAR?

- 1**
Lave e arrefeça abundantemente a zona da queimadura com água tépida até alívio da dor
- 2**
Cubra as áreas queimadas com compressas humedecidas com soro fisiológico ou água
- 3**
Não remova as roupas se estas estiverem coladas ao corpo pelo risco de aumentar a lesão
- 4**
Não utilize gelo, pasta de dentes, manteiga, azeite, ou outro tipo de produtos para arrefecer ou hidratar a queimadura, pois os mesmos poderão agravar as lesões

Telefonar 112. Uma queimadura no bebé deve ser sempre avaliada pelo médico pelo risco de infeção

(SPMS b, 2022)



QUEIMADURAS – COMO ATUAR?

Na banheira colocar sempre primeiro a água fria e só depois a quente e misturar

Não cozinhar ou comer alimentos quentes com o bebé ao colo

Se aquecer a roupa do bebé, tenha cuidado com peças metálicas que sobreaquecem

Avaliar sempre a temperatura da água do banho (36-37°C) e do leite que é aquecido

Os bebés **nunca** devem estar expostos diretamente ao sol

Atenção a queimaduras na boca ou face que podem causar inchaço e comprometer as vias aéreas

(Centro Hospitalar Universitário Santo António, 2024)

HEMORRAGIAS

TIPOS DE HEMORRAGIA

ARTERIAL

Sangue em jato e cor vermelho vivo e brilhante;

VENOSA

Com fluxo mais lento e cor vermelho escuro;

CAPILAR

Com fluxo de controle fácil e cor vermelho claro.

https://www.facebook.com/brantel/photos/?hemorragias-%3A%27-definida-como-perda-de-sangue-brusca-ocorrida-por-rompimento-de-v%51%59%90518303/?paig=0&nav=AZZetB_N13Ret_zetapkoWz9PE6GD050yFmBUEdZbaq70m@Q2SUWE3HC6_c_yd

HEMORRAGIAS – COMO ATUAR?



Compressão Direta



Compressão + Penso Compressivo

<https://biblioteca.ciim.df.gov.br/sgw/bitstream/23456/895/7/106662D92204e59820-9206calenopdf>

Se a compressa ficar com muito sangue, **não a retire** e coloque outra por cima. Se necessário, retire ou corte as roupas para expor a lesão.

Se for num membro - Eleve para que fique num nível superior ao do coração.

Se a hemorragia se dever a um objeto espetado (ex. Vidro), este deve ser estabilizado mas não removido.

Recorrer ao **Serviço de Urgência**

(SPMS a, 2022)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes acontecem quando menos esperamos e a aplicação de técnicas de primeiros socorros nos minutos a seguir podem fazer a diferença entre a vida e a morte

Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorrespiratória e salvar uma vida.

É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente o SBV

BIBLIOGRAFIA

- Centro Hospitalar Universitário Santo António (s.d.). Segurança do Recém-Nascido. Disponível em <https://www.chporto.pt/OE0V0I0D/seguranca-do-recem-nascido>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (1ª edição), 4ª Versão. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>
- Pordata (2023). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/taxa-de-mortalidade-perinatal-e-neonatal-529-5723>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2023). Como Reduzir o Risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). Recuperado de <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=116&op=2&ID=152>
- DGS. (2018). Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. Orientação n.º 004/2018 de 03/08/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-03082018.aspx>
- Monteiro, José Paulo. (2021). CONVULSÕES FEBRIS. Portal C&F, SPP 2021. Disponível em <http://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/convulsao-c3385es-febris.aspx>
- Silva, Ana Rita. (2021). Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Portal C&F, SPP. Disponível em <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subitaa.aspx>
- SPMS a (2022). Gestos que salvam! – Saiba como atuar em caso de hemorragia?. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/04/11/gestos-que-salvam-sabe-como-atuar-em-caso-de-hemorragia/>
- SPMS b. (2022). Gestos que salvam! – o que fazer em caso de queimaduras. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/05/10/gestos-que-salvam-o-que-fazer-em-caso-de-queimaduras-4/>



APÊNDICE 9 –Sessão de Formação de pares “SBV para Profissionais de Saúde”

PLANO DE SESSÃO – SBV para Profissionais de Saúde


População – Alvo: Profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande

Local: Sala de Reuniões Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande

Profissional(ais) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado e Lúcia Grácio

Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a cadeia de sobrevivência; • Identificar vítima em Paragem cardiorrespiratória; • Sensibilizar para a importância do Suporte Básico de Vida (SBV); • Realizar eficazmente as compressões torácicas e ventilações; • Conhecer o algoritmo de SBV e a importância da PLS; 	<p>Pequena introdução à temática e descrição dos objetivos da sessão.</p> <p>Apresentação das temáticas aos participantes com recurso ao PowerPoint:</p> <p>a)PCR;</p> <p>b)SBV;</p> <p>c)Cadeia de sobrevivência;</p> <p>d)Algoritmo de SBV;</p> <p>e)PLS.</p> <p>- Treino por parte dos participantes do Algoritmo de SBV em manequins de SBV.</p> <p>Conclusão</p>	1 hora	Expositivo Demonstrativo	Computador Projetor Colunas Manequins Colchões Pocket Mask	<p>Preenchimento do questionário de satisfação da sessão;</p> <p>Avaliação dos formandos através de grelha de observação.</p>




Suporte Básico de Vida Para Profissionais de Saúde

Alunas: Raquel Soares
 Sílvia Duarte

Enfermeiras Orientadoras:
 Enfª Ana Machado
 Enfª Lúcia Grácio

Dezembro, 2023




SUPOORTE BÁSICO DE VIDA

População – Alvo: Profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande
Local: Sala de Reuniões Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande
Profissional(is) responsáveis pela organização: Enfermeiras Ana Machado e Lúcia Grácio
Palestrantes: Alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Raquel Soares e Sílvia Duarte

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> Compreender a cadeia de sobrevivência; Identificar vítima em Paragem cardiorespiratória; Sensibilizar para a importância do Suporte Básico de Vida (SBV); Realizar eficazmente as compressões torácicas e ventilações; Conhecer o algoritmo de SBV e a importância da PLS; 	Pequena introdução à temática e descrição dos objetivos da sessão. Apresentação das temáticas aos participantes com recurso ao PowerPoint: a) PCR; b) SBV; c) Cadeia de sobrevivência; d) Algoritmo de SBV; - Treino por parte dos participantes do Algoritmo de SBV em manequins de SBV e a importância da PLS; Conclusão	1 hora	Expositivo Demonstrativo	Computador Projetor Colunas Manequins Colchões Pocket Mask	Preenchimento do questionário de satisfação da sessão; Avaliação dos formandos através de grelha de observação.

OBJETIVOS



- Compreender a cadeia de sobrevivência;
- Identificar vítima em Paragem cardiorespiratória;
- Sensibilizar para a importância do Suporte Básico de Vida (SBV);
- Realizar eficazmente as compressões torácicas e ventilações;
- Conhecer o algoritmo de SBV e a importância da PLS;
- Realizar de forma correta a sequência do algoritmo de SBV e a Posição Lateral de Segurança.

ÍNDICE

- Paragem Cardiorrespiratória
- O que é o SBV?
- Cadeia de sobrevivência
- Algoritmo de SBV
- Posição Lateral de Segurança
- Considerações Finais
- Bibliografia




INTRODUÇÃO

A PCR é a principal causa de morte na Europa e EUA: 350000-700000 casos por ano.

A intervenção rápida por quem presencia uma PCR, com base em procedimentos específicos e devidamente enquadrados pela cadeia de sobrevivência, aumenta a possibilidade de sobrevivência e diminui os índices de morbilidade e mortalidade.


(INEM, 2022)



PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA


Acontecimento repentino, consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória.

Leva à morte no período de 3 a 5 minutos. (INEM, 2022)



Inconsciente
 Não responde
 Não respira ou não respira normalmente

(SNS 24, 2023)



PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA



CAUSAS

- Alterações graves do ritmo cardíaco (TV, TVs/p);
- EAM;
- Obstrução da Via Aérea por corpo estranho;
- Afogamento.

(SNS 24, 2023)



<https://www.sns24.pt/pt/pt/paragem-cardiorrespiratoria>



<https://www.sns24.pt/pt/pt/obstrucao-da-via-aerea>



<https://www.sns24.pt/pt/pt/afogamento>

O QUE É SUPORTE BÁSICO DE VIDA



SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Consiste na manutenção da via aérea permeável e no suporte ventilatório e circulatório, com recurso a equipamento simples.

(INEM, 2022)

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.

(SNS 24, 2023)



<https://www.sns24.pt/pt/pt/paragem-cardiorrespiratoria>

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



OBJETIVO

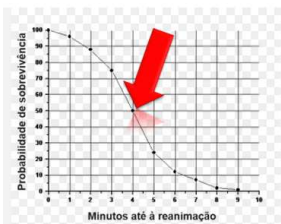
Oxigénio
(Coração e
Cérebro)

Aumentar a
probabilidade de
sobrevivência



<https://www.sns24.pt/pt/pt/paragem-cardiorrespiratoria>

HIPÓTESES DE SOBREVIVÊNCIA



Cada minuto que passa, após uma PCR, a vítima perde 10% de hipóteses de sobrevivência, pelo que, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade de sobreviver.

(INEM, 2022)

Fonte: <https://www.safetymar.pt/programa-dae-safetymar/>

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Ligar 112 -
Reconhecimento
Precoce



Reanimar - SBV



Desfibrilhar -
Desfibrilhação
precoce



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

(INEM, 2022)

ALGORITMO SUPORTE BÁSICO DE VIDA





Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

Ligar 112

30 Compressões

2 Insuflações




(INEM, 2022) 

SUPORTE BÁSICO DE VIDA




Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=HeZ0jfqdK0> 

Avaliar as Condições de Segurança

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

- Aproximar-se da vítima com cuidado, garantindo que não existe perigo para si, para a vítima ou para terceiros:
 - Evite ao máximo o contato com fluidos corporais da vítima, como sangue, urina, saliva e outros;
 - Procure usar **equipamentos de proteção individual** (luvas, máscara...);
- Atenção a fatores de riscos:


- **Eléctrico** (ex. choque eléctrico, derrocadas, explosão, tráfego);
 - **Toxicológico** (ex. exposição a gás, fumo ou outros tóxicos);
 - **Infeccioso** (ex. tuberculose, hepatite, Covid-19);

(INEM, 2022) 


Avaliar Estado de Consciência

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

- Coloque-se lateralmente em relação à vítima (se possível).
- Abanar os ombros com cuidado e perguntar em voz alta:




“Está-me a ouvir?”


(INEM, 2022) 

Permeabilizar a Via Aérea

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

- Coloque a vítima em decúbito dorsal;
- Coloque uma mão na região frontal e dois dedos da outra mão no mento;
- Fazer extensão da cabeça e elevação do queixo, evitando a queda da língua.




(INEM, 2022) 



Permeabilizar a Via Aérea

A) Queda da língua



B) Abertura da via aérea



(AHA, 2016) 

Verificar Respiração

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

Mantendo a VA permeável, verificar se a vítima respira, realizando o VOS até 10 segundos:

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



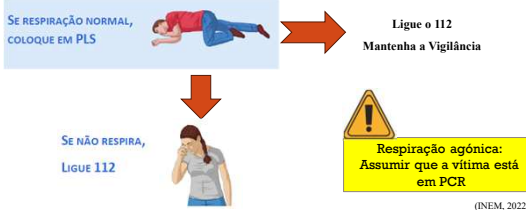
(INEM, 2022)

Verificar Respiração

SE RESPIRAÇÃO NORMAL, COLOQUE EM PLS → Ligue o 112 Mantenha a Vigilância

SE NÃO RESPIRA, LIGUE 112

Respiração agônica: Assumir que a vítima está em PCR



(INEM, 2022)



Ligar 112

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

- Se a vítima não responde e não respira, ative de imediato o sistema de emergência médica, **ligando 112**.
- Se estiver alguém junto a si, essa pessoa deve fazer a chamada.
- Se não tiver telefone ou rede de telemóvel perto, deve abandonar a vítima, ligar 112 e depois começar SBV.

Informar:

- Local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica);
- Responder a todas as questões solicitadas;
- Seguir os conselhos do técnico do CODU;
- **Não desligar a chamada até indicação do mesmo.**





(INEM, 2022)

Iniciar Compressões Torácicas

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

- Fazer 30 compressões deprimindo o esterno **5-6 cm** a uma frequência de pelo menos **100 por minuto** e não mais que **120 por minuto**.



(INEM, 2022)

Iniciar Compressões Torácicas

- Posicionar ao lado da vítima;
- Certificar que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana;
- Remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
- Posicionar-se verticalmente acima do peito da vítima;
- Colocar a mão no centro do peito e a outra mão sobre a primeira entrelaçando os dedos
- Manter os braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
- No final de cada compressão garantir a descompressão total do tórax sem remover as mãos.




(INEM, 2012)



Iniciar Ventilações

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

- Após 30 compressões fazer **2 ventilações**.
- Se não se sentir capaz ou tiver relutância em fazer ventilações, fazer apenas compressões torácicas **SEM PAUSAS**.

Tipos de Ventilação:

- Boca a Boca
- Boca – Máscara facial
- Insuflador manual

(INEM, 2022)

Iniciar Ventilações

- Usar um dispositivo de proteção;
- Insuflar até o tórax expandir;
- Não levar mais de um segundo para insuflar;
- Não demorar mais de 5 segundos para fazer as 2 ventilações;
- Deixar o ar sair na totalidade;
- No final das duas insuflações, fazer 30 compressões torácicas.



(ASHA, 2016)

QUANDO SUSPENDER AS MANOBRAS

Chegar ajuda diferenciada

Ficar exausto

A vítima retomar sinais de vida



30

2

(INEM,2022)

Sinais de vida:

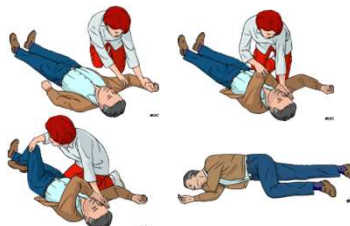
Desperta e reativa
Movimento
Abertura espontânea dos olhos
Respiração normal

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



(INEM,2022)

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



Não realizar PLS se a pessoa:

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

(INEM, 2012)

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=R2LQxYkqis>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco.

O reconhecimento de uma situação de PCR e o início de imediato de manobras de SBV é importante para a recuperação da vítima.

É fundamental implementar o SBV de forma ininterrupta e com qualidade.

A formação dos profissionais de saúde é muito importante.

APÊNDICE 10 – Guião de Entrevista semiestruturada aos Informantes-Chave Imigrantes

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Informantes-Chave Imigrantes da Ásia Central e Meridional

Bom dia, sejam bem-vindos a este grupo de trabalho, que demorará cerca de uma hora, e agradecemos a vossa disponibilidade para este Projeto, que queremos, seja promotor de ganhos em saúde.

QUESTÕES

Dados socio demográficos e de saúde

Idade: ____ anos; Sexo: ____ Altura: ____ m

Peso: ____ Kg

País de origem?

Há quanto tempo (em anos) reside em Portugal?

Fatores Ambiental e de Linguagem

À chegada, como geriu a diferença cultural? Quais foram as principais dificuldades/facilidades sentidas? E agora, passado este tempo, quais considera serem as suas principais dificuldades/facilidades relacionadas com a imigração?

Como classifica as condições da habitação onde vive?

Qual é a língua falada no seu Países de origem?

Quanto considera ser a sua compreensão da língua portuguesa?

Quais são as principais dificuldades de comunicação que sentiu quando chegou? Já as ultrapassou?

Fatores Religiosos / Filosóficos

Professa alguma fé, religião ou orientação filosófica? Se respondeu sim, pode referir qual? A sua fé, religião ou orientação filosófica implica práticas ou rituais individuais ou em grupo? Se respondeu sim, pode refira quais? Considera que a sua fé, religião ou orientação filosófica influencia o seu estilo de vida? Se respondeu que sim, pode refira de que forma?

Quais os seus Objetivos de Vida?

Fatores de Parentesco e Sociais

Vive com a sua família ou esta ainda está no seu país de origem?

Qual é a sua rede de apoio?

Fatores Educacionais

Qual é o seu nível de escolaridade?

Quanto ao acesso aos serviços de saúde qual era a informação/ o conhecimento que à chegada detinha sobre os seus direitos e deveres? E neste momento?

Tem alguma patologia ou problema de saúde, conhecido?

Quais são as patologias ou problemas de saúde, mais frequentes, na sua comunidade imigrante, residente em Portugal?

Fatores Económicos

Considera que a sua comunidade de imigrantes residente em Portugal tem dificuldades económicas?
Se sim, qual será a principal causa?

Tem algum vínculo laboral/emprego? Se sim, em que área teve facilidade no acesso ao emprego?

Considera que no seu local de trabalho estão asseguradas as condições de saúde e segurança com consultas periódicas e exames de saúde?

Crenças e Valores Culturais

Na sua Família, de que forma são transmitidos os saberes das tradições, da cultura, da religião, da saúde (de geração em geração)?

Qual é o significado que atribui à sua Saúde? E qual o significado que atribui aos cuidados pelos profissionais de saúde?

Quando está doente, onde recorre e a quem?

Considera que as crenças (princípios), valores culturais, hábitos e costumes da sua comunidade influenciam o acesso aos cuidados de saúde?

Quais considera serem as suas principais necessidades de saúde e as da sua comunidade? E os principais fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados de saúde?

Quais são os seus Estilos de Vida?

Fatores Políticos e Legais

De que forma é fornecida informação à sua comunidade, sobre os seus direitos e deveres de acesso aos serviços de saúde, aquando da sua chegada à Marinha Grande?

Indique outro(s) fatores políticos e legais que tenham facilitado ou dificultado o seu acesso à saúde.

Fatores Tecnológicos

Tem meio de comunicação (telemóvel)?

Tem acesso à Internet?

Qual o recurso que mais utiliza para aceder à informação relativa aos cuidados de saúde e ao serviço nacional de saúde (Literacia em saúde)?

Acesso à Saúde

Qual das dimensões acima avaliadas considera que mais condiciona o seu acesso à saúde?

APÊNDICE 11 –Consentimento Informado para entrevistas

Consentimento Informado Relativo às Entrevistas Semiestruturadas

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 Raquel Soares, Enfermeira Silvia Duarte; Professora Teresa Krause Professor Tiago Nascimento

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

Enquadramento: Somos enfermeiras a frequentar o 2º 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 dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

Será realizado 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 entrevista, 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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Silvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - 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 12 - Pedido Parecer Comissão de Ética IPLeia e respetivo parecer

COMISSÃO DE ÉTICA – POLITÉCNICO DE LEIRIA

Formulário para submissão de pedidos de apreciação à Comissão de Ética relativos a estudos de investigação

Data: 29/09/2023

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos. Se o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”.

Confirmo que a presente versão do formulário foi aprovada pelo orientador/responsável pelo projeto

A presente investigação é para ser realizada em contexto de uma unidade de prestação de cuidados de saúde com Comissão de Ética?

SIM*

NÃO

*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo à Comissão de Ética da unidade de saúde onde pretende realizar o estudo.

A presente investigação é para ser realizada em contexto de escola com estudantes do ensino básico ou secundário?

SIM*

NÃO

*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo ao Ministério da Educação-Inquéritos em meio escolar (<http://mime.dgeec.mec.pt/>) e **só depois é que deve submeter à Comissão de Ética.**

A presente investigação é para ser realizada em contexto multicêntrico?*

SIM

NÃO

* Tendo respondido SIM, esclarecemos que a submissão do processo à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, não isenta o investigador da necessidade de submeter o estudo às Comissões de Ética das instituições onde o estudo será realizado.

TÍTULO DO ESTUDO: Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande

ÂMBITO DO ESTUDO

Licenciatura Mestrado Doutoramento Pós Doc Outros

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PROPONENTE*:

Membros da equipa de investigação:

Raquel Pires Soares, raquel.pires.soares@gmail.com

Silvia Maria Margarido Duarte, silviamargarido@gmail.com

Investigador principal/orientador:**

Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, teresa.kraus@ipleiria.pt

Professor Doutor Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento, tiago.nascimento@ipleiria.pt

* Anexar resumo do *Curriculum Vitae* do(a) proponente e do investigador(a) principal/orientador(a) (máximo 1 página A4 para cada currículo).

** Anexar compromisso de honra.

INSTITUIÇÃO:

POLITÉCNICO DE LEIRIA

OUTRA/QUAL:

SÍNTESE DOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DO ESTUDO (limitado a 250 palavras):

A migração é a movimentações de pessoas e valores sociais, culturais, económicos e políticos (Rodrigues & Ferreira, 2014), que pode conduzir a dificuldades na integração e acesso aos serviços de saúde das populações imigrantes mais vulneráveis.

A Organização Internacional para as Migrações (2023) estima que, em 2020, 3,6% da população mundial era migrante. Já em Portugal, 5,2% da população residente é imigrante, verificando-se um incremento de 37% desde os últimos Censos, sendo os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional os que registaram um dos maiores fluxos migratórios (INE, 2023).

No concelho da Marinha Grande, apesar de apenas terem sido registados 374 imigrantes de origem Indiana, 51 do Nepal e 11 de outros países asiáticos (INE, 2023; PORDATA, 2023), existe um fluxo crescente, podendo o estudo contribuir para a atualização do Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA), que espelha o desempenho dos profissionais em zonas com altas percentagens de população imigrante (Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho).

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo imigrantes, têm o direito a aceder ao Sistema Nacional de Saúde (Lei de Bases da Saúde, 2019). Considerando os desafios já referidos que envolvem esta população, é necessário o seu empoderamento comunitário, sendo este entendido tanto como um processo como um resultado que se relaciona com a participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma (Melo, 2020).

OBJETIVOS DO ESTUDO (limitado a 100 palavras):

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;

Objetivos Futuros (a desenvolver na 2ª fase):

4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

DATA DE INÍCIO DO ESTUDO/PROJETO: outubro de 2023**DATA PREVISTA DE FIM DO ESTUDO/PROJETO:** março de 2027

O período de 3 anos estipulado para este estudo devesse à necessidade de investir na promoção do empoderamento da comunidade dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande, nas restantes dimensões diagnosticadas.

Com os resultados obtidos na primeira fase deste projeto, realizar-se-ão diagnósticos de enfermagem que irão ser sujeitos a priorização, e dos quais os dois prioritários serão alvo de intervenção pelas estudantes agora a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária – área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Os restantes serão desenvolvidos pelos futuros mestrandos que irão realizar o Estágio no centro de saúde da Marinha Grande, até à data prevista para o final do projeto.

DATA PREVISTA DE INÍCIO DA RECOLHA DE DADOS: outubro de 2023 (de acordo com o parecer positivo da Comissão de Ética).**DATA PREVISTA DE FIM DA RECOLHA DE DADOS:** janeiro de 2024

METODOLOGIA

Tipo de estudo (justifique com limite a 150 palavras caso o estudo envolva intervenção):

Estudo qualitativo de carácter exploratório, utilizando o instrumento de Entrevista Semiestruturada e Grupo Focal.

Será dividido em duas fases, sendo que a primeira centrar-se-á no diagnóstico para dar resposta aos 3 primeiros objetivos do projeto.

A primeira fase (Diagnóstico) terá 3 etapas:

- 1ª: realizar uma entrevista semiestruturada aos informantes-chave* da comunidade para avaliar as características sociodemográficas, antropométricas e de risco;
- 2ª: realizar um grupo focal com os informantes-chave da comunidade para aplicação da EAVEC (Melo, 2020), para avaliar o empoderamento comunitário;
- 3ª – realizar um grupo focal com peritos e pessoas de influência da comunidade para aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitários (EAVEC) (Melo, 2020) e analisar a perceção dos *stakeholders* face ao nível de empoderamento comunitário identificado.

A 2ª fase envolve a Intervenção e Avaliação e está dependente da 1ª, onde serão desenvolvidas as etapas do MAIEC, sendo submetido a esta comissão de ética posteriormente.

*Definem-se como informantes-chave pessoas que, pelo tempo de residência em um contexto, pelas relações sociais que têm dentro da comunidade e a sua influência, são conhecedores do domínio em estudo, tendo conhecimentos específicos sobre a cultura, as crenças, os rituais e aspetos que irão ajudar o investigador a definir os determinantes de saúde desta população, permitindo aceder a informações muitas vezes interditas, sendo estas essenciais para futuras intervenções.

População e amostra/participantes (justifique com limite a 100 palavras):

Para a 1ª fase, os participantes serão selecionados por conveniência, considerando o seu envolvimento com a comunidade em estudo, mais especificamente: informantes-chave da comunidade de imigrantes em estudo (no máximo 10 participantes) na primeira e segunda etapa referente à entrevista semiestruturada e ao grupo focal. Na segunda etapa será realizado grupo focal com peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante já envolvidos nas etapas anteriores.

CrITÉRIOS de inclusão/exclusão dos participantes (justifique com limite a 100 palavras):

Para a 1ª fase, considerando as etapas referidas:

- 1ª e 2ª etapa - Informantes-chave da comunidade imigrante em estudo que aceitem participar, **com mais de 18 anos de idade**, sendo a sua seleção associada à sua influência nesta comunidade e os seus conhecimentos necessários para a análise da problemática em estudo e que falem português.

3ª etapa – **Peritos**, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante em estudo que aceitem participar, **maiores de 18 anos de idade**, que falem português e que tenham conhecimentos necessários para a análise da problemática em estudo.

Locais onde decorre o estudo e procedimentos de recolha de autorizações (limitado a 70 palavras)

Junta de Freguesia da Marinha Grande.

A deslocação para o local onde decorrerá o estudo não implicará custos para os participantes.

Já estabeleceu contacto com a instituição onde vai decorrer o estudo? * SIM NÃO

(Anexo IV): Correio eletrónico com o pedido de envolvimento da Junta da Freguesia da Marinha Grande no projeto e respetiva resposta positiva, com possibilidade de utilização de instalações para o desenvolvimento das atividades inerentes ao projeto.

* O parecer da CE não dispensa a autorização das instituições onde o estudo irá ser desenvolvido

Instrumento(s) de recolha de dados (limitado a 150 palavras):

Na 1ª fase:

1ª etapa - Guião para entrevista semiestrutura aos informantes-chave da comunidade imigrante (Anexo V). Antes da sua aplicação, será realizado um pré-teste a um dos informantes-chave desta comunidade.
2ª etapa - Grupo focal com informantes-chave da comunidade imigrante utilizando a EAvEC (Anexo VI), onde será avaliado o nível de empoderamento comunitário e que será aplicado simultaneamente a todos os elementos do grupo que terão de chegar a um consenso relativamente à resposta em 9 domínios: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porquê” e gestão de programas, relação com agentes externos. Esta escala permite também avaliar o impacto da intervenção do EESCSP no empoderamento comunitário (Melo, P. et al., 2020).

3ª etapa - grupo focal com peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante utilizando a EAvEC.

Procedimentos para a garantia de confidencialidade (limitado a 100 palavras):

Nesta 1ª fase, a entrevista semiestruturada e os grupos focais terão gravação áudio e vídeo para posterior processo de análise do conteúdo, onde será atribuído a cada um dos participantes um código alfanumérico único, estando este presente em todos os documentos envolvidos no projeto.

Todos os dados recolhidos e seu tratamento serão partilhados, apenas, entre os investigadores da equipa, os dados pessoais recolhidos serão guardados num arquivo seguro, de acesso restrito e pelo tempo definido na lei (máximo 10 anos). Será garantido que todas as pessoas ou entidades com acesso a estes dados estão sujeitas ao sigilo profissional (Anexo II)

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes (limitado a 70 palavras):

Os participantes serão informados sobre todos os aspetos do estudo através do consentimento informado em anexo, que será facultado em linguagem clara e acessível, indicando inequivocamente que a participação pode ser revogada a qualquer momento. **Qualquer envolvimento neste estudo não terá custos para os participantes.**

Se o estudo incidir sobre menores, juntar folha de consentimento para os representantes legais.

Se a criança tiver idade inferior a 5 anos

- Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.

Para participantes com idades \geq a 5 e < de 16 anos

- Assentimento do participante
- Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.

Há previsão de danos para os participantes no estudo? SIM NÃO

Em caso afirmativo indicar os riscos para os participantes:

Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes (limitado a 70 palavras):

Se referiu algum risco do ponto anterior, especifique-o e justifique o porquê de não ser possível a sua mitigação (por exemplo, seguro) (limitado a 70 palavras):

Indicação de eventuais procedimentos para monitorização e segurança dos participantes e/ou minimizar riscos (limitado a 70 palavras):

Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):

- Indicação para apoio psicossocial
- Indicação para orientação educativa/formativa
- Outras. Especifique:

Caso tenha respondido não, mas apesar disso estiverem previstas medidas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes (marcar o que se aplica):

- Indicação para apoio psicossocial
- Indicação para orientação educativa/formativa
- Outras. Especifique:

Há previsão de benefícios para os participantes no estudo

Explicitar em caso afirmativo (limitado a 70 palavras):

Nesta 1ª fase, considerando os objetivos, pretendemos conhecer os fatores determinantes da saúde desta comunidade para podermos dar resposta às necessidades identificadas. Assim, espera-se obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e aumento do empoderamento comunitário, obtido a partir de um projeto de intervenção a ser desenvolvido na 2ª fase.

Custos de participação para os participantes no estudo e possível compensação (limitado a 70 palavras):

Esta primeira fase não tem custos para os participantes envolvidos.

Utilização apenas para fins de investigação e publicação:

- Sim
- Não
- Outros Fins: Especifique:

Termo de Responsabilidade

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

Leiria, 29/09/2023

O Investigador:

Assinado por: **TERESA MADALENA KRAUS
BRINCHEIRO HUTTEL BARROS**
Num. de Identificação: 06605450

(Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros)

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

Termo de Responsabilidade 1

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de co-investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR 1ª Série.

Data: 29.09.2023**O Proponente:**Assinado por: **TIAGO FILIPE RODRIGUES DO
NASCIMENTO**

Num. de Identificação: 13365471

Data: 2023.09.29 17:24:07 +0100

ANEXO I

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

Termo de Responsabilidade 1

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador proponente, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

Data: 16/10/2023

O(s) Proponente(s):



Assinado por: Raquel Pires
Soares
Identificação: B113330654
Data: 2023-10-16 às 21:39:58

ANEXO I

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

Termo de Responsabilidade 1

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador proponente, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

Data: 16/10/2023

O(s) Proponente(s):



Assinado por: Sílvia Maria
Margarido Duarte
Identificação: B111715793
Data: 2023-10-16 às 21:43:53

ANEXO II

Consentimento Informado Relativo às Entrevistas Semiestruturadas

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 Raquel Soares, Enfermeira Sílvia Duarte, Professora Teresa Kraus e Professor Tiago Nascimento

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

Enquadramento: Somos enfermeiras a frequentar o 2º 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 dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

Será realizado a entrevista semiestruturada com os informante-chave da comunidade imigrante proveniente da Ásia Central e Meridional. Esta 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 às gravações efetuadas relativas às entrevistas semiestruturadas, serão atribuídos aos intervenientes um código numérico ao qual só a equipa de investigadores terá 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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Sílvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - 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

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 Raquel Soares, Enfermeira Silvia Duarte, Professora Teresa Kraus e Professor Tiago Nascimento

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

Enquadramento: Somos enfermeiras a frequentar o 2º 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 dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

Será realizado 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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Sílvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - 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

Ética na Investigação

Compromisso de honra da Orientadora e Investigadora Responsável

Eu, Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, orientadora e investigadora responsável de Raquel Pires Soares, estudante do curso do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a realizar o Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, no Centro de Saúde da Marinha Grande, declaro sob compromisso de honra que a investigação no âmbito do “Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 29 /09/2023

Assinado por: **TERESA MADALENA KRAUS
BRINCHEIRO HUTTEL BARROS**
Num. de Identificação: 06605450

(Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros)

ANEXO III

Ética na Investigação

Compromisso de honra do Orientador/Co Investigador Responsável

Eu, Tiago Filipe Rodrigues de Nascimento, da Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, orientador de Silvia Maria Margarido Duarte, estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem e de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, declaro sob compromisso de honra que a investigação “Projeto ENGAGE - Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 29/09/2023

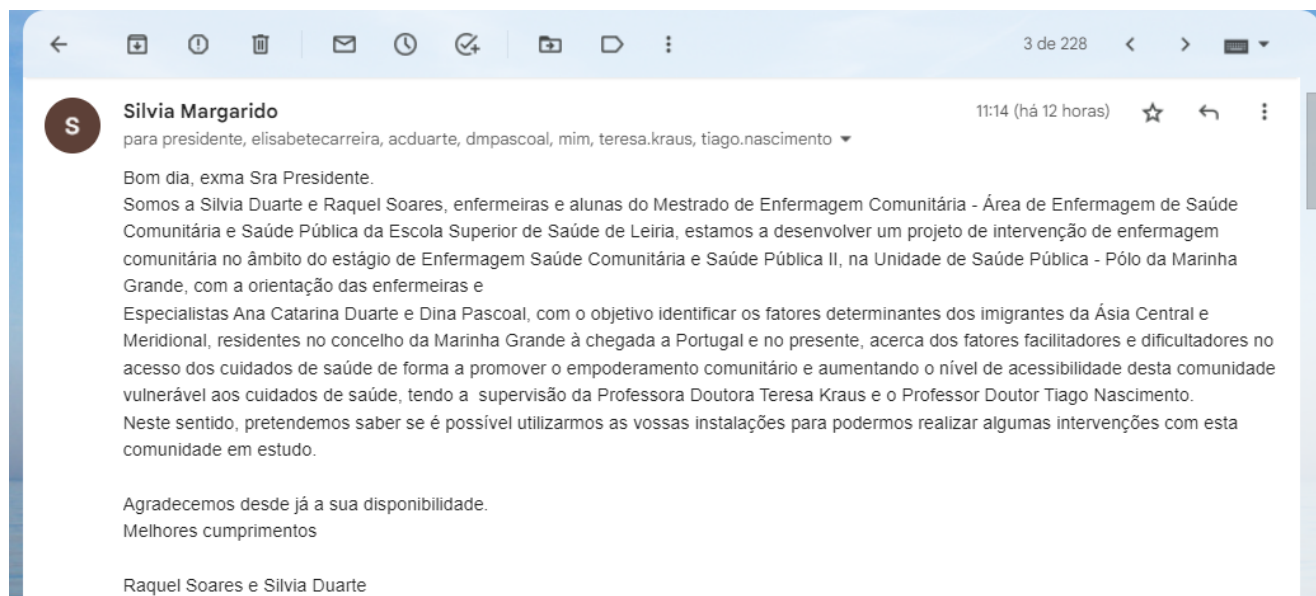
Assinado por: **TIAGO FILIPE RODRIGUES DO
NASCIMENTO**

Num. de Identificação: 13365471

Data: 2023.09.29 17:23:27 +0100

Assinatura:

ANEXO IV – Contacto com Junta de Freguesia da Marinha Grande e Respetiva Resposta



FW: Pedido autorização de sala JF MG - Projeto Imigrantes

Caixa de entrada x

Calend



GERAL <geral@freg-mgrande.pt>

06/10/2023, 16:19 (há 5 dias)

para silviamargarido, elisabetecarreira, acduarte, dmpascoal, mim, teresa.kraus, GAP, tiago.nascimento

Ex.mas Senhoras,

Confirmamos a receção do email infra, o qual mereceu a nossa melhor atenção, quanto à proposta apresentada, em nome do Executivo da JFMG, informo que estamos disponíveis para acolher as V/ iniciativas e prestar colaboração dentro do possível, por favor informar dias e horários.

Atentamente,

Com os melhores cumprimentos | Best Regards.



Maria Neves | Secretária

Tel.: + 351 244 502 568 – 919 754 875

<http://www.freg-mgrande.pt>

ANEXO V**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****Informantes-Chave Imigrantes da Ásia Central e Meridional**

Bom dia, sejam bem-vindos a este grupo de trabalho, que demorará cerca de uma hora, e agradecemos a vossa disponibilidade para este Projeto, que queremos, seja promotor de ganhos em saúde.

QUESTÕES
Dados socio demográficos e de saúde Idade: ____ anos; Sexo: ____ Altura: ____ m Peso: ____ Kg País de origem? Há quanto tempo (em anos) reside em Portugal?
Fatores Ambiental e de Linguagem À chegada, como geriu a diferença cultural? Quais foram as principais dificuldades/facilidades sentidas? E agora, passado este tempo, quais considera serem as suas principais dificuldades/facilidades relacionadas com a imigração? Como classifica as condições da habitação onde vive? Qual é a língua falada no seu Países de origem? Quanto considera ser a sua compreensão da língua portuguesa? Quais são as principais dificuldades de comunicação que sentiu quando chegou? Já as ultrapassou?
Fatores Religiosos / Filosóficos Professa alguma fé, religião ou orientação filosófica? Se respondeu sim, pode referir qual? A sua fé, religião ou orientação filosófica implica práticas ou rituais individuais ou em grupo? Se respondeu sim, pode refira quais? Considera que a sua fé, religião ou orientação filosófica influência o seu estilo de vida? Se respondeu que sim, pode refira de que forma? Quais os seus Objetivos de Vida?
Fatores de Parentesco e Sociais Vive com a sua família ou esta ainda está no seu país de origem? Qual é a sua rede de apoio?
Fatores Educacionais Qual é o seu nível de escolaridade?

Quanto ao acesso aos serviços de saúde qual era a informação/ o conhecimento que à chegada detinha sobre os seus direitos e deveres? E neste momento?

Tem alguma patologia ou problema de saúde, conhecido?

Quais são as patologias ou problemas de saúde, mais frequentes, na sua comunidade imigrante, residente em Portugal?

Fatores Económicos

Considera que a sua comunidade de imigrantes residente em Portugal tem dificuldades económicas?

Se sim, qual será a principal causa?

Tem algum vínculo laboral/emprego? Se sim, em que área teve facilidade no acesso ao emprego?

Considera que no seu local de trabalho estão asseguradas as condições de saúde e segurança com consultas periódicas e exames de saúde?

Crenças e Valores Culturais

Na sua Família, de que forma são transmitidos os saberes das tradições, da cultura, da religião, da saúde (de geração em geração)?

Qual é o significado que atribui à sua Saúde? E qual o significado que atribui aos cuidados pelos profissionais de saúde?

Quando está doente, onde recorre e a quem?

Considera que as crenças (princípios), valores culturais, hábitos e costumes da sua comunidade influenciam o acesso aos cuidados de saúde?

Quais considera serem as suas principais necessidades de saúde e as da sua comunidade? E os principais fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados de saúde?

Quais são os seus Estilos de Vida?

Fatores Políticos e Legais

De que forma é fornecida informação à sua comunidade, sobre os seus direitos e deveres de acesso aos serviços de saúde, aquando da sua chegada à Marinha Grande?

Indique outro(s) fatores políticos e legais que tenham facilitado ou dificultado o seu acesso à saúde.

Fatores Tecnológicos

Tem meio de comunicação (telemóvel)?

Tem acesso à Internet?

Qual o recurso que mais utiliza para aceder à informação relativa aos cuidados de saúde e ao serviço nacional de saúde (Literacia em saúde)?

Acesso à Saúde

Qual das dimensões acima avaliadas considera que mais condiciona o seu acesso à saúde?

ANEXO VI



Pedro Melo

para mim, Teresa, tiago.nascimento, silviamargarido ▾

quinta, 28/09, 08:59 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮

Estimadas Enf. Raquel Soares e Enf. Sílvia Margarido,

Começo por vos desejar muito sucesso no vosso estágio e que se prolongue pela vossa vida profissional, em breve como Mestres e Especialistas! 😊

Sintam-se à vontade para usar a EAVEC e a matriz de decisão clínica do MAIEC.

Estão com uma equipa docente de excelência para vos dar todo o suporte e se precisarem de algum apoio adicional em que eu possa ajudar disponham.

Relembro o protocolo MAIEC:

TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO CULTURAL DA EMPOWERMENT ASSESSMENT RATING SCALE

Translation to Portuguese and cultural validation
of the Empowerment Assessment Rating Scale



PEDRO MELO

Professor Auxiliar Convitado,
Doutor em Enfermagem.
Universidade Católica Portuguesa/
Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde/Escola de
Enfermagem. Porto, Portugal.

✉ pmelo@porto.ucp.pt

ALICE TEIXEIRA

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Administração
Regional de Saúde do Norte/
Universidade Católica Portuguesa/
Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

CATARINA FERNANDES

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Centro Hospitalar
de S. João/Universidade Católica
Portuguesa/ Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

LUÍSA VALE FERREIRA

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Centro Hospitalar
de S. João/Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

SANDRA SANTOS

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Centro Hospitalar
de S. João/Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

ISABEL SOUSA

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Missionárias da
Boa Nova/Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

ALEXANDRA PEREIRA

Enfermeira/ Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Administração
Regional de Saúde do Norte/
Universidade Católica Portuguesa/
Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde, Porto,
Portugal.

AMÉLIA FERREIRA

Enfermeira/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Enfermagem. Administração
Regional de Saúde do Norte/
Universidade Católica Portuguesa/
Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

CÂNDIDA MACIEL

Enfermeira-Chefe/Investigadora
colaboradora, Mestre em
Administração e Gestão pública.
Administração Regional de Saúde
do Norte/Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

DULCE PINTO

Diretora-Executiva/Investigadora
colaboradora, Master of Business
Administration. Administração
Regional de Saúde do Norte/
Universidade Católica Portuguesa/
Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

CARLOS PINTO

Enfermeiro/Investigador
colaborador, Mestre em
Enfermagem Comunitária.
Administração Regional de Saúde
do Norte/Universidade Católica
Portuguesa/ Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

SÉRGIO SOUSA

Enfermeiro/Investigador
colaborador, Licenciado em
Enfermagem. Unidade Local de
Saúde de Matosinhos/Universidade
Católica Portuguesa/Centro de
Investigação Interdisciplinar em
Saúde. Porto, Portugal.

TERESA CARDOSO

Enfermeiro/Investigador
colaborador, Mestre em
Enfermagem Comunitária.
Unidade Local de Saúde de
Matosinhos/Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

CLÁUDIA TELLES DE FREITAS

Investigador colaborador,
Licenciada em Ciências da
Comunicação. Universidade Católica
Portuguesa/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

MATILDE DIMANDE

Diretora de Enfermagem/
Investigador colaborador, Doutora
em Projetos de Saúde e Meio
Ambiente. Hospital Central de
Maputo/Centro de Investigação
Interdisciplinar em Saúde. Porto,
Portugal.

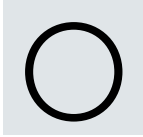
Abstract

Introduction | To assess the level of community empowerment, Laverack proposes an instrument called the Empowerment Assessment Rating Scale (EARS), which has nine assessment domains related to community empowerment. Objectives | Translate to Portuguese and culturally validate the EARS for an ACeS community, a hospital community, a business community, and a school community. A review of the Portuguese translation was developed, a review group was set up to analyze the resulting document, by consensus a new scale called the Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) was developed, and the retroversion was developed. Same review group conducted a new evaluation of the resulting version, comparing them with the original in English. The study was carried out at a Hospital in the Azores Archipelago, three Health Centers Organizations in the North of Portugal, an Education-

-oriented Company in Greater Porto and a School Community in Mozambique, where the focus group scale was applied based on a problematic chosen for intervention. Results | EAvEC retained the nine evaluation domains of the original scale and its translated version did not change after its cultural adaptation. The level of community empowerment was identified in each of the communities, analyzed in the form of a radar chart, with the clustered image of all domains. Discussion / Conclusions | EAvEC is a useful tool for community intervention and is being used to assess community empowerment in the MAIEC project of the Centre for Interdisciplinary Research in Health at Universidade Católica Portuguesa.

KEYWORDS: COMMUNITY HEALTH NURSING; PUBLIC HEALTH NURSING; COMMUNITY PARTICIPATION; EMPOWERMENT.

INTRODUÇÃO

 empoderamento comunitário enquanto processo e resultado dos cuidados de enfermagem comunitária tem sido alvo de investigação a partir do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).^{1,2,3} Neste contexto, no âmbito do projeto MAIEC, integrado na *Nursing Research Platform* sediada no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver-se um estudo quasi-experimental de desenho antes-após, para avaliar o impacto da aplicação do MAIEC em diferentes comunidades. Para avaliar o nível de empoderamento comunitário, Laverack propõe um instrumento designado por *Empowerment Assessment Rating Scale (EARS)*^{4,5}, que apresenta nove domínios de avaliação: "Community participation"; "Problem assessment capacities"; "Local leadership"; "Organizational structures"; "Resource Mobilization"; "Links to others"; "Ability to ask why"; "Programme management" e "Relationship with outsider agent". Cada um dos domínios tem

5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento para cada domínio, numerados de 1 a 5. Deste modo, decorrente do facto do nosso projeto estar a ser desenvolvido com 4 comunidades distintas e relacionado com problemáticas também elas distintas: uma comunidade ACeS, onde a problemática é a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem; Uma comunidade hospitalar, onde a problemática é a prevenção e respostas para o stress profissional e Burnout; Uma comunidade empresarial, nomeadamente uma escola profissional, onde a problemática foi a promoção de um clima organizacional saudável; E uma comunidade escolar, em Moçambique, onde a problemática é a promoção da melhoria do status nutricional nas crianças e a promoção da saúde infantil.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi traduzir para português e validar culturalmente a EARS para cada uma das comunidades indicadas.

MÉTODOS

Processo de tradução e validação cultural da EARS

Foram pedidas a autorização e normas de tradução ao autor Glenn Laverack, recebidas a 20/01/2017.

A- Tradução do idioma inglês para o português e adaptação linguística.

Procedeu-se à distribuição do questionário por um tradutor de inglês, fluente nesse idioma e em português, que não tinha visto previamente o questionário.

B- Revisão da tradução para português por grupo de revisão

Foi constituído um grupo de revisão composto por três elementos (um investigador especialista em empoderamento comunitário, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e um professor de enfermagem expert em saúde comunitária) que analisaram o documento resultante e por consenso obteve-se assim a nova escala que se denominou Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC)

C- Retroversão

Uma cópia da EAvEC foi encami- ➤

ANEXO 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. 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.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. 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.
Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem 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 melhoramentos para a comunidade.
Habilidade para "questionar porque"	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, auto-testar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

Gestão de programas	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	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.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

nhada para um tradutor de inglês, desconhecedor do texto original, para evitar qualquer influência na tradução das palavras, que realizou a retroversão da escala. O mesmo grupo revisor realizou uma nova avaliação da versão resultante, comparando-as com a original em inglês.

D- Adaptação cultural

A EAveC foi aplicada em sessões de grupos focais, conforme proposto por Laverack⁴ e de acordo com os métodos usados por outros autores^{6,7}:

Na comunidade ACEs, constituído por enfermeiros com funções de gestão (enfermeiros dos conselhos técnicos das USF/UCSP; Coordenadores das UCC; Direção de Enfermagem; Vogal do Conselho Clínico) e com o Diretor-Executivo;

Na comunidade hospitalar, constituído por um grupo de *stakeholders* na área problemática em análise (stress profissional e Burnout), com 6 enfermeiros, 2 médicos, 1 psicólogo e 1 assistente social;

Na comunidade empresarial, constituído por todos os colaboradores da empresa com funções de liderança (5 professores e 3 profissionais não docentes);



Na comunidade escolar, um representante dos encarregados de educação de cada escola, um conjunto de 4 educadores e 4 auxiliares, assim como uma enfermeira de saúde pública.

De acordo com as instruções de Laverack⁴, a partir das problemáticas de cada comunidade, foram analisados os depoimentos para cada

um dos cinco domínios da escala na versão traduzida, apresentados aleatoriamente sem indicação de qualquer score a eles associado. O grupo focal discutiu e chegou a consenso, para cada domínio, de qual o depoimento que melhor caracterizava a comunidade para a problemática em estudo. Além disso era pedido para chegarem

FIGURA 2

NÍVEIS DE EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES AVALIADAS

Níveis de Empoderamento Comunitário

Níveis de Empoderamento Comunitário

Problemática: Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.



Comunidade hospital

Problemática: Stress Profissional e Burnout



Comunidade empresa

Problemática: clima organizacional



Comunidade escolar: Moçambique

Problemática: saúde infantil e status nutricional




a consenso se alterariam alguma das expressões da escala que poderia adequar-se melhor ao contexto da sua comunidade. Os grupos focais decorreram em momentos distintos: Comunidade hospitalar decorreu a 29 de maio de 2017; Comunidade ACeS decorreu a 29 de setembro de 2017; Comunidade empresa a 15 de maio de 2018 e Comunidade Escolar em Moçambique a 01 de outubro de 2018.

RESULTADOS

Traduzimos a *Empowerment Assessment Rating Scale* para português, a qual designamos por Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC). Esta escala manteve os 9 domínios da escala original cada um com 5 depoimentos, conforme apresentado na **Figura 1**. As designações dos domínios foram consensuais em todas as comunidades, sendo que, de acordo

com as características da comunidade, se deve explicar o significado de estrutura organizativa (no ACeS foi indicado que deveria ser unidade funcional, na comunidade empresa e escolar, comissões ou grupos de trabalho e na comunidade hospitalar, serviços). As restantes não precisam ser clarificadas e ficam com a designação explícita na figura 1. Colocamos a escala completa na sua versão traduzida em anexo a este artigo (**anexo 1**).

	SÚMULA CURRICULAR
Nome	Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros
Instituição de ensino superior	Politécnico de Leiria
Unidade Orgânica	Escola Superior de Saúde
Filiação em Centro de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> • Membro efetivo da Unidade de Investigação em Saúde da ESSLei, de dez 2014 a fev 2018; • Membro colaborador do Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (CiTechCare) da ESSLei; • Membro colaborador da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra); • Membro colaborador do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Escola Superior de Enfermagem do Porto.
Categoria Título de Especialista	Professor Adjunto com Título de Especialista obtido em provas públicas (D.L. 206/2009)
Área em que é reconhecido como especialista	Enfermagem Comunitária
Grau	Doutor
Área científica deste grau académico	Enfermagem
Ano e Instituição que conferiu este grau académico	2014 - Universidade Católica Portuguesa

Outros graus académicos ou títulos Ano Grau ou Título Área Instituição

Ano	Grau ou título	Área	Instituição
2012	Título de Especialista	Enfermagem	ESSLei do IPLeiria
2006	Mestrado	Ciências de Enfermagem	Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
1999	CESE-Curso de Estudos Superiores Especializados	Enfermagem na Comunidade -Saúde Ocupacional	Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
1990	Bacharelato	Enfermagem	Dec. Lei n.º 100/90
1987	Curso Geral de Enfermagem	Enfermagem	Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo

Atividades científicas – até 5 artigos

Dixe, MACR., Gordo, CMGO., Catarino, HBP., Kraus, T. & Menino, EPSG. (2020). Efeitos de um programa de educação nos conhecimentos e na auto percepção dos educadores escolares na preparação para cuidar de crianças diabéticas tipo 1. Einstein (São Paulo) 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5101
Kraus, T., Gama, E. 2017. "Diabetes Mellitus". In Guia Orientador: A criança e Jovem com Diabetes tipo 1 em contexto escolar. Portugal: Bubok Publishing S. L.

A partir dos grupos focais identificou-se ainda o nível de empoderamento de cada comunidade, face à problemática em análise para cada uma delas, possível de apresentar num gráfico de radar, conforme apresentado na **Figura 2**. Conforme se observa na figura 2, todas as comunidades apresentam domínios com baixos níveis de empoderamento comunitário, sendo comum em todas elas um nível muito baixo de participação comunitária, com variações em todos os outros domínios. As comunidades

com maior nível de empoderamento na maioria dos domínios são a comunidade ACeS e a comunidade empresa. Contudo, como as áreas problemáticas em análise são muito diferentes não podem ser comparáveis entre comunidades, sendo contextuais para cada problemática e cada comunidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário é um instrumento útil na avaliação dos níveis

de empoderamento comunitário de diferentes comunidades e permite, no contexto da Enfermagem Comunitária, avaliar o estado de arte da comunidade numa etapa diagnóstica em relação ao seu nível de empoderamento e o impacto da intervenção do enfermeiro no seu aumento.

Está a utilizar-se este instrumento como forma de avaliar o impacto da aplicação do MAIEC na melhoria do nível de empoderamento comunitário de várias comunidades. ▴



Referências

1. Pedro, Melo e Odete, Alves. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare*, 2019, 7, 76.
2. Pedro, Melo; Rosa, Silva e Maria Henriqueta, Figueiredo. Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study. *Rev Enf Referência*. 2018, 19: 81-90
3. Melo, P e Figueiredo, MH. As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com "Focus Group". Comunicação apresentada no 10 International Seminar on Nursing Research. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings; 2016 Maio 5-6; Porto, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
4. Laverack, G. *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. Berkshire: Open University Press, 2007
5. Glenn, Laverack. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 2006, 7, 41, 3: 266-76
6. Ann, Shiu, Rebecca, Wong, David, Thompson. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes Care*, 2003; 26: 2817-21.
7. Lutien, Bakker, Wimm, Van-Brakel. Empowerment Assessment tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic literature review. *Lepr Rev*. 2012, 83: 129-53

Atividades de desenvolvimento de natureza profissional

Definição e implementação do Programa " Promoção da saúde dos adolescentes e suas famílias, no concelho de Leiria" (ESSLei / CML / S. Pediatria do HSA e Escolas, 2016-2020 ...)
Estudo para a <i>Promoção da Saúde de Famílias Carenciadas do concelho de Leiria</i> (ESSLei / CML, 2014-2018)
Estudo para a <i>"Promoção da Saúde dos Colaboradores numa Empresa do concelho de Leiria"</i> (ESSLei, 2015)
Estudo da "Importância da família nos cuidados de enfermagem" (ESSLei, 2019)
Estudo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na multiculturalidade ESSLei, 2020)

Outras publicações relevantes, designadamente de natureza pedagógica (até 5 referências)

Ferreira, MS. and Kraus, T. 2020 "Nurses' meaning of life and Integrative Attitude of Families in Care". Presentation Oral in Sigma Theta Tau International (STTI) 5th Biennial European Conference. Coimbra, Portugal (Virtual). https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/20789
Ferreira, MS. and Kraus, T. (2020). "Attitude of inclusion of families in care and professional category of nurses". Presentation Poster in Sigma Theta Tau International (STTI) 5th Biennial European Conference. Coimbra, Portugal (Virtual). https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/20779
Ferreira, M., Kraus, T. (2019). <i>Atitude dos enfermeiros perante a importância da família nos cuidados de enfermagem e a saúde mental</i> . In 2 nd International Congress of Family Health Nursing 16, 16 e 18 de outubro 2019. Nursing School, Lisbon.
Serrario, M; Correia, R; Branco, A; Mousinho, L, Kraus, T (2018). Family health in Leiria council: study of some determinants. Center for Innovative Care and Health Technology, Polytechnic Institute of Leiria. BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2): P134. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3444-8
Pimenta, L., Carreira, D., Teles, P. & Barros, T. (2016). "Coping strategies of college students School of Health Sciences". In 3 ^o IPLEiria's International Health Congress: "Health, Demographic Changes and Well-Being". School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Leiria. P40, p. 43. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1423-5?site=bmchealthservres.biomedcentral.com

Experiência Profissional Relevante

Júri de teses de mestrado, provas de doutoramento e concursos públicos de candidatos a título de especialista em Enfermagem.
Seminários científicos nacionais e internacionais na área da promoção do sentido de vida.
Coordenadora do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de saúde Comunitária e Saúde Pública (2021-2022 ...)
Coordenadora do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem do Trabalho (2017-2022 ...)
Coordenação do Projeto de Avaliação e Intervenção Comunitária, em meio escolar: <i>"Adolescer com sentido"</i> (2016-2022, ...)
Coordenação do Projeto de Avaliação e Intervenção Comunitária, em meio escolar: <i>"Projeto Diabetes: + apoio pelos Responsáveis Escolares"</i> (2022, ...)
Atividade Pedagógica Internacional: Universidade de Hospital da Praia - Cabo Verde: <ul style="list-style-type: none">✓ Licenciatura de Enfermagem: UC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2018 e 2019);✓ Mestrado em Saúde Mental e Comunitária: Família e Transições Familiares (2022).



Identificação

Identificação pessoal

Nome completo

TIAGO FILIPE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Identificadores de autor

Ciência ID

8A19-5ED6-D865

ORCID iD

[0000-0003-3646-9057](https://orcid.org/0000-0003-3646-9057)

Google Scholar ID

<https://scholar.google.pt/citations?user=mG5I7b4AAAAJ&hl=pt-PT>

Researcher Id

[AAB-7822-2021](https://pubs.acs.org/doi/10.26434/chemrxiv-2021-aab-7822)

Scopus Author Id

57211291197

Formação

	Grau	Classificação
2023/07/12 Concluído	Gestão (Doutoramento) Universidade Europeia, Portugal <i>"Monitorizar e Analisar o Stress em Organizações Públicas no Setor da Saúde" (TESE/DISSERTAÇÃO)</i>	
2021/01/11 Concluído	Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária (Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal <i>"O Papel do Enfermeiro Especialista na Implementação do Transitional Care Model na Comunidade" (TESE/DISSERTAÇÃO)</i>	16

2014 Concluído	Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem (Mestrado) Especialização em Área de especialização: Gestão em Enfermagem	16 valores
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal <i>"Programa de Melhoria Contínua da Qualidade - Implementação de Dois Indicadores de Qualidade" (TESE/DISSERTAÇÃO)</i>		
2006 - 2010 Concluído	Enfermagem (Licenciatura)	16
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal <i>"Transição para a Parentalidade: Necessidades dos Pais no Cuidar do Recém Nascido" (TESE/DISSERTAÇÃO)</i>		

Percurso profissional

Ciência

	Categoria Profissional Instituição de acolhimento	Empregador
2021/04 - Atual	Investigador (Investigação) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, Portugal

Docência no Ensino Superior

	Categoria Profissional Instituição de acolhimento	Empregador
2023/06 - Atual	Professor Adjunto (Docente Ensino Superior Politécnico)	Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Saúde, Portugal
2022/09 - 2023/05	Professor Adjunto Convidado (Docente Ensino Superior Politécnico)	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

Produções

Publicações

- Artigo em revista
- 1 Helga Rafael Henriques; Tiago Nascimento; Andreia Costa. "Nurses' Experiences of Care in Portuguese Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic: A Focus Group Study". *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2023): <https://doi.org/10.3390/ijerph20166563>.
10.3390/ijerph20166563
 - 2 Tiago Nascimento; Inês Frade; Susana Miguel; Maria Helena Presado; Mário Cardoso. "Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura". *Ciência & Saúde Coletiva* 26 2 (2021): 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>.
10.1590/1413-81232021262.40802020
 - 3 NASCIMENTO, TIAGO; COSTA, MARIA DE LOURDES; Tiago Filipe Rodrigues Nascimento; Maria de Lourdes Varandas. "Transitional Care Model: Um novo Modelo de Gestão de Cuidados na Comunidade". *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 11 1 (2020): 25-37. <https://doi.org/10.26512/gsv11i1.28404>.
Publicado · Acesso aberto · <https://doi.org/10.26512/gsv11i1>
-
- Capítulo de livro
- 1 Maria Helena Presado; Fátima Mendes Marques; Óscar Ferreira; Mário Cardoso; Armando David Sousa; Tiago Nascimento; Cristina Lavareda Baixinho. "Knowledge Transfer and the Challenges of the Virtual World". 2022.
10.1007/978-3-031-04680-3_1
 - 2 "Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa". 284-294. Ludomedia, 2021.
10.36367/ntqr.8.2021.284-294
-



Sílvia Maria Margarido Duarte

Data de nascimento: 31/03/1980 | **Nacionalidade:** Portuguesa | **Número de telemóvel:**

(+351) 914788405 (Telemóvel) | **Endereço de email:** silviamargarido@gmail.com |

Endereço: Rua da Francelheira nº 39, Casal dos Claros, 2400-765, Amor, Leiria, Portugal (Casa)

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

15/09/2016 – ATUAL

ENFERMEIRA UCC DR ARNALDO SAMPAIO - ACES PINHAL LITORAL – ARS CENTRO

01/10/2015 – 14/09/2016 Portugal

ENFERMEIRA EQUIPA DE TRATAMENTO (ET) DE LEIRIA E MARINHA GRANDE – CRI LEIRIA - SICAD

12/01/2004 – 30/09/2014 Portugal

ENFERMEIRA SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO/CIRÚRGICA - CENTRO HOSPITALAR OESTE NORTE (CHON) – CALDAS DA RAINHA

03/12/2009 – 30/06/2013 Portugal

ENFERMEIRA ET LEIRIA E MARINHA GRANDE – INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA (ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES)

01/05/2005 – 31/12/2006 Portugal

ENFERMEIRA SERVIÇO DE CIRURGIA B - CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS (ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES)

12/11/2001 – 11/01/2004 Portugal

ENFERMEIRA SERVIÇO MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO - C. HOSPITALAR OESTE NORTE – UNIDADE DE CALDAS DA RAINHA

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

02/03/2007 – 22/02/2008

PÓS GRADUAÇÃO EM URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

19/11/2001 – 23/10/2002

ANO COMPLEMENTAR DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM Escola Superior de Enfermagem Jean Piaget – Viseu

26/10/1998 – 26/10/2001

CURSO SUPERIOR DE BACHARELATO EM ENFERMAGEM Escola Superior de Enfermagem Jean Piaget – Viseu

10/2021 – ATUAL

ELO DE GESTÃO DE RISCO, DA UCC ARNALDO SAMPAIO

02/2020 – ATUAL

ELO DO PPCIRA, NA UCC ARNALDO SAMPAIO

09/2012

PUBLICAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO NA REVISTA SINAIS VITAIS Nº 104, COM O TEMA “ACOLHIMENTO DO DOENTE E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

2010

PARTICIPAÇÃO NA REVISÃO DO MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM REGIONAL NO CRI LEIRIA

2010

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO “CONSULTA DE ENFERMAGEM – QUE CONTRIBUTO PARA OS GANHOS EM SAÚDE?”

DIVERSAS FORMAÇÕES COMO FORMADORA E COMO FORMADORA

COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS

Língua(s) materna(s): **PORTUGUÊS**

Outra(s) língua(s):

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Produção oral	Interação oral	
INGLÊS	B1	B1	B1	B1	A2

Níveis: A1 e A2: Utilizador de base; B1 e B2: Utilizador independente; C1 e C2: Utilizador avançado



Raquel Soares

Data de nascimento: 19/12/1988

Nacionalidade: Portuguesa

CONTACTO

Leiria, Portugal (Casa)

raquel.pires.soares@gmail.com

(+351) 913529802

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

17/03/2018 – ATUAL

Enfermeira do Trabalho H2ST - Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho, Lda

17/10/2016 – 15/03/2018

Enfermeira Acção Continua - Higiene e Segurança no Trabalho, Lda

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

09/10/2020 – 06/07/2021 Leiria, Portugal

Pós Graduação em Gestão e Administração em Saúde ISLA - Instituto Superior de Leiria

11/02/2019 – 03/07/2019 Viseu, Portugal

Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho Escola Superior de Saúde de Viseu

02/2012 – 02/2016 Leiria, Portugal

Licenciatura em Enfermagem Escola Superior de Saúde de Leiria

Nível no QEQ Nível 6 QRQ

22/11/2010 – 10/02/2011 Tondela, Portugal

Curso de Formação Pedagógica de Formadores SchoolHouse Tondela, Tondela (Portugal)

Nível no QEQ Nível 4 QRQ

COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS

LÍNGUA(S) MATERNA(S): Português

Outra(s) língua(s):

inglês

Compreensão oral B2

Leitura B2

Escrever B2

Produção oral B2

Interação oral B2

Níveis: A1 e A2: Utilizador de base; B1 e B2: Utilizador independente; C1 e C2: Utilizador avançado

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Publicações

Poster Meaning-in-life of college students 2016

Silva D., Seíça L., Soares R., Mourão R., Kraus T. School of Health Sciences, Polytechnic institute of Leiria, Leiria, Portugal. BMC Health Services Research 2016, Volume 16 Suppl 3 DOI 10.1186/s12913-016-1423-5

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/57/2023

Data: 20/10/2023

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

Nome do (s) proponente (s):

Investigadores Principais:

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros;

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento.

Membros da equipa de investigação:

Raquel Pires Soares;

Sílvia Maria Margarido Duarte.

O estudo tem como objetivos: -----

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders*, relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;

Objetivos Futuros (a desenvolver na 2ª fase):

4. Identificar os diagnósticos de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, outubro 2023. -----

A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, março 2027. -----

A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, outubro 2023. -----

A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, janeiro 2024. -----

Metodologia: -----

Apresentado e corretamente justificado como sendo “Estudo qualitativo de caráter exploratório, utilizando o instrumento de Entrevista Semiestruturada e Grupo Focal”. O estudo será dividido em duas fases, sendo que a primeira (designada por “Diagnóstico” e que contempla três etapas) centra-se no diagnóstico para dar resposta aos três primeiros objetivos do projeto. A segunda fase envolve a Intervenção e Avaliação e está dependente da primeira fase, onde serão desenvolvidas as etapas do MAIEC, sendo submetido a esta comissão de ética posteriormente. -----

A população-alvo está corretamente descrita, assim como a amostra, nomeadamente “Para a 1ª Fase, os participantes serão selecionados por conveniência, considerando o seu envolvimento com a comunidade em estudo (...)”. Igualmente, os participantes nos grupos focais (nomeadamente, “peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante já envolvidos nas etapas”) estão corretamente descritos. -----

Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações apresentados. -----
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----
Não foram identificados danos para os participantes. -----
Os possíveis benefícios para os participantes (nomeadamente, “obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e um aumento do empoderamento comunitário”) encontram-se apresentados e corretamente justificados. -----
Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O consentimento do participante foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O compromisso de honra da investigadora principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----
Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P’la CE a Presidente

APÊNDICE 13 –Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Segundo as Dimensões do Modelo Sunrise

FATORES EDUCACIONAIS

Os entrevistados tiveram conhecimento quanto ao sistema de saúde e à prestação de cuidados através de amigos ou pessoas conhecidas que já viviam em Portugal, fornecendo informação de como obter documentos, número de utente, entre outros. Foi também possível saber que esta informação também foi fornecida pela Junta de Freguesia da Marinha Grande e pelas diversas entidades patronais.

Entrevistado 1: “Foi uma amiga”, “Foi ela que ajudou a ir aos sítios todos para ter esses números, para poder trabalhar”; “(...) no trabalho, eles pediram os documentos segurança social, contribuinte e depois consegui ir trabalhar”.

Entrevistado 2: “Foi com a ajuda de um amigo. Como vieram antes de nós, eles já sabiam isto tudo”.

Entrevistado 3: “(...) quem deu essas informações foi esse colega do seu pai? Ele já é cidadão português”

Entrevistado 4: “Foi na Junta de Freguesia que disseram o que era necessário.”

FATORES POLÍTICOS E LEGAIS

Quanto ao acesso aos serviços de Saúde os entrevistados referem que um dos problemas são os tempos de espera não só para terem uma consulta no centro de saúde, como no hospital, quando se deslocam ao SU. Um deles preferiu ter um seguro de saúde, de forma a conseguir obter uma resposta mais rápida para os seus problemas de saúde e da sua família.

Entrevistado 2: “Se se passa algo com o meu corpo eu penso que tenho de ir aos cuidados de saúde, leva muito tempo”; “Vou à urgência e espero 6/7h”

Entrevistado 3: “Tenho um plano do médico privado, pago sempre a minha saúde”; “Não há médico sempre, em Leiria espera de 8/9h. Então o melhor é ficar num privado e pagar mensalmente”; “Eu vou a um privado”.

De salientar que um dos entrevistados referiu que irá deslocar-se à Índia para cuidados de saúde oral, referindo o alto custo para acesso a estes cuidados em Portugal. Tendo também conhecimento de outras pessoas que já fizeram o mesmo para outros problemas de saúde.

Entrevistado 2: “Acho que em Portugal todo o tratamento de dentes é muito caro”.

“Eu também tenho problema com os meus dentes (...), depois vou à Índia para tratamento.”;
“Mas tenho um amigo que tinha um problema de costas, na zona lombar. tinha muitas dores, foi às urgências do Hospital de Leiria, mas não mandaram fazer nada. Decidiu ir à Índia para realizar o tratamento.”

VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA

Os entrevistados referem que recorrem ao SNS só quando estão doentes, se os sintomas não aliviarem, mas só depois usarem a “Medicina Tradicional”/popular e à automedicação, acrescentam se a comida for boa eles não têm doenças. Assim, consideram que uma boa alimentação é a condição essencial para ter boa saúde.

Entrevistado 1: “A primeira coisa é eu se não estou doente, não vou ao centro de saúde”,

“Tomo chá indiano”; “Tomo paracetamol”; “Eu tenho cá a minha família há três anos, meu filho, minha filha, meu irmão e meu sobrinho e nunca foram ao hospital. Se comida é boa, não há doenças.”

“Não ter doença é comer comida boa.”; “O importante é a comida.”; “Acho que se houver uma boa comida, não há doenças.”

Entrevistado 2: “Alguma coisa eu bebo um bocadinho de chá.”; “Quando estou constipado eu faço chá e vapores”; “Por exemplo uma constipação é natural, ... mas se demorar muito tempo a melhorar, então vamos ao hospital. Se demorar mais de 3 dias a uma semana, não é normal e vamos.”; “Quando fico com diarreia, como bananas duas, três vezes e fico bem.”

“Porque na Índia a saúde é muito diferente. (...) Quando usamos os comprimidos, a medicina chamamos alopática. Na Ayurvédica nós utilizamos a alimentação, coisas naturais ou "cooking things".” “Ayurvédica nós preparamos os medicamentos através das plantas naturais. Na Índia somos muitos avançadas na Ayurvédica.”; “Mas quando não temos a alopática, usamos a Ayurvédica e a homeopática.”

Entrevistado 3: “As ervas fazemos algumas, esperamos um dia para ver se há melhoras, senão tem de se ir ao médico”; “Tenho febre e tomo comprimidos ibuprofeno”; “O importante é comer bem (...).”

Entrevistado 4: “Eu tenho uma dor de estômago e tomo medicação e também vou ao médico”

Os entrevistados recorrem aos serviços de saúde para os cuidados à grávida, pós-parto e criança (relacionado com o acompanhamento após o nascimento e a vacinação), sendo este muitas vezes o primeiro contacto que têm com o SNS. De salientar que também recorreram aos cuidados de saúde para a Vacinação para a COVID-19. No que respeita à vacina do COVID-19, estes foram vacinados para poderem viajar e trabalhar. Para eles, segundo um dos entrevistados (E2), as vacinas trazem elementos que são estranhos ao seu corpo e podem trazer problemas. Quanto às restantes vacinas do PNV só fazem a do tétano se estiverem expostos.

Entrevistado 1: “(...) Fui ao Centro de saúde quando a minha mulher estava grávida”; “Vou sempre quando o médico chama”; “Fiz três vacinas do covid.”

Entrevistado 2: “Os cuidados à grávida são bons”, “A vacinação para a COVID, foi precisa por causa de podermos viajar e até mesmo para trabalhar, e por isso tomei as duas doses”; “Porque não devemos colocar assim coisas no nosso corpo. Quando a vacina entra dentro do corpo há muitos problemas.”; “Para a vacina do Tétano só quando as pessoas estão a trabalhar com ferro, por exemplo, eu fui soldador. Só se acontecer alguma coisa”

Entrevistado 4: “Fui por causa das vacinas para o meu filho”; “Fiz a vacinas covid cá e a família fez na Índia.”

Quanto aos estilos de vida, dos 4 participantes, 2 realizam exercício físico (caminhadas/corrida). Os restantes não realizam, argumentando falta de tempo devido ao trabalho e às responsabilidades com a família, no entanto, ambicionam iniciar esta atividade, pois compreendem a sua importância para se manterem saudáveis.

Entrevistado 1 “faço ginástica todos os dias”; “Corro acho que sete quilómetros.”

Entrevistado 2 “Com o trabalho é difícil realizar exercício físico”; “no futuro espero conseguir ir ao ginásio ou começar a fazer exercício físico”

Entrevistado 3 “Não faço exercício físico”

Entrevistado 4 “Sim faço todos os dias de manhã.”

Dois dos entrevistados têm doença crónica (DM2), encontrando-se um deles (E1) medicado, mas não cumpre regime terapêutico, já que refere que pratica exercício físico e que não ingere açúcar, sendo suficiente para controlar as glicémias. O outro entrevistado (E4) encontra-se em avaliação, com registo de plano de dieta diário para melhor adequar os dados analíticos.

Entrevistado 1 “(Pergunta) toma medicamentos neste momento? Sim para a diabetes, mas não tomo sempre”; “Há 3 anos”

Entrevistado 4 ““(Pergunta) Tem o açúcar alto no sangue? Sim, agora está 109-110.” “Não tomo comprimidos, tenho que escrever o que como.”

FATORES TECNOLÓGICOS / VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA

A dificuldade em comunicar devido ao desconhecimento da língua portuguesa foi referida por todos os entrevistados como a primeira dificuldade quando chegaram a Portugal.

No entanto referem que os profissionais de saúde têm uma abordagem muito boa na prestação dos cuidados, falando o inglês. Muitos Indianos falam inglês dependendo se estudaram numa escola pública ou privada, quando estes só conhecem a sua língua nativa, tornando-se a comunicação muito difícil.

Uma forma mais fácil de conseguirem aprender a falar português é através dos portugueses com quem trabalham. Sendo importante também os cursos de Língua Portuguesa ministrados por uma escola na Marinha Grande e também na comunidade religiosa através da Igreja Batista.

Entrevistado 1: “Quando cheguei a Portugal eu só falava inglês. Problema é que não consegui arranjar o trabalho durante muito tempo, estive 1 ano à procura, por causa da língua.”; “Estive seis meses, na escola. Depois, eu sempre trabalhei com portugueses.”; “(...) aprendi mais no trabalho. Falava sempre com portugueses e aprendi.”; “Eu aprendi muita coisa na Igreja Batista.”

Entrevistado 2: “A comunicação é muito boa com os enfermeiros e médicos”; “Quando eu cheguei à Marinha Grande trabalhei com um português e por isso escolhi aprender o português. Também percebi que quando trabalhei na agricultura, só estava com indianos e isso é um problema para aprender português.”; “Agora eu contacto muito com a Igreja Batista, muitas pessoas falam português e ajuda muito para aprender a língua.”; “contacto com muitos amigos em português na Igreja Batista. Também aqui há horas para aprender português”.

Na Índia “temos a Escola Pública e a Escola Privada. Na pública aprendemos a língua nativa de lá, as várias línguas nativas. Na Escola Privada aprende-se então o inglês. Portanto estudantes da escola privada aprendem o inglês, da escola pública depende do seu historial familiar”

Entrevistado 3: “Primeiro encontro aqui que eu tive com profissionais de saúde foi em Santarém (...) Eles falavam em inglês, naquela altura não sabia nada de português. Só bom dia, boa tarde”; “Fiz cursos de 150 horas”.

Entrevistado 4: “Tive dificuldade quando cheguei, não falavam a minha língua e nem inglês.”

FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

Segundo os entrevistados estão presentes na comunidade Indiana residente na Marinha Grande 5 religiões: o Sikhismo, o Hinduísmo, o Cristianismo e o Islamismo. Os cristãos recorrem à Igreja Batista para praticar o culto, encontrando aqui apoio também a nível social. Os Sikh e os Hindus têm de se deslocar a Lisboa para a prática religiosa nas mesquitas, pois não existe nenhum local na Marinha Grande. As deslocações não são frequentes, no entanto realizam em casa as suas práticas religiosas.

Entrevistado 1 “Eu sou cristão, vou à Igreja Batista”; “Para os Sikh a Igreja é em Lisboa, aqui não há nada”; “São Sikh, Hindu ou muçulmanos.”

Entrevistado 2 “Eu sou Cristão e a família na Índia também. Agora eu contacto com a Igreja Batista”; “Eu não sou católico (...). Nós acreditamos na Santa Trindade. E aqui na Marinha foi difícil encontrar pessoas da religião Pentecostal e a mais próxima é a Evangelista”; “Portanto temos sikhismo, hinduísmo, budismo e Cristianismo.”; “Também existe comunidade muçulmana”

Entrevistado 3 “Eu sou Sikh”; “nós vamos no novo ano e depois tem um dia de Santos também”; (pergunta – e em casa fazem todos os dias?) - “Fazemos todos os dias, todos.”

Entrevistado 4 “Eu sou Sikh”; (Pergunta – e a prática da religião, onde realizam?) - “Em casa e em Lisboa – Odivelas. (Pergunta –Vão lá muitas vezes?) “Sim.”

Um dos entrevistados referiu que estão a tentar encontrar um local para a prática do culto, para os praticantes da religião Sikh, no entanto este tem de ter características específicas, como uma cozinha e um grande salão, já que é ritual oferecerem uma refeição a quem se desloque lá.

Entrevistado 3 “nós precisamos de cozinha também é importante. Porque a comida é grátis na nossa igreja, qualquer dia, qualquer noite e, portanto, nós precisamos da cozinha e precisamos um espaço para tivesse até mais 150 ou 200 pessoas.”

O ritual de iniciação do culto sikh é realizado em Lisboa, tendo de ser realizado nos primeiros 15 dias após o nascimento, segundo um dos entrevistados. Já no caso de morte, o ritual implica queimarem o corpo e levarem os ossos para um rio na Índia, onde todos são colocados independentemente da religião.

Entrevistado 3 “Quando o bebé está nasce, depois de 15 dias, tem de ir marcar com a nossa igreja”; “Eles utilizam uma faca, fazem uma pasta com açúcar, com ponta a dão para a boca da criança.”

Na morte

“Acho que demora 21 dias ou mais, quando a pessoa morre, nós esperamos para o queimar.”; “depois tem de esperar pelo corpo queimado quatro dias.” “esperasse pelas cinzas” “e colocasse no rio na Índia.”; “Quando uma pessoa morre levam para a Índia. E depois toda a gente vai ver a pessoa pela última vez”; “o filho ou filha tem de ir queimar”; “Independentemente da religião, todos fazem isso.”

FATORES RELIGIOSOS

Consoante a religião, varia também a *dieta*. Quem pratica sikhismo e o hinduísmo, adota a dieta vegetariana.

Entrevistado 2 “Se alguém for mesmo sikh, só comem vegetais, são mesmo vegetarianos.”; “Se são mesmo de origem sikh ou Hindu eles são vegetarianos”; “Eles não comem peixe nenhum, nem carne.”

Entrevistado 3 “A alimentação é a grande mudança aqui. Aqui, os portugueses não comem picante.”; “bebo um copo de chá com leite, quatro colheres de açúcar”; “Alguns são vegetarianos”; “Não comem carne nenhum e o resto é tudo igual”

Entrevistado 4 “Sou vegetariano, só como vegetais e ovos. Não como nem carne nem peixe.”

FATORES TECNOLÓGICOS/FATORES EDUCACIONAIS

A cultura tradicional e os conhecimentos sobre esta e outros assuntos são transmitidos pela família, de geração em geração, mas com as novas tecnologias e o acesso às redes de informação através da internet, muitos já procuram a resposta às suas questões sobre temas relacionados com a saúde/doença, através desta via. Quem tem oportunidade de frequentar a escola e ir para estudos superiores também tem acesso a informação.

Entrevistado 1 “aprendemos em casa, da vossa cultura aprendemos na escola”; “quando é alguma coisa de saúde o meu médico diz-me.”

Entrevistado 2 “Aprendemos das duas maneiras. Antes não havia oportunidade de ir à escola ou à universidade e era muito de mãe/pai para filho que se aprendia. Mas agora há estudantes e há acesso à internet que permite procurar, ler e explicar muita coisa. Eu aprendi muito com os pais, mas a escola também ajuda”; “Agora aprende-se dos pais, na escola e na internet.”

Entrevistado 3 “Eu sempre meto lá o Google e já tenho a informação que quero saber de saúde.”

Entrevistado 4 “Também se aprende na escola.”; “Vou ao telemóvel para saber e senão percebo faço a tradução também.”

VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA / FATORES RELIGIOSOS

Quem segue os dogmas da sua religião, seja esta qual for, considera o álcool um “tabu” e não tem hábitos etílicos, no entanto há os que ingerem bebidas alcoólicas, mas sabem que não é correto, fazendo-o em oculto, nunca em frente a familiares, sendo em segredo.

Entrevistado 1 “na minha família, ninguém fuma nem bebe. Sou único que bebe cervejas às vezes com amigos.”; “em frente à mãe e pai, não bebo, por causa da cultura”; “eu não bebo à frente da minha mãe e pai ou irmão mais velho, meu irmão não bebe à minha frente e eu não bebo à frente do meu irmão mais novo. Isso é sempre segredo”

Entrevistado 2 “Os que seguem mesmo as regras não podem beber.”

Entrevistado 3 “Não, não é muito hábito, mas só em festas”; “Em casa ninguém bebe”

Entrevistado 4 “Não bebo álcool”

FATORES ECONÓMICOS / FATORES PARENTESCO E SOCIAIS

Referem terem assistido à prática de grande especulação imobiliária na região da Marinha Grande com inflação dos preços. Habitam em casas arrendadas ou próprias todas com condições habitacionais e recursos essenciais para viver. Têm por hábito viverem em família alargada, pais, filhos, irmãos e até mesmo sobrinhos, todos na mesma habitação e ajudando os que chegam, arrendando-lhes um espaço.

Entrevistado 1 “Tenho uma casa e a família está toda junta”; “Tem 3-4 quartos 1 sala, cozinha, uma sala, casa de banho”; “É um T3.”; “já a comprei”; “eu e a minha família estamos juntos. Estamos 6 pessoas meu irmão, irmão, minha sobrinha.”

Entrevistado 2 “Apartamento.”; “T2”; “Agora não há casas para pagar renda, só para comprar.”; “a dificuldade foi arranjar casa”

Entrevistado 3 “T3 mais uma sala, uma cozinha?”; “Tenho duas casas”

Entrevistado 4 “3 quartos, 1 casa de banho.”; “Pago renda”

Quando chegam a Portugal, começam por trabalhar na agricultura em Santarém e na região do Alentejo. Já na Marinha Grande, trabalham nas grandes empresas de moldes, de vidro, de plástico, limpeza florestal entre outras indústrias. Um dos entrevistados tem um negócio próprio (E1), e um outro ambiciona ter no ramo da restauração, (E3). No entanto, a sua maioria trabalha por conta de outrem, referindo que o trabalho é duro e que não é fácil de encontrar.

Normalmente trabalham com pessoas da sua comunidade e referem ter todas as condições no trabalho, com acesso aos serviços de saúde ocupacional e às condições de segurança no trabalho.

As mulheres também trabalham se assim acharem necessário e quiserem. No entanto, quando são mães, ficam em casa a cuidar dos seus filhos e a gerir as necessidades da casa e da família.

Entrevistado 1 “estive 1 ano à procura, por causa da língua”; “Agora eu tenho três lojas. Abri uma nova Churrasqueira. Agora já tenho quatro lojas em Marinha Grande.”; “Quando eu trabalhei na Tecfil, durante três anos. Trabalhei na fábrica na Barosa de plásticos QPlásticos, 6 anos”; “trabalhei 1 ano num restaurante de frango, na Barosa.”; “depois eu comprei o kebab.”; “As mulheres mais novas trabalham. As mais antigas ficam com os filhos, fazem comida, limpeza de casa.”

Entrevistado 2 “Primeiro trabalhei a tirar erva da batata-doce. Trabalho muito duro”; “trabalhei nos campos há muita chuva e sol. Para mim foi complicado. Depois fui então para os armazéns, para o embalamento de cenoura e estive lá três anos e seis meses.”; “fábrica moldes, reparação de moldes”; “contrato é temporário”

Entrevistado 3 “Eu estou a trabalhar em matérias-primas, zona de plásticos, em empresa de injeção, na Maceira”; “primeiro emprego que tive foi na agricultura, Santarém”

Entrevistado 4 “Trabalhei num restaurante, 1 ano e depois vim para a MG, porque havia fábricas.”; “Trabalho numa fábrica na Vieira de leiria, sou soldador de ferro.”; “Contrato de 1 ano é renovado todos os anos.”. (pergunta) ”No seu local de trabalho tem acesso a consultas do Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho? Sim.”

FATORES ECONÓMICOS

Os entrevistados referiram que trabalham para auferir rendimento para viver e economizar para realizar futuros investimentos.

Entrevistado 1:“ trabalhei para depois guardar dinheiro e fui para a Alemanha, depois guardei dinheiro e vim a Portugal.”; “agora quero dar boa vida à família.”

Entrevistado 3: “Eu quero abrir uma empresa. Eu estou interessado num restaurante.”

Modelo Sunrise – Leininger

Valores Culturais e Modos de Vida

Recurso a serviços de saúde em casos de urgência ou quando a “Medicina Tradicional”/Popular não dão resposta aos sintomas.

Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtêm resposta no SNS em Portugal.

Perceção alterada do estado de saúde (Ter uma boa alimentação é sinal de saúde, recorrem ao SNS só em caso de doença)

Religião condiciona o regime alimentar e ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem.

Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, consomem, mas nunca em frente a familiares)

Adesão ao Plano de vacinação em Portugal para as crianças. Nos adultos só se expostos (especificamente no caso da vacina do tétano)

Comunicação comprometida

Fatores Religiosos

Locais de culto diferentes consoante a religião

Influência da religião sobre a saúde/doença.

Regime alimentar associado à sua religião.

Religião condiciona a ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem. Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, consomem, mas nunca em frente a familiares)

Fatores Políticos

Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços.

Conhecimento/Informação sobre os serviços de saúde transmitido por amigos, familiares (que estão em Portugal, entidade patronal ou Junta de Freguesia da Marinha Grande)

Tempos de espera elevados para acesso a cuidados de saúde (estratégia – recorrem: seguros de saúde, serviços de saúde privados e SU).

Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtêm resposta no SNS em Portugal.

Fatores Parentesco e Sociais

Rede de apoio inexistente ou fraca.

Família presente em Portugal, coabita na mesma casa

Fatores Económicos

Emprego precário, com contratos de trabalho (possíveis baixos salários)

Aquisição de habitação/quarto complicado (rendas altas ou Habitação inexistência)

Fatores Tecnológicos

Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)

Baixa comunicação (Língua)

Fatores Educacionais

Informação sobre saúde transmitida de geração em geração.

Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet).

Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos

Comunidade Indiana

Sistemas Populares

Enfermagem

Sistemas Profissionais

Preservação/Manutenção do cuidado cultural

Manter as ligações/vínculos com familiares/amigos
Sustentar tradições culturais, a prática da religião (com idas aos locais de culto)
Manter os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença

Acomodação/negociação do cuidado cultural

Recorrer ao Serviço de tradução telefónica, no acesso aos serviços de saúde
Procurar informação sobre o Sistema Nacional de Saúde em Portugal
Procurar informações sobre saúde
Diminuir como primeiro recurso ao sistema de saúde a idas ao SU
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 SU)
Promover o conhecimento em saúde sobre a adequação da gravidade da situação de saúde e os respetivos níveis de assistência em saúde em Portugal (evitando recorrerem ao SU)
Adquirir conhecimentos por parte dos enfermeiros sobre práticas de saúde de diferentes culturas (+ presentes na Índia)
Procurar conhecimento, por parte dos enfermeiros, sobre religião, cultura e hábitos (+ presentes na Índia)
Respeitar os hábitos culturais da comunidade
Promover uma prestação de cuidados em conformidade com a crenças culturais e valores dos utentes

APÊNDICE 14 – Consentimento Informado para Grupo Focal

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 Raquel Soares, Enfermeira Silvia Duarte; Professora Teresa Krause Professor Tiago Nascimento

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

Enquadramento: Somos enfermeiras a frequentar o 2º 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 dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

Será realizado 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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Silvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - 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 15 – Análise do Grupo Focal

ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

(Avaliação do nível de Empoderamento Comunitário da comunidade imigrante)

Enquadramento da temática

A percepção de que houve um aumento da população de imigrantes na Marinha Grande surgiu em 2019, associado à afluência desta comunidade ao centro de saúde. Com o COVID, associado à vacinação, compreendeu-se que realmente esta comunidade estava presente na Marinha Grande em grande número, existindo uma necessidade de análise dos determinantes de saúde desta comunidade para assim poder compreender melhor as necessidades desta comunidade para que esta tenha melhores cuidados de saúde.

DP - “E já em 2018 e 2019 nós tínhamos tido reunião na altura, com o presidente do Conselho clínico, no nosso ACES, porque já tínhamos verificado as dificuldades de acessibilidade na saúde dos imigrantes. Tínhamos verificado a quantidade de pessoas que estávamos a receber e que não estávamos preparados e pedimos uma reunião para tentarmos arranjar uma solução que até hoje vamos remediando. E então tem sido esta sempre foi uma área de grande preocupação, até porque há várias questões que envolvem. Depois colocam em risco a vossa saúde e a nossa saúde enquanto um grupo. E daí nós temos proposto esta área de trabalho, às colegas, quando elas começaram, quando elas vieram fazer o estágio.”

Criou-se um grupo de *stakeholders* para discutir esta realidade, tendo sido proposto às estudantes do mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública o desenvolvimento de um projeto que permitisse não só identificar o diagnóstico de saúde desta comunidade, assim como delinear intervenções que dessem resposta a este, segundo o planeamento em saúde.

Iniciou-se o grupo focal com as apresentações dos vários *stakeholders* presentes, tendo sido apresentados já alguns conhecimentos que cada elemento tinha associado ao seu contacto com esta comunidade.

Foram mencionadas problemáticas associadas a questões de saúde, alimentação, roupa, habitação, acessibilidade, alcoolismo e violência doméstica.

Nas questões de saúde, foi mencionado a falta de adesão ao regime terapêutico, mais precisamente às consultas de vigilância da doença

J – “Quando eu não vou às consultas, ela liga e diz "J tem hoje consulta" e eu digo "V, desculpa, eu vou outra consulta. Agora ela disse-me que ontem faltei. Ela controla sempre controla ou liga. Olha, J. hoje tu tens marcação, é que facilita.”

Ao nível da situação socioeconómica também já foi sentida pelos *stakeholders* presentes, referindo que têm pedidos de ajuda com necessidade de alimentação e roupa para os bebés e crianças e, atualmente, para adultos também, evidenciando que esta comunidade começa a necessitar de uma atenção. É referida a falta de oferta de trabalho dentro de áreas em que se pensa que normalmente esta população trabalha, como a agricultura. A Marinha Grande é uma zona industrial, com oferta de trabalho diferente, o que faz com que esta comunidade tenha de se adaptar a esta realidade.

EC – “O aumento desta população migrante e que é muitas vezes sem respostas a nós, tem sido as temáticas, as questões da saúde. Mas agora, nos últimos tempos, têm vindo as questões ao nível alimentar, ao nível da roupa, portanto. Ou seja, já são outras problemáticas que antes não eram manifestadas, mas que neste momento os próprios já nos procuram (...) A habitação é uma preocupação, mas de alguma forma eu penso que eles resolvem de alguma forma se arranjar, tentam arranjar. Por acaso ontem foi uma das questões ali no serviço. E eles quando fazemos a questão, quando questionamos sobre a habitação, às vezes em ligeiro, num âmbito de um atendimento normal, eles às vezes ficam retraídos porque eles sabem o que é que nós sentimos em relação à habitação”.

C.:” Alimentação? E que o leite artificial, por exemplo.”

EC: “Por exemplo, e já não é só para o bebé, é também para eles.”

Dr C: “Mas isso significa que não tem emprego?”

EC: “Sim, também e outros recursos económicos baixos. Eu acho que esta é uma questão que antes não era visível, mas que neste momento já é visível. E procuram mais. Eu acho que é visível porque procuram mais e porque é uma realidade efetiva. E até mesmo quem é que procura mais? Por exemplo, os agricultores, ou seja, pessoas que que anteriormente não tinham uma profissão ligada às empresas.”

J: “Também não há agricultura sempre. Trabalho nesta área sempre em maio, julho e agosto. Depois de julho agosto, não há trabalho na agricultura. A agricultura também eu não preciso de trabalho, faço outras coisas. Eu arranjo trabalho para muitos indianos que não têm trabalho. Eu tenho quatro lojas. Eu não tenho tempo. Hoje tenho 8 pessoas a trabalhar. Quando alguém não

tem comida e não consegue pagar a renda, eu arranjo trabalho para indianos, para eles pagarem renda e ter leite para os filhos. Sempre quando come kebab, se tem dinheiro paga, senão tem dinheiro pode comer e paga depois quando tiver trabalho.”

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Esta dimensão trouxe alguma discussão sobre o envolvimento da comunidade imigrante na problemática em análise. Chegou-se a considerar o depoimento 2 porque a percepção presente era que ainda não existia uma participação da comunidade em que os membros participem nas decisões. No entanto, ao considerarem o trajeto realizado até ao momento, com várias intervenções na comunidade associadas a problemas que foram identificadas (violência doméstica, alcoolismo) e com o início deste projeto, foi possível determinar que os membros da comunidade já iniciaram este processo, tendo assim sido escolhido o **depoimento 3** da EAVEC.

AL: “Existe realmente um grupo de várias entidades da comunidade envolvidas na discussão e na implementação de medidas para melhorar quer o acesso à saúde, quer. A percepção que esta comunidade tem em relação à questão da doença da saúde. Eu acho que este trabalho que está a começar está a ser feito, envolve a comunidade, mas efetivamente a comunidade imigrante não foi envolvida ainda no processo. Neste processo, eu bocado falei da reunião dos vários stakeholders e se calhar é isso que nos falta. Mas também era isto que nos faltava para passarmos, para darmos esse passo. Portanto, é por isto que eu digo que é o três”.

EC: “Eu também acho que sim. Eu acho que de alguma forma eles já foram envolvidos, mas ainda não tomam.”

AL: “Decisões e não planeiam. Isso é realmente uma coisa extremamente importante.”

EC: “Eu acho que o objetivo é chegar lá, não é? Exato. Isto é o caminho.”

AL: “Eu consideraria nos dois, até porque nós temos experiências anteriores do ponto de vista da saúde, em que a atitude face à doença saúde foi muito trabalhada, não de uma forma alargada, mas com situações específicas que nos apareceram e que têm a ver até com os valores culturais que são atribuídos a determinadas problemáticas de saúde. Comparativamente, Índia e Portugal, estou a falar, por exemplo, do alcoolismo, por exemplo. Estou a falar da violência doméstica, por exemplo. São áreas que nós já trabalhámos antes e, portanto, que envolvemos a

comunidade, mas numa perspectiva de tratamento ou de prevenção e numa perspectiva de de. De tomar.”

RF: “Especificamente relacionado com a saúde? Em relação às pessoas com quem nós convivemos, podemos dizer que é três, porque tem havido bastante interação, mas. Mas não somos nada, porque somos muito pequenos. Portanto, aceito o três na base das nossas pequenas experiências.”

CAPACIDADE DE AVALIAÇÃO DO PROBLEMA

Durante a avaliação desta dimensão, foi referido que a procura de ajuda provém muitas vezes de grupos específicos, como grávidas ou casal com filhos. Enquanto adultos esses pedidos não acontecem, tendo sido associada à cultura presente nesta comunidade.

EC: “Mas, por exemplo, aqui, em relação da minha pouca experiência, a saúde é mais procurada por alguns grupos. Por exemplo, estou grávida, preciso de ajuda. Para onde é que eu devo de ir? Ou tenho filhos? Qual é a escola? Qual é a melhor escola? Agora, adultos, por exemplo, é uma questão que não é habitual, portanto, a questão da saúde. De um modo geral, por esta comunidade e se calhar por questões culturais, não será identificada como uma problemática.”

Outro assunto foi relativo à vigilância em saúde, onde existe a percepção de que não é dada importância e este fator, relacionado com a cultura e as crenças presente na comunidade indiana.

AL: “Olha eu aqui, se me permitem, diria também que uma das coisas que temos identificado na saúde é que uma ausência da percepção da importância, por exemplo, da vigilância de saúde, não é. Mesmo em relação às grávidas e às crianças. Ou seja, realmente recorrem à saúde porque precisam dos cuidados, mas não têm esta percepção da importância da vigilância, da promoção da saúde. É um recurso mais como reação a uma necessidade identificada no momento. Isto também pode ser o choque cultural que tem a ver com os hábitos em termos de saúde no país de origem e os nossos, que têm aqui já os cuidados primários com esta. Com a implementação deste modelo de prevenção e promoção da saúde. Essa ausência de percepção da necessidade de fazer uma vigilância de saúde em determinadas idades chave, quer sejam das crianças, quer sejam das grávidas.”

Esta ideia acaba por ser contraposta por um dos intervenientes indianos, mas dirigindo para os cuidados à mulher grávida, onde são garantidos os cuidados de vigilância. Refere mesmo que os cuidados na Índia são bons, já que os acessos aos serviços de saúde, em caso de urgência,

são rápidos ao contrário do que se vive em Portugal. De um modo geral, foi abordado como a diferença ao nível do acesso aos cuidados de saúde, onde na Índia é mais rápido e eficaz, enquanto em Portugal existem longos períodos de espera. Aqui, a comunidade indiana vê uma resposta nos seguros de saúde e no privado para obter uma melhor e rápido acesso aos cuidados de saúde.

Referem até que existe conhecimento sobre como aceder aos serviços de saúde, mas, devido à falta de resposta associada aos tempos de espera e a todo o processo de acesso aos cuidados de saúde, que acabam por recorrer às farmácias ou às suas “mesinhas”.

A: “Sim, na Índia há consultas para grávidas, enfermagem e quando uma pessoa está doente. Lá é mais rápido. Sim, a emergência é rápida. Aqui não. Aqui espera, espera.

T: “E aqui muita gente e desde aqui a não desconta valores na segurança social. Até agora não tenho consulta desde 2021, 2022. Não há consultas. Quando eles vão aqui no centro de saúde não há. Tem que ir pagar 35 ou qualquer valor, mas tem que esperar pelo médico. Então eu acho que é melhor é para ir a privado para pagar 35 €. E é bom.”

T:” Não sei. Não podem pagar no centro de saúde o valor 34 €- 50. É melhor pagar 30 fora no privado então se espera até às 20h00. Quando uma pessoa está doente desde 08h00.”

T: “Toda a gente sabe como é que a Saúde trabalha, mas a única coisa é que quando nós chegamos lá, não há número de saúde e toda a gente volta para trás. Vão à farmácia, compram qualquer coisa.”

Na Índia, o sistema de saúde acaba por ter mais oferta ao nível do privado, com pequenos consultórios com médico e enfermeiro, onde recorrem a cuidados de menor urgência. Quando existe uma urgência, deslocam-se então ao hospital, para obter outra resposta.

J:”Numa cidade pequena há consultas com médico, se 2-3 dias não melhorar vai ao Hospital.

Fica evidente que eles só recorrem aos serviços de saúde quando têm sintomas ou estão realmente doentes.

DP: “Fazemos rastreios, ou seja, o que é que é? São alguns testes. A pessoa que está saudável para identificar os problemas que possam estar a surgir, que ainda não há sintomas, que tipo de rastreios é que fazem na Índia preventivos? Se tem algum a mama, a mulher faz a faz exame a mama sim, faz uma, faz uma mamografia ou uma eco mamária. Na Índia também fazem?”

J: “ fazemos exames quando tem um problema.”

Depois de muita discussão, chegou-se à conclusão de que o **depoimento 2** se adequava.

LIDERANÇA LOCAL

Iniciou-se a discussão com a questão se existia um líder na comunidade ou uma organização que acabasse por fazer de interlocutor entre os vários elementos da comunidade indiana e a Marinha Grade.

Compreendeu-se que tal não existia. Nem um interlocutor nem uma organização. A ajuda que surgia encontrava-se associada a uma rede de conhecidos ou amigos, que acabavam por ajudar a encontrar respostas para os problemas, como recorrer aos serviços sociais ou de saúde para saberem como proceder em todo o processo de aquisição de documentos ou de respostas para as necessidades de saúde.

J: “Quando alguém chega à Marinha Grande, perguntam e eu ajudo.”

AL: “Mas há mais alguém, Mais alguém grande também ajuda? Não há uma organização?”

J: “Não. Se eu conheço ele, a família. Ele foi ter comigo e eu ajudei há 5 anos. Agora ele tem aqui trabalho, a irmã, pai e mãe.”

RF: “Portanto, não, nós começámos as aulas em março, mas o nosso apoio a indianos e vem muito atrás. Já lá vão muitos anos. E então, o que é que nós temos feito? Eu posso dizer que eu que tenho ido à Consulta de gravidez. Depois de primeiras consultas temos ido ao registo civil ajudar a registar crianças (...). Que precisavam da nossa ajuda nesse aspeto ...) nós fazemos essa informalmente, mas fazemos essa integração. Em relação aos certificados de residência, nós não apoiamos quem não conhecemos. Portanto, as pessoas que frequentam durante algum tempo as aulas ou a igreja. E então, a partir daí. Então temos vindo à Junta de Freguesia. Portanto, fazemos um trabalho que equivale a isto a integração. E tem muito a ver com a saúde, curiosamente. Eh. Mas informalmente. E é para meia dúzia de pessoas.”

EC: “Eu não consigo identificar nenhuma organização com líder para isso. Identifico, se calhar três ou quatro pessoas indianas que se que acabam por ser uma referência para os próprios indianos. Mas ao que me parece e daquilo que eu tenho vindo a Noto ali é que será para estas situações. Ou seja, não é efetivamente um líder.”

Decidiu-se então escolher o **depoimento 1**.

ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS

Esta dimensão não teve muita discussão, chegando-se rapidamente à resposta, no **depoimento**

1. Referiram que apesar de existir uma organização que tem uma ligação com esta comunidade, não se enquadra nos depoimentos presentes nesta escala.

RF: “Mesmo falando por nós, é informal, não é? Eu não estou a representar a Igreja Baptista. A nossa experiência lá. Pronto e com calma. Como se lembra no passado de outras iniciativas que tivemos.

AL: “Fizemos e fazemos.”

RF:“(…) não, não, não como estrutura, para mim.”

MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

O **depoimento** decidido foi o **3.**

AL: “(…) houve efetivamente um aumento dos recursos existentes do ponto de vista da saúde e outros.”

AL: “(…) eu acho que é o três, sendo que, nomeadamente ao nível da saúde, foi criada uma resposta de saúde. Mais específica para a comunidade imigrante e foram acionadas respostas até a nível social na comunidade da Marinha Grande.”

EC: “foram criadas para a comunidade geral maior e a indiana, de alguma forma, todas elas têm vindo a aumentar recursos”; “Quer para a comunidade indiana, para eles próprios e quer nós, quer eles próprios para fora”.

J: “Só foi há 15 anos, só existia uma loja que vendia produtos indianos. A comida indiana agora são cinco.”

EC: “E acho que muitas vezes a comunidade indiana não recorre. Não recorre a outros, por exemplo, não questiona tanto porque há aqui outras questões. Por causa da legalidade e então, às vezes terceiros que não fazem muito sentido, mas que eu consigo entender e se calhar por isso é que não recorrem porque têm medo.”

AL: “(…)eu por acaso agora vou partilhar aqui uma apreciação que eu tenho há bocado, quando falavas que havia mais pessoas a pedir roupa. O que eu sinto é que há uns anos a comunidade indiana tinha medo e vergonha de pedir. Não pedia. Com esta abertura dos serviços, quer sejam

da saúde às juntas e com esta, o facto de nós desconstruirmos um bocadinho esta questão de que o facto de ir pedir a saúde não implica que tenha aqui um processo qualquer relativamente à sua legalidade ou não de estar no país, também abriu aqui o caminho para que estas comunidades recorram mais aos serviços. Não tem.”

EC: Às vezes parece que se perde. Há ali um bocadinho, mas por exemplo, ao nível do trabalho. Se formos ver, há muitos indianos a trabalhar com indianos. Sim. Ou seja, eles próprios, exatamente eles próprios. Também é um recurso, não é? E eles partiram esse recurso. O que eu acho é que lá está. Daí eu considerar que sim.

LIGAÇÕES A OUTROS

O grupo após discussão decidiu o **depoimento 2**.

Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, no entanto são ligações que não são interdependentes e não são formais. Sendo ligações destinadas para um propósito e momento, sendo, no entanto, necessário desenvolver.

DP: “E a minha dúvida é se essas ligações porque têm só um carácter mais informal e que foram dando resposta e se tem propósitos bem definidos. Quer dizer, o propósito geral, mas a um nível muito informal.”

AL: “(...) não são ligações interdependentes, não são ligações formais.”

EC: “(...) bom para aquele propósito e para aquele momento. É necessário desenvolver.”

A: “(...) primeira dificuldade é a língua. Muitos indianos não têm educação, estudos. Querem ter uma atividade e não podem por causa da língua. Aqui todas as mulheres não têm trabalho. Quando sabem português querem trabalhar.”

EC: “Mas eu acho que a barreira, efetivamente, a barreira linguística, ela existe e é um facto. E apesar de termos muitas respostas na comunidade, eu posso vos dizer agora há várias. Portanto, temos e nós encaminhamos muitas vezes e há muitos que não. Mas depois disso que eu vou dizer até pode parecer mal, mas às vezes parece que também há uma certa resistência cultural.”

EC: “Por exemplo, já estivemos muitas mulheres ali que procuram trabalho, muitas vezes sozinhas, porque não é muito habitual as mulheres irem sozinhas falar connosco, mas já se nota essa diferença. Portanto, já vão e já nos pedem trabalho. Mas há muitas que também têm estratégia, que é põem logo o tradutor e nós nem precisamos de falar inglês. Falamos o

português e traduz e pronto. Mas depois, no grupo, quando estão a trabalhar e às vezes também nós, às vezes a barreira linguística também depende. Não é só o é. Não é só a barreira ou a barreira linguística existente. Às vezes.

EC: “Cultural. E, portanto, não será só a questão da língua, também cultural.”

HABILIDADE PARA “QUESTIONAR PORQUÊ?”

Foi decidido como mais adequado o **depoimento 1**.

Não são realizadas discussões em grupo, com a comunidade, para questionar o assunto da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.

A comunidade Indiana não tem um local fixo para se reunirem. Surgem grupos de amigos no qual discutem, falam sobre assuntos relacionados com a sua vida quotidiana. Na Marinha Grande quem tem a religião sikismo não tem um local para realizar culto, têm de ir a Lisboa. Existiu num local um encontro desta comunidade religiosa, no entanto não acontece com frequência.

T: “Existem dois, nos juntamos aqui às vezes no Parque da Cerca, porque não há nenhum lugar para ter reuniões.” “ (...)sobre as coisas que acontecem e às vezes problemas na Marinha Grande, às vezes problemas à casa”

AL: “Não é nada organizado. Um grupo de amigos, não é?”

Surge nesta dimensão novamente a questão do acesso aos cuidados de saúde, onde os imigrantes presentes demonstram a falta de conhecimento relativo ao acesso aos cuidados de saúde, mais precisamente dos direitos que esta população tem e de que forma devem aceder aos cuidados.

AL: “A questão é os cuidados a crianças e grávidas são gratuitos de acordo com a nossa legislação. Os cuidados a adultos têm de pagar a taxa porque não têm acordos de cooperação em saúde. Pronto. Enquanto não conseguem, sempre.”

J: “(...) eu tenho uma mulher indiana chegou cá quando estava grávida de sete meses. E ela não tem passaporte, nem contribuinte e segurança social. Pois primeiro ela vai lá e não atende, sabe.”

GESTÃO DE PROGRAMAS

Foi realizada a discussão e ficou decidido o **depoimento 1**.

Foi unanime para todos os elementos que existe o início de um projeto a ser desenvolvido por um agente externo à comunidade, o projeto agora denominado ENGAGE, no entanto não existe uma discussão e intervenção com a comunidade indiana.

Ana Laura: Existe efetivamente (...) porque de facto este é um programa, a não ser o que estamos aqui a fazer hoje (...) ainda não está em discussão com a comunidade indiana. Portanto, e nesse sentido, é um, existe, mas não está em discussão.

RELAÇÃO COM OS AGENTES EXTERNOS

Ficou 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.

AL: Falta-nos esta questão de as tomadas de decisão conjuntas não existem efetivamente. discutem, mas não tomam decisões. As decisões não são tomadas em conjunto. As situações que não são excluídos não é agora na tomada de decisão. Efetivamente, isso não. Ainda não chegámos lá

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.

Dimensão da Escala EAvEC	Depoimento escolhido	Justificação
Participação comunitária	3 – Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades como trabalho voluntário	Ao considerarem o trajeto realizado até ao momento, com várias intervenções na comunidade associadas a problemas que foram identificadas (violência doméstica, alcoolismo) e com o início deste projeto, foi possível determinar que os membros da comunidade já iniciaram este processo.
Capacidade de avaliação do problema	2 – A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação	<p>A procura de ajuda provém muitas vezes de grupos específicos, como grávidas ou casal com filhos. Enquanto adultos esses pedidos não acontecem, tendo sido associada à cultura presente nesta comunidade.</p> <p>Não é dada grande importância à vigilância em saúde, relacionado com a cultura e as crenças presente na comunidade indiana, principalmente nos adultos. No caso das grávidas e crianças são garantidos os cuidados de vigilância.</p> <p>O acesso aos cuidados de saúde na Índia são bons, com resposta rápida, existindo uma maior oferta de serviços privados (clínicas ou pequenos consultórios médicos). Quando existe uma urgência, deslocam-se ao hospital</p> <p>Em Portugal, o acesso aos serviços de saúde é difícil, com elevados tempos de espera, o que os leva a recorrer a farmácias ou às “mesinhas”. Outra resposta, para os que têm possibilidade, têm seguros de saúde.</p>
Liderança Local	1 – Algumas organizações comunitárias sem líder	Não existe um interlocutor nem uma organização que tenha um líder. A ajuda que surgia encontrava-se associada a uma rede de conhecidos ou amigos, que acabavam por ajudar a

		encontrar respostas para os problemas, como recorrer aos serviços sociais ou de saúde para saberem como proceder em todo o processo de aquisição de documentos ou de respostas para as necessidades de saúde.
Estruturas organizacionais	1 – A comunidade não tem estruturas organizativas, tais como conselhos ou comissões.	Foi referido que apesar de existir uma organização que tem uma ligação com esta comunidade, não se enquadra nos depoimentos presentes nesta escala.
Mobilização de Recursos	3 – A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados	Este é um fator que tem vindo a aumentar e a ser melhorado com o aumento da perceção das necessidades que esta comunidade tem. Colocada em questão a posição legalidade/medo influenciar o pedido de ajuda. Esta questão, no entanto, já foi desmistificada através da divulgação de informação sobre as regras de recolha de recursos necessário. A comunidade indiana começa também a ter mais conhecimentos sobre onde existe a oferta e como os mobilizar.
Ligação a outros	2 – A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, no entanto são ligações que não são interdependentes e não são formais. Sendo ligações destinadas para um propósito e momento, sendo, no entanto, necessário desenvolver. É colocada a língua como barreira para o desenvolvimento desta dimensão.
Capacidade para “questionar o porquê”	1 – Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos na comunidade	A comunidade Indiana não tem um local fixo para se reunirem. Surgem grupos de amigos no qual discutem, falam sobre assuntos relacionados com a sua vida quotidiana, de forma informal. Os grupos existentes encontram-se relacionados com a sua religião e sua prática. Na Marinha Grande, quem tem a religião sikhismo não tem um local para realizar culto, têm de ir a Lisboa. Existiu num local um encontro desta comunidade religiosa, no entanto não acontece com frequência.

		Aqui, surge novamente a questão do acesso aos serviços, demonstrando que não existe conhecimento sobre os procedimentos para o acesso ao número de utente e os direitos que têm como imigrantes neste aspeto.
Gestão do Programa	1 – Por agente	Foi unanime para todos os elementos que existe o início de um projeto a ser desenvolvido por um agente externo à comunidade, o projeto agora denominado ENGAGE, no entanto não existe uma discussão e intervenção com a comunidade indiana.
Relação com agentes externos	2 – Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação 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 a atitude Face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, está representado a seguidamente:

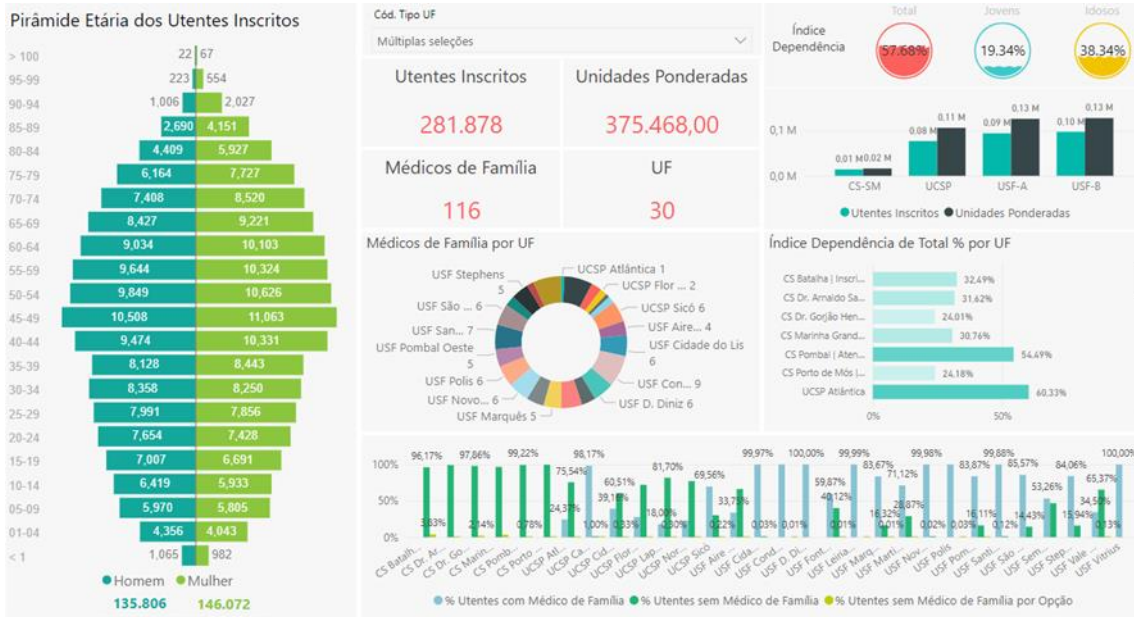


Fonte: Da própria

ANEXOS

ANEXO I – Área Geográfica do ACeSPL

ANEXO II – Número de utentes inscritos na USP Pinhal Litoral



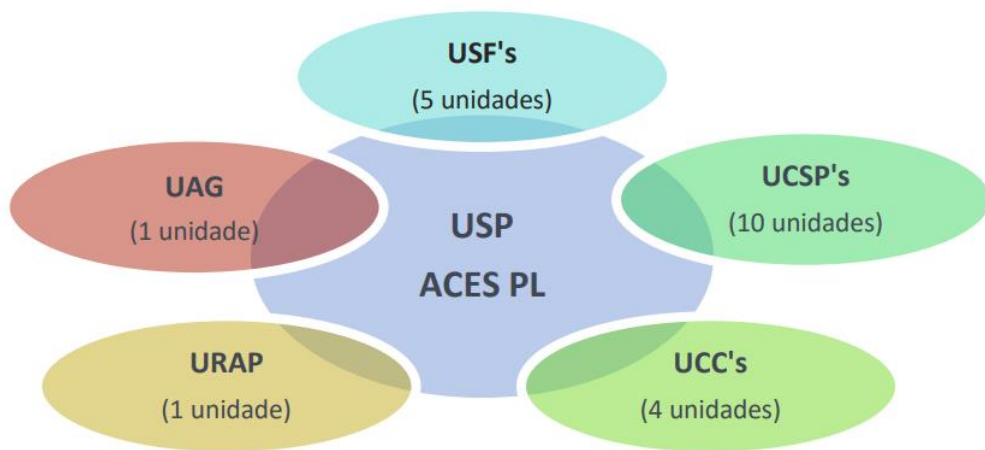
Fonte: SPMS (2024)

ANEXO III– Plano de Ação da USP PL

Área	Programas/Projetos
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Vigilância e Controlo das Doenças transmissíveis de Declaração Obrigatória. Programa Nacional Vacinação
SAÚDE AMBIENTAL	Vigilância de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas Alimentação segura e saudável: Qualidade Alimentar nos Estabelecimentos de Educação e Ensino e de Apoio Social, Estratégia minorsal.saúde – sopa.come, vigilância de Estabelecimentos de Fabrico de Pão e Óleo.vitae Vigilância da Qualidade das Águas de Abastecimento Público Vigilância Sanitária de Piscinas e Recintos com Diversões Aquáticas Vigilância das Zonas Balneares e Estabelecimentos Termais: Qualidade das zonas balneares, costeiras, de transição e Interiores; Qualidade dos estabelecimentos termais Vigilância dos Estabelecimentos Comerciais e Prestação de Serviços Vigilância dos Estabelecimentos de Apoio Social Vigilância dos Estabelecimentos de Educação e Ensino Escolas sem Ruído – 2ª fase Gestão de Resíduos Gestão de Pareceres, Vistorias e Reclamações
PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE	Consulta de Medicina do Viajante Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNSO) Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Plano Sazonal: Verão e Saúde e módulo Inverno Centro de Atendimento de Adolescentes e Jovens Programa Nacional de Prevenção de Acidentes Programa de prevenção da Infecção VIH/SIDA Prevenção de maus tratos em crianças e jovens Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância DARE+ Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares Cuidar pelo Bem-Estar A/ICE - Alimentação Inteligente em Casa e na Escola Estratégia Nacional para a integração das Comunidades Ciganas
PLANEAMENTO EM SAÚDE	Observatório Local de Saúde: Perfil de Saúde do ACES PL Núcleo de Planeamento do ACES PL: Plano de Desempenho do ACES PL Grupo de Planeamento da USP Conteúdos - eBoletim informativo da USP Pinhal Litoral
AUTORIDADE DE SAÚDE	Avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência Execução das competências da Autoridade de Saúde não incluídos em programas específicos Programa promoção da Saúde Ocupacional
OUTROS	Centro de Diagnóstico Pneumológico Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) Plano estratégico do Baixo Carbono

Fonte: ACeS PL (2016)

ANEXO IV – Articulação da USP PL com outras Unidades Funcionais



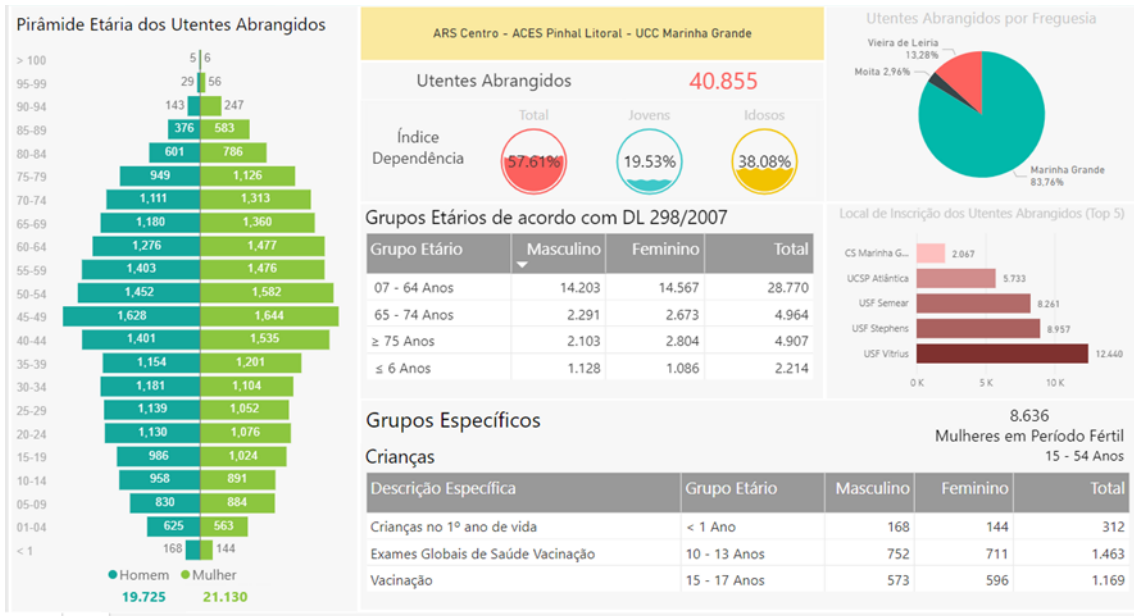
Fonte: ACeS PL (2016)

ANEXO V – Área Geográfica do Concelho da Marinha Grande



Fonte: Wikipédia (2023)

ANEXO VI – Número de utentes da área de abrangência da UCC MG



Fonte: SPMS (2024)

ANEXO VII – Carteira de Serviços da UCC MG

Programa/Projeto	Nº Horas semanais afetas	Nº Horas semanais previstas	População alvo
Vamos Nascer (preparação profilática para o parto, recuperação pós parto; hidroginástica para grávidas e workshops parentais; aconselhamento amamentação)- e enfermeiras	46	46	Grávidas, puérperas e famílias
Promoção Saúde Infantil e juvenil; (PL Seguro , PIOI, consulta de adolescentes)	2	8	Crianças dos 0 aos 18 anos menos 1 dia com intervenção em: consulta de Enfermagem para adolescentes
SNIPi	13	13	Crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento referenciados ao SNIPi
NACJR (2 enfermeiras)	2	2	Famílias de crianças e jovens referenciados ao NACJR, incluindo grávidas , cujo técnico gestor é da equipa da UCC
CPCJ (restrita e alargada)	10	10	Crianças e jovens com processo na CPCJ
EPVA (2 Enfermeiras)	2	2	Utentes referenciados à equipa EPVA cujo gestor de caso é o técnico da UCC
Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais	3	3	Cuidadores informais referenciados para o projeto
Rede Social e Núcleo executivo	2	2	População da Marinha grande
NLI	7	7	Utentes com contrato RSI
Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos	7	7	consultas e visitas domiciliárias a utentes referenciados: Saúde Mental, GRT, etc..
Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE; outros)	18	18	Alunos do parque escolar da Marinha Grande (cerca de 6000) e restante comunidade educativa.
Diabetes em movimento	7	7	Utentes diabéticos tipo 2 referenciados ao projeto
Projeto Marinha sem quedas	3	3	Idosos da Marinha Grande referenciados pela sua unidade funcional para o programa
ECCI	96		Utentes referenciados na plataforma RNCCI
Projeto de formação	2	2	Profissionais de saúde

Fonte: UCC MG (2023)

ANEXO VIII – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EA_vEC)

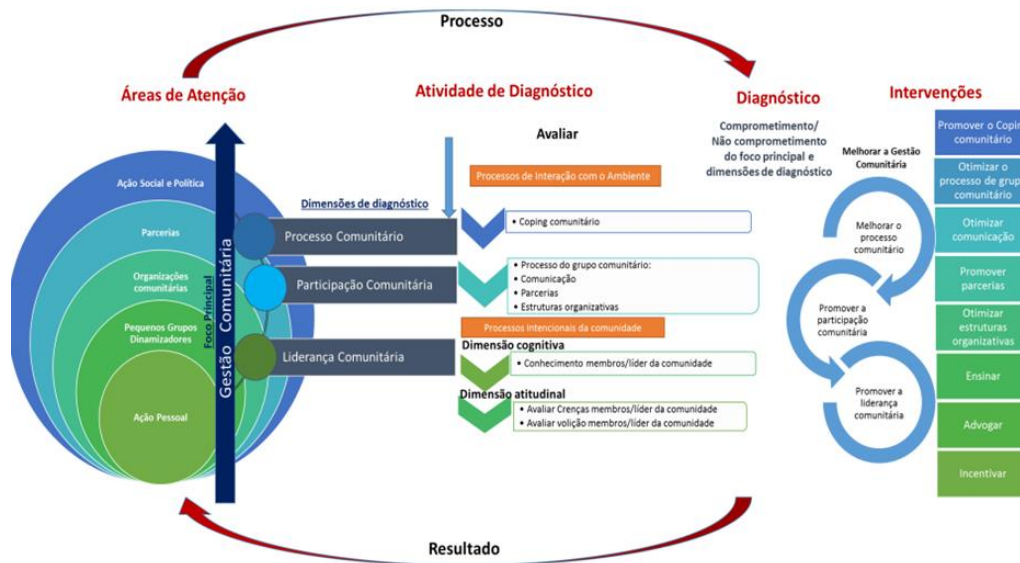
ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EA_vEC) (Melo et al., 2020)

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar em atividades e reuniões na comunidade	Os membros da comunidade participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos.	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e implementação de projetos sobre atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação da problemática: atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde desenvolvida pela comunidade.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação do estado de arte da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar a problemática da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Não existem organizações comunitárias, que envolvam toda comunidade relacionada com atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	Existe pelo menos uma organização comunitária que junta toda a comunidade. Esta organização, contudo, não tem identificado um líder.	Existe pelo menos uma organização comunitária que junta toda a comunidade, aqui representada e funciona sob liderança.	O líder está a desenvolver iniciativas com o suporte da sua organização. O líder necessita de treino de competências.	O líder tem iniciativa total. Organização em suporte total. O líder trabalha com grupos externos para ganhar recursos.
Estruturas organizacionais	Considerando a comunidade aqui representada, não existem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	Estruturas organizativas foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Existe mais do que uma estrutura organizativa ativa. As estruturas têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas estruturas organizativas estabeleceram ligações umas com as outras dentro desta comunidade.	As estruturas organizativas estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos 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.

Domínio	1	2	3	4	5
Ligações a outros	Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, nesta comunidade.	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 desta comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento desta comunidade baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade.
Habilidade para “questionar porquê”	Não são realizadas discussões em grupo, com a comunidade, para questionar o assunto da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o assunto: a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde na comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.	Foi criado um grupo para a comunidade. Este tem a capacidade para refletir na atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções relacionadas com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
Gestão de programas	Não há (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, desenvolvido por esta 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 entre comunidade. Papéis 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.
Relação com agentes externos	Não existem políticas, finanças, recursos partilhados na comunidade e avaliação de programas relacionados com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, ou existem agentes externos à comunidade no controlo das mesmas.	Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão desta comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	Agentes externos e a comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.	A comunidade toma decisões com o suporte de agentes externos. 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: Adaptação de Melo, et. al. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446

ANEXO IX – Matriz de decisão clínica do MAIEC



Fonte: Melo (2020)

ANEXO X - Encontro Enfermagem CHL

De: Daniel Carvalho <daniel.carvalho@chleiria.min-saude.pt>
Date: domingo, 8/10/2023 às(s) 22:41
Subject: Comunicação no XVII Encontro de Enfermagem do CHL
To: Raquel Soares <raquel.pires.soares@gmail.com>

Cara Colega

Em nome da Comissão de Investigação do XVII Encontro de Enfermagem do CHL venho por este meio informar que o trabalho por si submetido foi **aceite** para comunicação.

Caso tenha indisponibilidade em algum dos períodos definidos para realização de comunicações deve informar-me até ao final do dia 9, segunda feira para que se tenha em conta essa situação a quando da distribuição das comunicações.

Durante o dia 10, terça-feira serão informados do horário em que decorrerá a comunicação.

Caso ainda não se tenham inscrito no encontro devem fazê-lo até ao dia 11, quarta-feira. Como neste momento as inscrições através do link já estão fechadas a mesma deve ser feita no GEFOP.

Por último relembro que os documentos da apresentação/poster devem ser enviados até ao final do dia 11 para gefop@chleiria.min-saude.pt e daniel.carvalho@chleiria.min-saude.pt

Ao dispor para qualquer esclarecimento

ANEXO XI – Certificado de Palestrante Encontro Comemorativo do 10º Aniversário da UCC da Marinha Grande

10 ANOS

EM PROXIMIDADE

CERTIFICADO

Declara-se para os devidos efeitos que **Silvia Margarido**, proferiu a conferência “*Engage - Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande*” na mesa com o tema “Em proximidade” realizada no dia 23 de fevereiro de 2024 no âmbito do Encontro Comemorativo do 10º aniversário da UCC da Marinha Grande subordinado ao tema “10 anos em proximidade”.

Marinha Grande, 13 de março de 2024

PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Diana Baird

ANEXO XII – Email de Comunicação Livre no V Encontro da AUCC

Congresso AUCC | Resultado de submissão > Caixa de entrada x



Eventos AUCC
para mim ▾

quinta, 7/03, 15:25 ☆ 😊 ↶ ⋮

aro(a) autor(a):

A comissão científica vem por este meio informar que o resumo submetido para o V Congresso da AUCC **foi aceite para comunicação livre**.

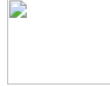
Agradecemos a sua participação e esperamos poder contactar com a vossa presença no evento e novas submissões de resumos nos próximos anos.

Ao dispor.

Atenciosamente,

--

A Comissão Científica V Congresso AUCC



Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade
Uma associação em prol da comunidade!
NIPC: 513554360
Contacto: 932015530

ANEXO XIII - Ação de Formação “1º Fórum da Unidade Local PPCIRA do ACeS PL”

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

CERTIFICADO

Certifica-se que:

SÍLVIA MARIA MARGARIDO DUARTE

Participou na ação de formação “1º Fórum da UL PPCIRA ACES Pinhal Litoral” promovido pelo ACES Pinhal Litoral, que se realizou no, no dia 16 de novembro de 2023, das 08h30 às 16h30, com a duração total de 7 Horas.

Leiria, 21 de novembro de 2023

O Diretor Executivo

Assinado por : **MARCO ALEXANDRE SANTOS DAS
NEVES**
Num. de Identificação: 10341256
Data: 2023.11.27 10:41:40+00'00'

