



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária: Área
de Enfermagem Saúde de Comunitária e de Saúde Pública

Daniela Filipa Cação Caldeira

Leiria, março 2025



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

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

Integra-TE: Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante

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

Mestrando: Daniela Filipa Cação Caldeira

Estudante nº 5230043

Docente Orientador: Professora Doutora Eva Menino

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

Leiria, março 2025

“As maiores conquistas foram conquistadas, nas que se diziam impossíveis”.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado foi um grande desafio, mas pude encará-lo com a ajuda de várias pessoas que me incentivaram e nortearam ao longo do caminho. Graças a esse apoio, fui capaz de desenvolver uma grande persistência, e é a essas pessoas que agora expresso o meu sincero OBRIGADA.

À Tânia Luís, colega do mestrado, que esteve em todas as etapas deste meu sonho, mas sobretudo, por todos os momentos de amizade e companheirismo. Agradeço diariamente o seu apoio incansável, a sua paciência sem limites, o seu estímulo constante, que incitaram e continuam a impulsionar a pessoa que sou e a concretização do meu sonho.

À Professora Doutora Eva Menino pilar fundamental em todo este processo. Agradeço por acreditar em mim, pela disponibilidade, apoio e orientação.

Ao Professor Doutor Tiago Nascimento, pelo apoio, pelo conhecimento partilhado, orientação sempre adequada e pela sua capacidade em ter sempre uma palavra AMIGA neste processo.

Aos meus enfermeiros orientadores, em contexto de estágio, Fernanda Vitória, Manuela Branco, Luís Seixo e Fátima Claro, pelo apoio, disponibilidade, discussão, orientação e partilha de conhecimento.

À minha querida filha FILIPA, meu grande amor, que me apoiou no desenvolvimento deste NOSSO projeto pessoal e profissional. Obrigada pelas tuas palavras doces e abraços reconfortantes.

À minha mãe Amália que me ajudou na realização deste nosso sonho, através de atitude, persistência e resiliência.

Às minhas amigas e colegas de serviço Natália, Luciana e estimada Alexandra, obrigada por acreditarem em mim. À Joana Pinto e Carina Boralho, amigas, que são porto de abrigo.

Aos meus colegas do mestrado, obrigada pela partilha e apoio. A todos quantos colaboraram direta e indiretamente neste meu percurso o meu mais sincero e profundo OBRIGADA.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BCG-*Bacilo de Calmette e Guérin*

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

CS-Centro de Saúde

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNO- Doenças de Notificação Obrigatória

DSS- Diagnóstico de Situação de Saúde

EE– Enfermeiro Especialista

EEESCSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ERPI-Estrutura Residencial para Pessoas Idosos

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESELei- Escola Superior de Enfermagem de Leiria

HIV -Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Vírus do Papiloma Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST'S- Infecções Sexualmente Transmissíveis

KM2 – Quilómetros quadrados

MPS- Modelo de Promoção de Saúde

NR- Número

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ODS -Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE- Ordem dos Enfermeiros

OIM-Organização Internacional para as Migrações

OMS-Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada na Evidência

PIC-Projeto de Intervenção Comunitário

PLS-Plano Local de Saúde

PNPSO – Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV-Plano Nacional de Vacinação

PQCEESCSP-Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

PS– Planeamento em Saúde

QR Code- *Quick Response Code*

RNU – Rede Nacional de Utentes

SClínico – Sistema Clínico

SClínico CSP – Sistema Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

SIDA -Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SiiMA – Sistema de Informação para Gestão do Circuito de Programas de Rastreio

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO – Sistema de Informação para Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Td -Tétano e Difteria

TDUCC- Teoria de Desenvolvimento e Universalidade do Cuidado Cultural

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCFM – Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego

UC-Unidade Curricular

UE-União Europeia

UF-Unidades Funcionais

ULS BM – Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

ULS-Unidade Local de Saúde

UNAIDS - *Joint United Nations Programme on HIV/Aids*

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VASPR -Vacina contra Sarampo, Rubéola e Parotidite

VIH-Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INDICE DE FIGURAS	xv
INDICE DE QUADROS	xvii
INDICE DE TABELAS	xviii
INDICE DE GRÁFICOS	xix
INTRODUÇÃO	15
1.CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	17
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO	18
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO.....	24
2.MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	28
2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	29
2.2 TEORIA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELINE LEININGER.....	31
3.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	34
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	35
3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	35
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	36
3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	38
3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	41
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	41
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	43
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	45
3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	47
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	49

4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	50
4.2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	58
4.2.1 Considerações Éticas	58
4.2.2 Diagnóstico de Situação de Saúde	60
4.2.2.1 Caraterização da população abrangida pela Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego	60
4.2.2.2 População alvo e amostra.....	63
4.2.3 Definição de prioridades.....	67
4.2.4 Elaboração de programas e projetos- Intervenção comunitária “íntegra-te”	68
4.2.5 Fixação de objetivos	69
4.2.6 Seleção de Estratégias.....	71
4.2.7 Execução do Projeto de Intervenção Comunitário	73
4.2.8 Preparação da Operacional e Implementação.....	75
4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO	75
4.4 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	82
CONCLUSÃO INTEGRATIVA	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICES	
Apêndice I – Pedido de Parecer à Comissão de Ética de ULSBM	
Apêndice II- Pedido de Avaliação de Impacto em Proteção de Dados	
Apêndice III- Declaração de Garantia de Anonimização de Dados	
Apêndice IV-Consentimento informado em português, versão inglês e versão bengali	
Apêndice V- Diagnóstico de situação de saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego - 2024	
Apêndice VI- Cronograma	
Apêndice VII – Artigo científico com o título “Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde”	
Apêndice VIII – Apresentação do Projeto Integra-Te	
Apêndice IX- Alerta sobre Sarampo	
Apêndice X- Questionário inicial em português, versão inglês e versão bengali	
Apêndice XVI-Convocatória da comunidade imigrante	
Apêndice XII-Apresentação sobre o acesso aos serviços de saúde e vacinação, disponível em português, inglês e bengali	

Apêndice XIII-Folheto informativo sobre a vacinação em português, versão inglês e versão bengali

Apêndice XIV -Questionário final em português, versão inglesa e versão bengali

Apêndice XV-Folheto informativo sobre acesso português, versão inglês e versão bengali

Apêndice XVI- Pedido de autorização do coordenador da USF

Apêndice XVII- Logotipo do Projeto Integra-TE

ANEXOS

Anexo I – “Dia aberto para a Vacinação”

Anexo II-Parecer favorável da comissão ética

Anexo III- Autorização do coordenador da USF Figueira Sul

Anexo IV- Comprovativo III Encontro de investigação clínica 2024, da ULS BM

Anexo V- I Encontro De Envelhecimento Protegido que decorreu em Coimbra no dia 18 outubro 2024

Anexo VI- Comprovativo da população residente no município da Figueira da Foz em 2022

Anexo VII -Autorização para a comissão de ética para realização do estudo

Anexo VIII – Pirâmide etária da população do município da Figueira da Foz

INDICE DE FIGURAS

Figura 1-Área de intervenção da USP da ULS BM - Pólo da Figueira da Foz21

Figura 2-Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCCFM em 202425

Figura 3-Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender	30
Figura 4-Modelo <i>Sunrise</i>	32
Figura 5-Fluxo de dados relativos à inscrição no CS.....	80

INDICE DE QUADROS

Quadro 1-Metodo Priorização de <i>Hanlon</i>	67
--	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Indicadores demográficos do município da Figueira da Foz, em 2022	61
Tabela 2-Aplicação do método de Hanlon	68
Tabela 3-Indicadores de processo para o Projeto Integra-TE.....	70
Tabela 4-Indicadores de resultado para o Projeto Integra-TE.....	70
Tabela 5-Cálculo dos Indicadores de processo	77
Tabela 6-Apresentação do alcance das metas	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Grupos etários da amostra.....	64
Gráfico 2- Género da amostra	65
Gráfico 3- País de Origem da amostra	65
Gráfico 4- Habilitações Literárias da amostra	66
Gráfico 5- Imigrantes que falam ou escrevem português.....	66
Gráfico 6- Tempo de permanência em Portugal	67
Gráfico 7- Evolução da inscrição de imigrantes no centro de saúde antes(A) e depois(B) da intervenção do projeto Integra-TE	76
Gráfico 8- Perceção dos imigrantes em relação à vacinação	79
Gráfico 9- Vacinas administradas aos imigrantes que não cumprem o PNV	79

RESUMO

Introdução: O presente trabalho relata o percurso desenvolvido durante o estágio, destacando a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Além disto, descreve a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária “Integra-TE”, enquadrado na competência específica do Planeamento em Saúde.

Objetivos: Demonstrar as competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem especializada, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas na área de saúde comunitária e saúde pública.

Metodologia: O projeto “Integra-TE” seguiu a metodologia de planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes, tendo como ponto de partida a realização de um diagnóstico de situação de saúde. O referencial teórico adotado incluiu o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, e o Modelo de Madeleine *Leininger*. O objetivo geral do projeto é, aumentar adesão à vacinação dos imigrantes a residir na USF Figueira Sul, no polo marinha das Ondas. Em termos de instrumento de recolha de dados foi elaborado e aplicado um questionário. As estratégias de intervenção utilizadas foram: intervenções educativas (esclarecimento de dúvidas sobre vacinação e reforço da importância da vacinação.); Uso de *soundbites*; Parcerias com *stakeholders*; Regularização do PNV.

Resultados: A amostra foi constituída por 22 imigrantes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Figueira Sul, no polo marinha das Ondas, que cumpriam os critérios de inclusão.

Discussão: Através deste tipo de investigação/acção concluímos que a maioria dos imigrantes eram do sexo masculino (91%), com uma média de idades de 35,73 e 68 refere que não falavam nem escrevem português. Relativamente aos países de origem 73% eram oriundos do Nepal e 27% do Bangladesh e no que diz respeito as habilitações literárias 55% refere possuir o ensino secundário, 36% o 3º ciclo, 5% Licenciatura/Mestrado/Doutoramento e 4% 2.º Ciclo. No início da nossa intervenção tínhamos 77.3 % inscritos e 22,7%, não estavam inscritos. Após a intervenção, a totalidade dos não inscritos (100%) formalizou a sua inscrição no Centro de Saúde. Cerca de 73% de imigrantes não cumpre o PNV, mas com a intervenção regularizaram as vacinas.

Conclusão: O projeto “Integra-TE” permitiu desenvolver competências em Enfermagem Comunitária e promover a inclusão dos imigrantes no sistema de saúde, com impacto positivo na adesão à vacinação e no acesso aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Imigrantes; Adesão à vacinação; Promoção da Saúde; Intervenções Educativas

ABSTRACT

Introduction: This paper reports on the progress made during the internship, highlighting the acquisition of common and specific skills by nurses specializing in community nursing in the area of community health and public health. In addition, it describes the implementation of the “Integra-TE” Community Intervention Project, which falls within the specific competence of health planning.

Objectives: To demonstrate the skills developed in the field of specialized nursing, namely the common skills of the specialist nurse and those specific to community health and public health.

Methodology: The “Integra-TE” project followed Imperatori & Giraldes’ health planning methodology, starting with a diagnosis of the health situation. The theoretical framework adopted included Nola Pender's Health Promotion Model and Madeleine Leininger's Model. The overall objective of the project is to increase vaccination uptake among immigrants residing in the Figueira Sul Family Health Unit, in the Ondas marine hub. In terms of data collection tools, a questionnaire was developed and administered. The intervention strategies used were: educational interventions (clarifying doubts about vaccination and reinforcing the importance of vaccination); use of soundbites; partnerships with stakeholders; regularization of the PNV.

Results: The sample consisted of 22 immigrants registered at the Figueira Sul Family Health Unit, in the Ondas marine center, who met the inclusion criteria.

Discussion: Through this type of research/action, we concluded that the majority of immigrants were male (91%), with an average age of 35.73, and 68% reported that they did not speak or write Portuguese. In terms of countries of origin, 73% were from Nepal and 27% from Bangladesh. In terms of educational qualifications, 55% reported having secondary education, 36% had completed the third cycle, 5% had a bachelor's/master's/doctorate degree, and 4% had completed the second cycle. At the beginning of our intervention, 77.3% were registered and 22.7% were not registered. After the intervention, all of those who were not registered (100%) formalized their registration at the Health Center. About 73% of immigrants do not comply with the PNV, but with the intervention, they regularized their vaccinations.

Conclusion: The “Integra-TE” project enabled the development of skills in Community Nursing and promoted the inclusion of immigrants in the healthcare system, with a positive impact on vaccination adherence and access to healthcare.

Keywords: Community Nursing; Immigrants; Vaccination Adherence; Health Promotion; Educational Intervention

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular(UC) de Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com relatório final, inserida no 3º semestre do 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 relativa às competências, comuns e específicas, desenvolvidas ao longo do estágio.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) define que a realização de estágios é crucial na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, pois, no contexto da prestação de cuidados especializados, compreendem-se as dinâmicas da intervenção, permitindo a aprendizagem e aquisição de conhecimentos.

O estágio decorreu em dois contextos distintos: na Unidade de Saúde Pública (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). De 7 de maio a 18 de outubro de 2024, foi realizado na USP da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM) – sede Figueira da Foz, totalizando 125 horas de contacto presencial em prática clínica. Posteriormente, de 21 de outubro de 2024 a 3 de fevereiro de 2025, o estágio decorreu na Unidade Cuidados Comunidade Farol do Mondego (UCCFM), com um total de 250 horas de contacto presencial.

O estágio teve como objetivo geral, desenvolver competências de enfermagem especializada, tanto no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista como nas competências específicas da área de saúde comunitária e de saúde pública. Como 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.

Como objetivos transversais: Comunicar resultados de intervenção com linguagem técnico-científica; Gerir, adequadamente, o tempo e os recursos; Gerir e conceber projetos (tomada de decisão) com vista à resolução de problemas.

No que concerne à sua estrutura, este relatório está dividido em quatro capítulos e segue as recomendações do guia de planeamento do estágio de natureza profissional de ECSP com relatório final. O primeiro aborda os contextos dos estágios em enfermagem comunitária e de saúde pública. O segundo discute os modelos teóricos de referência para a tomada de decisão

para a construção de um PIC. O terceiro capítulo expõe uma descrição e reflexão crítica sobre as competências do EE (comuns e específicas) adquiridas ao longo do estágio, bem como as atividades desenvolvidas para a sua operacionalização. O quarto capítulo aborda a Prática Baseada na Evidência (PBE), considerando a metodologia do Planeamento em Saúde (PS) como ferramenta crucial.

Por fim, é apresentada uma breve conclusão integrativa, seguida das referências bibliográficas, bem como os apêndices e os anexos.

Na elaboração deste relatório, foram seguidas as diretrizes de formatação estabelecidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei (ESSLei, 2018).

1.CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE 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 (...)” (OMS, 1978).

Tendo por base a importância para os Enfermeiros dos CSP, a prática clínica foi realizada nas unidades funcionais (UF), constituindo um pilar primordial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma vez que os Centros de Saúde (CS) são a primeira linha de acesso aos cuidados de saúde, assumem 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 n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

De acordo com a O.E., a realização de estágios é, essencial na transição de Enfermeiro de Cuidados Gerais para EE, pois é no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados que se compreendem as dinâmicas próprias, possibilitando a aprendizagem e consolidação de conhecimentos específicos. 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.E., 2021).

O Estágio de ESCSP decorreu entre 7 de maio de 2024 e 3 de fevereiro de 2025, no âmbito da prática clínica especializada supervisionada, em duas UF dos CSP. O estágio de USP decorreu na ULS BM – Pólo da Figueira da Foz, seguindo-se na UCCFM. Estas unidades pertencem à ULS BM, criada a 1 de janeiro de 2024, na sequência do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2024.

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 (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, 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, surge a criação das UCC, são UF com autonomia organizativa e técnica, às quais compete prestar, cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às comunidades 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. (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

As Unidades Curriculares (UC) que frequentei representaram um primeiro passo importante para a construção da carreira que desejo construir, pautada pela excelência e pelo aperfeiçoamento contínuo. Durante os estágios, tive oportunidade de aprender com profissionais experientes, cujos conhecimentos e competências se refletem na sua prática diária.

1.1 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

O estágio de ESCSP na USP decorreu na ULS BM, localizada na zona centro do país. A USP está sediada na Figueira da Foz e a área de abrangência são os três concelhos: Figueira da Foz, Montemor – o– Velho e Soure. A USP, em articulação com as demais UF da ULS BM, unidades de saúde, instituições comunitárias e interação com a população em geral, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento Interno da USP da ULS BM, 2024).

De acordo com o Regulamento interno da USP da ULS BM de 2024, os valores que guiam a USP são demonstrados na forma de gestão, na atitude e comportamento dos profissionais que a integram, a saber: trabalho em equipa e multidisciplinaridade participativa; satisfação dos profissionais; equidade e garantia de acessibilidade à população; garantia de qualidade interna e externa; excelência técnica e eficiência, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço à prestado à população e às instituições; procura de uma inovação técnica e metodológica; sentido de responsabilidade, lealdade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais de saúde, no cumprimento dos respetivos códigos deontológicos; transparência nas atividades desenvolvidas; disponibilidade para o bem público em saúde; dever de cooperação e partilha de informações em saúde, entre profissionais e instituições.

A USPBM é composta por médicos de saúde pública, EEESCP, técnicos de saúde ambiental, assistentes técnicos e assistente operacional, integrando ainda, em permanência ou em

colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área de saúde pública, para o cumprimento dos programas, projetos e atividades.

As equipas de intervenção local de saúde pública são três e intervêm nos concelhos da Figueira da Foz, Montemor -o-Velho e Soure. Cada equipa de intervenção local, tem um responsável, médico de saúde pública, sendo constituída no mínimo por um médico de saúde pública, e sempre que possível por um técnico de saúde ambiental. Na USP do concelho da Figueira da Foz é constituída por duas EEESCP, o que não acontece nos outros concelhos.

Cada programa ou projeto da USP é gerido por um grupo de profissionais, denominado gestor de programa ou de projeto. Cada grupo elabora o respetivo plano de ação definido e reporta os relatórios de avaliação aos coordenados da USP. As equipas dos programas ou projetos são multidisciplinares, de acordo com a especificidade técnica.

A área geodemográfica da ULS BM integra-se na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] II), abrangendo um total de três concelhos: a Figueira da Foz (379,05 km²), Montemor-o-Velho (228,96km²) e Soure (265,06km²), com uma área total de abrangência de 873,07 km² (INE, 2023a).

Em conformidade com o Plano de Desenvolvimento Social, o município da Figueira da Foz integra o conjunto dos oito concelhos que constituem a NUTS III do Baixo Mondego (8 concelhos do distrito de Coimbra). É o segundo maior concelho na sub-região do Baixo Mondego, situa-se na Beira Litoral, fazendo fronteira a Norte com o Concelho de Cantanhede e a Sul com o de Pombal. A Leste, ficam os Concelhos de Montemor-o-Velho e o de Soure e a Oeste o Oceano Atlântico, com cerca de 35 Km de costa arenosa, com exceção do Cabo Mondego, promontório na Serra da Boa Viagem, onde é possível encontrar arribas de 50 metros de altura (Município da Figueira da Foz, 2015).

O município da Figueira da Foz é um território posicionado ao nível regional, nacional e ibérico, dotado de acessibilidades e infraestruturas adequadas. Uma vez que apresenta: uma localização estratégica no contexto norte-sul e litoral-interior, com acesso fácil e rápido a vias rodoviárias estruturantes (N109, A14 e A17), ferroviárias (Linha do Norte e Linha do Oeste) e marítimas (porto da Figueira da Foz).

De acordo com os dados do INE (2023b), a população residente na área geográfica do município da Figueira da Foz, em 2022, é de 59 348 habitantes, sendo que destes 31 134 (52,46%) são mulheres e 28 214 (47,54%) homens. O grupo etário mais abrangente desta população situa-se entre os 25 aos 64 anos e o segundo maior grupo etário é dos 65 e mais anos, o que significa que menos de um quarto da população figueirense tem menos de 24 anos.

Ao longo dos últimos três censos, o município da Figueira da Foz viu diminuir, sucessivamente, a sua população residente. Face a estes dados,, importa evidenciar a oportunidade de desenvolvimento de estratégias direcionadas para estes grupos etários predominantes (Pordata, 2021).

A pirâmide etária da população do município da Figueira da Foz (ANEXO VIII) revela um duplo envelhecimento, corroborado pelo estreitamento da base, consequência do declínio da população jovem e o alargamento das faixas etárias medianas. Esta é uma característica típica dos países afetados pelo envelhecimento, aumento do número de idosos, que leva a considerar o envelhecimento da população um problema de saúde pública (INE, 2023c).

Constata-se que a população residente nas 14 freguesias do concelho, em consonância com o que acontece a nível nacional, tem vindo a decrescer nos últimos 10 anos à exceção de Tavarede e Marinha das Ondas (Município da Figueira da Foz, 2015).Relativamente à população inscrita na USP – Pólo Figueira da Foz é de 64 561 habitante, segundo os dados obtidos no BI – CSP de maio de 2024 (BI - CSP, 2024a).

O atual processo de transição demográfica e consequente ampliação da longevidade remetem para a realidade atual de Portugal e do mundo com um envelhecimento demográfico. Atendendo aso dados do INE (INE, 2023b) e considerando os indicadores demográficos mais recentes que influenciam o crescimento demográfico para o concelho da Figueira da Foz, no ano de 2022, explanam-se os seguintes dados, na tabela 1.

Segundo dados do INE (2023d), a esperança média de vida à nascença, no período de 2020-2022, a nível nacional era de 81,07 anos e na região centro (NUTS II) era de 81,34 anos. Pese embora as questões demográficas, os fenómenos migratórios também influenciam os indicadores, já que de acordo com os dados, Pordata, nos últimos 15 anos, perto de meio milhão de estrangeiros obteve nacionalidade portuguesa. A nível nacional, em 2022, havia quase 800 mil estrangeiros em Portugal, perto do dobro do registado há 10 anos. Entraram em Portugal 118 mil imigrantes, em 2022, o valor mais alto desde que há registo. A taxa de desemprego da população estrangeira era mais do dobro da média nacional, em 2021, e os trabalhadores estrangeiros ganhavam, em média, menos 94€ mensais do que a média nacional. Em 2022, um em cada três estrangeiros em Portugal vivia em risco de pobreza ou exclusão social (Pordata, 2023).

Com os dados acima descritos pretendeu-se adotar uma abordagem inclusiva e multifacetada da saúde da região da Figueira da Foz, identificando não apenas os problemas de saúde existentes, mas também as causas subjacentes e os pontos de intervenção potenciais, o que

permite desenvolver estratégias e programas mais eficazes de promoção da saúde e do bem-estar, nomeadamente, da população do município da Figueira da Foz.

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

A área de intervenção da USP da ULS BM - Pólo da Figueira da Foz corresponde ao município da Figueira da Foz, que integra 14 freguesias(Figura 1) e encontra-se dividido em 3 zonas geográficas: Zona Norte (Bom Sucesso e Quiaios (norte) litoral), Ferreira-a-Nova, Moinhos da Gândara, Maiorca e Alhadadas (norte interior)); Zona Sul (Lavos e Marinha das Ondas (sul litoral), Alqueidão e Paião (sul interior)); Zona Urbana (Buarcos e São Julião (a grande Freguesia urbana onde se localiza a cidade da Figueira da Foz e sede do Município), Tavarede e Vila Verde (urbana Norte interior) e ainda (urbana Sul litoral) São Pedro.

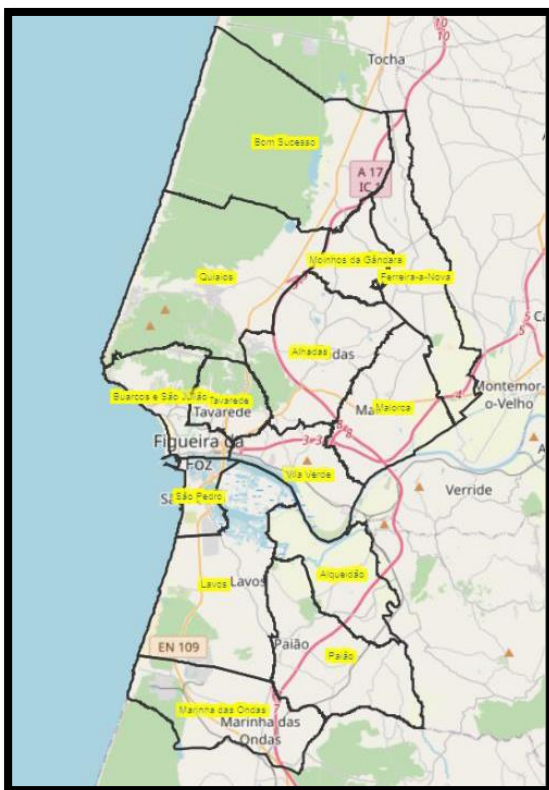


Figura 1-Área de intervenção da USP da ULS BM - Pólo da Figueira da Foz
Fonte: SIG, 2024

As instalações são compostas por cinco gabinetes: um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete destinado às técnicas de saúde ambiental, um gabinete para a administrativa e ainda um para médicos internos de saúde pública. Possui também uma sala de arquivo, uma sala de reuniões (partilhada com a USF de S Julião) e uma pequena copa.

As unidades não dispõem de viatura própria, pelo que as deslocações são asseguradas, por marcação prévia, com o motorista da Câmara Municipal da Figueira da Foz.

Relativamente organização da USP– Pólo da Figueira da Foz, o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, é concretizado com autonomia de acordo com as competências definidas em regulamento das carreiras específicas. Assim, cada profissional desenvolve as suas atividades em conformidade com as suas competências e os recursos materiais e humanos necessários, em articulação com os demais elementos da equipa, bem como com as restantes UF da ULS BM e parceiros da comunidade.

O referencial de contratualização interna da USPBM para 2024, não assenta numa matriz de competências, devido à não existência de “Carteira Básica de Serviços”. Para as Enfermeiras Orientadoras, a não existência de um referencial de contratualização da USP constitui uma lacuna, da qual emerge um grande desafio para esta área de cuidados de saúde pública, já que desenvolve intervenções para grupos e comunidades e os sistemas de informação são direcionados para os cuidados individualizados e personalizados. Dá análise dos documentos, divulgados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), como os Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 (SNS, 2024a) e a Operacionalização da Contratualização Interna nos CSP para 2024 (SNS, 2024b),conclui-se que estes não fazem qualquer referência à USP.

No acesso à informação clínica dos utentes são utilizados vários sistemas informáticos. O *SClínico* dos Cuidados de Saúde Primários (SClínico CSP), permite o uso e a partilha dos dados entre os vários profissionais de saúde de diferentes áreas e a sua sistematização, com a potenciando a uniformização as práticas e as informações recolhidas. A utilização desta ferramenta possibilita uma atuação mais eficaz, otimizando o desempenho no seio da equipa multidisciplinar e, assim, prestar mais e melhor apoio, assistência e acompanhamento dos utentes e/ou as comunidades.

Toda a parte comercial relativa a aquisição de materiais consumíveis da USP é realizada através do serviço de aprovisionamento que se encontra no Hospital Distrital Figueira da Foz, através da plataforma Gestão Hospitalar Armazém Farmácia.

É também utilizado o Sistema Informação Nacional de Utentes da Saúde, uma plataforma informática administrativa utilizada pela USP, onde para cada utente é gerado um número de identificação do SNS, para todas as valências dos cuidados de saúde primários, que abrange o registo de contacto dos utentes, agendamento eletrónico das consultas e o registo da vacinação.

A notificação de doenças de declaração obrigatória é realizada também por esta equipa, através do sistema aplicacional Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), onde é disponibilizado um formulário eletrónico para registo dessas notificações, que posteriormente envia alertas de informação aos delegados de saúde locais e regionais, disponibilizando igualmente informações específicas de vigilância e estatística à Direção-Geral de Saúde (DGS).

Outra plataforma utilizada, utilizada, é o Sistema de Informação para Saúde Oral (SISO) que integra o Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), que tem como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais.

A Rede Nacional de Utentes é, também, uma base de dados de referência do SNS, constantemente atualizada com base nas informações dos CS. Este sistema engloba informação sobre a identificação de cada utente e a caracterização da sua inscrição no SNS. Através dela acede-se aos dados de identificação do utente, à unidade de saúde onde se encontra registado, aos benefícios que usufrui, ao histórico de acessos, de medicamentos e exames e a listagem das vacinas.

É ainda utilizado o SiiMA (Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreio populacionais ou oportunistas). Trata-se de um sistema de informação para gestão de Programas de Rastreio Populacionais que permite a implementação do circuito funcional do rastreio desde o convite para o exame até ao tratamento e seguimento. O Bilhete de identidade dos Centros de Saúde (BI-CSP), é uma plataforma relevante, que surge como uma solução para a governação clínica nos cuidados de saúde primários, e é constituída por 3 componentes: portal (de acesso público e privado); submissão dos planos de ação das UF; BI *Self-Service*.

É da competência da USP a caracterização dos determinantes de saúde e monitorização do estado de uma população, com o objetivo de prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, através da formulação de intervenções adequadas e proporcionais. A USP deve realizar o Diagnóstico Situação de Saúde(DSS), sendo este a base orientadora para a prestação de cuidados pelas restantes UF (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022). Atendendo ao exposto, considero que a experiência de estágio nesta USP teve um impacto significativo no desenvolvimento das competências do EEESCSP. Foi uma oportunidade enriquecedora que contribuiu para a compreensão holística das atividades realizadas e os resultados obtidos, sempre com o propósito de melhorar a saúde das populações e dos utentes da sua área de atuação.

1.2 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, tanto a nível domiciliário como comunitário, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, e têm, ainda, um papel importante na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2009).

Desde o início da sua atividade, abril de 2012, a UCCFM apresenta como missão prestar cuidados na comunidade, garantindo ao cliente a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade de cuidados de qualidade. Dirige-se a pessoas e/ou grupos mais vulneráveis na comunidade, que se apresentem em situação de risco, dependência física/funcional ou de doença e atua de igual modo na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à família, contribuindo para a melhoria do estado de saúde do concelho da Figueira da Foz (UCCFM, 2019).

Segundo o Regulamento Interno, a UCCFM tem como visão ser uma unidade de referência que fornece apoio, sendo um meio facilitador da orientação e da promoção de cuidados e é constituída por uma equipa multidisciplinar coesa responsável pelo desenvolvimento de projetos inovadores na prestação de cuidados na comunidade (UCCFM, 2019). Esta unidade presta os seus cuidados em articulação com as “Unidades de Saúde Familiar (USF), a USP, bem com organizações da comunidade, grupos formais ou informais, Autarquia, Instituições Particulares de Solidariedade Social, empresas e demais recursos da comunidade” (USP BM, 2024, p. 7).

Além das parcerias e articulações realizadas pela UCCFM, para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e para a consecução dos seus objetivos, esta unidade funcional integra uma equipa multidisciplinar constituída por cinco EE, nutricionista, psicólogo e assistentes sociais que são orientados pelos valores de parceria, trabalho em equipa, respeito, autonomia, responsabilização e alegria (ULSBM, 2024).

A UCCFM presta serviços de saúde aos utentes que residem no concelho da Figueira da Foz, abrangendo uma área geográfica de 380km² divididos em quatorze freguesias sendo estas: Alhadas, Alqueidão, Bom Sucesso, Buarcos, Ferreira-a-Nova, Lavos, Maiorca, Marinha das Ondas, Moinhos da Gândara, Paião, Quaios, São Pedro, Tavarede e Vila Verde (ULSBM, 2024).

De acordo com os dados disponibilizados no BI-CSP referentes a outubro de 2024, a população inscrita na UCCFM é de 61 217 utentes, dos quais 29 049 do sexo masculino e 32

168 do sexo feminino, explicitados na Figura 2, onde é possível analisar a total de utentes por faixa etária e género (BI - CSP, 2024a).

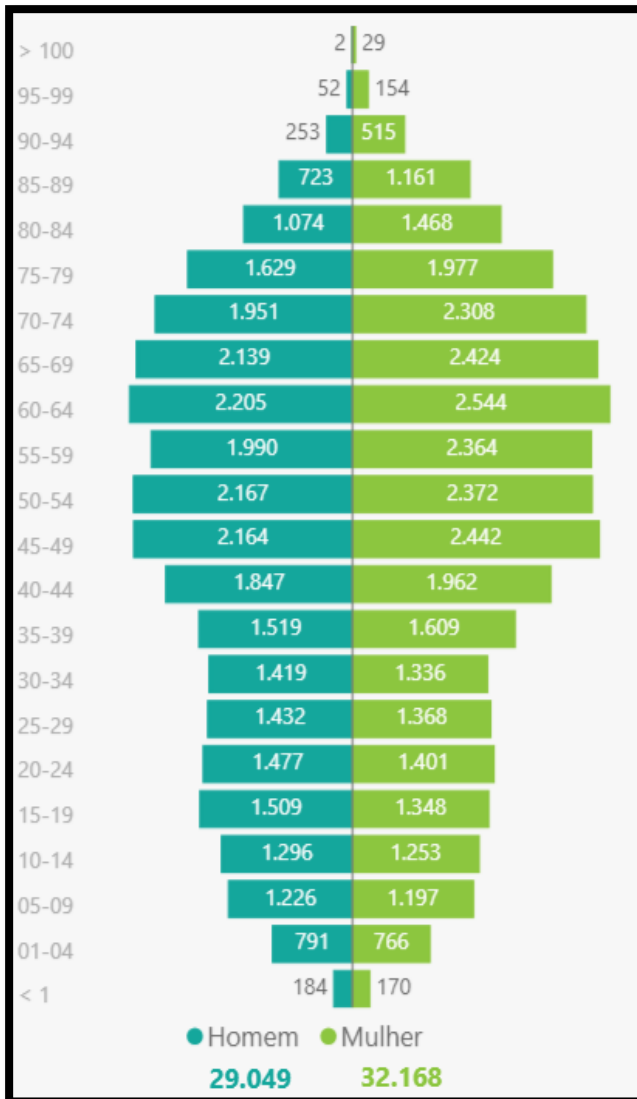


Figura 2-Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCCFM em 2024
Fonte BI - CSP, 2024a

Segundo a mesma fonte, estão inscritos na UCCFM cerca de 9 740 jovens (5 006 do sexo masculino e 4 734 do sexo feminino), 33 681 adultos (16 220 do sexo masculino e 17 398 do sexo feminino) e, por fim, 17 859 idosos, sendo que 7 823 do sexo masculino e 10 036 do sexo feminino (BI - CSP, 2024a).

No que diz respeito à carteira básica de serviços e de modo a assegurar uma boa prestação de cuidados, a UCCFM desenvolve, com vários parceiros, programas e projetos no âmbito da Saúde Escolar, da Saúde Comunitária entre outros projetos.

No cumprimento do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), a UCCFM desenvolve todas as intervenções desde o ensino pré-escolar até ao ensino secundário, em parceria com

os responsáveis pelas áreas do Projeto de Educação para a Saúde e Educação Sexual e com os diretores de todas as escolas públicas e privadas. Assim, as ações de promoção de saúde desenvolvidas pela equipa da UCCFM nos estabelecimentos de educação e ensino, são direcionadas a toda a comunidade educativa (alunos, pais, docentes e não docentes). Com vista a implementar o PNSE, tendo em consideração os eixos de intervenção, são desenvolvidos os seguintes projetos: Aprender a Crescer, E-Saúde Escolar, +Contigo, “MochLev” e o Disconnect (ULSBM, 2024).

Relativamente à Saúde Comunitária, de acordo com o Manual de Acolhimento (2024), a UCCFM desenvolve os seguintes projetos: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Projeto Figueira Respira +, Projeto Reabilit’Arte, Estatuto do Cuidador Informal (ECI), Cuid’Arte, Com’Unidade, Projeto da consulta de apoio ao aleitamento materno, Projeto do curso de preparação para o parto, nascimento e Parentalidade positiva e o Curso de Recuperação Pós-Parto (ULSBM, 2024).

A UCCFM também integra outros serviços e projetos, tais como, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e a Equipa de Prevenção da Violência em Adulto (EPVA) (ULSBM, 2024).

À semelhança da USP, também nas UCC são utilizados vários sistemas de informação sendo que os dados são monitorizados pelos seguintes sistemas: SClínico, Plataforma Gestcare CCI – Plataforma de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Módulo de Informação e Monitorização das UF (MIM@UF), que integra o Sistema de monitorização das UF.

O estágio na UCCFM foi uma experiência enriquecedora, tanto a nível pessoal quanto profissional. Esta oportunidade permitiu-me adquirir e aprimorar competências na área da ESCSP, possibilitando a reflexão e a aplicação de intervenções especializadas junto de profissionais, indivíduos, famílias e comunidades.

Posto isto, os cuidados de saúde prestados na comunidade desempenham um papel essencial na promoção do bem-estar de todos, pois englobam a prevenção, a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação. Estabelecem uma relação de cooperação eficaz com outros profissionais e instituições de saúde, garantindo uma resposta integrada e abrangente às necessidades da população.

É importante realçar que a articulação entre a USP e a UCC, desencadeada pela realização do meu Projeto de Intervenção Comunitária(PIC), foi-se fortalecendo gradualmente ao longo do tempo. Esse processo permitiu uma colaboração estreita e eficaz entre as equipas,

proporcionando-me uma oportunidade de crescimento, tanto a nível profissional quanto pessoal.

A partir da caracterização de cada unidade de estágio e do seu contributo para o desenvolvimento das competências do EEESCSP, torna-se fundamental referenciar os Modelos Teóricos de Enfermagem que orientaram e fundamentaram a prática dos cuidados ao longo dos estágios e a construção do PIC.

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

Os Modelos de Prática Profissional de Enfermagem facilitam a aplicação das teorias de enfermagem no dia a dia, garantindo uma abordagem organizada e coerente ao longo de todo o processo assistencial. Permitem estruturar o cuidado desde a identificação do problema de saúde até a implementação das intervenções e a análise dos resultados. Desta forma, promovem uma atuação mais eficiente, baseada em evidências, e reforçam a importância do enfermeiro na obtenção de melhores resultados em ganhos de saúde (Melo, 2018).

Deste modo, é fundamental escolher um referencial teórico adequado, considerando as particularidades de cada contexto para garantir uma abordagem eficaz e alinhada com as necessidades da prática. A utilização de referenciais teóricos na promoção da saúde facilita a compreensão dos determinantes de saúde, orienta nas respostas que respondem às necessidades e interesses das comunidades. Além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitam alcançar a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Victor, 2005).

Durante a realização do estágio em ECSP, para construção do PIC, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, revelou-se o mais adequado para a intervenção comunitária voltada para a comunidades de imigrantes, pois tem como objetivo principal promover a melhor saúde possível para os indivíduos (Tomey, A. M., & Alligood, M. R., 2004).

Para implementar o PIC urge referenciar também a Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais (TDUCC), pois esta, visa prestar cuidados alinhados com os valores dos utentes, acrescido de ideias inovadoras sobre o indivíduo, famílias e grupos, os seus cuidados, valores, expressões, crenças e práticas ou ações ancoradas no seu estilo de vida cultural, bem como padrões comportamentais relevantes para a saúde-doença, pretendendo que a enfermagem sirva como um catalisador que promova a saúde e o bem-estar destes indivíduos (Machado C. F., 2023).

Com a aplicabilidade dos modelos acima enunciados foi possível, compreender a complexidade dos comportamentos de saúde, permitindo identificar as melhores estratégias para incentivar os imigrantes à obtenção de ganhos em saúde. O relatório prossegue com a descrição dos dois modelos teóricos que guiaram a prática de cuidados de enfermagem especializados ao longo dos estágios de ECSP.

2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A Enfermagem Comunitária, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, quer à família e/ou comunidade (Stanhope, M., & Lancaster, J., 2011). Esta premissa representa o cerne das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde dos seus clientes. O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender foi criado nos Estados Unidos e tem como objetivo principal promover a melhor saúde possível para os indivíduos. Esse modelo adota uma visão holística da enfermagem, considerando o ser humano de forma integral, abordando não apenas o corpo, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais. Além disto, o modelo baseia-se na psicologia social e na teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, que destaca a influência dos processos cognitivos na modificação de comportamentos. Ou seja, para Pender, as crenças, atitudes e pensamentos das pessoas têm um papel fundamental na mudança de hábitos e no cuidado com a saúde (Tomey, 2004).

Este modelo é aplicável ao longo de toda a vida, seja para crianças, seja para adultos ou idosos, e foca-se em comportamentos que promovem a saúde. É um modelo que promove a adoção de práticas preventivas e escolhas saudáveis, sendo especialmente utilizado, em programas de educação em saúde para auxiliar os indivíduos a mudarem os seus hábitos em prol do bem-estar (Tomey, 2004).

Na visão de Nola Pender, o indivíduo é o foco do modelo, pois as suas características pessoais e experiências de vida estão diretamente relacionadas com a sua capacidade de gerenciar e gerir hábitos saudáveis. Estes fatores influenciam a forma como a pessoa toma decisões para promover a sua saúde e evitar comportamentos que possam representar riscos à saúde. Assim, cada pessoa tem um papel ativo na gestão da sua saúde, sendo as suas vivências e crenças fundamentais para as escolhas em relação ao cuidado com o seu corpo e a prevenção de doenças (Tomey, 2004).

Esse modelo é composto por quatro metaparadigmas essenciais: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Esses elementos são interligados e ajudam a entender como o comportamento de saúde de uma pessoa pode ser influenciado por esses fatores, orientando as intervenções de enfermagem.

O MPS identifica três dimensões como mostra a figura 4: (1) Características e experiências individuais: inclui fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que interferem no comportamento de saúde; (2) Cognitiones e afetos específicos do comportamento: referem-se às percepções individuais sobre os benefícios e barreiras para a ação, autoeficácia percebida e influências interpessoais; (3) Resultados comportamentais: envolvem o compromisso com

um plano de ação e a implementação de comportamentos de promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Este tipo de modelo, torna-se adequado ao PIC que se desenvolveu pois, como mostra a figura 3 e tendo em conta a metodologia do PS é possível adquirir ganhos em saúde, através das três dimensões do MPS.

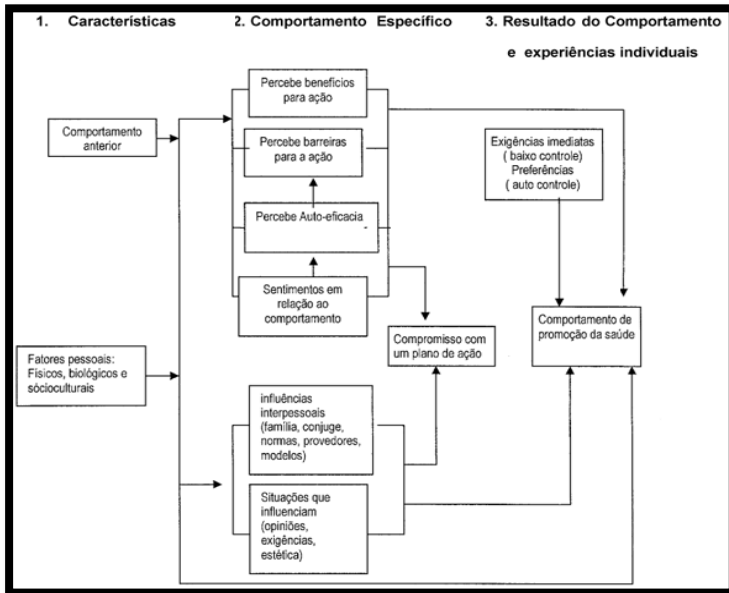


Figura 3-Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender
 Fonte :Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019

O MPS de Nola Pender é frequentemente mobilizado na enfermagem de saúde comunitária, pois permite planejar intervenções dirigidas a populações específicas, promovendo a adesão a práticas de autocuidado e estilos de vida saudáveis. Torna-se uma estratégia eficiente e prática para melhorar comportamentos saudáveis e incentivar a adesão ao tratamento em distintos grupos populacionais (da Silva de Aguiar, 2021).

Relativamente ao PIC desenvolvido, a aplicação deste referencial teórico possibilitou a promoção da vigilância de saúde e constituiu uma oportunidade para que os imigrantes se tornassem mais proactivos na busca por serviços de saúde, culminando na aquisição de ganhos em saúde.

Tendo em conta o que foi expresso relativamente ao MPS e à sua aplicabilidade na orientação da construção do PIC, faz todo o sentido, considerar os valores culturais, sociais e económicos desta população. Recorrendo à utilização da TDUCC e com isto aumentar a eficácia das estratégias de promoção da saúde implementadas. De seguida encontra-se detalhado, o segundo referencial teórico, que complementou a organização do PIC.

2.2 TEORIA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELINE LEININGER

A Enfermagem Transcultural refere-se à exploração e aplicação de cuidados de enfermagem centrados na compreensão das semelhanças e diferenças dos valores culturais, crenças e comportamentos entre indivíduos e grupos. O seu principal objetivo é delinear intervenções de enfermagem que integrem tanto elementos universais quanto aspetos culturais específicos, especialmente na promoção da saúde, no cuidado em situações complexas, de doença ou de fim de vida, de forma culturalmente significativa (Lasmaida, 2024).

Madeline Leininger, enfermeira antropóloga, desempenhou um papel significativo no avanço da investigação em cuidados transculturais. Foi pioneira no campo da enfermagem transcultural e uma figura proeminente na criação da enfermagem transcultural, bem como na teoria do cuidado de enfermagem centrado no ser humano. De acordo com a teoria de Leininger, o enfermeiro deve ser capaz de prestar cuidados aos indivíduos como um todo, honrando as dimensões culturais de cada família para criar cuidados culturalmente apropriados, onde a cultura do doente seja incorporada no planeamento dos cuidados (Lasmaida, 2024).

Por outro lado, o cultivo da sensibilidade cultural é essencial para a enfermagem, permitindo-lhe adequar os seus métodos de cuidados aos diversos aspetos da religiosidade, moralidade e outras especificidades que fundamentam a prestação de cuidados de saúde integrais, estabelecendo, assim, os princípios de universalidade, integralidade e equidade que o SNS enfatiza. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), que contribuiu para novas perspetivas e ações em saúde, levando, a um cuidado alinhado com as necessidades de saúde da população (Schek & et al, 2020).

A TDUCC de *Madeline Leininger*, prevê e elucida os padrões de cuidado humano dentro de várias culturas e práticas de cuidados de enfermagem, juntamente com os fatores que os afetam, enfatizando os elementos como a própria cultura, o cuidado, a visão do mundo e os sistemas tradicionais de saúde e bem-estar como essenciais. Esta visa prestar cuidados alinhados com os valores dos indivíduos, conjugados com ideias inovadoras sobre o indivíduo, famílias e grupos, os seus cuidados, valores, expressões, crenças e práticas ou ações ancoradas no seu estilo de vida cultural e padrões comportamentais relevantes para a saúde-doença, pretendendo que a enfermagem sirva como um catalisador que promova a saúde e o bem-estar destes indivíduos (Machado C. F., 2023).

A TDUCC desenvolvida por *Leininger*, é representada pelo Modelo *Sunrise* (Figura 4) que simboliza o nascer do sol. Apresenta-se como um diagrama circular que ilustra os diversos

níveis que influenciam o cuidado culturalmente congruente. Este simboliza a esperança na construção de novos conhecimentos na enfermagem, destacando a importância de cuidados que respeitem a diversidade cultural. O seu objetivo é garantir que os elementos constituintes do modelo contribuam para a melhoria da saúde de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, promovendo ganhos em saúde.

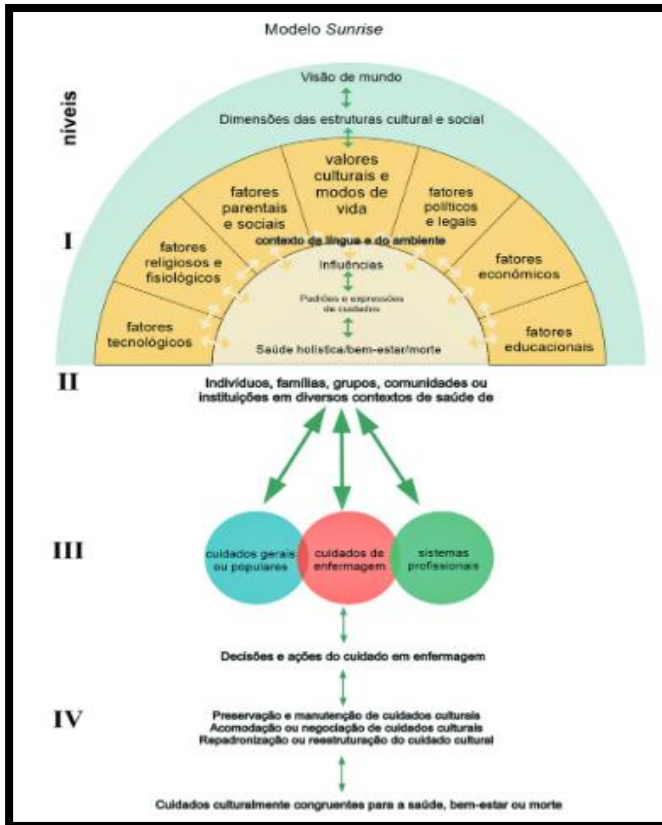


Figura 4-Modelo Sunrise
Fonte: Machado C. F., 2023

Este modelo destaca a importância das crenças, valores e práticas culturais na prestação de cuidados de saúde eficazes. Consequentemente, há a necessidade de analisar e honrar as diferenças entre os indivíduos, bem como o meio em que habitam e as suas relações sociais. Por sua vez, a enfermagem, vista como uma ciência, centra-se no cuidado e na forma como esse cuidado é gerido. Contudo, do ponto de vista transcultural, espera-se que estas preocupações sejam sempre executadas e repercutidas em cada indivíduo, honrando e respeitando a sua singularidade dentro do contexto alargado que é o seu ambiente social (Figura 4).

Deste modo e considerando os diversos contextos culturais, a enfermagem facilita o cuidado enraizado na sabedoria da TDUCC, pois harmoniza os valores e as crenças dos indivíduos moldados pela sua história e permite a personalização do cuidado e da educação para articulados com os hábitos sociais. Assim, a transculturalidade é imprescindível para a

compreensão integral do ser humano, não só através das suas manifestações clínicas, mas também como ser cognitivo dotado de sentimentos, relações e aspirações. (Lasmaida, 2024).

O PIC Integra-Te, voltado para a promoção da saúde e adesão à vacinação entre imigrantes, beneficia de uma abordagem de enfermagem transcultural, já que o cuidado de saúde deve ser adaptado às especificidades culturais de cada comunidade. A enfermagem transcultural visa entender e respeitar os valores, crenças e práticas de saúde dos imigrantes, assegurando que as intervenções sejam ajustadas às suas culturas e aspirações de saúde. Nesta perspetiva, o PIC procura preservar práticas culturais que favoreçam a saúde, nutrir novas culturas de cuidado que promovam hábitos saudáveis, e até substituir práticas prejudiciais à saúde por alternativas mais adequadas, quando necessário.

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

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenhou um papel inequívoco no desenvolvimento do PS, ao adotar a Conferência de Alma-Ata como um marco para a transformação dos sistemas de saúde. Durante essa conferência, a OMS, em colaboração com a UNICEF (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância), recomendou a elaboração de políticas, estratégias e planos nacionais, com o objetivo de planejar e implementar os CSP (OMS, 1978).

Os CSP foram definidos como indispensáveis para alcançar a saúde para todos, sendo considerados um meio fundamental para garantir o acesso equitativo à saúde para todas as pessoas, famílias e comunidades. A OMS enfatizou que esses cuidados devem ser acessíveis, centrados nas necessidades da população e orientados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento básico e reabilitação (OMS, 1978).

Além disso, a conferência destacou a importância de a comunidade participar ativamente na formulação e implementação das políticas de saúde, reconhecendo que a saúde excede o simples acesso aos serviços médicos, sendo também influenciada por determinantes sociais, económicos e ambientais. Os CSP consolidaram-se, assim, como a pedra basilar para a construção de sistemas de saúde mais eficientes e equitativos (OMS, 1978).

Posto o que foi emanado por esta conferência, surge o papel essencial dos enfermeiros que desempenham funções nesta área de cuidados. A aquisição de competências permite aos enfermeiros prestar cuidados especializados, tornando-se uma mais-valia para os serviços de saúde onde desempenham funções. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2021).

O objetivo geral deste estágio é desenvolver as competências de enfermagem especializada, abrangendo tanto as competências comuns de um enfermeiro especialista quanto as competências específicas na área de saúde comunitária e saúde pública. Com base neste objetivo, de seguida surge uma análise detalhada e reflexiva sobre o contributo das atividades realizadas durante o estágio para o processo de aquisição e as competências comuns e específicas do EE.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Todos os EE, independentemente da área de especialidade, partilham um grupo de domínios: as competências comuns. Estas competências reúnem diversos contextos e dimensões, visando fortalecer um enquadramento regulador para a certificação das competências, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (OE, 2021).

O EE deve adotar um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica a nível institucional. As atividades desenvolvidas decorreram sempre de uma avaliação crítica, para que fosse possível determinar a eficácia e a eficiência dos resultados advindos dessa mesma atividade e, conseqüentemente, melhorar as próximas ações, maximizando desta forma os resultados obtidos (OE, 2021).

Estão de seguida demonstradas as competências comuns, bem como as atividades que foram desenvolvidas para as alcançar e os resultados de aprendizagem conquistados, nos contextos da prática clínica.

3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- “a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p. 4745)

No que concerne ao domínio da responsabilidade ética e deontológica, pode-se afirmar que durante todo o meu percurso académico, mantive uma postura profissional, pautada pelo respeito dos princípios éticos e dos direitos humanos, cumprindo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2019a).

No que concerne à tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência apreendida, selecionei as respostas mais apropriadas tendo em conta um conjunto de soluções possíveis, recorrendo a reuniões com os enfermeiros tutores, à Professora Orientadora e à colega de estágio.

Adotei uma atitude responsável relativamente aos cuidados de enfermagem (por exemplo na vacinação), suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas realizadas. Porquanto, tive sempre presente a procura, o desenvolvimento e demonstração de uma atitude ética e deontológica, marcada por uma conduta de sigilo e discrição

profissional, demonstrando respeito pelos utentes/grupo, colega de estágio e restantes profissionais. Existiu, assim, a preocupação por uma intervenção que respeitou os princípios da bioética.

Para assegurar o cumprimento desta competência, em alinhamento com a Lei da Investigação Clínica (Lei nº 21/2014, artigo 16, nº1, 2014), foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ULS BM (Apêndice I), que foi analisado também pelo Conselho de Administração da ULS BM, resultando em parecer favorável (Anexo II). Tendo sido também submetido um pedido de Avaliação de Impacto em Proteção de Dados (Apêndice II), concomitantemente com a Declaração de Garantia de Anonimização de Dados (Apêndice III), bem como além a autorização do coordenador da USF Figueira Sul para a implementação do PIC (Anexo I).

Com o intuito de garantir uma prática profissional ética e legal dentro da área de especialização, seguindo as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, foi igualmente elaborado o consentimento informado em português, inglês e bengali (Apêndice IV). Assegurando-se desta forma que as práticas de cuidado respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais de todos os envolvidos. Desenvolver esta competência não só fortaleceu o meu percurso académico, como também contribuiu para um ambiente profissional mais ético e responsável.

3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p. 4745).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), a dotação segura e adequada de enfermeiros, e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (OE, 2019a).

De acordo com a legislação aplicável, a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, em cada USP deve ser observado, de forma indicativa, com os recursos humanos disponíveis e conforme as características geodemográfias da zona de intervenção, o seguinte rácio: 1 Enfermeiro/30 000 habitantes (OE, 2019a). Sendo a área de

abrangência da USP BM os municípios da Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure, a população inscrita, em maio de 2024, é de 108 015 utentes, (OE, 2019b), podemos concluir que a dotação não se encontra dentro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros(OE).

Em relação às dotações seguras, de acordo com índice populacional do concelho e cumprindo o definido pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 743/2019, que define o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a equipa da UCCFM deveria ser constituída por 12 enfermeiros preferencialmente especialistas, ou seja, um profissional de enfermagem para cada 5 000 utentes, por forma a alcançar “índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações”, adequando os recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (OE, 2019b), Concluimos assim, que as dotações seguras na UCCFM não estão asseguradas, uma vez que esta equipa comporta apenas cinco EE.

A OE (2015) estabeleceu Padrões de Qualidade para cuidados especializados, orientando a prática dos EE e fomentando a melhoria contínua na saúde. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (PQCEECSP) são referenciais teóricos primordiais à prática clínica especializada do EEESCP, contribuindo os resultados das suas intervenções para as adequadas respostas de forma a obter ganhos em saúde. Assim sendo, pude compreender que os cuidados de enfermagem em ambos os locais de estágio, vão ao encontro aos dos PQCEECSP (Regulamento n.º 428/2015, 2015).

Durante o estágio na USP, a reflexão sobre as práticas adotadas para o desenvolvimento da prestação de cuidados foi um continuum, onde foi impreterível providenciar um ambiente seguro e terapêutico, mostrando segurança aquando da transmissão de informação de forma clara e de acordo com as necessidades apresentadas. No estágio em USP tive a possibilidade de participar na reunião da equipa da vacinação organizada pela DGS. Esta é realizada todas as quartas feiras, de forma a fazer o ponto situação da campanha de vacinação gripe-covid 2024-2025, onde participam a direção executiva da DGS e elementos da equipa regional das Unidades Locais de Saúde (ULS). Considero que estes tipos de atividade são de extrema importância, para garantir o sucesso e a continuidade do sucesso da vacinação.

No âmbito do estágio em USP, foi proposta a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) que iria integrar o Plano Local de Saúde (PLS) da ULS BM, que se encontra em Apêndice V. O DSS tem como intuito traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde. Para a sua elaboração, foi fundamental recorrer a várias fontes de informação, *sites* e bases de dados científicas que,

numa perspetiva de complementaridade, se associaram à consulta de dados epidemiológicos e outros, veiculados por entidades oficiais, nacionais e internacionais em especial a OMS, a DGS e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Consideramos que foi um enorme desafio ultrapassado e que foi cumprido com êxito, com o apoio fundamental dos enfermeiros. Tivemos a possibilidade de o apresentar em reunião da equipa da USP BM (Apêndice VI). O PLS é uma ferramenta essencial para a implementação do PNS, a nível regional e local, garante o alinhamento com os objetivos nacionais e regionais, promovendo estratégias de saúde adaptadas às necessidades específicas da população de cada território (DGS, 2017a). A reorganização do SNS e a criação das ULS, conforme estabelecido no Decreto de Lei n.º 102/2023, trouxe consigo importantes mudanças na gestão e organização dos cuidados de saúde, visando uma maior eficiência e cobertura no território. No entanto, essas mudanças também geraram desafios, como a possibilidade de iniquidades no acesso aos cuidados de saúde entre diferentes UF.

No que diz respeito à USP do BM, houve a inacessibilidade de plataformas e dados de registos, é um exemplo claro dos impactos negativos dessa reorganização. Além disso, a indisponibilidade de recursos humanos e materiais essenciais, como o equipamento necessário para a realização dos rastreios de saúde visual em crianças de 2 e 4 anos, comprometeu temporariamente a continuidade da aplicação de programas de prevenção. O mesmo se aplica à colaboração da equipa nas consultas do viajante, que foi igualmente afetada.

No que diz respeito a UCCFM, houve necessidade de reorganização das intervenções, nomeadamente na Saúde Escolar, foi solicitado por parte do conselho de administração da ULS BM a sua uniformização. No decorrer dos dias de estágio sentimos algumas limitações na possibilidade de integrar estes grupos de trabalho, mas facilmente foi ultrapassada por parte dos enfermeiros orientadores que nos colocavam a par destas uniformizações de protocolos.

3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p. 4748).

Ao longo dos dias de estágio em que acompanhei os enfermeiros orientadores, foi possível compreender a importância da liderança e gestão dos recursos humanos, na otimização do

seu desempenho e trabalho, adequando os recursos às necessidades de cuidados prestados, garantindo a segurança e qualidade nas tarefas delegadas, através da supervisão das mesmas. Reconheci os diferentes papéis e funções de todos os elementos da equipa multidisciplinar, indispensável para proporcionar um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados. Tenho a noção de que a gestão de cuidados não é uma tarefa fácil, mas o espírito de equipa, aliado a uma gestão competente e presente, consegue atingir com sucesso cuidados de excelência.

Para isso foi consultado o regulamento interno da USP e da UCCFM, de maneira a compreender o funcionamento e a dinâmica da equipa multidisciplinar. Durante os estágios, 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 em conjunto com a colega de estágio estratégias e competências que me permitissem uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a elaboração, a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

Foi possível a apresentação do PIC Integra-TE quer na USP quer na UCC, tal como se encontra demonstrado no cronograma de estágio em Apêndice VI. Liderei e geri o PIC, o que me possibilitou desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados. 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. Atento que compreendi as diversas dinâmicas de trabalho desenvolvidas na USP e na UCC bem como a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar.

3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p. 4745)

Para alcançar esta competência, foi de grande importância as reflexões com os enfermeiros orientadores, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e com a colega de estágio. No decorrer dos estágios senti que o acompanhamento por parte dos enfermeiros orientadores, da colega de estágio e a disponibilidade dos elementos da equipa multidisciplinar, constituíram-se como essenciais para o meu crescimento profissional

enquanto futura EEESCP. A reflexão da prática de cuidados permitiu o meu crescimento pessoal e profissional, facilitando o desenvolvimento desta competência.

A elaboração do cronograma, torna possível uma maior perceção de todo o percurso do estágio. É esta visão global que ajuda a verificar a necessidade e duração das atividades planeadas ao mesmo tempo que se relaciona o tempo previsto com os atrasos ou avanços que possam surgir durante a fase de execução (Imperatori & Giraldes, 1993). A importância deste instrumento aumenta à medida que o projeto avança, é com o seu auxílio que se torna possível organizar e estruturar o que vai sendo realizado ao longo do tempo, graficamente e de forma ordenada. Só deste modo é possível identificar as datas de início e de termino das diversas atividades (Apêndice VI).

Durante os estágios foi possível incluir os conhecimentos obtidos ao longo das UC, algo que inicialmente tive alguma dificuldade por ser um contexto diferente daquele que já tenho experiência enquanto enfermeira. Para superar esta dificuldade recorri aos peritos na área e à colega de estágio. A pesquisa de informação, surge como estratégia para colmatar as dificuldades com que me fui deparando e, desta forma, adquirir novas aprendizagens.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) proporciona uma base científica para a prática, utilizando de forma consciente, explícita e cuidadosa a melhor e mais atual evidência na tomada de decisão relativa aos cuidados de enfermagem (Stanhope, M., & Lancaster, J., 2011). Um exemplo disto está espelhado no processo de elaboração do planeamento em saúde, no qual o PIC assenta. Encontra-se explanado na quarta parte deste documento.

Tive a possibilidade de publicar na Revista *InfoSaúde* (referência de rigor científico, inovação e humanização no contexto da saúde), um artigo científico com o título “Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde”, trabalho este elaborado em grupo (Apêndice VII). Participei no III Encontro de investigação clínica 2024, na ULS BM, onde foram abordados temas relacionados com a investigação clínica, salientado que esta é essencial para o desenvolvimento de novas práticas, tratamentos e estratégias de cuidado (Anexo III). Para além destas atividades, foi possível participar como moderadora no I Encontro De Envelhecimento Protegido que decorreu em Coimbra no dia 18 outubro 2024 (Anexo IV), onde foram apresentados trabalhos desenvolvidos temáticas relacionados com o envelhecimento ativo, com enfoque na vacinação.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas dizem respeito “às competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do 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” (OE, 2019a, p. 4745).

De acordo com o Diário da República, a OE estabeleceu quatro competências específicas do EEECS, estas, estão na base da adaptação dos cuidados às necessidades de saúde da população, promovendo intervenções eficazes, baseando-se em evidências para melhorar os determinantes da saúde (OE, 2018). Estão descritas de seguida através de um processo de reflexão e pensamento crítico, considerando as atividades realizadas e de que forma os resultados contribuíram para o desenvolvimento de uma futura EEECS.

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

A competência específica do PS diz respeito às seguintes unidades: “Elabora diagnóstico de uma comunidade; estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade; formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas; estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (OE, 2018).

O PS é um processo que permite planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de ações com a finalidade de intervir numa realidade de saúde, cujo objetivo é contribuir para melhorar o nível de saúde da população, através dos conhecimentos atuais e dos recursos disponíveis, garantindo assim, a promoção da saúde, a prevenção de doenças direcionando a população à mudança de comportamentos (Rodrigues, 2021).

As etapas da metodologia do PS são: DSS de uma comunidade, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas, preparação da execução; execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este processo deve ser contínuo, flexível e com capacidade de adequação às constantes dificuldades e necessidades que vão emergindo numa realidade em permanente mutação (Nunes, 2016). Ou seja, o EEECS deve seguir as diferentes etapas da metodologia do PS,

onde deve considerar a complexidade das várias necessidades de saúde da população com a qual desenvolve os seus cuidados especializados.

No âmbito do estágio em USP, foi proposta a elaboração do DSS que iria integrar o PLS da ULS BM, que encontrasse em Apêndice V. Este documento teve em conta fatores geográficos, demográficos e socioeconómicos, assim como diversos indicadores epidemiológicos, bem como a aplicação os conhecimentos adquiridos sobre os determinantes de saúde. Para a elaboração deste DSS recorri a fontes oficiais como o PNS e fontes de dados oficiais como o Instituto Nacional de Estatística (INE) e PORDATA. Além disso, consultei literatura recente e peritos na área, nomeadamente os enfermeiros orientadores, que entendem a comunidade e o seu contexto. Isto permitiu-me desenvolver competências a nível da análise de indicadores epidemiológicos para determinação de problemas de saúde.

Após reunião com a equipa de enfermagem da USP BM e com a Professora Doutora Eva Menino, foi identificado que a temática a trabalhar seriam a população de imigrantes a residir na ULS BM na freguesia da Marinha das Ondas (um grupo em situação de vulnerabilidade), pois nos últimos anos verificou-se crescimento desta comunidade, com uma maior afluência ao CS. A implementação do PIC ocorreu em contexto da UCCFM. Para facilitar a sua execução e a organização das atividades, elaborei um cronograma do estágio (Apêndice VI), que serviu como suporte na estruturação das diferentes fases do PS.

Para alcançar esta competência, foi desenvolvido, em conjunto com a colega de estágio um PIC, denominado Integra-TE, com base nas necessidades da comunidade imigrante da Marinha da Ondas, onde foram mobilizados *stakeholders*, realizadas e planeadas intervenções de prevenção e promoção da saúde a nível dos cuidados de saúde (vacinação e acesso aos cuidados de saúde). As descrições mais detalhadas das etapas do PS do projeto Integra-te, encontram-se explanadas no capítulo 4 deste relatório.

Acredito que este PIC foi concebido com a intenção de ter continuidade após o término do estágio, envolvendo futuros estudantes de mestrado, enfermeiros da USPBM e da UCCFM, e também a minha atuação enquanto investigadora. Essa continuidade é essencial, pois responde a uma necessidade fundamental da comunidade imigrante residente no concelho da Figueira da Foz.

A médio e longo prazo, iniciativas como o Integra-TE podem contribuir para uma mudança de mentalidade dentro das comunidades imigrantes, promovendo o cuidado preventivo e melhorando a adesão a programas de saúde pública. A continuidade permite abordar desafios de longo prazo, como sejam as barreiras linguísticas, a desinformação e as dificuldades de

acesso aos serviços de saúde. Desta forma, o PIC torna-se um agente de transformação social, projetando-se para lá da intervenção pontual.

Neste sentido, o PS em conjunto com os PQCEECSP promovem o desenvolvimento de um julgamento clínico mais avançado em corretas tomadas de decisão do EEESCP com a comunidade.

Neste contexto, foi essencial alicerçar as atividades realizadas nos modelos teóricos, promoção de saúde de Nola Pender e da TDUCC apresentados no capítulo 2. Estes forneceram a base necessária para guiar as práticas e decisões ao longo do PS, assegurando que as ações estivessem em consonância com as competências a serem desenvolvidas, além de garantir que as intervenções fossem consentâneas com as melhores abordagens da EEESCP.

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

De acordo com a OE, esta competência diz respeito às seguintes unidades: “ Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas; Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.” (OE, 2018).

O “Dia aberto para a Vacinação” foi uma intervenção fundamentalmente direcionada para as populações imigrantes a residir na Marinha das Ondas, pois permitiu a vacinação a toda a população daquela UF, sem marcação prévia regularizar o PNV, (Anexo I). Durante o estágio em USP, tive a possibilidade de integrar uma intervenção referente ao cumprimento do PNV, participando ativamente na administração de vacinas (alertando para a importância deste ato na aquisição de imunidade de grupo) em imigrantes que integram a zona da USF Figueira da Foz Sul. A adesão por parte da comunidade foi evidente, demonstrando que esta estratégia de intervenção foi adequada à população-alvo e contribuiu para a melhoria da taxa de cobertura vacinal naquela comunidade.

Foi possível participar no cumprimento do PNV através da convocatória e administração da vacina como a do *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) a crianças elegíveis que foram identificadas pelos Enfermeiros das UF do CS da ULS BM. Grande parte das crianças eram provenientes de grupos/comunidade de outras culturas (imigrantes), onde a barreira linguística foi um desafio no processo de vacinação e posterior realização de ensinamentos a ter após a administração da vacina. Apesar do constrangimento linguístico, previamente identificado pelas Enfermeiras orientadas, foi entregue uma informação sobre o procedimento. No entanto, foi possível realizar ensinamentos e esclarecimento de dúvidas em inglês, pois os pais dominavam este idioma.

Após a 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 morbidade associadas a doenças, sendo o papel do EESCSP essencial.

Com o objetivo de contribuir para a capacitação da comunidade escolar, tive a oportunidade de estar presente, na primeira reunião da saúde escolar da ULS BM. O encontro visou conhecer os projetos desenvolvidos por cada unidade e, em conjunto, avaliar os resultados das intervenções realizados no ano letivo de 2023/2024. Além disso, foram identificadas as principais áreas de necessidade para o ano letivo de 2024/2025, no âmbito do PNSE e do PNPSO. Com o início de atividades em janeiro de 2024 da ULS BM depreende-se que existe um caminho longo a percorrer, de forma a uniformizar os projetos inerentes ao PNSE, tal como foi emanado pelo conselho de administração da ULSBM.

Para desenvolver esta competência, ao longo dos estágios, tive a oportunidade e possibilidade de contribuir para a capacitação da comunidade escolar, através da operacionalização PNSE na UCCFM. Registamos limitação na realização das intervenções no âmbito do PNSE, relativo à integração dos UCCFM na ULS BM.

O PNSE refere que o direito à saúde e a educação é algo que deve ser proporcionado a todos os que frequentam a escola, devendo esta ser uma promotora da saúde e bem-estar, responsabilizando todos os intervenientes a obterem mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação, permitindo uma melhor qualidade de vida às crianças e jovens aumentando os níveis de literacia em saúde da comunidade educativa (DGS, 2015, p. 4).

No sentido de dar resposta aos vários problemas identificados na comunidade escolar, foram realizadas diversas sessões de educação para a saúde, abordando especificamente os seguintes temas:

- O Projeto "+ Contigo" é uma iniciativa de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio em contexto escolar (ULSBM, 2024), em turmas do 8^a ano (uma turma do Agrupamento de Escolas Figueira Sul e duas do Agrupamento de Escolas Figueira Urbana). Este programa contempla várias sessões, sendo que só assistimos à sessão inicial;

- Na área de intervenção da Educação para os afetos e a sexualidade, foi realizada com alunos do 9^o ano de escolaridade no Agrupamento de Escolas Figueira Urbana, com o tema “Métodos Contracetivos”, no qual participei no esclarecimento de dúvidas sobre o tema, que me permitiu compreender que a UCCFM disponibiliza à população jovem residente consultas individuais para que, de forma confidencial e mais íntima, possa expor as suas preocupações, sem estigmas do julgamento por parte dos seus pares.

Assim, face ao exposto, acresce reforçar que capacitar grupos e comunidades é um processo difícil, principalmente no que respeita a grupos vulneráveis, pois esta população tem maior predisposição para desenvolver problemas de saúde, tendo piores resultados, perante os problemas, quando comparada com a população em geral (Stanhope, M., & Lancaster, J., 2011). Contudo, é nestes grupos que a intervenção do EESCSP tem maior ênfase, é mais desafiante, motivadora e em que os ganhos em saúde são mais expressivos.

A criação e implementação do PIC Integra-TE, baseada em referenciais teóricos, nos conhecimentos adquiridos ao longo das diferentes UC e na metodologia do PS, foi fundamental para o desenvolvimento desta competência. Este processo permitiu reconhecer as necessidades específicas de informação das comunidades, organizar e disponibilizar conteúdos adequados às suas características e adotar estratégias que incentivaram a procura ativa de informação por parte da população alvo da intervenção. Desta forma, contribuiu claramente para o fortalecimento da capacitação deste grupo vulnerável.

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

Todas as atividades referidas nas alíneas anteriores, relativo as competências específicas, levaram também ao desenvolvimento desta competência, alcançada através da gestão, implementação e avaliação dos Programas de Saúde (Regulamento n.º428/2018, 2018).

As duas competências anteriormente referidas encontram-se interligadas, já que os programas delineados vão ao encontro dos objetivos do PNS e é da competência do EESCSP desenvolver atividades e implementá-las através de projetos de intervenção, que levam à capacitação e ao empoderamento da população relativamente à sua saúde, permitindo ganhos em saúde.

A USP da Figueira da Foz colabora em parceria com as escolas do pré-escolar e do 1º ciclo, com o objetivo de coordenar, monitorizar e avaliar a implementação dos PNSE e PNPSO. Entre as ações desenvolvidas estão a distribuição de flúor nas escolas e a emissão de cheques dentista para os alunos das coortes de 7, 10 e 13 anos, com prazo até 31 de dezembro. A emissão dos cheques dentista é realizada pela USP por meio da Plataforma SISO, sendo concluída até o final de novembro. Relativamente aos dados de 2023, a taxa de utilização de cheques dentistas é de 31%, na USP da Figueira da Foz. Outro projeto no âmbito do PNSE, é o projeto “Quero Crescer Forte”, dirigido para crianças, pais e educadores e que tem como objetivo contribuir para um ambiente promotor da saúde, na área da alimentação, higiene oral, atividade física e emoções.

No âmbito do PNV, foi organizada e agendada a entrega de vacinas contra a gripe e a Covid-19, em conformidade com a Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2024/2025. Esta ação teve como público-alvo os utentes e profissionais das Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI). Durante o processo, constatei a necessidade de uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, uma articulação eficaz com a comunidade e uma avaliação subsequente, a fim de compreender o impacto e os benefícios em saúde resultantes destas iniciativas. Tive a oportunidade de me deslocar a uma ERPI, localizada a norte do concelho da Figueira da Foz, com o objetivo de vacinar todos os utentes e funcionários. Foi um momento importante para perceber como se organizam e operacionalizam intervenções deste tipo.

Também pude assistir à reunião de acompanhamento da campanha de vacinação contra a gripe e a Covid-19, que contou com a participação da DGS, do conselho de administração da ULS BM e das equipas regionais das ULS. Na reunião, foram discutidos os avanços da vacinação sazonal, as taxas de cobertura e as dificuldades enfrentadas pelas equipas no início da campanha. Além disso, atuei de forma ativa na administração e no registo das vacinas contra a gripe e a Covid-19 na plataforma E-Vacinas.

A USP polo Figueira da Foz distribui as normas e orientações da DGS para todas as USF da ULS BM e realiza a monitorização do estado vacinal da população (recolhe o dados da vacinação) ,através da percentagem de pessoas vacinadas por idade, coorte, vacina e dose, com o objetivo de alcançar a imunidade de grupo e atingir uma taxa de vacinação de 95%. A USP orienta a Campanha da Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2024/2025 contra a gripe e Covid-19, atendendo aos grupos vulneráveis, instituições e indústrias, em colaboração com o serviço de saúde ocupacional.

No âmbito do PNV, a USP-polo Figueira da Foz avalia a saúde das populações imigrantes e faz a respetiva referenciação para os cuidados de saúde necessários, com a meta de aumentar as taxas de cobertura vacinal e fortalecer a imunidade de grupo. Nesse contexto, colaborei no “Dia Aberto para a Vacinação” na Marinha das Ondas, onde reside uma comunidade imigrante de várias nacionalidades (Anexo I).

No âmbito do Programa Nacional na dependência da Saúde Pública – Programa Nacional para a Tuberculose, tive a possibilidade de visitar o Centro de Diagnóstico Pneumológico da ULS BM. Foi uma oportunidade muito enriquecedora e pertinente, em primeiro lugar, porque desconhecia este serviço e o seu funcionamento e, segundo lugar porque a tuberculose continua a ser um problema de saúde pública. Assisti a várias consultas de enfermagem, observei como se faz a vigilância epidemiológica da tuberculose e tive contacto com diversos tipos de tratamentos. Assim sendo, pude identificar as formas de atuação no caso de Doenças

de Notificação Obrigatória (DNO) e respetiva vigilância epidemiológica, permitindo-me desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do Programa Nacional na dependência da Saúde Pública – Programa Nacional para a Tuberculose.

Na UCCFM foi possível assistir a uma reunião com o conselho de administração da ULS BM e com a restante equipa. Tivemos a possibilidade de assistir à análise dos vários projetos, bem como dos seus resultados e aspetos a melhorar. Foi uma oportunidade para a apresentação do PIC Integra-Te, na USP, USF Figueira Sul, Junta de freguesia da Marinha das Ondas e parceiro comunitário Cáritas Diocesana de Coimbra (Apêndice VIII).

Torna-se essencial evidenciar que o EEESPSC na sua prática profissional ergue a intervenção de âmbito comunitário, capacitando grupos populacionais com vista à obtenção de ganhos em saúde, em estreita relação com os eixos estratégicos e prioritários do PNS e Programas de Saúde. Nesta perspetiva, o PIC desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, enquadra-se nas grandes linhas de orientação estratégica do PNS 2021-2030, designadamente no que se refere ao desenvolvimento de estratégias que permitam melhorar o acesso e a intervenção em saúde, com uma abordagem integrativa das necessidades de saúde dos imigrantes e respetivos problemas, e com enfoque nos determinantes de saúde, reduzindo desigualdades e iniquidades em saúde.

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica é um importante instrumento na análise, compreensão e explicação de fenómenos de saúde-doença, sendo prioritário que o EEESCSP o concretize. Uma vez que a vigilância ativa dos indicadores epidemiológicos da população é de extrema importância para se poder compreender com mais clareza, os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população, o EEESCSP deve estar alerta, não só para dados epidemiológicos da população da na área geográfica de abrangência da sua prestação de cuidados, mas também para os dados das demais áreas geográficas a nível nacional e mundial, a fim de os poder analisar e correlacionar, verificando a existência ou não de fatores e causas que podem interferir nos fenómenos e coloca em risco a saúde pública da população (OE, 2018) (Apêndice VI).

A vigilância epidemiológica é fundamental na prática da epidemiologia, pois orienta a atuação das Autoridades de Saúde Locais e a USP na recolha sistemática e contínua de informação relacionada com as doenças transmissíveis de declaração obrigatória através da aplicação informática de suporte ao SINAVE. Apesar da gestão do SINAVE ser realizada pela equipa

médica, foi-nos sugerido pelas enfermeiras orientadoras assistir a uma formação de serviço acerca do funcionamento do SINAVE (Apêndice VI).

Em janeiro de 2024, a OMS emitiu um alerta sobre o aumento preocupante dos surtos de sarampo. Os casos registados na Europa em 2023 foram 30 vezes superiores aos de 2022 (OMS, 2024). Em Portugal, segundo o Relatório Epidemiológico da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2024e), foram confirmados 30 casos de sarampo entre 1 de janeiro e 13 de junho de 2024, dos quais 4 ocorreram na região centro, incluindo 2 na ULS BM. Perante estes dados, e em parceria com a equipa da USP da Figueira da Foz, desenvolvi um alerta informativo sobre os casos notificados e os procedimentos que as UF da ULS BM devem adotar perante a suspeita de um caso de sarampo, que será reportado a todas as UF da ULS BM (Apêndice IX).

Durante estes estágios, tive a oportunidade de compreender melhor a relevância e a complexidade das competências necessárias para o exercício da EESCSP. Esse processo não só ampliou os meus conhecimentos, como também me ajudou a reconhecer as minhas próprias limitações e potenciais de áreas a melhorar.

O PIC Integra TE desempenhou um papel essencial na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, ao atuar diretamente na identificação e monitorização de condições de saúde das comunidades imigrantes. Através da cooperação com serviços de saúde e entidades locais, o projeto contribui para uma abordagem mais eficaz na prevenção e controlo de doenças, especialmente aquelas preveníveis por vacinação.

Na equipa de enfermagem da USP Polo Figueira da Foz e da UCCFM, pude observar como essas competências são aplicadas com naturalidade e elevado profissionalismo. A experiência e o conhecimento demonstrados pelos profissionais permitiram-me integrar-me facilmente na sua forma de pensar e atuar. As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios foram essenciais para o meu crescimento profissional, proporcionando-me a oportunidade de consolidar conhecimentos teóricos e aperfeiçoar a prática na área da enfermagem comunitária e de saúde pública. Em resumo, acredito ter alcançado os objetivos que estabeleci no início dos estágios, o que me traz satisfação e a certeza de que realizei um trabalho bem estruturado. Contudo, estou ciente de que o processo de aprendizagem é contínuo e que há sempre mais a aprender e a aprimorar.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

De acordo com a OE, a PBE, define-se como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que importa uma pesquisa e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente em contexto do cuidar.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 10).

A PBE, segundo (Rodrigues, R & Cardoso, D., 2022) envolve o uso intencional e critério dos melhores dados científicos disponíveis para orientar as decisões em saúde. A investigação científica, por sua vez, permite gerar novos conhecimentos que devem ser objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. Esse processo busca compreender os fatores que influenciam determinados fenômenos, contribuindo para uma visão mais precisa da área (Vilelas, 2022).

A pesquisa bibliográfica foi fundamental para sustentar cientificamente o PIC, fornecendo as bases para a intervenção comunitária. O enquadramento teórico orientou as ações do projeto, cujo planeamento teve por base a metodologia do PS. Para fundamentar o PIC foram usados dois modelos teóricos: o MPS de Nola Pender e o Modelo TDUCC.

Definiu-se para a elaboração deste capítulo uma metodologia de investigação /ação, que segundo, vários autores é uma combinação de investigação com a ação prática, visando promover mudanças e melhorias em contextos específicos. A investigação-ação distingue-se de outras metodologias de pesquisa em vários aspetos, principalmente devido à sua natureza participativa, prática e orientada para a mudança (Fonseca, 2012).

O PIC Integra-TE foi desenvolvido com base na PBE, na metodologia de investigação-ação e PS. A sua conceção teve como alicerces os referenciais teóricos, que orientam a análise crítica e a tomada de decisões em saúde, bem como a pesquisa bibliográfica, que confere uma base científica ao projeto. Utilizando a metodologia do PS, o PIC Integra-TE tem como objetivo melhorar a saúde da comunidade imigrante residente na Marinha das Ondas, promovendo o acesso aos cuidados de saúde e à vacinação, indo de encontro às diretrizes PNS 2021-2030 e do PNV.

4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o Relatório Mundial sobre Migração de 2024, desenvolvido pela OIM, a migração global está em constante mudança, com um aumento significativo no número de pessoas deslocadas e remessas internacionais (OIM, 2024a)

Segundo o mesmo relatório, em 2020, 281 milhões de pessoas eram imigrantes internacionais, o que representa 3,6% da população global. Em 2020, havia mais 128 milhões de imigrantes internacionais do que em 1990 e três vezes mais o número estimado do que em 1970, revelando que o número estimado de imigrantes internacionais tem vindo a aumentar (OIM, 2024a). Em 2020, cerca de 40% dos imigrantes internacionais em todo o mundo, ou seja, 115 milhões de imigrantes internacionais nasceram na Ásia, dos quais quase 20% têm origem na Índia, China, Bangladesh, Paquistão, Filipinas e Afeganistão (OIM, 2024b).

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

Portugal segue a tendência europeia e a migração internacional está a aumentar devido a diversos fatores, tais como as condições económicas e sociais, a legislação, as relações históricas e culturais e os eventos globais (AIMA, 2024).

De acordo com o último Relatório de Migrações e Asilo, em 2023, houve um aumento de 33,7% na população estrangeira residente em Portugal, face a 2022, totalizando 1 044 238 cidadãos estrangeiros titulares de Autorização de Residência (AIMA, 2024). Relativamente às nacionalidades, a brasileira é a mais representativa (35,3%), seguindo-se a indiana (4,2%), a nepalesa (2,9%) e por último a chinesa (2,7%) (AIMA, 2024). Em 2023, 165 430 estrangeiros residentes são de origem asiática, o que representa um aumento de 33,5%, face a 2022 (AIMA, 2024). Quanto ao grupo etário, cerca de 80,5%, ou seja, 532 214 cidadãos estrangeiros têm entre 25 - 44 anos, 11,6% são jovens entre os 0 - 19 anos e 7,9% têm mais

de 65 anos, sendo o litoral a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir (AIMA, 2024).

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

Em Portugal, esta é uma questão relevante considerando a influência da globalização nas tendências migratórias, como demonstrado no Plano Estratégico para as Migrações 2015–2020 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015), que mencionou a preocupação de responder aos múltiplos impactos das crises globais, incluindo no domínio da saúde (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). Na vertente da saúde, este plano reforça o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável(ODS) e com o Pilar dos Direitos Europeus, reforçando a responsabilidade europeia de afirmar a saúde como um direito de todos, tal como consta na Carta dos Direitos Fundamentais da UE (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

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

O PNS 2021-2030 visa melhorar a saúde e o bem-estar da população, investindo nos determinantes de saúde e bem-estar, assumindo como premissa “não deixar ninguém para trás”, cumprindo a Agenda 2030 no alcance dos 17 ODS (DGS, 2021, p. 4).

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

- **Acesso aos cuidados**

O acesso à saúde define-se como a capacidade de as pessoas efetivamente utilizarem os serviços de saúde (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). A “igualdade de acesso” não se limita apenas ao direito de recorrer ao sistema de saúde, mas também à disponibilidade de informação para todos acerca ao sistema de saúde, tornando-o

acessível e minimizando as barreiras linguísticas e culturais (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). Assim, o acesso aos cuidados de saúde inclui não só os direitos de utilização dos serviços, mas também a capacidade financeira para aceder e usufruir dos mesmos, e é neste aspeto que surgem as maiores barreiras no acesso à saúde entre as populações imigrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis.

Quando a migração não é devidamente apoiada por políticas intersectoriais adequadas, pode expor fatores socioeconómicos vulneráveis, agravar desigualdades, iniquidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Machado R. S., 2024).

O Pacto Global para as Migrações define como um dos objetivos proporcionar acesso a serviços básicos para os imigrantes (OIM Brazil, 2024). Os fluxos migratórios têm um impacto profundo nas sociedades, na sua economia e na sua cultura (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

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

Portugal é um país europeu conhecido pelas suas políticas favoráveis de integração de imigrantes e acesso ao sistema de saúde (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). Contudo, existem disparidades nas oportunidades de acesso aos cuidados de saúde em consequência de múltiplos fatores e os imigrantes estão em particular risco relativamente a estas disparidades (Silva, Macedo, & Quintal, 2022).

O acesso à saúde é fundamental e as populações imigrantes, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis enfrentam as maiores barreiras devido a fatores como a falta de apoio político e desigualdades socioeconómicas. A literatura refere como barreiras a falta de conhecimentos sobre os direitos aos cuidados de saúde, a localização geográfica, o domínio da língua, diferentes crenças, valores e culturas relativos aos cuidados de saúde, bem como a falta de confiança nos profissionais de saúde e autoridades (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023).

Segundo um estudo desenvolvido pela ERS (Entidade Reguladora da Saúde), para além destes fatores, as iniquidades no acesso aos cuidados também ocorrem por insuficiências de transporte, por desconhecimento, falta de informação, falta de conhecimento relativamente ao funcionamento do serviço nacional de saúde, e ainda por receio ou medo (ERS, 2015). Por outro lado, também os próprios serviços de saúde se deparam com dificuldades que limitam o acesso aos cuidados por parte dos imigrantes, nomeadamente falta de formação e

informação dos administrativos, excesso de burocracia, falta de acesso a serviços de tradução, limitação do sistema informático, falta de sensibilidade cultural e socioeconómica por parte de alguns profissionais de saúde que condicionam o acesso, algum desconhecimento e falta de sensibilização por parte dos administrativos (ERS, 2015).

A identificação da migração como determinante de saúde tem sido basilar para saber e perceber melhor o estado de saúde da população imigrante e desta forma poder atuar sobre barreiras individuais, políticas, económicas, sociais, culturais e administrativas que influenciam o acesso a cuidados de saúde e a interação com profissionais de saúde (Machado R. S., 2024).

A utilização de serviços de saúde por parte da população imigrante é, na sua maioria, inferior à da população residente, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde primários, adesão a programas de rastreio e vacinação, uma vez que, o acesso a cuidados de saúde desta população é realizado essencialmente através do serviço de urgência (Machado R. S., 2024).

Promover a saúde para proporcionar o acesso aos cuidados de saúde e combater as desigualdades sociais entre imigrantes é crucial. Esta torna-se uma dimensão carece de estudo, uma vez que a integração de imigrantes através de cuidados e promoção de saúde, gera benefícios para políticas e cuidados, devendo ser uma prioridade estratégica (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

A promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde para a população imigrante pode constituir uma oportunidade única de agir nos determinantes de saúde, o que irá, por sua vez, terá um impacto positivo na saúde das comunidades (Machado R. S., 2024). Desta forma, a ULS BM assume como uma das suas missões prestar cuidados de saúde integrados seguros, de qualidade, humanizados e inclusivos, tendo em conta as necessidades e a satisfação do Utente, sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS (ULSBM, 2024). De igual modo, a UCCFM, que cumpre a sua missão prestar de cuidados em comunidade e para a comunidade que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade (UCCFM, 2019).

- **Vacinação**

A vacinação é um dos principais avanços em saúde pública na profilaxia de doenças infecciosas. A par do aparecimento do saneamento e da água potável, a vacinação foi o fenómeno mais eficaz na prevenção de doenças infecciosas, que, por muitos anos, foram a principal causa de mortalidade no mundo (Freitas, Igreja, Pacheco, & Teodósio, 2024).

Os avanços no desenvolvimento de vacinas levaram a uma redução na disseminação de doenças infecciosas e criaram uma população imune a inúmeras patologias preveníveis pela vacinação. O impacto das vacinas na melhoria da saúde das populações é incontestável (Freitas, Igreja, Pacheco, & Teodósio, 2024).

A pandemia por COVID-19, que devastou o mundo nos últimos anos, é um dos exemplos do quão expostas à doença estão as populações. O impacto da COVID foi minimizado através da vacinação, reforçando a sua importância no controlo das ameaças por doenças infecciosas. No entanto, apesar da eficácia da vacinação, ainda estão identificadas algumas lacunas na imunização, associadas a dificuldades no acesso aos cuidados, a movimentos e crenças sobre a vacinação, que levam à hesitação e recusa vacinal, colocando em causa a eficácia dos programas de vacinação dirigidos à população (DGS, 2024c)

As condições instáveis nos países de origem levam à interrupção dos serviços nacionais de saúde, incluindo programas de imunização, provocando quebras na cobertura de vacinação (Giambi, et al., 2019).

Segundo a OMS, a nível mundial, a imunização previne de 3,5 milhões a 5 milhões de mortes todos os anos por doenças como a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a gripe e o sarampo. Atualmente, existem vacinas para prevenir mais de vinte doenças fatais, permitindo à população ter mais anos de vida saudáveis (OMS, 2024b).

A nível mundial, em 2023, a cobertura da vacina anti tétano, difteria e tosse convulsa foi de 84% e a cobertura vacinal contra o sarampo foi de 83%, inferior à taxa de 2019 que foi de 86%. Nesse mesmo ano, 14,5 milhões de crianças não receberam uma dose inicial da vacina antitetânica e mais de 6,5 milhões estão parcialmente vacinadas, devido à falta de acesso à vacinação e outros serviços de saúde. Relativamente à vacina do HPV (Vírus do Papiloma Humano), a cobertura vacinal aumentou para 27%, em 2023, sendo de 20%, em 2022 (OMS, 2024d).

De acordo com a OMS, a Europa tem uma cobertura de imunização relativamente alta em comparação com outros continentes, apresentando níveis de cobertura vacinal elevados da poliomielite desde 2002, e baixa incidência de sarampo, rubéola, difteria, tétano, tosse convulsa e outras doenças. No entanto, as lacunas na cobertura de imunização persistem, deixando muitas pessoas de todas as idades vulneráveis a doenças graves e preveníveis (OMS, 2024c).

Em Portugal, todas as pessoas têm acesso à vacinação através do PNV. Este é um programa universal, gratuito e acessível e tem como objetivo garantir a imunidade individual e de grupo,

minimizando o impacto das doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual, preveníveis através da vacinação (DGS, 2024b).

De acordo com o Relatório Síntese Anual da Vacinação - 2024, referente ao ano de 2023, Portugal continua a apresentar elevadas taxas de cobertura vacinal para doenças do PNV (DGS, 2024c). Cerca de 84% das mulheres grávidas elegíveis tinham sido vacinadas com a Vacina contra tétano (dose reduzida), difteria e tosse convulsa. A Vacina anti Sarampo Rubéola e Papeira continua a cumprir todas as metas nacionais do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e da Rubéola. Relativamente à vacinação contra o tétano e a difteria, nas idades de 11, 25, 45 e 65 anos (corte 2012,1998,1978,1958) não existe o cumprimento da meta da cobertura vacinal de 95% (DGS, 2024c).

É fundamental manter o investimento na vacinação, garantindo o envolvimento das unidades de saúde e a confiança das populações, sendo essencial identificar grupos suscetíveis e hesitantes de forma a garantir a vacinação.

- **Infeções Sexualmente Transmissíveis**

As infeções sexualmente transmissíveis (IST's) são infeções contagiosas, cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais. Podem ser provocadas por bactérias, vírus e parasitas que se encontrem no sangue, sémen e outros fluídos corporais ou à superfície da pele e mucosas na região genital. As IST's mais conhecidas são o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o HPV, a clamídia, a gonorreia ou blenorragia, a hepatite B, a sífilis, o herpes genital, a tricomoníase, a pediculose pública, a escabiose e o molusco contagioso (APF, 2020).

De acordo com a OMS, as IST's encontram-se entre as causas mais comuns de infeção no mundo e têm vastas consequências de natureza sanitária, social e económica (Veríssimo, 2023). Globalmente, as IST's estão a aumentar e, com o aumento da migração internacional, representam uma ameaça à saúde pública internacional (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2020). A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável estabelece a meta de reduzir em 90% a incidência de sífilis e gonorreia até 2030 (Nações Unidas, 2022). O esforço coletivo de diferentes nações é condição *sine qua non* para garantir o cumprimento desta meta, bem como para entender a dinâmica das IST's e estabelecer intervenções direcionadas para evitar novas infeções (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2020).

Segundo a OMS, a nível internacional, estima-se que todos os dias sejam detetadas cerca de um milhão de IST's cuja cura é possível, em pessoas entre os 15 e os 49 anos (OMS, 2024b).

Em 2020, houve cerca de 374 milhões de novos casos de quatro infeções curáveis, (clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis), em pessoas entre os 15 e os 49 anos (OMS, 2024b). Em 2022, estima-se que 8 milhões de pessoas, entre os 15 e os 49 anos, foram infetadas com sífilis, representando um aumento de 30%, face a 2020 (OPAS & OMS, 2024). De acordo com a mesma fonte, estima-se que mais de 500 milhões de pessoas, entre os 15 e os 49 anos, tenham infeção vaginal pelo vírus herpes *simplex* e, todos os anos, mais de 311 000 mortes por cancro do colo do útero estão associadas a infeção pelo HPV (OMS, 2024b).

A *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS), na Ficha Informativa das Estatísticas Globais sobre VIH e SIDA(Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), refere que, desde o início da epidemia, 88,4 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH e 42,3 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com a SIDA (UNAIDS, 2024a). Em 2023, 39,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com VIH, das quais 86% sabiam do seu estado serológico e cerca de 5,4 milhões de pessoas desconheciam serem portadoras de VIH (UNAIDS, 2024a). O mesmo relatório refere que, em 2023, 1,3 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH, apresentando uma redução de 60% comparativamente a 1995 em que foram diagnosticadas 3,3 milhões de pessoas com HIV. Segundo a UNAIDS, em 2023, morreram 630 000 pessoas com doenças relacionadas com a SIDA (UNAIDS, 2024a).

Neste sentido, a UNAIDS desenvolveu a *Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities. End AIDS*, que define ações prioritárias baseadas em evidências e metas ousadas a serem implementadas por parceiros globais, regionais, nacionais e comunitários, para acabar com a SIDA como uma ameaça à saúde pública até 2030 (UNAIDS, 2024b).

Nos Estados-Membros da União Europeia (UE) , em todos os anos, mais de 300 000 IST's são notificadas, tornando-se uma ameaça para a saúde pública (ECDC, 2024a). Em 2022, foram noticiados: 70 881 casos de gonorreia, o que corresponde a um aumento de 48% comparando com os dados de 2021; 35 391 casos de sífilis, mais 34% face a 2021; 216 508 casos de clamídia, representando um aumento de 16% em relação a 2021 (ECDC, 2024b).

Em 2022, na UE, houve um aumento nos diagnósticos de VIH em comparação a 2021, com alguns países a apresentar números recordes. Em 2022, 110 486 diagnósticos de VIH foram relatados. Isto corresponde a uma taxa bruta de 12,4 diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes, ou seja, representa uma diminuição substancial na taxa de 2019 (15,6 por 100 000 habitantes), que foi o período anterior à pandemia de COVID-19 (ECDC, 2023).

A nível nacional, segundo o Relatório sobre Infeção por VIH em Portugal – 2024, entre 1983 e 2023 foram notificados, 68 627 casos de infeção por VIH, dos quais 23 955 atingiram o estágio de SIDA e foram ainda comunicados 15 918 óbitos de pessoas que viviam com infeção

por VIH (DGS & INSA, 2024b). De acordo com o mesmo relatório, em 2023, foram notificados 924 casos de infeção por VIH, dos quais 876 foram diagnosticados em Portugal, sendo que 873 com idade igual ou superior a 15 anos e 3 casos com idade inferior a 15 anos (DGS & INSA, 2024b). Relativamente ao país ou região geográfica de origem, 458 casos de infeção por VIH foram em pessoas com origem geográfica fora de Portugal, ou seja, 53,1% dos novos casos foram em imigrantes. Desta forma, os imigrantes são considerados um grupo vulnerável à infeção por VIH e outras IST's, pelo que urge investir na sua prevenção, promovendo o acesso aos cuidados de saúde (DGS & INSA, 2024b).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da infeção VIH/SIDA e Tuberculose define como objetivo, entre outros, “promover iniciativas de base comunitária, tendo como prioridades populações mais vulneráveis ou em maior risco” (DGS, 2017, p. 11). Deste modo, as IST's, pelas doenças que provocam e pelas complicações que podem ocasionar, são um problema de saúde pública (APF, 2020), sendo um dos objetivos do PNS 2021-2030 é diminuir a taxa de incidência do VIH para 5,7%, até 2030 (DGS, 2021).

Desta forma, com o crescente fluxo migratório de larga escala, em grande parte devido a influência da globalização, e com o reconhecimento dos imigrantes como grupo vulnerável, devem ser desenvolvidas medidas direcionadas para o cumprimento dos programas nacionais prioritários, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde, na vacinação e na prevenção das IST's. Para obter ganhos em saúde é crucial continuar a investir na promoção de saúde para os imigrantes, divulgando informação e conhecimentos, que permitam interromper o ciclo de transmissão de doenças, e ajudar na capacitação dos mesmos para tomadas de decisão que promovam a saúde no mundo de (Cá O. U., 2022).

Segundo o definido pela Ordem dos Enfermeiros, o EEECSPP centraliza a sua intervenção na comunidade, desenvolve a sua ação, dirige PIC com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (Regulamento n.º428/2018, 2018). Considerando as competências específicas, o EEECSPP desenvolve a sua ação orientada para a promoção da saúde, tem um papel privilegiado na proximidade com os grupos vulneráveis, o que lhe permite uma avaliação e identificação das crenças, comportamentos e atitudes. Baseando-se no diagnóstico de situação, desenvolve a sua intervenção na capacitação dos imigrantes para as suas tomadas de decisão promotoras de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

Assim, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2019 (ICN, 2019), foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Défice de conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde;
- Comportamento de procura de serviços de saúde comprometido;

- Défice de conhecimentos sobre vacinação;
- Adesão à vacinação comprometida;
- Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos;
- Défice de conhecimentos sobre IST's.

Estes diagnósticos são o ponto de partida para a identificação das necessidades específicas da comunidade e das intervenções necessárias. Contudo, para garantir a viabilidade e a execução das ações, é imprescindível que seja submetido um pedido formal à Comissão Ética da ULS BM, de modo a obter a autorização institucional necessário. Este processo é essencial para assegurar que as estratégias de prevenção, tratamento e suporte sejam adequadamente implementadas.

4.2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

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).

O PS é um processo estruturado composto por várias etapas interligadas e viáveis (Rodrigues, 2021). De acordo com *Imperatori & Giraldes*, as etapas são: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, a escolha de estratégias, a implementação do projeto e a respetiva avaliação. Todas estas fases estão interligadas num processo contínuo, dinâmico e em permanente evolução (Imperatori & Giraldes, 1993).

Ao longo dos estágios, desenvolvi um PIC seguindo as etapas do PS. Para isso, assegurei a integração sequencial de todas as suas etapas, participando como um elo entre a USP e a UCCFM, tendo em conta o que está preconizado no planeamento do estágio de natureza profissional de enfermagem comunitária e de saúde pública com relatório final (ESSlei, 2024).

Neste capítulo estão descritos, as considerações éticas, os fundamentos teóricos, com base na revisão da literatura, que sustentam a temática escolhida, oferecendo suporte para a compreensão do PIC desenvolvido.

4.2.1 Considerações Éticas

A investigação com tudo o que lhe é inerente, levanta inúmeras questões morais e éticas na medida em que envolve seres humanos. As questões éticas colocam dilemas peculiares aos investigadores, que provêm das exigências morais dos mesmos que, em determinadas

situações poderão entrar em conflito com o rigor da investigação. No decorrer do exercício profissional, é fulcral que se garanta o respeito pelos direitos dos indivíduos (Fortin, 1999).

Em alinhamento com a Lei da Investigação Clínica (Lei nº 21/2014, artigo 16, nº1), foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ULS BM (Apêndice I), que foi analisado também pelo Conselho de Administração da ULS BM, resultando em parecer favorável (Anexo II). Além disso, foi submetido um pedido de Avaliação de Impacto em Proteção de Dados (Apêndice III), juntamente com a Declaração de Garantia de Anonimização de Dados (Apêndice II), bem como da autorização do coordenador da USF Figueira Sul para a implementação do PIC (Anexo II).

De acordo com *Fortin*, a obtenção de dados dos participantes é uma parte fulcral do processo de pesquisa e pode ser feita de várias formas. O investigador é o responsável por selecionar o método de recolha que melhor se adapta ao tipo de estudo (Fortin, 1999).

Os dados foram analisados e tratados de forma anónima pela equipa de investigação, seguindo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e as legislações nacionais e internacionais. Estes dados foram partilhados entre os elementos da equipa de investigação, assim como o acesso às bases de dados criadas (Mundial., Associação Médica, 2013).

O consentimento livre e informado foi solicitado, em português, inglês e bengali, para assegurar a garantia e os direitos dos envolvidos, considerando os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A comunicação foi realizada de forma clara e acessível, com o objetivo de estabelecer confiança, mantendo uma abordagem honesta, transparente e compatível com os objetivos da pesquisa. Essas condições foram formalizadas num documento de consentimento informado, incluído no Apêndice IV. Este documento foi disponibilizado aos participantes, com todos os detalhes explicados, ressaltando-lhes a possibilidade de desistência a qualquer momento.

Para a colheita de dados relativos à comunidade imigrante, foi realizado um questionário (inicial e final), em português, inglês e bengali, conforme se apresenta no Apêndice X e XIV. Os dados tratados, foram armazenados numa base de dados de acesso restrito às mestrandas, protegida por palavra-passe. Prevê-se o armazenamento dos dados apenas durante dois anos, sendo que a partir desse momento os dados serão inutilizados. Os dados informáticos encontram-se equipamentos na UCCFM.

Para se iniciar o processo de recolha de dados, é fundamental que o método de recolha de dados tenha sido selecionado, elaborado e adaptado, assim como a amostra de sujeitos tenha sido apurada (Fortin, 1999).

A aplicação dos questionários decorreu na USF- Figueira Sul- polo Marinha das Ondas, após convocatória da comunidade (Apêndice XVI), realizou-se no dia 25 janeiro de 2025, presencialmente. O questionário foi elaborado pelas mestrandas tendo em conta os objetivos do PIC. Após assinatura do consentimento informado, teve uma duração média de cerca de 10 minutos. O questionário inicial é constituído por três partes. A primeira parte encerra a caracterização sociodemográfica, a segunda parte a avaliação dos conhecimentos sobre o estado vacinal e a terceira parte é sobre os conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde. O questionário final corresponde as questões relacionados com o acesso aos cuidados de saúde. As respostas ao questionário foram registadas no momento, pelas mestrandas, na base de dados para posterior análise de conteúdo. A amostra corresponde a 22 de imigrantes a residir na Marinha da Ondas que cumpriram os critérios de inclusão.

4.2.2 Diagnóstico de Situação de Saúde

O DSS refere-se à primeira etapa da metodologia do PS e diz respeito ao conjunto de necessidades de saúde de uma população (Imperatori & Giraldes, 1993), sendo também importante para identificar os problemas nelas existentes (Tavares, 1990).

Assim, de forma a avaliar o estado de saúde da população, estabelecer prioridades, projetar, organizar e avaliar atividades, procedeu-se à elaboração de um DSS, e mais especificamente na ULS BM, no concelho da Figueira da Foz, uma vez que é o local de aplicação do projeto. De seguida encontram-se organizados os capítulos que dizem respeito à caracterização da população abrangida pela ULS BM, população alvo e respetiva amostra e uma revisão da literatura com foco no grupo comunitário.

4.2.2.1 Caracterização da população abrangida pela Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

Segundo os censos de 2021, na ULS BM a população residente era de 100 783 indivíduos (Pordata, 2024a) o que representa uma perda de 6,3% relativamente aos censos do ano 2011, à semelhança do que se verifica a nível da Região Centro e o Continente. Sendo que, o município da Figueira da Foz tinha 58 951 residentes, Montemor-o-Velho tinha 24 571 residentes e o Soure apresentava menor valor, com 17 261 residentes (Anexo V). Quanto à população residente por sexo, na ULS BM, em 2021, observa-se que o número de mulheres é superior ao número de homens nos três concelhos abrangidos, à semelhança do que se verifica a nível do Continente e da Região Centro (Anexo IX).

O município da Figueira da Foz é um território posicionado ao nível regional, nacional e ibérico, dotado de acessibilidades e infraestruturas adequadas, uma vez que apresenta: uma

localização estratégica no contexto norte-sul e litoral-interior, com acesso fácil e rápido a vias rodoviárias estruturantes (N109, A14 e A17), ferroviárias (Linha do Norte e Linha do Oeste) e marítimas (porto da Figueira da Foz) (Município da Figueira da Foz, 2015).

Segundo os dados do Pordata (Pordata, 2021), conforme o que acontece a nível nacional, ao longo dos últimos três censos, o município da Figueira da Foz viu diminuir sucessivamente a sua população residente, à exceção de Tavarede e Marinha das Ondas.

O atual processo de transição demográfica, com a consequente ampliação da longevidade, remete, para a realidade atual de Portugal e do mundo, um envelhecimento demográfico. A pirâmide etária da população do município da Figueira da Foz (Anexo I) (INE, 2023c) evidencia um duplo envelhecimento, apresentando uma base estreita, consequência da sucessiva diminuição da taxa de natalidade, e um centro e topo alargados, refletindo uma população envelhecida.

Segundo dados do INE (INE, 2023b), considerando os indicadores mais recentes que influenciam o crescimento demográfico para o concelho da Figueira da Foz, no ano de 2022, explanam-se os seguintes dados na Tabela 1. Analisando os dados do município, concluímos que este apresenta maior densidade populacional comparando com o território continental. O crescimento populacional tem saldo negativo, significa que saem mais pessoas do que as que entram, já a nível nacional é o oposto. Relativamente ao crescimento natural, é maior a nível do município, isto é, existem mais mortes do que nascimentos, comparando com os dados a nível do continente.

Tabela 1-Indicadores demográficos do município da Figueira da Foz, em 2022

	Município	Continente
Densidade pop. (N.º/Km²)	156,60	111,9
Taxa de crescimento efetivo anual (%)	-0,09	0,45
Taxa de crescimento natural anual (%)	-0,77	-0,39
Taxa de crescimento migratório (%)	0,67	0,84
Taxa bruta de natalidade (%)	6,5	8,0
Taxa bruta de mortalidade (%)	14,1	11,9
Índice de dependência total	66,8	59,0
Índice de dependência de jovens	18,6	20,5
Índice de dependência de idosos/os	48,2	38,5
Índice de Envelhecimento	259,50	188,00
Índice de Longevidade	50,0	48,9

Fonte: (INE, 2023b)

Segundo dados do INE (INE, 2023d), a esperança média de vida à nascença, no período de 2020-2022, a nível nacional era de 81,07 anos e na Região Centro (NUTS II) era de 81,34 anos. Na ULS BM, no período de 2019-2021, a esperança média de vida à nascença era de 82,2 anos, sendo que para os homens é 79,2 anos e para as mulheres 85,0 anos.

Segundo Pordata nos últimos 15 anos, perto de meio milhão de estrangeiros obtiveram nacionalidade portuguesa. Em Portugal, em 2023, havia mais de um milhão de estrangeiros

com estatuto legal de residente, mais 33,7% comparando com o ano de 2022 (Pordata, 2024a). O grupo etário mais representativo é dos 20-49 anos e o litoral é a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir (AIMA, 2024). Em 2022, um em cada três estrangeiros em Portugal vivia em risco de pobreza ou exclusão social (Pordata, 2023).

À semelhança do que acontece a nível nacional, na ULS BM, segundo Pordata, em 2023, existiam 5764 estrangeiros com estatuto legal de residente, representando um aumento de 29% face a 2022, sendo o município da Figueira da Foz o que apresenta maior número, com um total de 4743 estrangeiros com estatuto legal de residente (Pordata, 2024b).

Relativamente às nacionalidades mais representativas da população estrangeira com estatuto legal de residente, no município da Figueira da Foz, em 2023, eram: 2152 residentes tinham de nacionalidade brasileira, 173 residentes eram ucranianos e 105 residentes eram do Reino Unido (Pordata, 2024b).

Quanto aos dados da população estrangeira inscrita da USF Figueira Sul, em dezembro de 2024, segundo dados disponibilizados pelo Gabinete de Controlo e Gestão da ULS BM, existiam 707 estrangeiros, dos quais 618 (87,4%) tinham nacionalidade asiática (414 (58,56%) do Nepal, 139 (19,7%) do Bangladesh e 65 (9,19%) da Índia.

No que diz respeito às DNO, verifica-se que, na ULS BM em 2023, segundo dados do SINAVE, as DNO mais frequentes, no concelho da Figueira da Foz foram: Infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 (67 casos), VIH / SIDA (13 casos), Gonorreia (9 casos), Infeção por *Chlamydia trachomatis* - Excluindo Linfogranuloma venéreo (7 casos), Campilobacteriose (7 casos), Doença Invasiva Pneumocócica (5 casos), Sífilis (4 casos), Hepatite C (4 casos) e Tuberculose (4 casos). Relativamente às DNO preveníveis por vacinação, em 2023, segundo dados do SINAVE, foram registadas as seguintes: Infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 (256 casos), Doença Invasiva Pneumocócica (6 casos), tuberculose (5 casos), Parotidite epidémica (4 casos), Tosse convulsa (3 casos) e Doença Invasiva Meningocócica (1 caso).

Quanto ao PNV, analisando dados obtidos no Sclinico, no concelho da Figueira da Foz, em 2023, as taxas de cobertura vacinal por idade/coorte/vacina/dose são as seguintes:

- A taxa de vacinação referente à 1ª dose contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* B, dos 3 meses de idade (coorte de 2023), foi superior a 95%, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024b).
- A taxa de vacinação sarampo, parotidite e rubéola (VASPR), aos 13 meses de idade (coorte de 2022), era de 87,39% e contra a *N. meningitidis* C 84,87%, não atingindo a meta de 95%, o mesmo acontece a nível nacional (DGS, 2024c).

- As crianças até aos 7 anos (coortes de 2023 a 2016) atingiram a meta dos 95%, exceto aos 6 anos (coorte 2017), tal como acontece a nível nacional (DGS, 2024b).
- A cobertura vacinal da 1ª dose de VASPR, nas crianças que completaram os 2 anos de idade foi de 98,02% (coorte de 2021) e a 2ª dose desta vacina foi de 92,68% na coorte de 2017, não tendo ultrapassado na coorte de 2016 (95,70%), ao contrário do que acontece a nível nacional em que foi atingida a meta de 95% (DGS, 2024b).
- Na vacina combinada contra o tétano, difteria, tosse convulsa e poliomielite foi alcançada a meta de 95,70%, nas crianças que completam 7anos, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024b).
- Na vacina contra *N. meningitidis B*, introduzida no PNV em outubro de 2020, a taxa de cobertura foi de 96,61% na coorte de 2021 que completou o esquema de 3 doses, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024b).
- A cobertura vacinal contra infeções por HPV no sexo feminino, na coorte de 2011 (12 anos de idade), para a 1ª dose é de 95,67% e para a 2ª dose é de 92,52%, ultrapassando a meta dos 85%. Quanto às raparigas da coorte de 2012 (11 anos de idade) a taxa de cobertura vacinal foi de 92,83% para a 1ª dose e 81,01% para a 2ªdose. Nos rapazes nas coortes de 2009 e 2011 (respetivamente 14 e 12 anos de idade), verificam-se coberturas inferiores a 85% para a 2.ª dose da vacina, enquanto na coorte de 2010 (13 anos) foi superior a 85% para a segunda dose. Nos rapazes da coorte de 2012 (11 anos de idade), verifica-se uma cobertura vacinal para a 1ª dose de 92,98%, e na 2º dose 70,66%, à semelhança do que acontece a nível nacional.
- A cobertura vacinal contra o tétano e a difteria nas crianças de 2 anos foi de 97,74%, atingindo a meta e nas idades de 6, 11, 25, 45 e 65 (corte 2017, 2012,1998,1978,1958) não foi atingida a meta de 95%

Com os dados acima descritos pretendeu-se adotar uma abordagem inclusiva e multifacetada da saúde do municipo da Figueira da Foz, identificando não apenas os problemas de saúde existentes, mas também os problemas de saúde que podem surgir, as causas subjacentes e os pontos de intervenção potenciais.

4.2.2.2 População alvo e amostra

Segundo Fortin, a população define-se como “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham de características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, e a amostra é considerada como um subconjunto da população ou “uma réplica em miniatura da população alvo”. Para obtenção da amostra o ideal seria utilizar a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, que, segundo Fortin, permite selecionar sujeitos acessíveis,

num local determinado, que satisfaçam os critérios de seleção e aceitem participar no estudo. Este tipo de amostra limita a generalização dos resultados (Fortin, 1999).

Neste projeto, foi definida como população alvo a população imigrante a residir na Marinha das Ondas. Os critérios de inclusão determinados foram: ser imigrantes, estar inscritos na USF Figueira Sul, polo Marinha das Ondas, possuir idade igual ou superior a 18 anos e anuir à participação no estudo. Os critérios de exclusão foi: ser incapaz de responder ao questionário devido a défices cognitivos.

A pertinência da escolha da população alvo está relacionada com o facto de ser uma população vulnerável e de risco, estando em situação de desigualdade de acesso aos cuidados de saúde. Após realização dos questionários e, posterior análise dos mesmos, concluiu-se que a população-alvo do estudo, foi de 22 imigrantes com tem idades compreendidas entre os 20 e os 53 anos, sendo que entre os 20 e os 31 anos existem 7 imigrantes, entre os 31 anos e os 42 anos existem 11 imigrantes e entre os 42 anos e os 53 anos temos 4 indivíduos, tal como nos mostra o gráfico 1.

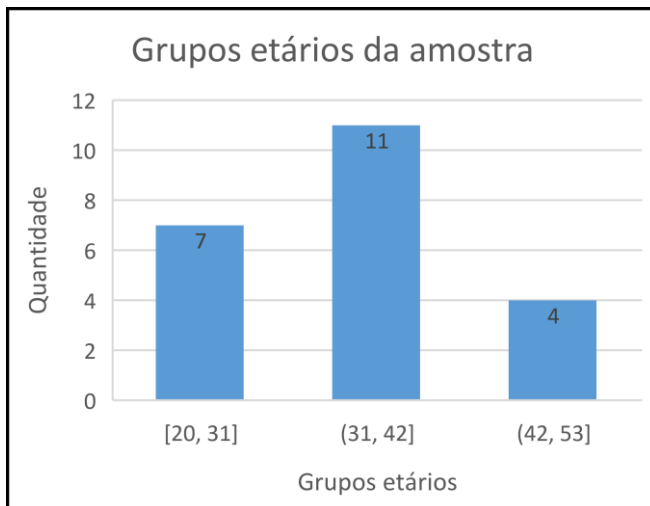


Gráfico 1-Grupos etários da amostra(em anos)
Elaboração própria

Relativamente ao sexo dos imigrantes, temos 91 % do sexo masculino, sendo o restante do sexo feminino como nos mostra o gráfico 2.

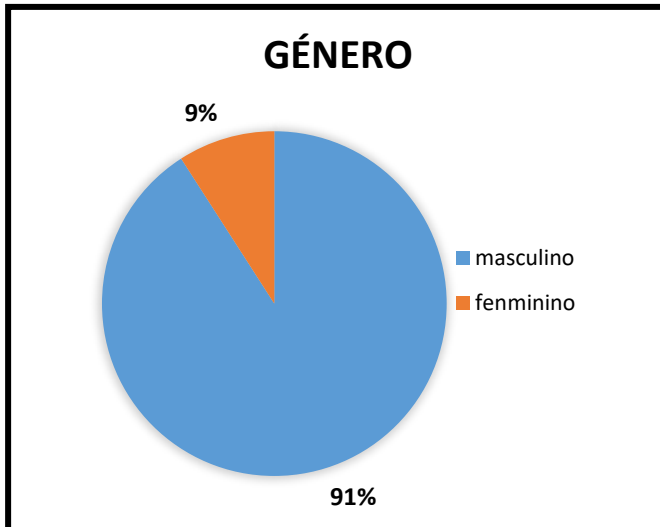


Gráfico 2- Género da amostra
Elaboração própria

Em relação ao país de origem, os dados retirados dos questionários evidenciaram, 73% vindos do Nepal e 27% oriundos do Bangladesh, como ilustra o gráfico 3.

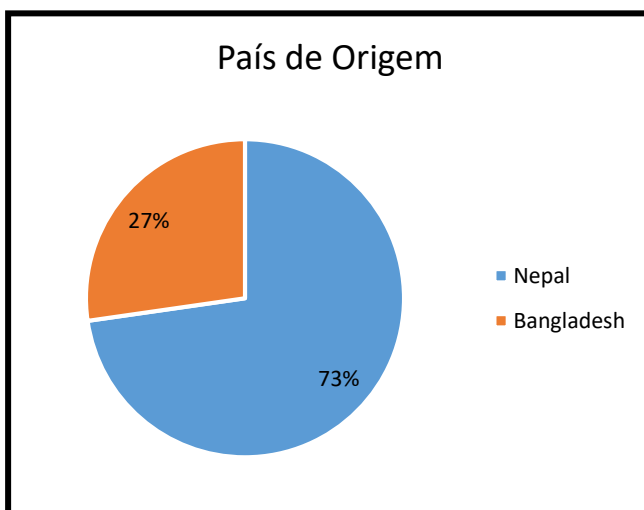


Gráfico 3- País de Origem da amostra
Elaboração própria

Relativamente à escolaridade dos imigrantes, 55% completaram o ensino secundário, 36% completaram o 3ºciclo, 4% completaram o 2ºciclo e 5% eram licenciados, de acordo com o que se encontra no gráfico 4.

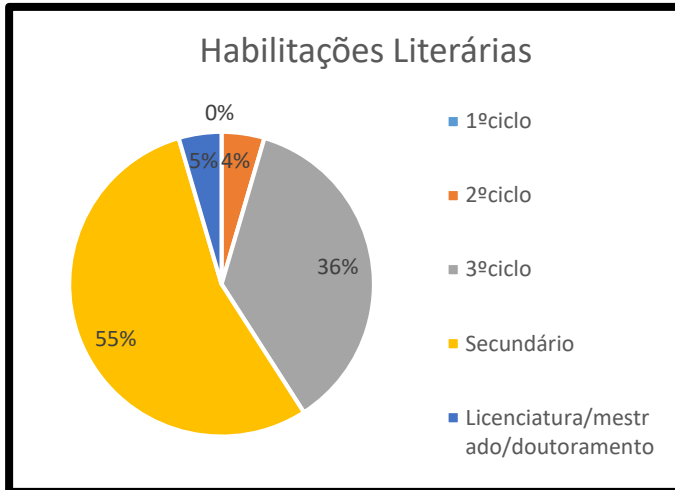


Gráfico 4-Habilitações Literárias da amostra
Elaboração própria

Relativamente à expressão escrita e oral em português dos imigrantes, cerca de 68% não fala ou escreve nesta língua e 32% fala e escreve, tal como evidencia o gráfico 5.

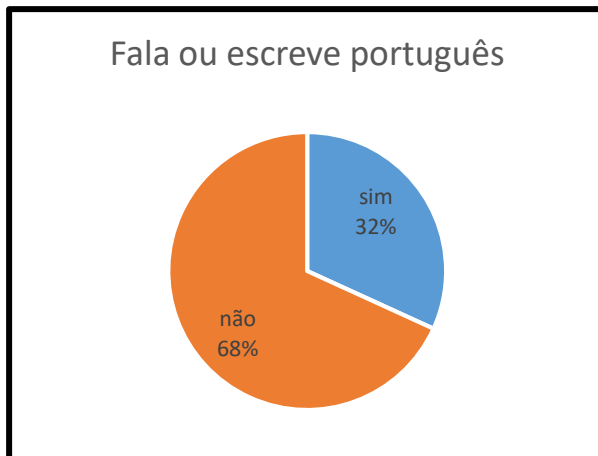


Gráfico 5- Imigrantes que falam ou escrevem português
Elaboração própria

Na amostra identificamos que cerca de 86,4 % está em Portugal há mais de 6 meses, 9,1% há menos de 6 meses e 4,5% entre 6 a 12 meses (gráfico 6).

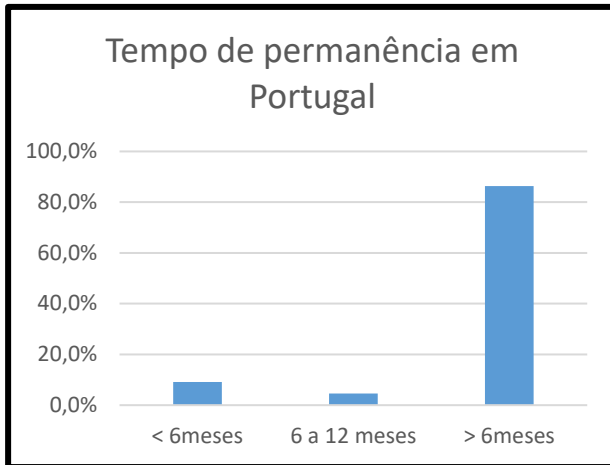


Gráfico 6-Tempo de permanência em Portugal
Elaboração própria

4.2.3 Definição de prioridades

Na segunda etapa do PS, após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, é crucial priorizá-los e organizá-los de acordo com sua importância, tendo em consideração o tempo e os recursos disponíveis, que podem ser limitados (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta organização não deve descurar a percepção da comunidade e dos peritos da enfermagem sobre os problemas e sua disposição para aceitar as atividades propostas para os superar. Da priorização dos diagnósticos deve-se incidir em primeiro, não significa que os restantes não são igualmente importantes, mas poderão ter intervenção quando a oportunidade surgir (Rodrigues, 2021).

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). Realizou-se uma reunião com os enfermeiros orientadores pertencentes à UCCFM, identificados como peritos no conhecimento da comunidade e contexto, para votação das prioridades, tendo por base os seguintes critérios do Método de *Hanlon*: magnitude, gravidade, eficácia e exequibilidade (Tavares, 1990), tal como demonstra o quadro 1.

Quadro 1-Metodo Priorização de *Hanlon*

(A) Magnitude do problema (0 a 10)	(B) Gravidade do problema	(C) Eficácia da solução do problema	(D) Exequibilidade da intervenção
2 – 0% a 20%	4 – pouco grave	0,5 – solução difícil	0 – não exequível
4 – 21% a 40%	7 – gravidade média	1 – solução razoável	1 - exequível
6 – 41% a 60%	10 – muita grave	1,5 – solução fácil	
8 – 61% a 80%			
10 – 81% a 100%			

Fonte Tavares, 1990.

Posto isto, elaborei tabelas de voto Tabela 2 com os referidos diagnósticos, tendo convidado os peritos a votar. Evidencio que esta reunião, foi um momento reflexivo de grande relevância, na medida em que ficou demonstrado, que o acesso à vacinação continua a ser um problema vem notório na comunidade, tal como se verifica na tabela abaixo.

Tabela 2-Aplicação do método de Hanlon

Critérios do método de Hanlon	A	B	C	D	(A + B) x C x D
Défice de conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde;	10	10	1,5	1	30
Comportamento de procura de serviços de saúde comprometido;	8	10	1	1	18
Défice de conhecimentos sobre vacinação;	10	10	1,5	1	30
Adesão à vacinação comprometida;	10	10	1,5	1	30
Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos;	10	10	1	1	20
Défice de conhecimento sobre IST's;	8	10	1	1	18

Fonte: Elaboração própria

Assim, os diagnósticos de enfermagem alvo de intervenção são: adesão à vacinação comprometida; Déficit de conhecimentos sobre vacinação.

4.2.4 Elaboração de programas e projetos- Intervenção comunitária “integra-te”

O EESCSP integra a competência de elaborar programas e projetos de intervenção que permitam dar respostas às necessidades sentidas e identificadas pela comunidade, sendo por isso essencial que planeie todo este processo para que a sua execução seja o mais concisa possível, mobilizando os responsáveis organizacionais e políticos consoante as problemáticas identificadas (Regulamento n.º428/2018, 2018).

Imperatori e Giraldes (1993, p. 129) referem que “um programa é o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo”, enquanto um projeto consiste numa “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

Com base nos dados obtidos no DSS e na priorização dos diagnósticos, identificou-se como essencial intervir na adesão à vacinação dos imigrantes inscritos na USF Figueira Sul, no polo Marinha das Ondas, que não possuem o PNV atualizado. Esse problema foi considerado prioritário devido à sua relevância tanto a nível nacional quanto global. Paralelamente, a colega de estágio direcionou sua intervenção para a questão do acesso comprometido aos

cuidados de saúde. Neste seguimento surge o projeto “Integra-TE” que tem como população alvo imigrantes inscritos na USF Figueira Sul no polo Marinha das Ondas, com vista a aumentar a adesão à vacinação.

4.2.5 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 (Rodrigues, 2021).

Após a realização do DSS, identificação dos diagnósticos de enfermagem e respetiva priorização, procedeu-se à etapa seguinte da metodologia do PS, a fixação de objetivos. Só assim, poderemos compreender se a execução do projeto é efetiva, sendo possível avaliar os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, face aos diagnósticos de enfermagem identificados e tendo por base o MPS e a TDUCC, foi definido como **objetivo geral**:

- Aumentar adesão à vacinação dos imigrantes a residir na USF Figueira Sul, no polo Marinha das Ondas, até fevereiro de 2025.

Definiram-se como **objetivos específicos**:

- Aumentar os conhecimentos sobre a vacinação;
- Promover o acesso aos cuidados de saúde;
- Aumentar a o número de imigrantes com o PNV atualizado;
- Avaliar o conhecimento sobre o seu estado vacinal.

Após a definição dos objetivos é imperativo estabelecer as metas a alcançar. Para Imperatori e Giraldes (1993), uma meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores. Os indicadores encontram-se categorizados em: indicadores de resultado (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema), indicadores de processo (atividade desenvolvida) e indicadores de estrutura (equipamentos e meios humanos).

Os indicadores servem para determinar a relação entre o diagnóstico de enfermagem e a população avaliada (Melo P. , 2022), 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). Seguidamente, serão explanados os indicadores e metas definidos para o Projeto Integra-TE, realçando a inestimável colaboração da colega de estágio e da Professora Orientadora Eva Menino.

Assim, como indicadores de estrutura defini: projetor multimédia, computadores, impressora, enfermeiros, administrativa, auxiliar de ação médica, sala ampla, consentimento informado, questionários, folhetos e vacinas. Na tabela 3, encontram-se explanados os indicadores de processo para o Projeto Integra-TE:

Tabela 3-Indicadores de processo para o Projeto Integra-TE

Indicadores de Processo	Fórmula de Cálculo
N.º de sessões da intervenção	$\frac{\text{n.º de sessões realizadas}}{\text{n.º de sessões programadas}} \times 100 \%$
N.º reuniões com stakeholders	$\frac{\text{n.º de reuniões realizadas}}{\text{n.º de sessões programadas}} \times 100 \%$

Elaboração Própria

Relativamente aos indicadores de resultado, são obtidos através da aplicação da fórmula de cálculo, como mostra a tabela 4.

Tabela 4-Indicadores de resultado para o Projeto Integra-TE

Indicadores de Resultado	Fórmula de Cálculo
N.º de imigrantes que efetivamente atualizaram as vacinas após a intervenção	$\frac{\text{N.º de imigrantes que regularizaram as vacinas após a intervenção}}{\text{N.º total de imigrantes que participaram}} \times 100 \%$
N.º de imigrantes que cumprem o PNV, antes da intervenção	$\frac{\text{N.º de imigrantes que cumprem o PNV antes da intervenção}}{\text{N.º total de imigrantes que participaram}} \times 100 \%$
N.º de imigrantes que cumprem o PNV, após a intervenção	$\frac{\text{N.º de imigrantes que cumprem o PNV após a intervenção}}{\text{N.º total de imigrantes que participaram}} \times 100\%$
N.º de imigrantes que receberam pelo menos uma vacina após a intervenção	$\frac{\text{N.º de imigrantes que receberam pelo menos uma vacina após a intervenção}}{\text{N.º total de imigrantes que participaram}} \times 100\%$

Elaboração Própria

Após a definição dos objetivos e dos indicadores, estabeleci as seguintes metas para este PIC:

- Que pelo menos 90% dos imigrantes participem na intervenção educativa;
- Que 100% das sessões programadas sejam realizadas;
- Que 90% das reuniões com *stakeholders* sejam realizadas;
- Que 95% dos imigrantes não inscritos se inscrevam no CS;
- Que 80% dos imigrantes regularizem o PNV;

Seguidamente, é feita a descrição das estratégias, que foram selecionadas como recurso para atingir os objetivos do PIC em causa.

4.2.6 Seleção de Estratégias

A quarta etapa do PS tem uma enorme pertinência porque é através dela que se escolhem as intervenções mais adequadas para atingir os objetivos e, conseqüentemente, as necessidades de saúde sejam satisfeitas (Imperatori & Giraldes, 1993) (Rodrigues, 2021)). O EESCSP, ao selecionar as estratégias, deve considerar as relações custo-efetividade e custo-benefício, na população-alvo e na sua execução, permitindo que sejam realizadas mudanças e, por consequência, melhoria no estado de saúde da comunidade (Melo P. , 2022) (Rodrigues, 2021). Neste PIC, recorreremos a estratégias de promoção de saúde, nomeadamente o recurso a *marketing* social em saúde, *soundbites* e educação para a saúde (Rodrigues, 2021).

- *Marketing* social em saúde

Neste PIC, também foi utilizada como estratégia de promoção da saúde, o *marketing* social em saúde, que visa melhorar a adesão da população-alvo a práticas e campanhas de promoção da saúde e estilos de vida saudáveis, contribuindo para a eficácia das intervenções e para a alteração de comportamentos (Rodrigues, 2021). Assim, a comunicação realizada no âmbito do projeto Integra-TE baseia-se em ações desenvolvidas com o objetivo de promover a sua divulgação, mobilizando tanto a população-alvo quanto todos os parceiros e intervenientes. Neste sentido, a divulgação do projeto ocorreu por meio de reuniões de apresentação aos profissionais de saúde da UCCFM, USP e USF Figueira da Foz, bem como na junta de freguesia e a Cáritas Diocesana de Coimbra (Apêndice VIII).

- *Soundbites*

Os *soundbites* são mensagens curtas ou expressões de fácil memorização utilizadas com o objetivo de inspirar e persuadir a população alvo (Rodrigues, 2021). O símbolo do projeto Integra-TE (Apêndice XVII), elaborado em conjunto com a colega de estágio, está associado à mensagem “Cuidar de todos é o nosso Compromisso”, que foi validado por peritos na área. Este é o *soundbite* do Projeto Integra-TE e foi desenvolvido com o objetivo de fortalecer sua identidade, facilitar a comunicação e promover a participação, além de aumentar a sua visibilidade e impacto na comunidade. A palavra "Integra" sugere inclusão, pertença e envolvimento na comunidade, enquanto o "TE" destacado remete para um convite pessoal à integração, enfatizando o papel ativo de cada indivíduo. A utilização de caligrafia cursiva e fluida para "TE" confere um tom acolhedor, acessível e humano, transmitindo proximidade e empatia. A combinação de letras formais e manuscritas reforça o equilíbrio entre estrutura

organizacional e abordagem humanizada. O círculo presente no logótipo simboliza união, continuidade e comunidade, e o fato de não estar totalmente fechado representa abertura e acolhimento. A cor verde representa crescimento, renovação e bem-estar, refletindo os valores centrais das iniciativas de intervenção comunitária. O uso de folhas e ramos em tons de verde transmite crescimento, renovação e cuidado, aspetos fundamentais em PIC. Além disso, a linha contínua que percorre o logótipo representa conexão, trajetória e movimento, reforçando a ideia de um processo de integração em curso.

- Educação para a Saúde

A Educação para a Saúde dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, na medida em que as intervenções desenvolvidas pelo EEECS se tornem num meio eficaz e poderoso para desencadear comportamentos saudáveis e alterações do estilo de vida, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar, tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde de toda a comunidade (OE, 2018). No projeto implementado, a educação para a saúde, permitiu que os imigrantes fossem capacitados para a tomada de decisões que conduzissem a comportamentos promotores de saúde. A promoção da saúde no contexto comunitário emerge como uma estratégia essencial para mitigar desigualdades, através da educação para a saúde. A articulação com os *stakeholders*, líderes comunitários e programas adaptados culturalmente, têm demonstrado eficácia na melhoria do acesso e na adesão aos cuidados preventivos de saúde (Portillo, et al, 2020).

- Parcerias

As parcerias são como âncoras na implementação de programas na comunidade (Carvalho, 2019). Pretende-se que as parcerias na saúde sejam fundadas através de uma base com ação bilateral, com o objetivo de cooperar e promover na concretização de projetos, em que haja interesse comum, colaborando para o desenvolvimento individual e coletivo, assim como de agentes promotores para a mudança. Num projeto como este, as parcerias incluem, obrigatoriamente, entidades como as juntas de freguesia, a Caritas Diocesana de Coimbra, a USF- Figueira Sul, a USP e a UCCFM, e torna-se crucial o trabalho de parceria entre os vários profissionais de saúde. Neste projeto reforçou-se a importância da parceria com a equipa de enfermagem das várias unidades.

A literatura reporta que o material desenvolvido deve ser fácil de compreender, adequado aos níveis de literacia da população e disponível em várias línguas. Aponta ainda, que os profissionais devem ter formação em competências culturais de modo a facilitar a integração desta população e que deve ser promovida a existência de enfermeiros que funcionem como

figuras de referência à orientação no sistema de saúde (Schmidt, N.; Fargnoli, V.; Epiney, M., & Irion, O., 2018).

Outro fator a ter em conta nesta escolha, foi o modelo teórico selecionado para a intervenção. Como suporte para a contextualização da intervenção, utilizou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se fundamenta no conceito de Promoção da Saúde já descrito anteriormente. Segundo Pender *et al*, a educação para a saúde, é uma estratégia de capacitação que possibilita aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019). Na mesma linha de pensamento, Stanhope, M., & Lancaster, J., referem que, a formação permite aos indivíduos conseguirem tomar decisões fundamentadas relativamente à sua saúde, assumindo responsabilidades sobre a mesma e os seus estilos de vida (Stanhope, M., & Lancaster, J., 2011).

A TDUCC, enfatiza a importância de compreender e respeitar os valores, crenças e práticas culturais dos pacientes para fornecer um cuidado de enfermagem mais eficaz e humanizado. Segundo *Leininger*, a enfermagem transcultural procura oferecer cuidados culturalmente congruentes, ou seja, alinhados às necessidades e particularidades de cada grupo social. Para isso, os enfermeiros devem conhecer a cultura da comunidade com a qual trabalham, promovendo uma abordagem mais sensível e personalizada. Esse investimento não só melhora a qualidade da assistência, mas também fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, incentivando a participação ativa da comunidade no próprio cuidado.

O reconhecimento e exposição dos recursos humanos, materiais e financeiros, segundo (Tavares, 1990), são empreendimentos de extrema relevância para que a concretização do projeto seja alcançada. Uma previsão de recursos mal estruturada, pode comprometer a viabilização do projeto de intervenção. Assim, concretizamos a previsão de recursos para o Projeto Integra-TE.

- **Recursos Humanos:** enfermeira orientadora, administrativa, auxiliar de ação médica, professora orientadora do estágio, estudantes de mestrado.
- **Recursos Materiais** – Espaço para as sessões educativas, projetor multimédia, computadores, impressora, sala ampla, consentimento informado, questionários, folhetos e vacinas.
- **Recursos Financeiros** – Não se prevê custos adicionais.

4.2.7 Execução do Projeto de Intervenção Comunitário

Na etapa da execução são implementadas as atividades delineadas, dando resposta aos objetivos definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). A execução do projeto iniciou-se com a elaboração do plano operacional das atividades a ser implementado, incluído no Cronograma

do Estágio (Apêndice VI). Considerando o referencial teórico de suporte à intervenção escolhido e as estratégias definidas de acordo com os objetivos operacionais, selecionaram-se as atividades abaixo descritas.

Iniciámos a realização de reuniões com os *stakeholders*, nas quais apresentámos o projeto Integra-TE (Apêndice XVI), utilizando uma abordagem expositiva e participativa. Estas reuniões ocorreram na USP da ULS BM, UCCFM, USF Figueira Sul, Cáritas e na Junta de Freguesia. O objetivo principal das dessas sessões foi divulgar os resultados do DSS, validar as conclusões alcançadas, sensibilizar os participantes para os problemas identificados e para a necessidade urgente de intervenção. E em simultâneo e com isto garantir a colaboração necessária para a execução do PIC e fortalecer as parcerias.

Após a aprovação da Comissão de Ética e das autorizações necessárias, procedemos à divulgação do projeto e da sua intervenção. A divulgação foi realizada por meio de um convite (Apêndice XI), que foi afixado em locais estratégicos, como a USF Figueira Sul, cafés, junta de freguesia e partilhado nas redes sociais. O objetivo do convite, além de informar sobre as atividades programadas no âmbito do projeto Integra-TE, foi incentivar uma maior mobilização e participação da comunidade.

No dia da intervenção, iniciámos com a aplicação de um questionário inicial (Apêndice X), disponível em português, inglês e bengali. O questionário incluiu questões sobre dados sociodemográficos, o acesso aos cuidados de saúde em diferentes contextos e informações sobre vacinação. O objetivo era avaliar o nível de conhecimento da população alvo sobre os serviços de saúde, identificar as barreiras percebidas no acesso aos cuidados e entender o nível de conhecimento sobre vacinação. Vale a pena realçar que, antes da aplicação dos questionários, foi solicitado o consentimento informado, explicadas todas as etapas da intervenção e enfatizado que os participantes poderiam interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Em seguida, foi realizada uma intervenção educativa sobre o acesso aos serviços de saúde e vacinação, disponível em português, inglês e bengali (Apêndice XII). Durante a intervenção, foi explicado o percurso de acesso aos serviços de saúde, bem como a importância da vacinação. Também foram distribuídos folhetos informativos, contendo um QR Code (*Quick Response Code*) com informações sobre o acesso aos serviços de saúde (Apêndice XV) e sobre vacinação (Apêndice XIII), nas três línguas. Após a exposição dos temas, procedeu-se à vacinação, conforme as diretrizes do PNV. É importante destacar que aproveitar todas as oportunidades para vacinar imigrantes e comunidades estrangeiras não só protege essa população específica, mas também fortalece a imunidade coletiva e promove uma sociedade mais saudável, alinhando-se com os ODS da Agenda 2030 e com o PNV (ONU, 2015);

(DGS, 2024b)). Por fim, foi aplicado o questionário de avaliação final (Apêndice XIV) com o intuito de avaliar a aquisição de conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde, também disponibilizado em português, inglês e bengali.

4.2.8 Preparação da Operacional e Implementação

Esta etapa envolve o estudo das atividades essenciais para garantir a implementação das estratégias previamente definidas. Após a definição e validação dos projetos e programas, é necessário determinar os locais de execução das atividades do projeto, o modo como elas serão desenvolvidas, bem como identificar os responsáveis pela sua execução e coordenação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, foram definidas e realizadas as seguintes atividades:

- Reuniões com os *stakeholders* / Apresentação do projeto na USP da ULS BM, UCCFM, USF Figueira Sul, Caritas, Junta de Freguesia (Apêndice VIII);
- Divulgação informação através de convite (Apêndice XVI);
- Apresentação da intervenção educativa sobre acesso aos serviços de saúde e vacinação em português, inglês e bengali (Apêndice XII);
- Questionário de avaliação inicial (Apêndice X) e Questionário de avaliação final (Apêndice XIV) sobre conhecimentos acerca do sobre acesso aos serviços de saúde e vacinação, ambos os questionários foram redigidos em português, inglês e bengali;
- Folhetos informativos com *QR code* com informação sobre acesso aos serviços de saúde (Apêndice XV) e sobre vacinação (Apêndice XIII), em português, inglês e bengali;
- Vacinar de acordo com o PNV;

Para este projeto importa ter em consideração questões éticas, uma vez que para a implementação deste PIC foi necessário solicitar as devidas autorizações à comissão de ética, ao coordenador da USF Figueira Sul (Anexo III), bem como a criação do consentimento informado para o preenchimento do questionário.

4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO

A última etapa do PS corresponde à avaliação do projeto e consiste na comparação dos resultados com o DSS 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. Importa também referir que existe outro tipo de avaliação ao nível da intervenção, a satisfação e aceitabilidade por parte dos participantes na intervenção (Tavares, 1990). Esta é a etapa final do PS, conforme a metodologia escolhida, no entanto, a avaliação faz parte de todas as etapas do planeamento, de maneira a tornar este processo dinâmico e ativo, em constante atualização.

A amostra (n=22) corresponde a 22 imigrantes a residir na Marinha da Ondas que cumpriram os critérios de inclusão.

Relativamente aos dados sobre os imigrantes inscritos no CS, o projeto mostrou a possibilidade de forma simples efetuar o registo (100%), tal fato está demonstrado no gráfico 7, onde se observa a evolução da inscrição de imigrantes no CS antes e depois da intervenção do projeto Integra-TE . Poderá ser um aspeto a considerar, na criação de protocolos para facilitar o registo, com isto melhorar a cobertura vacinal e a continuidade dos cuidados.

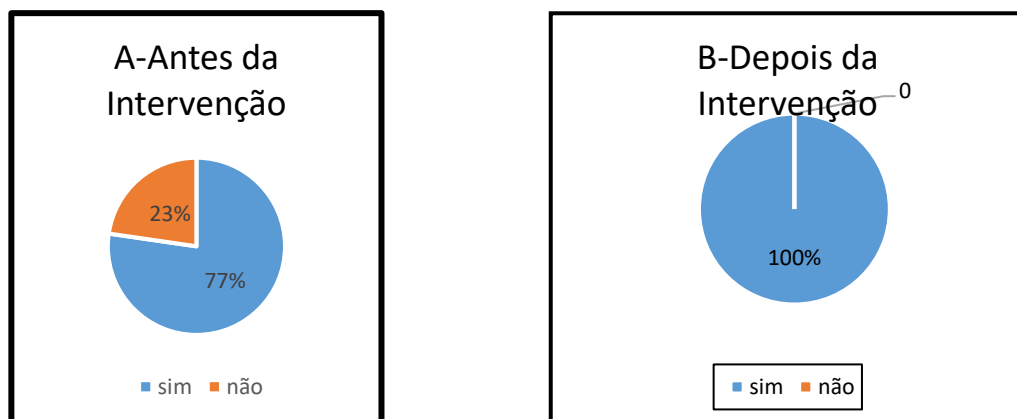


Gráfico 7- Evolução da inscrição de imigrantes no centro de saúde antes(A) e depois(B) da intervenção do projeto Integra-TE .
Elaboração Própria

Em seguida, na tabela 5, encontram-se as fórmulas de cálculo dos indicadores de processo, o cálculo, o resultado e a respetiva análise. Para compreender os valores obtidos fiz uma análise pormenorizada de cada um que apresento, a seguir à respetiva tabela.

Tabela 5-Cálculo dos Indicadores de processo

Indicadores de Processo	Cálculo	Resultado em %	Avaliação
N.º de sessões da intervenção	$\frac{1}{1} \times 100 \%$	100	Atingido
N.º reuniões com stakeholders	$\frac{5}{5} \times 100 \%$	100	Atingido

Fonte: Elaboração Própria

O indicador de processo, n.º de sessões da intervenção, mede, quantidade de sessões realizadas em relação às programadas. Como o valor foi de 100%, isto mostra que foi realizada 1 sessão de um total de 1 sessão programada, resultando em 100% de cumprimento da meta.

O indicador de processo, n.º de reuniões com stakeholders, mede quantas reuniões com partes interessadas foram realizadas em relação às programadas. Como o valor foi de 100%, isto mostra que foram realizadas 5 reuniões de um total de 5 reuniões programadas, resultando em 100% de cumprimento da meta.

Em seguida, na tabela 6, encontram-se as fórmulas de cálculo dos indicadores de resultado, o seu cálculo e o resultado obtido. Após a tabela encontra-se a análise detalhada dos indicadores de processo.

Tabela 6-Cálculo dos Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Cálculo	Resultado (%)	Avaliação
N.º de imigrantes que efetivamente atualizaram as vacinas após a intervenção	$18/22 \times 100\%$	82	superado
N.º de imigrantes que cumprem o PNV, antes da intervenção	$5/22 \times 100\%$	22,73	-
N.º de imigrantes que cumprem o PNV, após a intervenção	$22/22 \times 100\%$	100	superado

N.º de imigrantes que que receberam pelo menos uma vacina após a intervenção	18/22*100%	82	superado
---	------------	----	----------

Fonte: Elaboração Própria

O indicador de resultado, n.º de imigrantes que efetivamente atualizaram as vacinas após a intervenção, avalia o impacto real da intervenção na regularização do PNV dos imigrantes, não apenas receberam alguma dose de vacina, mas que realmente completaram o PNV. Tendo em conta o valor de 82%, sugere que a intervenção foi bem-sucedida.

O indicador de resultado, n.º de imigrantes que cumprem o PNV, antes da intervenção, avalia o número de imigrantes que já estavam com o PNV atualizado antes da intervenção. Apenas 22,73% (5 em 22) dos imigrantes tinham a vacinação em dia antes da intervenção, o que indica uma baixa adesão prévia ao PNV. Esse dado reforça a necessidade da intervenção, pois mostra que a maioria (77,27%) dos imigrantes tinha vacinas em atraso antes da intervenção. Com estes valores podemos concluir que, tendo em conta os resultados pós-intervenção, observa-se um impacto significativo na regularização da vacinação desta comunidade.

O indicador de resultado, n.º de imigrantes que cumprem o PNV, após a intervenção, avalia o n.º dos imigrantes passaram a cumprir o PNV após a intervenção (100%). Isso significa que todos os participantes regularizaram sua situação vacinal, um avanço notável em comparação aos 22,73% que estavam em dia antes da intervenção. Esse resultado supera a meta de 80% estabelecida no projeto, indicando que as estratégias adotadas foram altamente eficazes.

O indicador de resultado, n.º de imigrantes que receberam pelo menos uma vacina após a intervenção, avalia a adesão inicial à vacinação da amostra. Temos que 82% (18/22) dos imigrantes receberam pelo menos uma dose de vacina após a intervenção, o resultado mostra que a grande maioria dos imigrantes aceitou ser vacinada, o que demonstra o impacto positivo da intervenção educativa e das estratégias utilizadas.

Relativamente à perceção dos imigrantes em relação à vacinação e à eficácia da intervenção educativa do projeto Integra-TE, os dados indicam que 59,1% dos imigrantes acreditam estar com a vacinação atualizada, enquanto 22,7% não sabem e 18,2% confirmam não estar em dia, como mostra o Gráfico 8. No entanto, um ponto positivo é que 100% daqueles que não sabem ou não estão atualizados, manifestaram interesse em regularizar a situação. Isto reforça a importância da informação clara e acessível, a importância das ações educativas e informativas do projeto, pois mostra que, quando os imigrantes são conscientizados sobre a

vacinação, há alta predisposição para regularizar o estado vacinal. Destaca-se a necessidade de manter e expandir estratégias como *soundbites*, materiais informativos e sessões educativas, garantindo que mais pessoas tenham conhecimentos e acesso às vacinas.

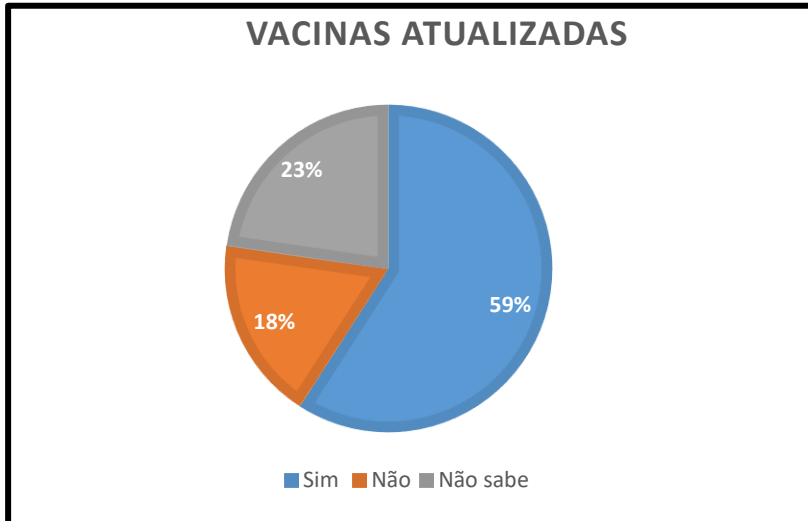


Gráfico 8-Percepção dos imigrantes em relação à vacinação
Elaboração própria

O Gráfico 9, este evidencia o número de vacinas administradas entre os que não cumprem PNV. A vacina Td foi administrada a 9 pessoas e a combinação Td + VASPR foi administrada a 8 pessoas. Indicação clara que a maioria dos indivíduos que não cumpriram o PNV, receberam pelo menos a vacina Td, sendo que alguns receberam também VASPR.

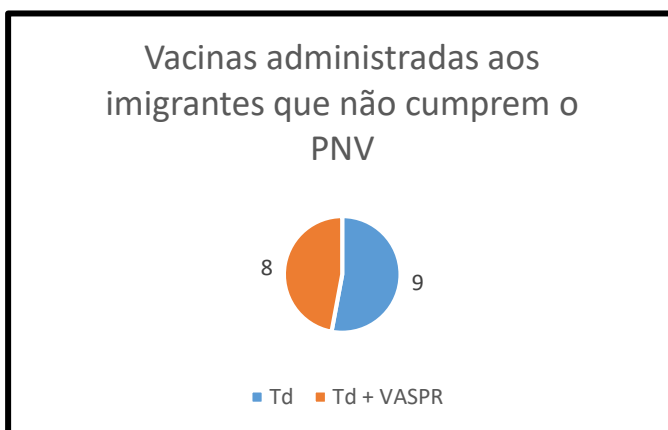


Gráfico 9-Vacinas administradas aos imigrantes que não cumprem o PNV.
Elaboração própria

Relativamente aos dados obtidos sobre a inscrição no CS (Figura 5). Tendo em conta que a nossa amostra são 22 imigrantes (n=22), tínhamos que no início da nossa intervenção detínhamos 77.3 % inscritos e 22,7%, não estavam inscritos. Após a intervenção, a totalidade dos não inscritos que formalizou a sua inscrição no CS, foi de 100%.

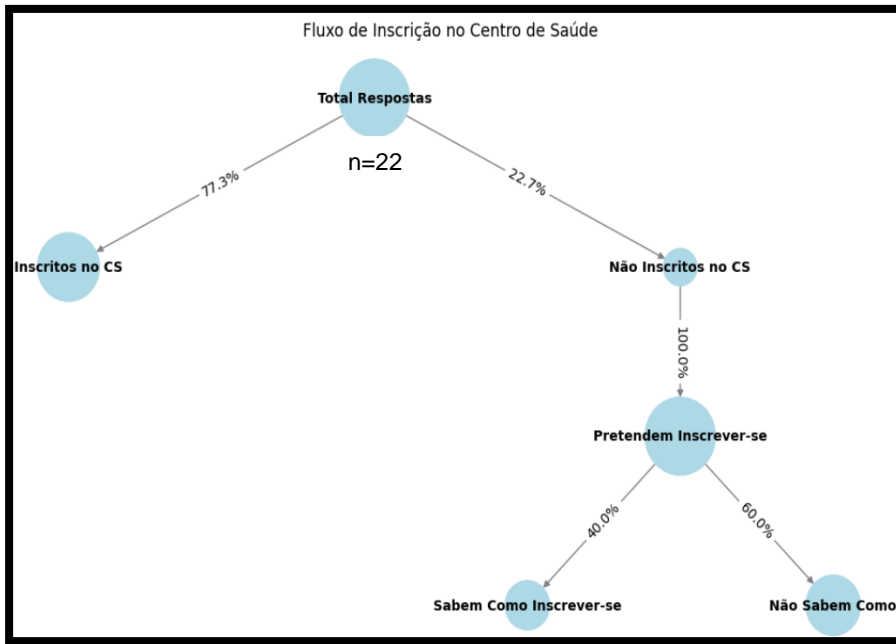


Figura 5- Resultado da intervenção relativo aos dados relativos à inscrição no CS. Elaboração própria

Com estes dados podemos afirmar o sucesso das estratégias adotadas, relativamente ao encaminhamento dos imigrantes para a inscrição no CS. Isso é um passo essencial para garantir a obtenção de ganhos em saúde.

A intervenção teve um impacto positivo na administração de vacinas, garantindo que os imigrantes que se encontram em situação irregular no PNV recebam imunizações essenciais. A predominância da vacina Td sugere que esta pode ser uma das doses mais permitidas entre os participantes, enquanto a VASPR também foi administrada a um número significativo de pessoas, reforçando a importância de continuar as ações de regularização vacinal.

Relativamente às metas, a tabela 7 abaixo compila o respetivo indicador dos resultados alcançados.

Tabela 6-Apresentação do alcance das metas

Meta	Indicador	Resultado	Avaliação
Que pelo menos 90% dos imigrantes participem na intervenção educativa;	Número de imigrantes que participaram	100%	Atingido
Que 100% das sessões programadas sejam realizadas;	Número das sessões da intervenção executadas;	100%	Atingido
Que 90% das reuniões com stakeholders sejam realizadas;	Número de reuniões com stakeholders	100%	Atingido

Que 95% dos imigrantes não inscritos se inscrevam no CS;	Número de imigrantes inscritos	100%	Atingido
Que 80% dos imigrantes regularizem o plano da vacinação;	Número de imigrantes que se vacinaram	94%	Atingido

Elaboração Própria

São e serão necessários mais projetos neste âmbito por todo o país de forma que os profissionais de saúde estejam cada vez mais aptos a cuidar de forma culturalmente congruente. No que respeita às atividades realizadas, na elaboração de material de apoio ao projeto de intervenção de enfermagem comunitária procurou-se desenvolver material de fácil utilização e consulta rápida, com linguagem simples, clara e assertiva. A combinação destes dois, aliados aos meios de comunicação digitais, através da disponibilização dos mesmos, para além do suporte papel, em QR Code, contribui para o sucesso desta intervenção de enfermagem comunitária.

Este PIC desempenhou um papel crucial na compreensão do foco dos cuidados do EESCSP, evidenciando o PS como um instrumento fundamental para estruturar e coordenar os cuidados prestados à comunidade. Através desta abordagem, foi possível otimizar a gestão dos recursos e adaptar os cuidados às necessidades específicas das comunidades. Além disso, o PIC contribuiu para fortalecer e capacitar os participantes, promovendo a sua autonomia e bem-estar, com vista à melhoria do seu estado de saúde.

Em suma, desta análise e após se verificar a concretização de todas as metas propostas, pode afirmar-se que os objetivos atingidos permitiram ganhos em saúde para a comunidade imigrante da ULS BM.

4.4 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O projeto Integra-TE apresenta implicações significativas para a prática clínica, sobretudo na abordagem à população imigrante em USF. A sua implementação evidencia a necessidade de estratégias inclusivas e culturalmente sensíveis, que garantem a equidade no acesso aos cuidados de saúde. A intervenção comunitária reforçou a necessidade, de uma comunicação adaptada à diversidade cultural e linguística da população imigrante, promovendo uma relação de confiança entre profissionais de saúde e a população-alvo.

As estratégias definidas, nomeadamente, *soundbites*, sessões educativas e materiais adaptados(logotipo), facilitam a compreensão da importância da vacinação e do acesso aos cuidados de saúde, contribuindo para decisões informadas e ganhos em saúde.

O recurso à apresentação sobre o acesso e vacinação (Apêndice XII), pode ser incorporada como uma prática recorrente, otimizando de esclarecimento de dúvidas que possam surgir por parte da comunidade imigrante e com isto garantir a capacitação desta comunidade .O envolvimento dos elementos das várias UF e os estudantes de mestrado de ESCSP , pode garantir que a intervenção comunitária tenha impacto a longo prazo , permitindo a monitorização contínua dos indicadores relacionados com a taxa de adesão vacinal.

Importa referir que, durante a elaboração do projeto Integra-TE, surgiram alguns aspetos limitadores da sua concretização. Neste sentido, torna-se fundamental refletir e analisar essas limitações, compreendendo de que forma limitaram a sua execução, bem como foram ultrapassadas. A divulgação do projeto Integra-TE foi limitada, na medida em que só pôde ocorrer após a obtenção do parecer favorável do conselho de administração da ULS BM, o que enfraqueceu a sua visibilidade e alcance. Obtivemos o parecer favorável no dia 21 de janeiro (Anexo II) e a realização da intervenção comunitária decorreu no dia 25 de janeiro (Apêndice VI).

A elaboração do pedido de parecer à comissão de ética, revelou-se um processo burocrático moroso. Trata-se de um documento muito específico que, em colaboração com os enfermeiros orientadores e com Professora Eva Menino, foi possível submeter no dia 19 de novembro 2024, sendo que, como referido anteriormente, só obtivemos aprovação para a sua implementação a 21 de janeiro 2025. Salienta-se que o espaço temporal relativamente curto do estágio constituiu uma limitação do projeto Integra-TE, mais concretamente na sua implementação.

Após reflexão e análise, com a colaboração de enfermeiros peritos na área, percebemos que a falta de comunicação entre as várias unidades funcionais foi uma enorme limitação deste projeto, uma vez que condicionou a fluidez das intervenções, a sua divulgação, bem como a

tomada de decisões rápidas. Neste sentido, identificamos como sugestões de melhoria alguns aspetos que, após a realização da avaliação, faz sentido mencionar. É por demais importante e pertinente avaliar o impacto do projeto Integra-TE a longo prazo, de forma perceber se os resultados alcançados se mantêm ao longo do tempo e conseqüentemente se obtenham ganhos em saúde contínuos. Para tal, seria importante desenvolver indicadores de impacto, uma vez que estes “medem o efeito produzido de acordo com os objetivos propostos” (Rodrigues, 2021, p. 206).

Não menos importante para este projeto é a obtenção de dados sobre o número real de imigrantes a residir na área de abrangência desta UF, para tal seria fundamental a colaboração dos *stakeholders*, garantindo que os dados obtidos sejam precisos e completos. A replicação desta intervenção, pertinente e conveniente, permitirá promover o acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante, diminuir as barreiras no acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente promover a saúde, prevenir doenças e naturalmente obter ganhos em saúde. Na elaboração do DSS, foram identificados outros diagnósticos de enfermagem igualmente merecedores de intervenção, nomeadamente a nível do défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos e IST's. Apesar das limitações referidas na elaboração e implementação do Projeto Integra-TE, importa ressaltar que estas foram ultrapassadas com resiliência e foco nos objetivos a que eu e a minha colega de estágio nos propusemos e que determinaram a sua efetiva implementação.

Assim, perante a existência de contextos similares noutras comunidades imigrantes admitimos que o projeto Integra-TE pode ser replicado com alguma facilidade, independentemente da nacionalidade dos participantes, tendo em consideração as necessárias adequações. Esta característica torna o projeto ainda mais pertinente e fundamental na promoção do acesso aos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

Este relatório de estágio final reflete todas as experiências, sentimentos, aprendizagens e vivências retiradas ao longo do processo de desenvolvimento de competências enquanto EESCSP. Através de uma reflexão crítica sobre os objetivos definidos e a sua concretização, concluí que os modelos teóricos explanados no capítulo 2, utilizados para orientar as minhas intervenções, estão alinhados com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e com o Regulamento das Competências do EESCSP (OE, 2018).

O alinhamento da enfermagem transcultural com o projeto "Integra-Te" não só facilitou a integração dos imigrantes no sistema de saúde, como também contribuiu para a promoção de uma saúde mais equitativa e personalizada.

Todo este percurso foi fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESCSP, dando resposta aos objetivos de estágio. De um modo geral, ao longo do estágio foi possível realizar a avaliação do estado de saúde de uma comunidade vulnerável, suportada na revisão da literatura, procedendo-se à elaboração do projeto plenamente sustentado nos dados recolhidos, sempre em sintonia com o definido no PNS e os seus programas associados.

A elaboração deste relatório proporcionou uma oportunidade de reflexão sobre como a qualidade da minha integração na equipa da USP e da UCCFM e o modo como influenciou a abordagem dos diversos programas e projetos. Além disso, contribuiu inequivocamente para o desenvolvimento de competências específicas e para a consolidação dos descritores de Dublin do 2.º ciclo do Ensino Superior, aprimorando a minha capacidade de análise, reflexão, planeamento e comunicação no contexto do trabalho em equipa. Acresce realçar que para "crescer" numa determinada área é necessário o apoio, colaboração e experiência de peritos.

Aqui chegada, não posso deixar de afirmar que os enfermeiros orientadores foram pilares fundamentais do estágio ao fomentarem e impulsionarem todas as etapas do PS. Na prestação de cuidados, assente na metodologia do PS, o EESCSP desempenha um papel fundamental na capacitação da população para a adoção de ganhos em saúde, respeitando a individualidade, as crenças e religiões. A sua atuação na promoção de cuidados de saúde, conforme estabelecido no Regulamento das Competências Específicas do EESCSP da OE, reforça a relevância na prática em contextos multiculturais.

O projeto Integra-TE, surge como uma iniciativa piloto baseada em evidências, visa aumentar a adesão à vacinação da população imigrante vulnerável residente na Marinha das Ondas. O seu objetivo é promover a vacinação e a imunidade de grupo, garantindo um acesso mais facilitado aos cuidados de saúde e ganhos em saúde. Os resultados da avaliação do PIC,

evidenciaram ganhos em saúde, o que sugere a sua replicação futura. Saliento ainda que é essencial continuar a investigar na prestação de cuidados de saúde à população imigrante residente na Marinha das Ondas, de forma a garantir uma maior acessibilidade e equidade em saúde. Para isso, a continuidade deste projeto é fundamental.

Na minha prática profissional procuro sempre adotar um comportamento assertivo e de interajuda na equipa a que pertenço. Enquanto aluna, não descurei esta atitude e, por isso, procurei sempre respeitar e colaborar com as equipas, que também se mostraram bastante disponíveis quando solicitadas. Todo o trabalho desenvolvido acentuou a visibilidade das unidades, *locus* de prática clínica, e a qualidade dos cuidados prestados, permitindo-me a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EEESCSP, tendo sido alcançados os objetivos propostos para a elaboração do relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cá, O. U. (2022). *Práticas e Comportamentos Sexuais de Imigrantes que vivem em Portugal*. Dissertação, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Obtido em 24 de setembro de 2024, de https://run.unl.pt/bitstream/10362/159123/1/Olimpio%20sami%20c%C3%A1_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Definitiva.pdf
- Freitas, I., Igreja, R., Pacheco, M., & Teodósio, R. (2024). Knowledge and Attitudes Regarding the Vaccination of Brazilian Immigrants in Portugal: Risks When Returning to Their Country of Origin? *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 9, 67, pp. 2-14. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9040067>
- AIMA. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de Agência para a Integração, Migração e Asilo: <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- APF. (2020). *Infeções Sexualmente Transmissíveis*. Obtido em 19 de março de 2024, de Associação para o Planeamento da Família: <https://apf.pt/informacao-tematica/infecoes-sexualmente-transmissiveis/>
- Bäckström, B., Gomes de Sousa, L. M., Costa, P. M., Magano, O., & Albuquerque, R. d. (2023). Acesso à saúde por parte dos refugiados recolocados Estratégias de acolhimento e integração das instituições da sociedade civil portuguesa. *RELASP Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político*, 4(7), pp. 105 - 136. doi:<https://doi.org/10.35305/rr.v4i7.110>
- BI - CSP. (2024a). *Área dos CSP da ULS Baixo Mondego*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/923/20026/2061351/Pages/default.aspx>
- BI - CSP. (2024b). *Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, E.P.E*. Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/923/Pages/default.aspx>
- Cá, O. (2022). *Práticas e Comportamentos Sexuais de Imigrantes que vivem em Portugal*. Dissertação, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Obtido em 24 de setembro de 2024, de https://run.unl.pt/bitstream/10362/159123/1/Olimpio%20sami%20c%C3%A1_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Definitiva.pdf
- Carvalho, A. F. (2019). Capacitação e parcerias norte/sul na área da saúde—o caso do projeto UDI-A. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, pp. 35-43. doi:<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/87242>
- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal. (*Societies*, 12, 55). Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- da Silva de Aguiar, C. A. (2021). *Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. (2024). Proceda à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. 4-20. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. (2008). regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. 1182 - 1189.
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>

- DGS & INSA. (2023). *Infeção por VIH em Portugal - 2023*. (Direção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Edits.) Obtido em 26 de março de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.18/8786>
- DGS & INSA. (2024b). *Infeção por VIH em Portugal – 2024*. (Direção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Edits.) Obtido em 16 de Dezembro de 2024, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-por-vih-em-portugal-2024/>
- DGS. (2009). *Circular Informativa nº12/DQS/DMD de 07-05-09, Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 24 de setembro de 2024, de Direção Geral da Saúde: [chromehttps://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmd-de-07052009-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmd-de-07052009-pdf.aspx)
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Saúde Escolar & Direção-Geral da Saúde [DGS]*. Obtido de [https://www.dgs.pt/directrizes-da dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aa](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aa)
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA E Tuberculose - 2017*. Direção Geral da Saúde. Obtido em 28 de março de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.26/22713>
- DGS. (janeiro de 2017a). *MANUAL ORIENTADOR DOS PLANOS LOCAIS DE SAÚDE*. Obtido de Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Todos para Todos*. Direção Geral de Saúde. Obtido em 24 de março de 2024, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- DGS. (2024a). *Boletim Epidemiológico do Sarampo de 04/06/2024*. Obtido em 4 de junho de 2024, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/boletim-epidemiologico-n-14-atividade-epidematica-do-sarampo-em-portugal-2024-pdf.aspx>
- DGS. (2024b). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido em 30 de setembro de 2024, de DGS Direção- Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- DGS. (2024b). *Relatório Síntese Anual da Vacinação - 2024*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 4 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- DGS. (2024c). *Relatório - Estudo sobre a perceção de eficácia da Campanha de Comunicação para a promoção da vacinação sazonal Outono-Inverno | 2023-2024*. Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Prevenção da Saúde, Lisboa. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/estudo-sobre-a-percecao-de-eficacia-da-campanha-de-comunicacao-para-a-promocao-da-vacinacao-sazonal-outono-inverno-2023-2024-pdf.aspx>
- DGS. (2024e). *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO de 21/02/2024*. Obtido em 23 de maio de 2024, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/boletim-epidemiologico-n-12-atividade-epidematica-do-sarampo-em-portugal-2024-pdf.aspx>
- ECDC. (2023). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 (2022 data)*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2023-2022-data>
- ECDC. (2024a). *Sexually transmitted infections: an ongoing threat*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sexually-transmitted-infections-ongoing-threat>

- ECDC. (2024b). *A systematic review of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis, and syphilis prevalence in Europe*. Obtido em 18 de setembro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-chlamydia-gonorrhoea-trichomoniasis-and-syphilis-prevalence>
- ERS. (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde, Porto. Obtido em 22 de outubro de 2024, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf
- ERS. (2023). *Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 21 de setembro de 2024, de Entidade Reguladora da Saúde: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- ESSlei. (junho de 2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos. *Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos na ESSlei*. Obtido em 26 de setembro de 2022, de https://ead.ipleiria.pt/2021-22/pluginfile.php/1076425/mod_resource/content/0/GuiaDeElabora%C3%A7%C3%A3oDeTrabalhosAcad%C3%A9micosESSLei2018_completo.pdf
- ESSlei. (Outubro de 2024). Planeamento do estágio de natureza profissional de enfermagem comunitária e de saúde pública com relatório final.
- Eurostat. (2024). *Emprego por sexo, idade e nacionalidade (1 000)*. Obtido em 19 de setembro de 2024, de Eurostat - Navegador de dados: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_egan__custom_8841567/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=a2e95b51-c08a-462c-b4b7-c0a11bab32a7
- Fonseca, K. H. (2012). INVESTIGAÇÃO – AÇÃO: UMA METODOLOGIA PARA PRÁTICA E REFLEXÃO DOCENTE. *Revista Onis Ciência*. Obtido de <https://revistaonisciencia.com/wp-content/uploads/2020/02/2ED02-ARTIGO-KARLA.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à investigação*. Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.
- Giambi, C., Manso, M., Marchetti, G., Olsson, K., Ali, K., & Declich, S. (2019). Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. *Elsevier, Vaccine 37*, 439–5451. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
- ICN. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Obtido em 31 de março de 2024, de International Council of Nurses [ICN]: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2023a). *Área geográfica dos municípios*. Obtido em 15 de maio de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9959&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- INE. (2023b). *Anuários Estatísticos Regionais - 2022*. Obtido em 15 de maio de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_doc_municipios
- INE. (2023c). *RETORNO DE INFORMAÇÃO AOS RESPONDENTES MUNICÍPIOS*. Obtido em 22 de maio de 2024, de https://www.ine.pt/documentos/municipios/0605_2023.pdf
- INE. (2023d). *Esperança de vida à nascença*. Obtido em 22 de maio de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008459&contexto=bd&selTab=tab2
- Lasmaida, S. A. (2024). Literature Review Teori Transcultural Nursing Madeleine Leininger. *Journal of Social Research*, 3, pp. 668–681.

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, 55 -66. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei nº 21/2014, artigo 16, nº1. (2014). Lei da Investigação Clínica. *Diário da República nº21/2014*. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2089&tabela=lei_velhas&nversao=1&so_milo=
- Machado, C. F. (27(1) de 2023). Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger. *UNICIÊNCIAS*, 27, pp. 38–44. doi:<https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>
- Machado, R. S. (2024). Comunidades de Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais de Saúde. *Migração em Portugal e na Europa: Determinantes e Impacto na Saúde*, pp. 300 - 311. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://www.conass.org.br/biblioteca/comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa-e-determinantes-sociais-da-saude/>
- Melo, P. (2022). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1.ª Edição ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda. Obtido em 08 de março de 2023
- Melo, P. M. (2018). Attention foci in community health nursing and community empowerment: A qualitative study. *Revista de Enfermagem Referência*, 19, pp. 81-90. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. *Diário da República*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. (D.-G. d. Saúde, Ed.) *Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido em 15 de março de 2023
- Mundial., Associação Médica. (2013). *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Obtido de https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
- Município da Figueira da Foz. (2015). *Plano de Desenvolvimento Social*. Obtido em 15 de maio de 2024, de https://www.cm-figfoz.pt/cmfigueiradafoz/uploads/writer_file/document/340/pds_2015.pdf
- Nações Unidas. (2022). *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Obtido de <https://sdgs.un.org/>
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora,;
- O.E. (2021). Ordem dos Enfermeiros. *Recomendações para estágio e relatório do componente clínico dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem especialista*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- O.E. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados de enfermagem especialista*.
- OE. (16 de julho de 2018). Regulamento Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º135, Série II*, 19354 - 19359. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário de Notícias, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744 - 4750. Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- OE. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, 128 - 155. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OIM. (2024a). *Relatório Mundial sobre Migração de 2024*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de OIM ONU Migração: <https://worldmigrationreport.iom.int/news/world-migration-report-2024-reveals-latest-global-trends-and-challenges-human-mobility>
- OIM. (2024b). *OIM - Une Migration*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/>
- OIM Brazil. (2024). *Pacto Global para para uma Migração Segura, Ordenada e Regular*. Obtido em 23 de outubro de 2024, de OIM |Brazil: <https://brazil.iom.int/pt-br/pacto-global-para-uma-migracao-segura-ordenada-e-regular>
- OMS. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Geneva. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=%205
- OMS. (2024). *Surto de sarampo na Europa: casos aumentaram 30 vezes no período de um ano*. Obtido em 19 de maio de 2024, de EuroNews: <https://pt.euronews.com/2024/01/24/surto-de-sarampo-na-europa-casos-aumentaram-30-vezes-no-periodo-de-um-ano>
- OMS. (2024). *Surto de sarampo na Europa: casos aumentaram 30 vezes no período de um ano*. Obtido em maio de 2024, de EuroNews: <https://pt.euronews.com/2024/01/24/surto-de-sarampo-na-europa-casos-aumentaram-30-vezes-no-periodo-de-um-ano>
- OMS. (2024b). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Obtido em 12 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OMS. (2024b). *Vaccines and immunization*. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- OMS. (2024c). *Vaccines and immunization - Europe*. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_2
- OMS. (2024d). *Immunization coverage*. Obtido em 5 de outubro de 2024, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- ONU. (2015). *The Sustainable Development Agenda*. Obtido em 28 de março de 2024, de Nações Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- OPAS, & OMS. (2024). *Syphilis cases increase in the Americas*. Obtido de Pan American Health Organization and World Health Organization: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentam-nas-americas>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidencia a accao*. p. 10.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: Pearson Education, Inc. Obtido em 1 de abril de 2024, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134754085.pdf>
- Pordata. (2021). *CENSOS 2021 POR CONCELHO: EVOLUÇÃO 1960-2021*. Obtido em 15 de maio de 2024, de Pordata: Anuários Estatísticos Regionais - 2022
- Pordata. (2023). *Pordata divulga retrato da população estrangeira e dos fluxos migratórios em Portugal*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://pmf-sef.pt/wp-content/uploads/2023/12/PORDATA-dia-Internacional-dos-Migrantes-2023-12-12.pdf>

- Pordata. (2024a). *População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+em+percentagem+da+populacao+residente+total+e+por+sexo-363>
- Pordata. (2024b). *População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+total+e+por+algumas+nacionalidades-101>
- Portillo, et al. (2020). Promoting Hispanic Immigrant Health via Community Health Workers and Motivational Interviewing. pp. 3-6. doi:10.1177/0272684X19896731
- (s.d.). *Programa Nacional para a Saúde Escolar & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. DGS. t.*
- Regulamento n.º 428/2015. (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. *Diário da República, n.º 120.*, 16481-16486.
- Regulamento n.º 428/2018. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135, Série II*, 19354 - 19359. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (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, n.º 135*. Obtido em 14 de maio de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- RNU. (2024). Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://www.spms.min-saude.pt/2015/10/rnu/>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon Press.
- Rodrigues, R & Cardoso, D. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Santos, C. J., Gomes, B., & Ribeiro, A. (2020). Mapping Geographical Patterns and High Rate Areas for Sexually Transmitted Infections in Portugal: A Retrospective Study Based on the National Epidemiological Surveillance System. *Sexually Transmitted Diseases, 47, Number 4*, pp. 261 - 268. Obtido em 24 de setembro de 2024
- Schek, G. I., & et al, S. (2020). Cuidados de uma comunidade remanescente de quilombolas à luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. *Revista Saúde-UNG-Ser., 14*, pp. 74-78. doi:<https://doi.org/10.33947/1982-3282-v14n3-4-4327>
- Schmidt, N.; Fagnoli, V.; Epiney, M., & Irion, O. (2018). Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health., 15(43)*, pp. 1-10. doi:10.1186/s12978-018-0478-7
- SIG. (2024). *Mapa de freguesia do município de Figueira da Foz*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://sig.cm-figfoz.pt/web/mapawebfreguesias/>
- SiiMA Rastreios. (2023). Obtido em 23 de maio de 2024, de <http://www.first-global.com/Solucoes/Rastreios>
- SiiMA Rastreios. (2023). Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>
- Silva, D. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar, 38*, pp. 315-321. doi:10.32385/rpmgf.v38i3.13198

- SNS. (2024a). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Obtido em 22 de maio de 2024, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf
- SNS. (2024b). *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (8ª ed. ed.). Mosby. doi:ISBN 978-0323080019
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (C. d. 2, Ed.) Lisboa: Ministério da Saúde, Ed. Obtido em 22 de março de 2023
- Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5.ªed ed.). Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência.
- UCCFM. (2019). *Regulamento Interno - Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego*. Obtido em 26 de outubro de 2024
- ULSBM. (2024). *Missão, Visão, Príncipios, Valores e Atribuições*. Obtido em 11 de maio de 2024, de Unidade Local de Saúde Baixo Mondego: <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/2018/12/10/missao-valores-e-objetivos/>
- UNAIDS. (2024a). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de UNAIDS: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNAIDS. (2024b). *Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities. End AIDS*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- United Nations. (2024). *Migração para a Europa: factos, não percepções*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental: <https://unric.org/pt/migracao-para-a-europa-factos-nao-percepcoes/>
- USP BM. (2024). *Regulamento Interno da USP da ULS BM*.
- Veríssimo, C. (2023). *Infeções Sexualmente Transmissíveis: quais são, como surgem e quais os sintomas?* Obtido em 15 de março de 2024, de Cintramédica: <https://www.cintramedica.pt/saberprevenir/infecoes-sexualmente-transmissiveis-quais-sao-como-surgem-e-quais-os-sintomas>.
- Victor, J. F. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 3, pp. 235-240. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* ((3ª ed.). ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DE ULSBM



Daniela Filipa Cação Caldeira



Responder

Responder a todos

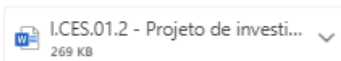
Reencaminhar



seg, 18/11/2024 20:35

Para: [Redacted]

Cc: Tânia Manuela Marques Luís



Mostrar os 5 anexos (653 KB) Guardar tudo no OneDrive - IPLeia Transferir tudo

Boa noite Dr. Ana Pais.

Espero que se encontre bem.

No âmbito do estágio de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública a decorrer atualmente na UCC Farol do Mondego, desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária, que visa promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde primários e a adesão à vacinação de acordo com o PNV numa comunidade imigrante asiática a residir nas Marinha das Ondas.

Assim enviamos em anexo os formulários anteriormente por si disponibilizados, com a finalidade de obter a autorização da comissão de ética para a implementação deste projeto.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Com os melhores cumprimentos

Daniela Caldeira

Tânia Luís

APÊNDICE II- PEDIDO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM PROTEÇÃO DE DADOS

**TÍTULO e
Serviço/Promotor**

Projeto INTEGRA-TE – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante asiática
Serviço de Saúde Pública e Unidade de Cuidados à Comunidade Farol do Mondego
Enf. Daniela Caldeira
Enf. Tânia Luis

PARECER DO EPD:
02/03/2025

Observações anexas do EPD: Sim Não

Introdução e Guia de Preenchimento

O QUE É UMA AVALIAÇÃO DE IMPACTO NA PROTEÇÃO DE DADOS (AIPD)?

A **AIPD** é um processo concebido para **descrever** o(s) tratamento(s) de dados pessoais levados a cabo pela organização, **avaliar a necessidade e proporcionalidade** desse tratamento e ajudar a **gerir os riscos** para os direitos e liberdades das pessoas singulares, decorrentes do tratamento dos dados pessoais avaliando-os e **determinando as medidas necessárias** para fazer face a esses riscos. São instrumentos importantes em matéria de responsabilização, uma vez que ajudam os responsáveis pelo tratamento não apenas a cumprir os requisitos do RGPD, mas também a demonstrar que foram tomadas medidas adequadas para assegurar a conformidade com o regulamento.

Não é obrigatório realizar uma AIPD para todas as operações de tratamento de dados. A realização de uma AIPD será obrigatória quando o tratamento for «susceptível de implicar um elevado risco para os direitos e liberdades das pessoas singulares» (artigo 35.º do RGPD).

FASES DA AIPD

Fase prévia à elaboração do documento: avaliar a necessidade de efetuar uma **AIPD**



1. Identificar os tratamentos de dados em causa e fluxo de dados (I. Identificação | VI. Fluxo de dados)
2. Identificar a adequação do(s) tratamento(s) de dados efetuados aos princípios de tratamento dados contidos no RGPD (VII. Princípios)
3. Identificação dos riscos associados ao tratamento mediante a matriz de risco (VIII. Riscos)
4. Grafismo do mapeamento do risco (IX. Mapeamento do Risco)
5. Identificar medidas de segurança implementadas (X. e XI. Medidas)
6. Definição e integração de recomendações relativas à mitigação dos riscos identificados (XII. Recomendações)

I - Identificação

	Respostas
Nome	Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira
Justificação para realização	Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
Responsável pelo tratamento	Unidade Local de Saúde Baixo Mondego
Representante do Responsável pelo tratamento	Conselho de Administração da ULS Baixo Mondego, EPE
Identificação do EPD	Dra. Maura Azevedo
Responsável pelo projeto/Promotor	Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira
Representante do Responsável pelo projeto	Instituto Politecnico Leiria
Acrónimo (se aplicável)	Integra-te
Nº EUDRACT/ CLINICALTRIALSGOV / EUDAMED / RNEC (se aplicável):	NA
Protocolo versão (se aplicável)	versão 1
Investigador principal (se aplicável)	Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira
Contacto eletrónico/tim	
Data	02/03/2025

II - Tipo de tratamento

COLUNA A	Assinale com um "x", na coluna A, o correspondente à sua situação	Observações
	Aquisição de DM/equipamento	
	Prestação de serviço de vigilância	
	Ensaios clínicos	
	Estudo com intervenção de dispositivos médicos	
	Estudo clínico com intervenção de regimes alimentares	
	Estudo clínico com intervenção de terapêutica não convencional	
	Estudo clínico com intervenção de produtos cosméticos e de higiene corporal	
	Estudo clínico sem intervenção	
	Trabalhos de investigação sem dados pessoais	
	Interoperabilidade com outras aplicações/programas	
x	Trabalhos de investigação com dados pessoais	
	Outro, especifique:	

III - Objetivo

COLUNA A	Assinale com um "x", na coluna A, o correspondente à sua situação	Objetivos Específicos (se aplicável)
	Atualizar tecnologia em uso	
	Monitorizar a movimentação de utentes/colaboradores	
	Introduzir novo medicamento/outro	
	Avaliar efetividade /eficácia de uma técnica/ação	
X	Elaborar trabalho académico (Monografia, Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertações de Mestrado, Teses de Doutoramento)	
X	Elaborar projeto de investigação	
	Publicar artigo científico – Especifique a revista/jornal	
	Publicar textos de divulgação científica ("Paper/ Poster" para Comunicação oral em cursos, congressos, simpósios, reuniões científicas, entre outros). Especifique o evento	
	Outro, especifique:	

IV - Finalidade

coluna A	Assinale com um "x", na coluna A ou à frente do quadrado, o correspondente à sua situação	Observações
	Melhoria da prestação de cuidados	
X	Tese de <input type="checkbox"/> Licenciatura <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento	
	Atualização do equipamento/ <i>hardware</i> / <i>software</i>	
	Segurança do utente e/ou colaborador	
	Diagnóstico de situação	
	Aumento da fiabilidade /precisão da imagem	
	Controlo de assiduidade	
	Outra, especifique:	

V - Descrição do tratamento

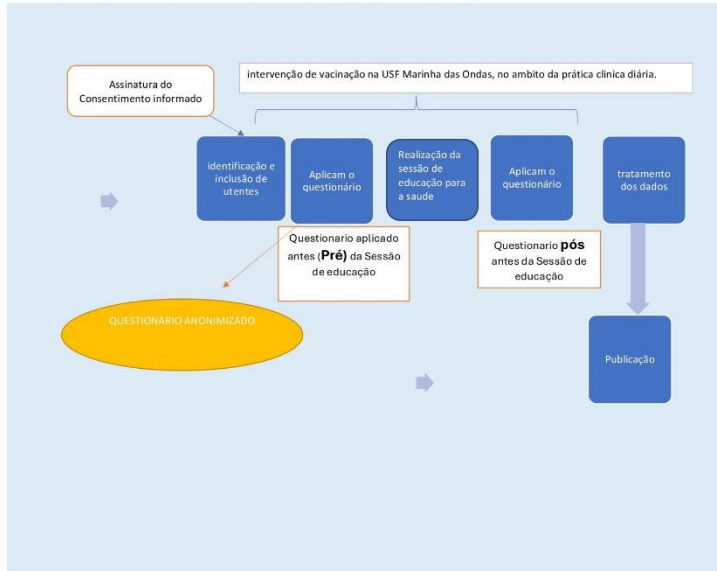
Assinale com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação
Respostas

Descrição das operações de tratamento de dados pessoais (manual, automática)	Manual: Os dados pessoais dos participantes serão recolhidos manualmente pela equipa de investigação e inseridos na base de dados a criar para o estudo de investigação. As informações incluem consentimento informado e dados médicos relacionados. Automática: Os dados depois de devidamente pseudoanonimizados são posteriormente analisados e tratados para fins de análise estatística.
Responsabilidades dos vários intervenientes	recolha e tratamento de dados
Categorias de Titulares (utentes, colaboradores, contratantes...)	utentes
Categorias de Dados (pessoais, categorias especiais de dados e dados judiciais)	dados demográficos, outros dados (Sexo, idade, situação familiar, habilitações literárias, país de origem, língua, grávida, estado vacinal, conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde)
Dados tratados (ex.: nome, morada, género...)	dados demográficos, outros dados (Sexo, idade, situação familiar, habilitações literárias, país de origem, língua, grávida, estado vacinal, conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde)
Amostra em estudo (se aplicável):	<input checked="" type="checkbox"/> <100 <input type="checkbox"/> 100 - 1.000 <input type="checkbox"/> 1.000 - 10.000 <input type="checkbox"/> > 10.000 <input type="checkbox"/> Indeterminada
Qual a fonte dos dados pessoais objeto de tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/> Presencial <input checked="" type="checkbox"/> Impresso/Formulário <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Processo clínico hospitalar (em papel, eletrónico) <input type="checkbox"/> RSE (Registo de Saúde Eletrónico); <input type="checkbox"/> Base de dados <input type="checkbox"/> Outra. Qual?
Os direitos dos titulares dos dados são respeitados*:	
Direito de acesso (Art. 15.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito à informação (Art. 13.º / 14.º / 34.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito à portabilidade (Art. 20.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito à retificação (Art. 16.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito ao apagamento (Art. 17.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito à oposição (Art. 21.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque
Direito à limitação de tratamento (Art. 18.º)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque

*Os artigos referenciados reportam-se ao Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

VI - Fluxo de Dados

[Inserir diagrama de fluxo/descrição de dados] - desde a recolha, arquivo/conservação, acesso, partilha e/ou transferência dos dados em causa



VII - Princípios

Assinale com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação

Princípios	Resposta	Observações
Os dados são tratados para finalidades específicas, explícitas e legítimas?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Investigação científica
Qual a condição de legitimidade para o tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento <input type="checkbox"/> Execução contrato ou diligências pré-contratuais <input type="checkbox"/> Cumprimento de obrigação jurídica <input type="checkbox"/> Defesa de interesses vitais <input type="checkbox"/> Exercício de funções de interesse público ou exercício da autoridade pública <input type="checkbox"/> Interesses legítimos	
Qual a condição de legitimidade para o tratamento de categorias especiais de dados?	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento explícito <input type="checkbox"/> Cumprimento de obrigações e exercício de direitos específicos do responsável pelo tratamento ou do titular dos dados em matéria de legislação laboral, de segurança social e de proteção social <input type="checkbox"/> Proteção de interesses vitais do titular dos dados (em caso de incapacidade) <input type="checkbox"/> Dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular <input type="checkbox"/> Exercício de um direito ou de defesa num processo judicial <input type="checkbox"/> Motivos de interesse público <input type="checkbox"/> Medicina preventiva ou do trabalho, diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social e gestão de sistemas dos Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Motivos de interesse público, no domínio de saúde pública <input type="checkbox"/> Arquivo de interesse público, investigação científica ou histórica ou estatísticos	
Os dados tratados são adequados, pertinentes e limitados ao necessário à prossecução das finalidades em causa?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Os dados são exatos e atualizados?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual o prazo de conservação dos dados? O prazo de conservação indicado tem como base alguma disposição legal ou obrigação jurídica? Se sim, identifique	5 anos	
Como é que os titulares dos dados são informados?	Consentimento informado	
A informação é clara, transparente e acessível?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Como é que o consentimento é obtido? (se aplicável)	Entregue em mão e preenchido pelo participante	
Como é que os titulares dos dados exercem os direitos de acesso e portabilidade? O sistema utilizado permite?	Através dos contatos fornecidos no consentimento informado	
Como é que os titulares dos dados exercem os direitos de retificação e apagamento?	Através dos contatos fornecidos no consentimento informado	
Como é que os titulares dos dados exercem os direitos de limitação e oposição?	Através dos contatos fornecidos no consentimento informado	
As obrigações dos subcontratantes estão claramente identificadas e previstas em contrato?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável	
Em caso de transferência de dados para fora do EEA, os dados estão protegidos de forma adequada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicável	

VIII - Riscos

Acesso ilegítimo aos dados	Resposta	Observações
Em caso de acesso ilegítimo aos dados, quais os impactos sobre os titulares dos dados?	O impacto é mínimo uma vez que será atribuído um código de participante aquando do ingresso no estudo. Os dados pessoais de cada utente serão recolhidos através das respostas dos mesmos ao questionário e guardados para posterior tratamento estatístico. Os dados recolhidos serão identificados apenas pelo código de participante, não sendo associados a informações pessoais identificativas do participante até porque o questionário é pseudonimizado.	
Quais as principais ameaças que poderão levar à ocorrência do risco de acesso ilegítimo?	acesso ilegítimo ao computador da Escola utilizado para armazenamento de dados do estudo. Riscos à privacidade e segurança dos dados	
Quais as fontes do risco?	Acesso ilegítimo ao SI da instituição (ESELeI) utilizada para armazenamento dos dados do questionário ou ataques cibernéticos	
Quais os controlos e medidas a utilizar para fazer face ao risco?	Será criada uma base de dados pseudonimizada por estar associado a um código de participante, o risco de identificação do titular dos dados em caso de acesso ilegítimo, é muito menor. A base de dados do estudo será armazenada no SI da instituição, e a base terá acesso restrito apenas pelas investigadoras e exclusivamente para este estudo. O computador será protegido com uma senha de login complexa (13 caracteres, incluindo letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais) e a pasta onde se encontrará a base de dados do estudo será encriptada com uma password de acesso robusta, estendendo a proteção a todos os ficheiros contidos na mesma. Depois de finalizada a tese todos os dados serão apagados	
Como classifica o risco, em termos de probabilidade?	Aceitável	
Como classifica o risco, em termos de gravidade?	Aceitável	

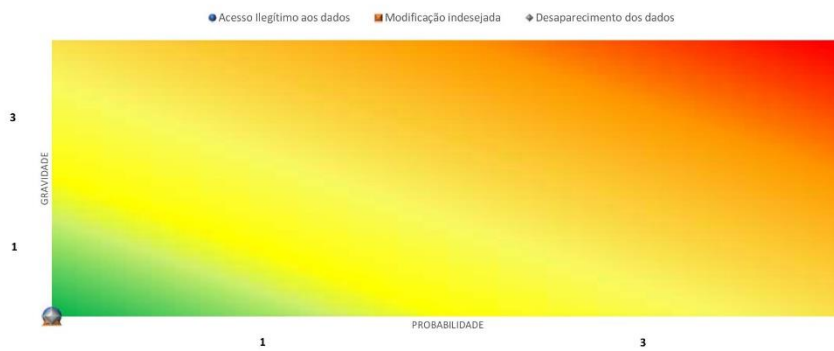
Modificação indesejada		
Em caso de modificação indesejada dos dados, quais os impactos sobre os titulares dos dados?	Não se prevê modificação indesejada dos dados e na eventualidade de acontecer não se preveem impactos sobre a saúde e o tratamento médico para os titulares dos dados, uma vez que, a reutilização dos dados recolhidos são apenas para usar no contexto da investigação clínica, diretamente associados ao estudo proposto e não na atividade clínica diária.	
Quais as principais ameaças que poderão levar à ocorrência do risco de modificação indesejada?	As ameaças podem ser os riscos à privacidade e segurança dos dados contudo existem medidas de segurança implementadas no SI da instituição.	
Quais as fontes do risco?	Acesso indevido ao sistema informático da escola ou ao perfil de cada aluno/a que participa no estudo.	
Quais os controlos e medidas a utilizar para fazer face ao risco?	Utilização de palavras-passe fortes (13 caracteres, incluindo letras maiúsculas e minúsculas, números e caracteres especiais) e pseudoanonimização dos dados.	
Como classifica o risco, em termos de probabilidade?	Aceitável	
Como classifica o risco, em termos de gravidade?	Aceitável	

Desaparecimento dos dados		
Em caso de desaparecimento dos dados, quais os impactos sobre os titulares dos dados?	Não haverá acesso aos dados dos doentes pelo que não há impacto, contudo pressupõe as medidas de segurança em vigor da Escola de Enfermagem. Os dados obtidos serão usados apenas para a finalidade pedida, a investigação.	
Quais as principais ameaças que poderão levar à ocorrência do risco de desaparecimento dos dados?	Avaria dos sistemas de informação onde os dados serão armazenados, acesso ilegítimo à base de dados do estudo.	
Quais as fontes do risco?	As principais fontes de risco são descargas elétricas, incêndios ou outro desastre que possa comprometer fisicamente os sistemas onde os dados serão armazenados.	
Quais os controlos e medidas a utilizar para fazer face ao risco?	Recurso a cópias de segurança frequentes	
Como classifica o risco, em termos de probabilidade?	Aceitável	
Como classifica o risco, em termos de gravidade?	Aceitável	

Níveis de risco:

Aceitável
Moderado
Grave
Muito grave

IX - Mapeamento do Risco



X - Medidas de Segurança

Assinale com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação

Medidas	Respostas	Observações
Quais as medidas planeadas ou existentes para proteger os dados?	<input checked="" type="checkbox"/> Pseudonimização e cifragem de dados pessoais <input type="checkbox"/> Capacidade de assegurar a confidencialidade, integridade, disponibilidade e resiliência permanentes dos sistemas e dos serviços de tratamento <input type="checkbox"/> Capacidade de restabelecer a disponibilidade e o acesso a dados pessoais atempadamente em caso de incidente <input type="checkbox"/> Processo para testar, apreciar e avaliar regularmente a eficácia das medidas técnicas e organizativas para garantir a segurança do tratamento	
Que outras medidas, garantias e procedimentos estão previstas para atenuar os riscos identificados?	A palavra-passe dos investigadores tem no mínimo 13 caracteres e é complexa. Neste caso, a sua composição deverá exigir a inclusão de 3 dos 4 seguintes conjuntos de caracteres: letras minúsculas (a..z), letras maiúsculas (A..Z), números (0..9) e caracteres especiais (~ ! @ # \$ % ^ & * () _ + ` - = \ { } [] : ; ' < > ? , . /).	
Está assegurado que os intervenientes no procedimento, com acesso a dados pessoais, só possam proceder ao seu tratamento mediante instruções do responsável pelo tratamento ou subcontratante?	Sim	
Assinale os requisitos técnicos mínimos, das redes e sistemas de informação, que são exigidos ou recomendados, nos termos da legislação aplicável?	<input checked="" type="checkbox"/> Sem aplicação <input type="checkbox"/> Se aplicável, preencha a folha seguinte Requisitos mínimos Med. De Seg.	

XI - Requisitos Mínimos de Medidas de Segurança

Assinalar com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação

Medidas	Respostas	Observações
A aplicação cliente foi desenvolvida adotando práticas de desenvolvimento seguro	<p>FCX AppQ BD\square Foram seguidas as boas práticas de desenvolvimento. Exemplo: Open Web Application Security Project (OWASP), no que respeita ao desenvolvimento de código seguro e de submissão desse código a testes de segurança</p> <p>FCX AppQ BD\square Utilização de sessões seguras com protocolo de Segurança</p> <p>FCX AppQ BD\square Não é guardada informação pessoal no browser, memória ou disco, para além do tempo da sessão e apenas na medida do necessário.</p> <p>FCX AppQ BD\square Base de Dados - A comunicação com camada aplicacional através de autenticação por certificado válido por período não superior a 2 anos, no caso de as camadas serem física ou logicamente distintas. Exemplo: padrão X.509, da ITU-T para Infraestruturas de Chaves Públicas (ICP).</p> <p>FCX AppQ BD\square Base de Dados - Prever cifra de informação pessoal (recomenda-se mínimo 2048 bits) apenas se a aplicação cliente tiver camada de BD física e logicamente distinta, usando preferencialmente tecnologia que permita interoperabilidade entre sistemas.</p>	
Capacidade para autenticar e autorizar todos os utilizadores e dispositivos, incluindo o controlo do acesso a sistemas e aplicações	<p>FCX AppQ BD\square O processo de autenticação é iniciado e mantido em sessão segura.</p> <p>FCX AppQ BD\square Os dados pessoais de sessão são excluídos das variáveis Uniform Resource Locator (URL) ou de outras variáveis visíveis ao utilizador.</p> <p>FCX AppQ BD\square As credenciais de início de sessão são transmitidas através do seu HASH, mínimo Secure Hash Algorithm 256 (SHA-256), ou utilização de cifra ou codificação para a transmissão de dados pessoais (nome do utilizador e palavra-passe em HASH e restantes dados cifrados).</p> <p>FCX AppQ BD\square A palavra-passe tem no mínimo 9 caracteres (13 caracteres para utilizadores com acesso privilegiado) e ser complexa. A sua composição deverá exigir a inclusão de 3 dos 4 seguintes conjuntos de caracteres: letras minúsculas (a-z), letras maiúsculas (A-Z), números (0-9) e caracteres especiais (*!@# \$ % ^ & * () _ - + \] ; : ' " < > , / .). Poderá, em alternativa, ser constituída por frases ou excertos de texto longo conhecidos pelo utilizador, sem caráter de "espaço".</p> <p>FCX AppQ BD\square A palavra-passe dos administradores tem no mínimo 13 caracteres e é complexa. Neste caso, a sua composição deverá exigir a inclusão de 3 dos 4 seguintes conjuntos de caracteres: letras minúsculas (a-z), letras maiúsculas (A-Z), números (0-9) e caracteres especiais (*!@# \$ % ^ & * () _ - + \] ; : ' " < > , / .). Poderá, em alternativa, ser constituída por frases ou excertos de texto longo conhecidos pelo utilizador, sem caráter de "espaço".</p> <p>FCX AppQ BD\square Para todos os administradores deve-se utilizar Padrão de autenticação 2FA. Exemplos: Palavra-passe + Smartcard Palavra-passe + biometria Palavra-passe + certificado (por exemplo X.509, da ITU-T para ICP, válido por período não superior a 2 anos).</p> <p>FCX AppQ BD\square Comunicação com camadas FE ou BD através de sessão segura, com prévia autenticação se camadas forem física ou logicamente distintas.</p> <p>FCX AppQ BD\square Autenticação de elementos comunicantes garantida por validação de informação estática ao nível de rede. Exemplos: 1) utilização de IP fixo + hostname + MacAddress + fatores de autenticação, ou 2) Utilização de certificados.</p>	
Atribuição de direitos de acesso e privilégio de forma restrita e controlada (FE, APP e BD)	<p>FCX AppQ BD\square Os perfis foram criados com privilégios mínimos, onde cada tipo de perfil é definido em função do Tipo de Dado Pessoal a que acede e Ação que pode efetuar sobre o Dado Pessoal (Create, Read, Update, Delete - CRUD), de acordo com o princípio da necessidade de conhecer.</p> <p>FCX AppQ BD\square São criados registos de acesso, alteração e remoção (log), com informação sobre quem acedeu, de onde acedeu (IP e Porto), quando acedeu, a que dados acedeu, que ação foi efetuada sobre os mesmos (CRUD).</p>	
Atribuição das credenciais de acesso de forma controlada através de um processo formal de gestão do respetivo ciclo de vida. (FE, APP e BD)	<p>FCX AppQ BD\square Este processo é definido de acordo com a política de "Atribuição de direitos de acesso e privilégio de forma restrita e controlada".</p> <p>FCX AppQ BD\square A atribuição de credenciais de acesso é efetuada de forma a permitir a sua auditoria, sem permitir outro acesso que não o do destinatário da informação. Exemplo: Envio de informação de autenticação por SMS com validade limitada (não superior a 5 minutos), com primeiro acesso a implicar sempre a redefinição de informação enviada. Envio de informação de autenticação gerada automaticamente, enviada por Envelope (semelhante ao do envio de dados do Cartão de Cidadão).</p>	
Revisão de direitos de acesso de utilizadores em intervalos regulares	<p>FCX AppQ BD\square O processo de renovação de conta do utilizador é efetuado de acordo com os mesmos requisitos de segurança da criação da mesma, não devendo ter um ciclo de vida superior a 180 dias.</p> <p>FCX AppQ BD\square A gestão do ciclo de vida da conta do utilizador tem em conta a segregação das funções existentes e os privilégios de acesso que devem estar associados a essas funções, em cada momento (privilégios mínimos, onde cada tipo de conta é definido em função do Tipo de Dado Pessoal a que acede e Ação que pode efetuar sobre o Dado Pessoal (CRUD), de acordo com o princípio da necessidade de conhecer.</p> <p>FCX AppQ BD\square Existe um processo de gestão de validade de perfis.</p> <p>FCX AppQ BD\square Existe um processo automatizado ou interoperável com sistemas responsáveis pela gestão das funções associadas aos privilégios atribuídos a cada perfil. Em casos de verificação assíncrona do binómio função/privilégios, a mesma deve ocorrer com uma periodicidade, no máximo bimestral ou quando se verifique uma alteração no mapa de pessoal associado a esta função.</p>	
Capacidade para garantir que os utilizadores fazem uma utilização correta dos dados	<p>FCX AppQ BD\square A gestão do ciclo de vida da conta do utilizador tem em conta a segregação das funções existentes e os privilégios de acesso que devem estar associados a essas funções, em cada momento (privilégios mínimos, onde cada tipo de conta de utilizador é definido em função do Tipo de Dado Pessoal a que acede e Ação que pode efetuar sobre o Dado Pessoal (CRUD), de acordo com o princípio da necessidade de conhecer.</p> <p>FCX AppQ BD\square A ação dos utilizadores sobre dados pessoais (CRUD) permite sua auditoria em registo de atividade (logs).</p> <p>FCX AppQ BD\square Existe um Processo de gestão de validade de contas de utilizadores.</p> <p>FCX AppQ BD\square Existe um processo automatizado ou interoperável com sistemas responsáveis pela gestão das funções associadas aos privilégios atribuídos a cada perfil. Em casos de verificação assíncrona do binómio função/privilégios, a mesma deve ocorrer com uma periodicidade limitada.</p>	
Restrição de acesso a informação baseado no princípio necessidade de conhecer (criação)	<p>FCX AppQ BD\square Existe uma associação da tipologia de dados a perfis específicos, individuais e associados à função, com privilégios mínimos, onde cada tipo de perfil é definido em função do Tipo de Dado Pessoal a que acede e Ação que pode efetuar sobre o Dado Pessoal (CRUD), de acordo com o princípio da necessidade de conhecer.</p> <p>FCX AppQ BD\square Existe um processo de registo de tentativas de acesso a dados excluídos dos privilégios associados ao perfil (qualquer perfil, incluindo o dos administradores), com alarmismo a partir de um determinado número de tentativas (por exemplo, 3 tentativas), a notificar ao encarregado da proteção do HDF, EPE.</p>	

Medidas	Assinale com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação		Respostas	Observações
	FC	App		
Capacidade de monitorização, registo e análise de toda a atividade de acesso de modo a procurar ameaças prováveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> É guardado registo de atividade (log) de todas as ações que um utilizador efetue sobre dados pessoais, independentemente do seu perfil e função.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Todos os registos de atividade (log) são armazenados apenas em modo de leitura, devendo, com uma periodicidade máxima de 1 mês, ser englobados num único bloco de registos e assinado digitalmente (garanta de integridade).</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> É guardado registo de atividade (log) de todos os acessos e tentativas falhadas de acesso, obedecendo aos requisitos anteriores.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Os registos de atividade provenientes dos diversos subsistemas (Sistemas Operativos, aplicações, browsers, sistema de Gestão de Base de Dados — SGBD, etc.) são inequivocamente associados à sua origem.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Os registos de atividade (log) contém, no mínimo, o endereço de acesso (IP e Portos), Host, HASH da conta do utilizador que efetuou a ação/ação efetuada (CRUD), Tipo de Dado Pessoal onde a ação foi efetuada, data/hora/minuto/segundo (Timestamp) da ação, alteração efetuada sobre o dado pessoal.</p>
Inspeção automática dos conteúdos para procurar dados sensíveis e acessos remotos ao sistema a partir do exterior do ambiente organizacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> A entidade responsável pelo tratamento de dados define e implementa mecanismos de proteção da informação em função da sua relevância e criticidade, sendo implementado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Detecção de ameaças na defesa perimetral do sistema (por exemplo, regras definidas nas firewalls, Intrusion Detection System — IDS, etc.); 2 - Extensão desta proteção desajeitadamente a todos os dispositivos (incluindo móveis) com acesso a dados pessoais nos sistemas corporativos; 3 - Mecanismo de cifra ponto a ponto sempre que houver necessidade de aceder remotamente ao FE (e apenas a esta camada), como por exemplo com recurso à tecnologia Virtual Private Network (VPN).
Proteção dos dados contra modificações não autorizadas, perdas, furtos e divulgação não autorizada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> A aplicação foi desenvolvida de acordo com as melhores práticas de segurança, garantindo a proteção desta camada aos ataques mais comuns (SQLi, injeção de código, etc.).</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> A camada aplicacional segregada da rede ou ambiente com visibilidade e/ou acesso exterior.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> A camada de BD segregada da rede ou ambiente com visibilidade/acesso exterior.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> É utilizado mascaramento, anonimização ou, sendo necessário, cifra dos dados pessoais transmitidos ou acessados.</p>
Capacidade para garantir a identidade correta do remetente e destinatário da transmissão dos dados pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> É garantida a integridade das zonas Domain Name System (DNS) onde se encontra inserido o sistema e o ecossistema envolvente, recorrendo às boas práticas de DNSsec e de configuração de sistemas de Correio Eletrónico (por exemplo, Sender Policy Framework — SPF, DomainKey Identified Mail — DKIM, Domain-based Message Authentication, Reporting and Conformance — DMARC, entre outros).</p>
Os sistemas de armazenamento devem garantir redundância e disponibilidade, não devendo existir nenhum «single point of failure».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> A arquitetura de processamento e armazenamento garante as propriedades da redundância, resiliência e disponibilidade.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Existem dois tipos de backups (online e offline), que devem obedecer aos mesmos requisitos de segurança definidos para os sistemas produtivos.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Os backups offline são guardados numa localização que não esteja exposta aos mesmos riscos exteriores da localização original, podendo ser da organização mas geograficamente distinta e/ou afastada.</p>
As redes e sistemas de informação devem garantir as funcionalidades necessárias ao respeito pelos direitos do titular dos dados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Os sistemas estão capacitados para classificar, priorizar, pesquisar, editar e apagar os dados pessoais.</p> <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> Os sistemas possuem os controlos necessários que permitam a identificação, autenticação, acesso e validação dos dados pessoais armazenados.</p>
As tecnologias de informação a implementar devem permitir a portabilidade e a exportação de dados pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> São utilizados formatos digitais compatíveis, que assegurem a interoperabilidade técnica e semântica dentro da Administração Pública, na interação com o cidadão ou com a empresa e para disponibilização de conteúdos e serviços, adotando as especificações técnicas e formatos digitais definidos no Regulamento Nacional de Interoperabilidade Digital, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2012, ou noutro que venha a substituir.</p>
Devem ser definidas políticas que garantam a segurança dos dados pessoais, em alinhamento com a estratégia superiormente definida para a segurança do tratamento de dados pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> As políticas que garantem a segurança do tratamento de dados pessoais abrangem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A priorização e classificação dos dados de acordo com os critérios de sensibilidade e criticidade predefinidos; - A criação; - A modificação; - A transmissão; - A recolha (independentemente do respetivo meio ou processo); - A destruição; - O armazenamento (incluindo a retenção); - A pesquisa de dados. <p>FC <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> É garantido o conhecimento, a todo o tempo, dos ativos de informação relativamente a dados pessoais, de modo a permitir identificar inequivocamente o estado da informação em todo o seu ciclo de vida.</p>

XII - Recomendações

	Recomendações para minimizar os riscos	Impactos no risco	Medida aprovada (S/N)	Responsável pela implementação	Prazo de implementação
1					
2					
3					
4					



**EI-RGPD
AVALIAÇÃO DE IMPACTO
PROTEÇÃO DE DADOS
Documentação**

(lista dos documentos que serviram de base à análise efetuada)

Nome do documento	Observações
Consentimento (Portugues, Ingles e Bengali)	
Questionário (Potugues, Ingles e Bengali)	
Declaração de Garantia de Anonimização de Dados	
Formulário da CE	

Glossário

Dados Pessoais	informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular.
Tratamento	operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, o apagamento ou a destruição.
Limitação do tratamento	inserção de uma marca nos dados pessoais conservados com o objetivo de limitar o seu tratamento no futuro.
Categorias especiais de dados pessoais	dados pessoais que revelem a origem racial ou étnica, as opiniões políticas, as convicções religiosas ou filosóficas, ou a filiação sindical, bem como o tratamento de dados genéticos, dados biométricos para identificar uma pessoa de forma inequívoca, dados relativos à saúde ou dados relativos à vida sexual ou orientação sexual de uma pessoa.
Pseudonimização	o tratamento de dados pessoais de forma que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico sem recorrer a informações suplementares, desde que essas informações suplementares sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.
Minimização dos dados	significa que os dados pessoais recolhidos devem ser limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados.
Responsável pelo tratamento	pessoa singular ou coletiva, autoridade pública, agência ou outro organismo que, individualmente ou em conjunto com outras, determina as finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais; sempre que as finalidades e os meios desse tratamento sejam determinados pelo direito da União ou de um Estado-Membro, o responsável pelo tratamento ou os critérios específicos aplicáveis à sua nomeação podem ser previstos pelo direito da União ou de um Estado-Membro.
Subcontratante	pessoa singular ou coletiva, autoridade pública, agência ou outro organismo que trate os dados pessoais por conta do responsável pelo tratamento destes.
Titular dos dados	pessoa singular identificada ou identificável a quem os dados pessoais dizem respeito.
Destinatário	pessoa singular ou coletiva, autoridade pública, agência ou outro organismo que recebem comunicações de dados pessoais, independentemente de se tratar ou não de um terceiro. Contudo, as autoridades públicas que possam receber dados pessoais no âmbito de inquéritos específicos nos termos do direito da União ou dos Estados-Membros não são consideradas destinatários; o tratamento desses dados por essas autoridades públicas deve cumprir as regras de proteção de dados aplicáveis em função das finalidades do tratamento.
Terceiro	pessoa singular ou coletiva, autoridade pública, serviço ou organismo que não seja o titular dos dados, o responsável pelo tratamento, o subcontratante e as pessoas que, sob a autoridade direta do responsável pelo tratamento ou do subcontratante, estão autorizadas a tratar os dados pessoais.
Consentimento do titular dos dados	manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular dos dados aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento.
Violação de dados pessoais	violação da segurança que provoque, de modo acidental ou ilícito, a destruição, a perda, a alteração, a divulgação ou o acesso, não autorizados, a dados pessoais transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de tratamento.
Dados genéticos	dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular que deem informações únicas sobre a fisiologia ou a saúde dessa pessoa singular e que resulta designadamente de uma análise de uma amostra biológica proveniente da pessoa singular em causa.
Dados biométricos	dados pessoais resultantes de um tratamento técnico específico relativo às características físicas, fisiológicas ou comportamentais de uma pessoa singular que permitam ou confirmem a identificação única dessa pessoa singular, nomeadamente imagens faciais ou dados dactiloscópicos.
Dados relativos à saúde	dados pessoais relacionados com a saúde, física ou mental, de uma pessoa singular, incluindo prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde.
Transferências internacionais de dados	transferências de dados pessoais que sejam ou venham a ser objeto de tratamento após transferência para um país terceiro (não localizado na União Europeia) ou uma organização internacional, podendo a transferência ocorrer entre dois ou mais responsáveis pelo tratamento ou entre responsáveis pelo tratamento e subcontratantes.

APÊNDICE III- DECLARAÇÃO DE GARANTIA DE ANONIMIZAÇÃO DE DADOS

Declaração de Garantia de Anonimização de Dados

Título:

Projeto INTEGRA-TE – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante asiática

Número de identificação do estudo:

Tipo de Estudo:

Estudo com desenho pré/pós teste, descritivo – correlacional

Investigador Principal: Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira

Serviço: Serviço de Saúde Pública e Unidade de Cuidados à Comunidade Farol do Mondego

No âmbito do presente projeto de investigação, comprometo-me a assegurar a proteção total dos dados pessoais conforme estipulado pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Os dados a serem tratados serão sujeitos a um processo de anonimização completo, o que implica a remoção de todas as informações que possam direta ou indiretamente identificar o titular dos dados.

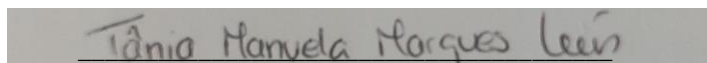
Este processo de anonimização garantirá que:

- Todos os dados pessoais identificáveis ou identificados serão excluídos.
- As informações serão tratadas de forma a impossibilitar a identificação do titular dos dados, direta ou indiretamente, por qualquer meio.
- Serão implementadas medidas técnicas e organizativas adequadas para garantir que os dados permaneçam anónimos durante todo o processo de tratamento e armazenamento.

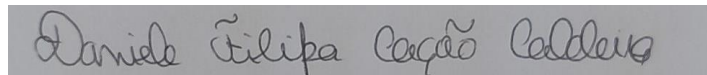
Desta forma, asseguro que a privacidade dos indivíduos será protegida, conforme os princípios estabelecidos pelo RGPD.

18 de novembro de 2024

Investigador Principal,



Tânia Manuela Marques Luís



Daniela Filipa Cação Caldeira

APÊNDICE IV-CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGUÊS, VERSÃO INGLÊS E
VERSÃO BENGALI

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma(s) dúvida(s) não hesite em solicitar mais informações, junto da equipa de investigação.

Título do estudo:

Projeto INTEGRA-TE – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante asiática

Este projeto tem como objetivos:

- Promover a acessibilidade aos cuidados de saúde primários;
- Capacitar esta população a aceder aos cuidados de saúde;
- Melhorar os comportamentos de procura de serviços dos Cuidados de Saúde Primários;
- Melhorar os conhecimentos da população alvo sobre vacinação
- Promover a adesão à vacinação da população alvo

Com a realização e implementação deste projeto, pretende-se melhorar o nível de acessibilidade aos cuidados de saúde da população imigrante asiática, a residir na Marinha das Ondas, e desta forma obter ganhos em saúde.

Para isso precisamos da sua ajuda através da participação no presente estudo.

Condições e financiamento: O preenchimento do questionário é de carácter voluntário e sem prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar; o estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

PROTEÇÃO DE DADOS/CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Toda a informação obtida nesta investigação é confidencial e será utilizada exclusivamente para fins científicos.

Toda a informação passível de identificação do participante (nome e contactos) será codificada com chave de acesso, separadamente da restante informação recolhida, garantindo-se o anonimato dos participantes. Todos os dados recolhidos estarão protegidos com encriptação de chave de acesso e apenas será acessível ao investigador. A presente investigação cumpre as disposições do Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679, preservando as liberdades e garantias das pessoas no âmbito dos tratamentos de dados pessoais. Estes dados serão armazenados durante um período de 2 anos, para utilização no âmbito da investigação para a qual esta a dar o seu consentimento e posteriormente eliminados.

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar o consentimento, solicitar a retificação dos dados, o apagamento e a portabilidade dos dados. Sempre que o titular dos dados quiser exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo à investigadora.

Este estudo cumpre a legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (UE), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento

de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE e a Lei no 58/2019 que assegura, na ordem jurídica nacional, a execução do referido Regulamento.

Para qualquer dúvida, sugestão ou esclarecimento não hesite em contactar a equipa de investigação através do seguinte e-mail: [REDACTED]

Investigadoras: Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira

Agradeço a sua participação,

Assinatura/s de quem pede consentimento:

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo 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 esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: 15 /11 /2024

**INFORMED, CLARIFIED, AND FREE CONSENT FOR PARTICIPATION IN
RESEARCH STUDIES** *(In accordance with the Declaration of Helsinki and the Oviedo
Convention)*

Please read the following information carefully. If you have any questions, do not hesitate to ask the research team for further clarification.

Study Title:

INTEGRA-TE Project – Intervention Project in an Immigrant Community

Objectives of this project:

- Promote accessibility to primary healthcare services;
- Empower this population to access healthcare services;
- Improve the healthcare-seeking behavior towards Primary Healthcare Services;
- Enhance the target population's knowledge about vaccination;
- Promote adherence to vaccination within the target population.

By conducting and implementing this project, we aim to improve the level of accessibility to healthcare services for the Asian migrant population residing in Marinha das Ondas, thereby achieving health benefits. To achieve this, we need your help by participating in this study.

Conditions and Funding:

Filling out the questionnaire is voluntary and will not result in any assistance -related or other disadvantages if you choose not to participate. The study has received a favorable opinion from the Ethics Committee.

DATA PROTECTION / CONFIDENTIALITY AND ANONYMITY

All information obtained in this research is confidential and will be used exclusively for scientific purposes.

Any identifiable participant information (name and contacts) will be coded with an access key, stored separately from other collected data, ensuring participants' anonymity. All collected data will be encrypted with an access key and will only be accessible to the researcher.

This research complies with the provisions of the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679, safeguarding individuals' rights and freedoms regarding personal data processing. The data will be stored for two years for research purposes under this consent and will then be deleted.

Within legal limits and when applicable, data subjects have the right to withdraw consent, request data rectification, erasure, and portability. If the data subject wishes to exercise any of these rights, they should contact the researcher.

Gabēṣaṇā adhyaṇānē anśagrahaṇēra jan'ya abahita, spaṣṭa, ēbam bināmūlyēra sam'mati (hēlasin̄ki ēbam ōbhiḍō kanabhēnaśānēra ghōṣaṇā anusārē)

Anugraha karē nicēra tathyaḡulō manōyōga sahaḡārē paṛuna. Āpanāra yadi kōna praśna thākē, āra'ō spaṣṭikaraṇēra jan'ya gabēṣaṇā dalakē jijñāsā karatē dbidhā karabēna nā.

Adhyaṇānēra śirōnāma:

INTEGRA-TE prakalpa - abhibāsī sampradāyēra hastakṣēpa prakalpa ē'i prakalpēra uddēśya:

- Prāthamika sbāsthyasēbā pariṣēbāḡulitē ayāksēsayaōgyatā pracāra karā;
- ē'i janasaṅkhyākē sbāsthyasēbā pariṣēbā ayāksēsa karāra jan'ya kṣamatāyana karā;
- prāthamika sbāsthyasēbā pariṣēbāḡulira prati sbāsthyasēbā-sandhānī ācaraṇēra unnati;
- ṭikā samparkē lakṣya janagōṣṭhīra jñāna br̄d'dhi karā;
- lakṣya janasaṅkhyāra madhyē ṭikā ānugatya pracāra.

Ē'i prakalpaṭi paricālanā ēbam bāstabāyānēra mādhyamē, āmarā mārinahā dāsa ōṇḍāsē basabāsakārī ēśīya abhibāsī janagōṣṭhīra jan'ya sbāsthyasēbā pariṣēbāḡulitē ayāksēsayaōgyatāra stara unnata karāra lakṣya rākhi, yāra phalē sbāsthya subidhāḡuli arjana karā yāya. Ēṭi arjana karatē, āmādēra ē'i gabēṣaṇāya anśagrahaṇa karē āpanāra sāhāyyēra praṡōjana.

Śarta ēbam tahabila:

Praśnapatraṭi pūraṇa karā sbēcchāya ēbam āpani anśagrahaṇa nā karāra sid'dhānta nilē ēra phalē kōnō sahaṡyatā-samparkita bā an'yān'ya asubidhā habē nā. Gabēṣaṇāṭi ēthiksa kamiṭira kācha thēkē ēkaṭi anukūla matāmata pēyēchē.

Ḍēṭā surakṣā/ gōpanīyatā ēbam paricaṡa gōpana rākhā:

Ē'i gabēṣaṇāya prāpta samasta tathya gōpanīya ēbam baijñānika uddēśyē ēkacēṭiyābhābē byabahāra karā habē.

Yēkōna śanāktayōgya anśagrahaṇakārīra tathya (nāma ēbam pariciti) ēkaṭi ayāksēsa kī diyē kōḡa karā habē, an'yān'ya saṅgrhīta ḡēṭā thēkē ālādābhābē sanrakṣaṇa karā habē, yātē anśagrahaṇakārīdēra paricaṡa gōpana rākhā haṡa. Samasta saṅgrhīta ḡēṭā ēkaṭi ayāksēsa kī diyē ēnakriṡṭa karā habē ēbam śudhumātra gabēṣakēra kāchē ayāksēsayaōgya habē.

APÊNDICE V- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA UNIDADE LOCAL DE
SAÚDE DO BAIXO MONDEGO - 2024 –



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

Diagnóstico de Situação de Saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego - 2024 -

Autores: Daniela Caldeira
Tânia Luis
Fernanda Vitória
Manuela Branco

Junho de 2024

Lista de Siglas

DNO- Doenças de Notificação Obrigatória

EN- Estrada Nacional

HPV- Vacina contra Papiloma Vírus Humano

IC- Itinerário Complementar

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

ISF- Índice Sintético de Fecundidade

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PNV - Plano Nacional de Vacinação

SARS-CoV-2- *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

TBM -Taxa Bruta de Mortalidade

ULS BM -Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

VASPR- Vacina contra o Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola

VIH -Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Índice de Figuras	4
Índice de Quadros	5
1. Caracterização Geográfica e ambiental	7
1.1 Território	7
1.2 Caracterização da rede de Acessibilidades	7
1.3 Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, drenagem de águas residuais e estações de tratamento de águas residuais	8
1.3 Unidades Funcionais da ULS Baixo Mondego	9
2. Caracterização demográfica	10
2.1 Evolução da população residente	10
2.2 Pirâmide etária	11
2.3 Índice de dependência total, jovens e idosos de envelhecimento e longevidade	11
2.4 População imigrante	12
3. Caracterização socioeconómica	14
3.1 Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)	14
3.2 Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social	14
3.3 Pensionistas da Segurança Social	15
3.4 População empregada por sector de atividade económica	15
3.5 Beneficiários de subsídios de desemprego da Segurança Social	16
3.6 Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem	16
3.7 Poder de Compra <i>per capita</i>	16
3.8 Taxa de criminalidade	17
3.9 Taxa de analfabetismo	18
3.10 Taxa de retenção e desistência no ensino secundário	19
4. Indicadores de saúde	21
4.1 Número de nados vivos	21
4.2 Taxa bruta de natalidade	21
4.3 Índice sintético de fecundidade	22
4.4 Nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos	23
4.5 Nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos	24
4.6 Esperança de vida à nascença	25
4.7 Nascimentos pré-termo	26
4.8 Crianças com baixo peso à nascença	27
4.9 Número de Óbitos	27
4.10 Taxa bruta de mortalidade	28
4.11 Taxa de mortalidade infantil	29
4.12 Mortalidade proporcional	30
4.13 Determinantes de Saúde – Registo nos Cuidados de Saúde primários	32
4.13 Morbilidade – Registo nos Cuidados de Saúde primários	32
4.13 Incidência de doenças de notificação obrigatória da ULS Baixo Mondego (SINAVE)	34
4.14 Plano Nacional de Vacinação (PNV)	35
Bibliografia	40

Índice de Figuras

Figura 1-Localização e Área Geográfica da ULS BM.....	7
Figura 2 - Pirâmide etária da região centro e da ULS BM (censos 2021).....	11
Figura 3-Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 2007-2021.....	14
Figura 4 – Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 1991-2021.....	15
Figura 5 – Distribuição (%) da população empregada por setor de atividade económica (censos 2011 e 2021)	15
Figura 6 - Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo	20
Figura 7 – Evolução da taxa bruta de natalidade (nascimentos/1000habitantes), 1996-2021.....	22
Figura 8 – Evolução do índice sintético de fecundidade, 1996-2021.....	23
Figura 9 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	24
Figura 10 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	25
Figura 11 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo, 2000-2021.....	26
Figura 12 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença, 1996-2021.....	27
Figura 13 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes) (1996-2021).....	28
Figura 14 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente).....	32
Figura 15 – Morbilidade - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente).....	33
Figura 16 - PNV esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte/vacina/dose. Avaliação 2023, em Portugal Continental.....	35
Figura 17 - Cobertura vacinal contra infeções por HPV, por idade/coorte, dose e sexo. PNV esquema geral recomendado. Avaliação 2023, em Portugal Continental.....	36
Figura 18 - Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, em Portugal Continental.....	37
Figura 19 - Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa, <i>S. pneumoniae</i> 13 e <i>N. meningitidis</i> B, até completarem 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo e <i>N. meningitidis</i> C até completarem 13 meses de idade. Avaliação 2023, em Portugal Continental.....	38

Índice de Quadros

Quadro 1 – Rede rodoviária dos concelhos da ULSBM.....	8
Quadro 2 - Percentagem de população servida pelos diferentes sistemas de água, em 2009.....	9
Quadro 3 – Evolução da população residente entre os recenseamentos de 2011, 2021.....	10
Quadro 4 - População residente por sexo sensos de 2021.....	10
Quadro 5 – Índice de dependência total, de jovens e de idosos, envelhecimento e longevidade, em 2022.....	12
Quadro 6 – População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades (2008 e 2022).....	13
Quadro 7 – Desempregados Inscrito na Segurança Social em abril 2024.....	14
Quadro 8- Indicadores de suporte social, 2021.....	16
Quadro 9 – Ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrem (€) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM.....	16
Quadro 10 – Poder de compra <i>per capita</i> a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM.....	17
Quadro 11 - Taxa de criminalidade (‰) a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM.....	17
Quadro 12 – Crimes contra integridade física (‰) no Continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM.....	18
Quadro 13 – Condução de veículos com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l (‰) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM.....	18
Quadro 14 – Taxa de analfabetismo (%) a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM.....	19
Quadro 15 – Taxa de total de retenção e desistência no ensino secundário (%) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM.....	19
Quadro 16 – Evolução do número de nados vivos (2002, 2007, 2012, 2021).....	21
Quadro 17 – Número de nados vivos, em 2022.....	21
Quadro 18 – Evolução da taxa bruta de natalidade (nascimentos/1000habitantes), 2002-2021.....	22
Quadro 19 –Taxa bruta de natalidade (óbitos/1000 habitantes), em 2022.....	22
Quadro 20 – Evolução do índice sintético de fecundidade, 2002-2021.....	23
Quadro 21 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	24
Quadro 22 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	25
Quadro 23 – Esperança média de vida à nascença nos triénios 1996-1998, 2005-2007, 2019-2021.....	25
Quadro 24 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	26
Quadro 25 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021).....	27
Quadro 26 – Evolução do número de óbitos (2002, 2007, 2012, 2021).....	28
Quadro 27 – Número de óbitos, em 2022.....	28
Quadro 28 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes) (2002, 2007, 2012, 2021).....	29
Quadro 29 –Taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes), em 2022.....	29

Quadro 30 – Evolução de indicadores de mortalidade infantil e componentes na ULS BM (2006-2008 a 2019-2021).....	29
Quadro 31 – Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte na ULS BM (2001, 2012, 2017, 2021).....	31
Quadro 32 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2022 (ordem crescente).....	32
Quadro 33 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2022 (ordem decrescente).....	33
Quadro 34 – Doenças de Notificação Obrigatória, na ULS BM.....	34
Quadro 35 - PNV esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte/vacina/dose. Avaliação 2023, na ULS BM.....	36
Quadro 36 - Cobertura vacinal contra infecções por HPV, por idade/coorte, dose e sexo. PNV esquema geral recomendado. Avaliação 2023, na ULS BM.....	37
Quadro 37 - Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, na ULSBM.....	38
Quadro 38 - Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa, <i>S. pneumoniae</i> 13 e <i>N. meningitidis</i> B, até completarem 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo, <i>S. pneumoniae</i> 13 e <i>N. meningitidis</i> C até completarem 13 meses de idade. Avaliação 2023, na ULS BM.....	39

Diagnóstico de situação de Saúde da ULS Baixo Mondego

Pretende-se com o diagnóstico de situação de saúde descrever o estado de saúde da população, identificando e priorizando os problemas e necessidades de saúde correspondentes.

A análise dos dados apresentados foi realizada tendo como referência a situação epidemiológica da ULS Baixo Mondego e o seu posicionamento face ao Continente e à Região Centro.

1. Caracterização Geográfica e ambiental

1.1 Território

A área geodemográfica da ULS BM (Figura 1) integra-se na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] II), abrangendo um total de três concelhos, sendo Figueira da Foz (379,05 km²), Montemor-o-Velho (228,96km²) e Soure (265,06km²), com uma área total de abrangência de 873,07 km².

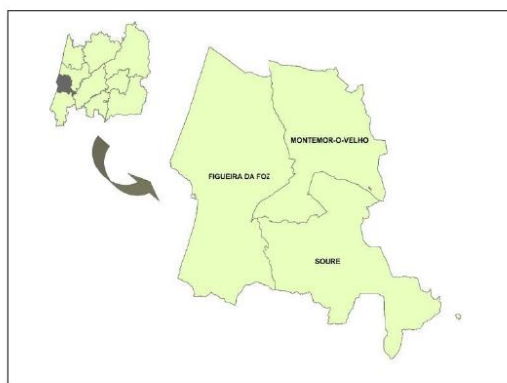


Figura 1-Localização e Área Geográfica da ULS BM.

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

1.2 Caracterização da rede de Acessibilidades

No concelho da Figueira da Foz, o serviço rodoviário resulta do cruzamento por diversos Itinerários Principais e Complementares (Quadro 1), a que se juntam algumas vias complementares que têm uma importância significativa na mobilidade intrarregional, como é o caso da EN 109. A rede ferroviária é constituída por duas linhas Norte-Sul e a Linha do Oeste. Enquanto a Linha Norte-Sul tem sido objeto de processo de modernização, na Linha do Oeste o mesmo não tem sucedido. O porto da Figueira da Foz, através das acessibilidades

rodoviárias e ferroviárias que o servem, integra o importante Corredor Irun-Portugal. Este corredor integra-se na rede transeuropeia de transportes e desempenha um importante papel nas ligações de mercadorias entre a Península Ibérica e o resto da Europa.

O Concelho de Montemor-o-Velho (Quadro 1) liga-se ao concelho da Figueira da Foz através da EN 111 e a Soure pela EN 347. Por meio das estradas municipais faz a ligação às várias freguesias que compõe este município. A A17 é o eixo que liga a outras cidades de outras regiões.

O concelho de Soure (Quadro 1) é atravessado por duas vias fundamentais a nível nacional, a A1 que é um instrumento potenciador do desenvolvimento regional e a IC2 que faz a ligação à Zona Serrana. O Concelho de Soure é também significativamente servido pela Rede Ferroviária Nacional, sendo atravessado pela Linha do Norte que serve, basicamente as Freguesias de Soure, Vila Nova de Anços, Alfarelos e Granja do Ulmeiro; nesta estação de Alfarelos/ Granja do Ulmeiro situa-se um importante entroncamento ferroviário, pois nela se cruzam as linhas do Norte e do Oeste, encontrando-se, também, lá instalada uma Plataforma Logística – Rodoferroviária.

Quadro 1 – Rede rodoviária dos concelhos da ULSBM

<i>Local de Residência</i>	Estradas Nacionais	Estradas Municipais	Autoestrada	Itinerários Complementares
<i>Figueira da Foz</i>	EN 109 EN 111	EM 600	A 14 A 17	IC1
<i>Montemor-o-Velho</i>	EN 111 EN 335 EN 347	EM 578-2 EM 578-3 EM 601 EM 579-2	A 14	IC1
<i>Soure</i>	EN 348 EN 342-1 EN 342-1 EN 341 EN 347 EN 342	EM 348 EM 348 EM 616	A1	IC2

Fonte: Diagnóstico Social do município de Soure, 2019; Plano de desenvolvimento social do município da Figueira da Foz, 2015

1.3 Sistemas Públicos de Abastecimento de Água, drenagem de águas residuais e estações de tratamento de águas residuais

De acordo com os últimos dados disponíveis (2009), 100% da população residente no município Figueira da Foz e Montemor-o-Velho eram servidos por sistemas públicos de abastecimento de água para consumo humano, apresentando os valores superiores face ao Continente e a Soure (Quadro 2).

Relativamente aos sistemas de drenagem de águas residuais (Quadro 2), o concelho da Figueira da Foz é o que apresenta maior percentagem de população servida comparativamente aos restantes concelhos analisados e ao Continente, sendo o concelho de Soure o que apresenta menor percentagem de população servida por sistemas de drenagem de águas residuais.

Quanto às estações de tratamento de águas residuais, o concelho da Figueira da Foz é o que apresenta maior percentagem de população servida (93%), valor superior ao verificado a nível do Continente (73%). O concelho de Montemor-o-Velho é o que apresenta menor percentagem (44%) de população servida por este serviço (Quadro 2).

Quadro 2 - Percentagem de população servida pelos diferentes sistemas de água, em 2009

<i>Local de Residência</i>	Sistemas públicos de abastecimento de água (%)	Sistemas de drenagem de águas residuais (%)	Estações de tratamento de águas residuais (ETAR) (%)
<i>Continente</i>	95	83	73
<i>Figueira da Foz</i>	100	93	93
<i>Montemor-o-Velho</i>	100	40	44
<i>Soure</i>	99	69	65

Fonte: INE, 2009 (dados extraídos a 31/05/2024)

1.3 Unidades Funcionais da ULS Baixo Mondego

A ULS BM é constituída por três concelhos: Figueira da Foz, Montemor – o – Velho e Soure. Em abril de 2024, abrange 15 unidades funcionais com cerca de 98 573 utentes inscritos, dos quais 47 211 são homens e 51 362 são mulheres.

2. Caracterização demográfica

2.1 Evolução da população residente

De acordo com os censos populacionais para o ano 2021, a ULS BM tinha uma população residente de 100 783 indivíduos (Quadro 3), o que representa uma perda de 6,3% relativamente aos censos do ano 2011, tendência que acompanha a Região Centro e o Continente.

Quadro 3 – Evolução da população residente entre os recenseamentos de 2011, 2021

Local de Residência	População residente		Crescimento populacional (2011 a 2021)	%
	2011	2021		
Continente	10 047 621	9 855 909	-191 712	-1,9
Região Centro	1 744 528	1 659 499	-85 029	-4,9
ULS do Baixo Mondego	107 541	100 783	- 6758	-6,3

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Relativamente à população residente nos concelhos abrangidos pela ULS BM, em 2021, o município da Figueira da Foz tinha 58 951 residentes, Montemor-o-Velho 24 571 residentes, enquanto o município de Soure apresentava menor valor, com 17 261 residentes (Quadro 4). Quanto à população residente por sexo, na ULS BM, em 2021, observa-se que o número de mulheres é superior ao número de homens nos três concelhos abrangidos, à semelhança do que se verifica a nível do Continente e da Região Centro (Quadro 4).

Quadro 4 - População residente por sexo sensos de 2021

Local de Residência	TOTAL		
	HM	H	M
Continente	9 855 909	4 687 055	5 168 854
Região Centro	1 659 499	788 930	870 569
ULS do Baixo Mondego	100 783	47 847	52 936
Figueira da Foz	58 951	27 883	31 068
Montemor-o-Velho	24 571	11 797	12 774
Soure	17 261	8 167	9 094

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

2.2 Pirâmide etária

A pirâmide etária na área de abrangência da ULS BM, segundo os censos 2021 (Figura 2) evidencia um duplo envelhecimento, apresentando uma base estreita e um centro e topo alargado, refletindo uma população envelhecida e uma reduzida renovação de gerações.

Em relação à distribuição da população residente por grupos etários, verifica-se um predomínio do grupo etário dos 60 aos 64 anos. A população do grupo etário acima dos 65 anos é superior à do grupo etário mais jovem (0-14 anos), mostrando o seu envelhecimento (Figura 2). Há um predomínio das classes etárias entre os 35 e os 69 anos, assim como uma assimetria entre sexos, com a população feminina superior à masculina.

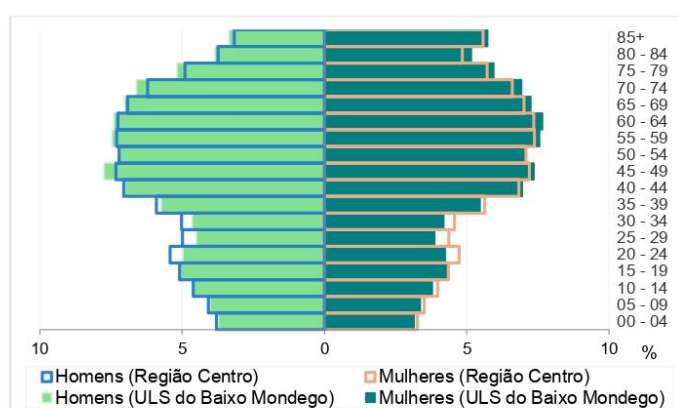


Figura 2 - Pirâmide etária da região centro e da ULS BM (censos 2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

2.3 Índice de dependência total, jovens e idosos de envelhecimento e longevidade

Em 2022, o índice de dependência total da ULS BM é superior ao da Região Centro, bem como a nível do Continente, sendo mais elevado em Soure (78,2%) e mais baixo no concelho de Montemor-o-Velho (63,1%) (Quadro 5). O índice de dependência de jovens apresenta o seu valor mais elevado no concelho de Montemor-o-Velho (20,3%) e mais baixo em Soure (17,9%). O índice de dependência de idosos é maior no concelho de Soure (60,3%) e menor no de Montemor-o-Velho (42,8%) (Quadro 5). O índice de envelhecimento da ULS BM é superior ao da Região Centro e Continente, sendo mais elevado no concelho de Soure (337,8%) e mais baixo no concelho de Montemor-o-Velho (210,3%) (Quadro 5). O índice de longevidade observado na ULS BM é superior ao da Região Centro e ao do Continente. O concelho com maior índice de longevidade é Soure (54,0%), seguido de Montemor-o-Velho (52,6%) e por fim Figueira da Foz (50,0%) (Quadro 5).

Quadro 5 – Índice de dependência total, de jovens e de idosos, envelhecimento e longevidade, em 2022

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013)	Índice de dependência total (N.º)	Índice de dependência de jovens (N.º)	Índice de dependência de idosos (N.º)	Índice de envelhecimento (N.º)	Índice de longevidade (N.º)
2022	Continente	59,0	20,5	38,5	188,0	48,9
	Centro	64,6	19,5	45,1	231,6	51,0
	ULS BM	69,4	18,9	50,4	269,2	52,2
	Figueira da Foz	66,8	18,6	48,2	259,5	50,0
	Montemor-o-Velho	63,1	20,3	42,8	210,3	52,6
	Soure	78,2	17,9	60,3	337,8	54,0

Fonte: INE, 2023 (Quadro extraído em 04 de junho de 2024)

2.4 População imigrante

Analisando o Quadro 6, a nível nacional, em 2022, havia quase 800 mil estrangeiros em Portugal, perto do dobro do registado há 14 anos. A população estrangeira com estatuto legal de residente, na ULS BM, era composta por 4 091 imigrantes.

No município de Figueira da Foz, as nacionalidades da população imigrante residente, em 2022, com maior representatividade eram brasileira, nepalês, origem de outros países asiáticos e ucranianos. No município de Montemor-o-Velho, as nacionalidades da população imigrante residente, em 2022, com maior representatividade eram brasileira, origem de outros países europeus, origem de outros países asiáticos e indianos. No município de Soure, as nacionalidades da população imigrante residente, em 2022, com maior representatividade eram brasileira, britânica, origem de outros países europeus e ucranianos.

Quadro 6 – População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades (2008 e 2022)

Territórios	Nacionalidade																									
	Total		França		Itália		Reino Unido		Ucrânia		Outros países europeus		Angola		Brasil		Outros países americanos		China		Índia		Nepal		Outros países asiáticos	
	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022
Contínente	425 375	764 349	4 385	26 934	3 676	33 140	14 384	43 566	51 478	25 140	33 137	78 409	27 168	31 533	104 568	237 575	7 391	25 532	12 993	21 419	5 428	35 345	550	23 709	8 847	42 320
Centro	60 023	108 355	907	3 485	604	3 771	1 339	7 891	14 696	6 356	5 678	10 991	1 887	3 519	16 600	39 475	1 813	5 202	1 921	3 054	493	4 576	9	2 483	1 445	4 067
Figueira da Foz	1 879	3 366	32	162	10	164	17	99	438	187	246	371	47	52	628	1 252	50	155	85	99	3	88	0	320	43	188
Montemor-o-Velho	225	395	3	12	0	13	1	19	76	21	16	56	5	9	59	102	6	16	4	10	0	29	0	6	7	43
Soeira	250	330	5	13	1	4	7	45	90	25	56	35	3	3	24	108	2	9	4	10	0	6	0	5	7	18

Fonte: PORDATA,2023

3. Caracterização socioeconómica

3.1 Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)

De acordo com as estatísticas do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), em abril de 2024, na ULS BM, existiam 458 inscritos como desempregados, sendo que no município da Figueira da Foz o valor é o mais elevado, com 332 indivíduos (Quadro 7). Em relação ao sexo, existem mais indivíduos do sexo masculino desempregados inscritos.

Quadro 7 – Desempregados Inscrito na Segurança Social em abril 2024.

Local de Residência	Número de inscritos (IEFP)	Homens	Mulher
ULS BM	458	230	218
Figueira da Foz	332	188	144
Montemor-o-Velho	83	30	53
Soure	43	22	21

Fonte: IEFP,2024

3.2 Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social

A Figura 3 mostra a evolução da proporção beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social /1000 habitantes da população ativa, observando-se uma tendência decrescente na Região Centro e na ULS BM até ao ano de 2021, atingindo valores mínimos face aos primeiros anos em análise. Realça-se que após o ano de 2014 os valores a nível da Região do Centro e da ULS BM foram sobreponíveis, enquanto os valores do Continente foram sempre superiores.

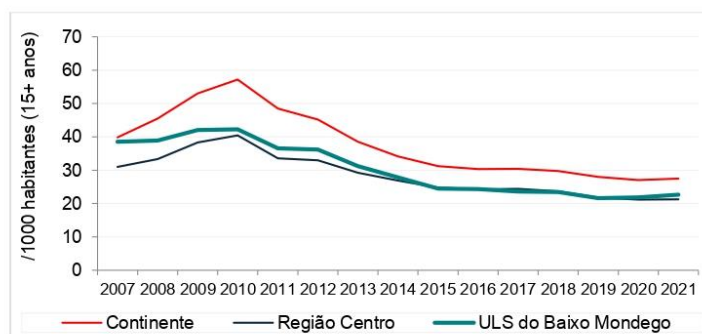


Figura 3-Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 2007-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

3.3 Pensionistas da Segurança Social

A proporção de pensionistas da Segurança Social /1000 habitantes da população ativa, tem vindo a aumentar desde 2004 até 2021. Na ULS BM tem-se mantido superior à verificada na Região Centro e Continente (Figura 4).

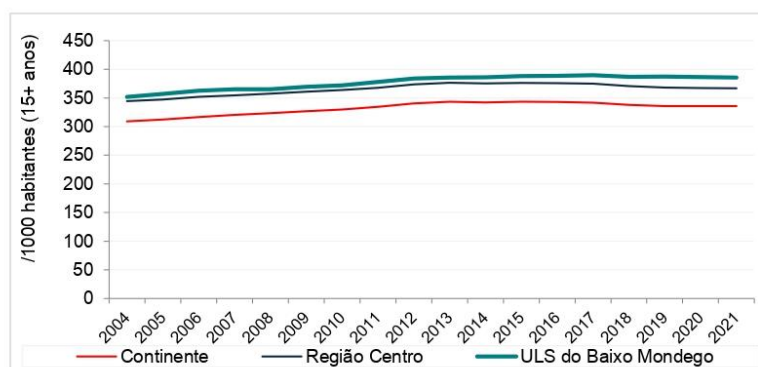


Figura 4 – Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 1991-2021.

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

3.4 População empregada por sector de atividade económica

Considerando a população empregada por setor de atividade no ano 2011 e 2021, verificamos que o setor terciário foi o de maior representatividade com 67,8% na ULS BM, à semelhança do Continente e da Região Centro (Figura 5).

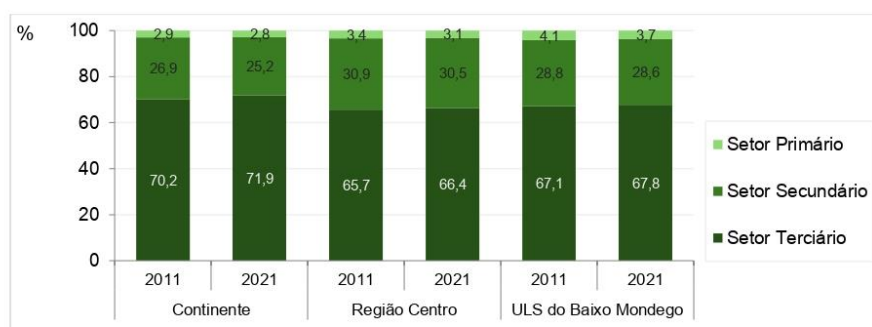


Figura 5 – Distribuição (%) da população empregada por setor de atividade económica (censos 2011 e 2021)

Fonte: Perfil local de saúde da ULS BM, 2023

3.5 Beneficiários de subsídios de desemprego da Segurança Social

O Quadro 8 evidencia que, na ULS BM em 2021, existiam 572 beneficiários do subsídio de desemprego, valor muito inferior ao verificado quer a nível do Continente (139 059) e quer da Região Centro (17 871). Importa acompanhar a evolução deste indicador, uma vez que o mesmo está, normalmente, associado a uma quebra de rendimentos, com possíveis efeitos sobre a saúde dessa população.

Quadro 8- Indicadores de suporte social, 2021

Local de Residência	Subsídios de Desemprego da Segurança Social	
	Número de beneficiários	Proporção da população (%o, 15+ anos)
Continente	139 059	16,1
Região Centro	17 871	12,1
ULS do Baixo Mondego	572	6,4

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

3.6 Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem

A evolução do ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem mostra uma tendência de crescimento ao longo dos anos analisados, mas com o concelho da Figueira da Foz a destacar-se como o concelho com o maior ganho registado, com uma diferença, em 2021, de 217€ face a Montemor-o-Velho, o concelho com o menor ganho (Quadro 9).

Quadro 9 – Ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrem (€) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM

Local de Residência	Ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrem (€) [a.]			
	2004	2009	2014	2021
Continente	879,6	1 036,4	1 093,2	1 294,1
Região Centro	757,7	873,9	945,6	1 147,1
ULS do Baixo Mondego				
Figueira da Foz	890,3	1 025,5	1 065,7	1 259,8
Montemor-o-Velho	684,5	771,3	833,7	1 042,7
Soure	677,3	785,8	828,1	1 085,3

a. Até 2012, valor para a NUTS II (2001). A partir de 2013, valor para a NUTS II (2013).

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

3.7 Poder de Compra per capita

A análise do Quadro 10 mostra que nenhum concelho da ULS BM apresentava um poder de compra per capita superior à média nacional (índice 100), nos anos analisados. Observa-se

ainda uma tendência de decréscimo do poder de compra per capita nos três concelhos. O concelho de Soure apresenta o valor do poder de compra per capita mais baixo da ULS BM, sem uma flutuação importante nos anos avaliados.

Quadro 10 – Poder de compra *per capita* a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM

Local de Residência	Poder de Compra <i>per capita</i>			
	2015	2017	2019	2021
Continente	100,7	100,7	100,6	100,6
Região Centro	88,8	88,3	88,7	89,9
ULS do Baixo Mondego				
Figueira da Foz	95,2	95,0	95,1	94,8
Montemor-o-Velho	71,8	71,0	71,3	75,6
Soure	71,8	70,7	71,9	74,6

Fonte: INE, PORDATA, 2024

3.8 Taxa de criminalidade

A análise da evolução da taxa de criminalidade, entre 2018 e 2022 (Quadro 11), mostra que este valor se mantém, em praticamente todos os concelhos, abaixo do valor médio registado na Região Centro. Destaca-se o concelho da Figueira da Foz (a amarelo) com a taxa de criminalidade mais elevada das regiões comparadas, nos últimos três anos analisados.

Quadro 11 - Taxa de criminalidade (‰) a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM

	Taxa de criminalidade total (‰) por Localização geográfica (NUTS - 2013)				
	2022	2021	2020	2019	2018
Continente	31,3	28	28	31,8	31,9
Centro	27,4	23,5	23,7	26,2	25,4
Figueira da Foz	29	25,3	25,6	25,7	23,6
Montemor-o-Velho	20	16,3	17,3	20,7	19,4
Soure	14,5	12,4	15,4	16,6	15,3

Fonte: INE, 2023

Ao analisar apenas a parcela de crimes contra a integridade física, mantém-se a tendência verificada relativamente ao concelho da Figueira da Foz (a amarelo), permanecendo o

concelho com o maior valor para este tipo de crime e o único concelho da ULS BM a apresentar um valor superior ao verificado para toda a Região Centro (Quadro 12).

Quadro 12 – Crimes contra integridade física (‰) no Continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM

	Crimes contra a integridade física				
	2022	2021	2020	2019	2018
Continente	5,2	4,5	4,6	5,3	5
Centro	4,8	4,1	4,2	4,8	4,4
Figueira da Foz	5	4,5	4,7	5,5	5
Montemor-o-Velho	3,2	2,9	3	3,5	3,5
Soure	3,2	3,1	3,8	3,3	4,2

Fonte: INE, 2023

A análise do crime de condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l (Quadro 13), mostra que, à exceção do ano 2019 e 2022, em que o concelho de Montemor-o-Velho apresentou o valor mais elevado, todos os concelhos apresentam valores inferiores comparativamente à Região Centro e ao Continente.

Quadro 13 – Condução de veículos com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l (‰) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM

	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l				
	2022	2021	2020	2019	2018
Continente	2	1,4	1,3	1,6	1,7
Centro	2,4	1,6	1,5	1,9	1,8
Figueira da Foz	1,9	0,9	1,1	1,5	1,3
Montemor-o-Velho	2,9	0,6	1,2	2	1,1
Soure	1	0,8	0,4	0,9	0,3

Fonte: INE, 2023

3.9 Taxa de analfabetismo

A taxa de analfabetismo, no ano de 2021, foi de 4,0% na ULS BM, apresentando uma evolução decrescente face a 2011, globalmente superior à do Continente. Destaca-se o concelho de Soure em que a taxa de analfabetismos é 2,7 vezes superior à da Região Centro (Quadro 14).

Quadro 14 – Taxa de analfabetismo (%) a nível do continente, na Região Centro e nos concelhos da ULS BM

Local de Residência	Taxa de analfabetismo (%)	
	2011	2021
Continente	5,2	3,0
Região Centro	6,5	3,8
ULS do Baixo Mondego	7,1	4,0
Figueira da Foz	6,0	3,4
Montemor-o-Velho	7,4	3,9
Soure	10,3	6,4

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

3.10 Taxa de retenção e desistência no ensino secundário

Relativamente à taxa de retenção e desistência no ensino secundário, podemos observar que tem vindo a diminuir ao longo dos últimos 10 anos. Montemor-o-Velho, em 2022, foi o concelho da ULS BM com maior taxa de retenção e desistência no ensino secundário (9,3%) (Quadro 15).

Quadro 15 – Taxa de total de retenção e desistência no ensino secundário (%) a nível do continente, na Região Centro e nos vários concelhos da ULS BM

	Taxa total de retenção e desistência no ensino secundário		
	2012	2017	2022
Portugal	20,1	15,1	8,6
Centro	18,9	13,5	7,4
Figueira da Foz	16,6	11,5	4,9
Montemor-o-Velho	20,0	11,0	9,3
Soure	11,6	15,5	6,1

Fonte: PORDATA, 2024

O nível de escolaridade da população tem aumentado, constatando-se que existem 84,4% de pessoas com pelo menos um nível de escolaridade completo na ULS BM, à semelhança do que acontece a nível do Continente e da Região Centro (Figura 6).

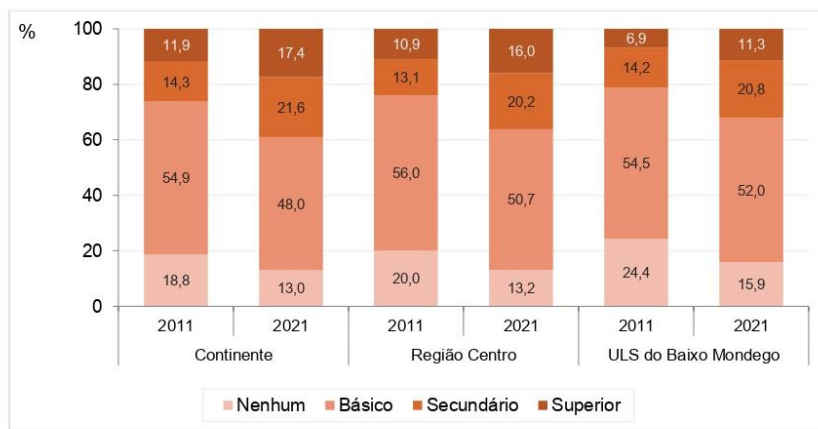


Figura 6 - Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4. Indicadores de saúde

4.1 Número de nados vivos

A evolução do número total de nados vivos na ULS BM (Quadro 16) mostra uma diminuição de 40% entre 2002 e 2021, tendência que acompanha a Região Centro e o Continente. Em 2022 (Quadro 17), nasceram na ULS BM 648 crianças, o número de nados vivos aumentou face a 2021. O concelho da Figueira da Foz apresenta maior número de nados vivos, enquanto Soure é o concelho que apresenta menor número.

Quadro 16 – Evolução do número de nados vivos (2002, 2007, 2012, 2021)

Local de Residência	2002	2007	2012	2021
Continente	108 192	96 925	85 306	75 795
Região Centro	16 943	14 580	12 566	10 887
ULS do Baixo Mondego	1 002	833	755	597

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 17 – Número de nados vivos, em 2022

	Total Nados-vivos		
	HM	Homens	Mulheres
Continente	79 845	40 956	38 889
Centro	15 707	8 140	7 567
<i>Figueira da Foz</i>	384	207	177
<i>Montemor-o-Velho</i>	174	109	65
<i>Soure</i>	90	42	48

Fonte: INE, 2023

4.2 Taxa bruta de natalidade

Na ULS BM, a taxa bruta de natalidade tem demonstrado uma tendência decrescente (Figura 7). De forma a complementar a interpretação da Figura 7 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 18. No Quadro 19, verifica-se que o concelho de Montemor-o-Velho é o que apresenta maior taxa bruta de natalidade, em 2022.

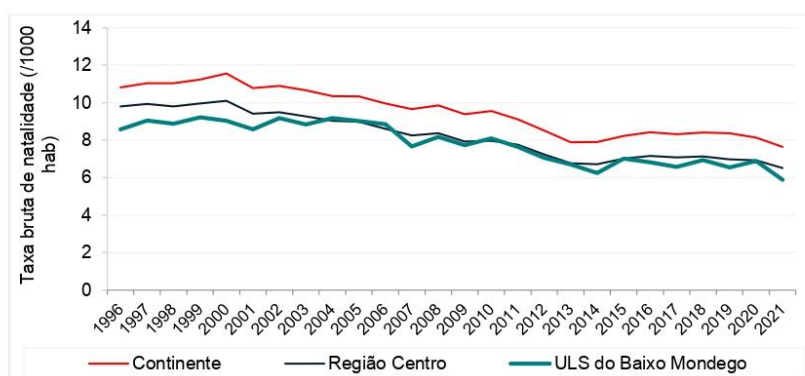


Figura 7 – Evolução da taxa bruta de natalidade (nascimentos/1000habitantes), 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 18 – Evolução da taxa bruta de natalidade (nascimentos/1000habitantes), 2002-2021

Local de Residência	2002	2007	2012	2021
Continente	10,9	9,7	8,5	7,6
Região Centro	9,5	8,2	7,2	6,5
ULS do Baixo Mondego	9,2	7,7	7,1	5,9

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 19 –Taxa bruta de natalidade (óbitos/1000 habitantes), em 2022

	Taxa bruta de natalidade (%) (%), em 2022
Continente	8,0
Centro	7,0
<i>Figueira da Foz</i>	6,5
<i>Montemor-o-Velho</i>	7,0
<i>Soure</i>	5,2

Fonte: INE, 2023

4.3 Índice sintético de fecundidade

O índice sintético de fecundidade apresentou uma evolução crescente, entre 2014 e 2021, com valores superiores aos da Região Centro e do Continente (Figura 8). A ULS BM (Quadro 20), apresenta um ISF superior a 2,1 crianças por mulher, que é considerado o nível mínimo para assegurar a substituição de gerações, nos países mais desenvolvidos. De forma a complementar a interpretação da Figura 8 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 20.

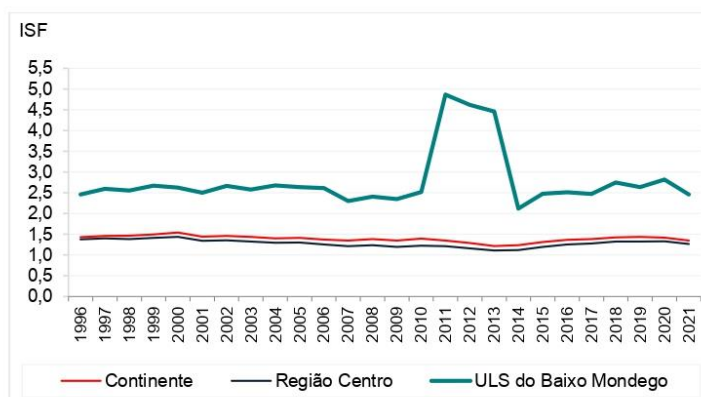


Figura 8 – Evolução do índice sintético de fecundidade, 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 20 – Evolução do índice sintético de fecundidade, 2002-2021

Local de Residência	2002	2007	2012	2021
Continente	1,46	1,35	1,29	1,35
Região Centro	1,35	1,22	1,16	1,27
ULS do Baixo Mondego	2,67	2,30	4,62	2,46

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.4 Nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos

A proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou inferior a 20 anos tem vindo a diminuir (Figura 9). Destaca-se que, nos anos estudados, a ULS BM apresenta um valor inferior ao da Região Centro e do Continente.

De forma a complementar a interpretação da Figura 9 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 21.

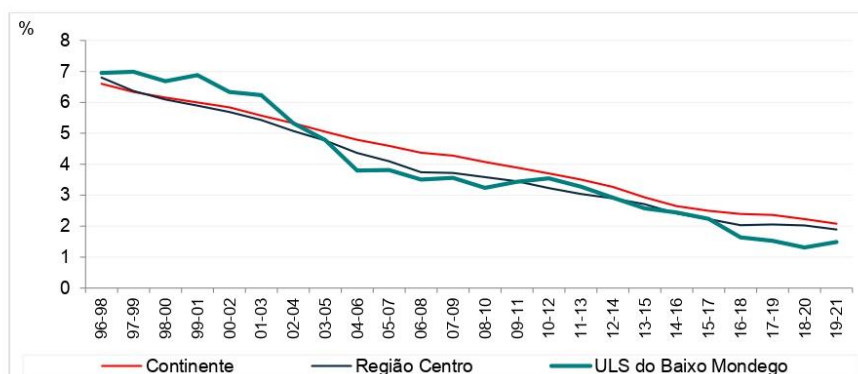


Figura 9 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 21 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	19-21
Continte	4,4	3,9	3,3	2,1
Região Centro	3,7	3,4	2,9	1,9
ULS do Baixo Mondego	3,5	3,4	2,9	1,5

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.5 Nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos

Relativamente aos nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, verifica-se que há tendência à subida dos valores nos últimos anos, quer a nível da ULS BM, da Região Centro e do Continente (Figura 10). De forma a complementar a interpretação da Figura 10 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 22.

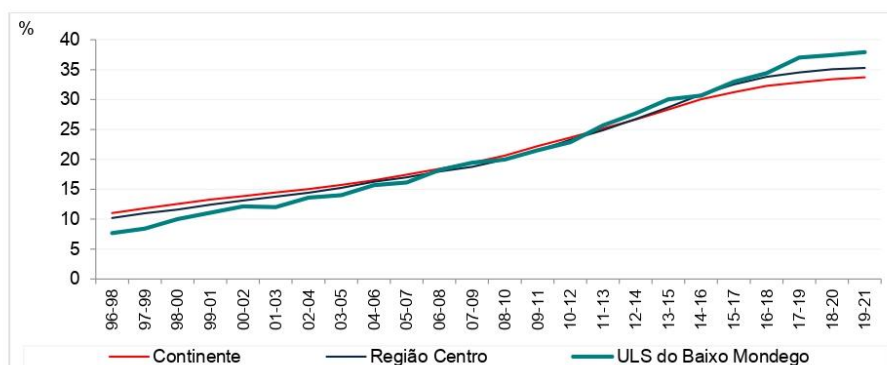


Figura 10 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 22 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	19-21
Continente	18,4	22,2	26,7	33,7
Região Centro	18,0	21,5	26,7	35,3
ULS do Baixo Mondego	18,2	21,5	27,7	37,9

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.6 Esperança de vida à nascença

A esperança de vida à nascença tem aumentado em ambos os sexos na ULS BM, à semelhança da Região Centro e do Continente (Quadro 23), sendo que as mulheres apresentam maior esperança de vida à nascença do que os homens.

Quadro 23 – Esperança média de vida à nascença nos triénios 1996-1998, 2005-2007, 2019-2021

Esperança de vida	Continente			Região Centro			ULS do Baixo Mondego		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Triénio 1996-1998	75,8	72,2	79,4	76,6	73,1	80,1	76,8	73,6	80,0
Triénio 2005-2007	79,0	75,6	82,2	79,4	76,2	82,5	79,0	76,1	81,8
Triénio 2019-2021	81,8	78,8	84,7	82,2	79,2	85,1	82,2	79,2	85,0

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.7 Nascimentos pré-termo

Pela análise da Figura 11, constata-se que, nos concelhos que constituem a ULS BM, os nascimentos pré-termo têm diminuído desde 2017. No entanto, a ULS BM apresenta uma proporção de nascimentos pré-termo superior ao observado para a Região Centro e no Continente.

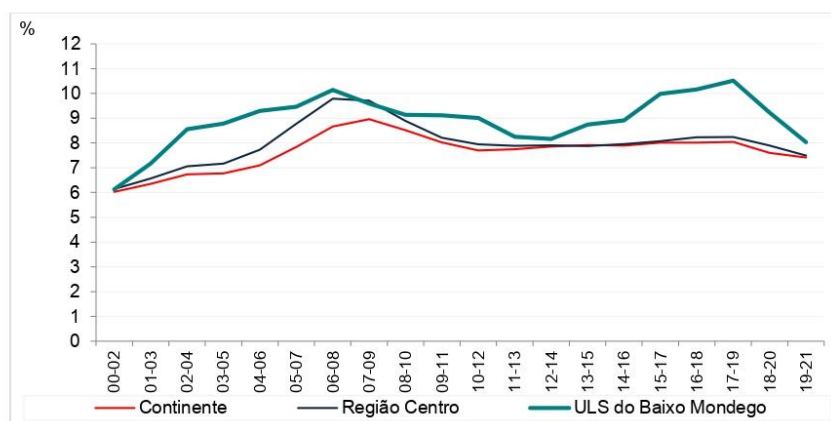


Figura 11 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo, 2000-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

De forma a complementar a interpretação da Figura 11 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 24.

Quadro 24 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	19-21
Continente	8,7	8,0	7,9	7,4
Região Centro	9,8	8,2	7,9	7,5
ULS do Baixo Mondego	10,1	9,1	8,2	8,0

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.8 Crianças com baixo peso à nascença

Pela análise da Figura 12, constata-se que, nos concelhos que constituem a ULS BM, as crianças com baixo peso à nascença têm diminuído desde 2017, aproximando-se do observado na Região Centro e no Continente.

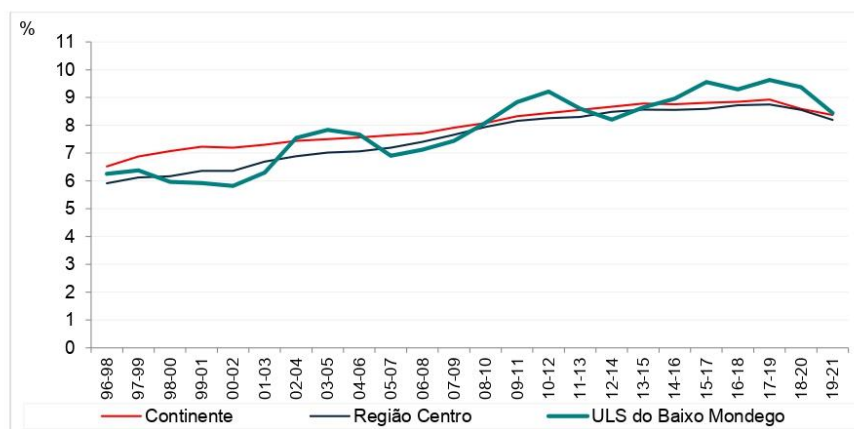


Figura 12 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença, 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

De forma a complementar a interpretação da Figura 12 são apresentados os dados de forma mais detalhada no Quadro 25.

Quadro 25 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Local de Residência	06-08	09-11	12-14	19-21
Continente	7,7	8,3	8,7	8,4
Região Centro	7,4	8,2	8,5	8,2
ULS do Baixo Mondego	7,1	8,8	8,2	8,4

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.9 Número de Óbitos

A evolução do número de óbitos, na ULS BM (Quadro 26), mostra um aumento entre 2002 e 2021, tendência que acompanha a Região Centro e o Continente. Em 2022 (Quadro 27), na ULS BM houve um total de 1 488 óbitos, o número de óbitos aumentou face a 2021. O

concelho da Figueira da Foz apresenta maior número de óbitos, enquanto Soure é o concelho que apresentou menor número.

Quadro 26 – Evolução do número de óbitos (2002, 2007, 2012, 2021)

Local de Residência	2002	2007	2012	2021
Continente	100 880	99 401	102 821	119 558
Região Centro	20 929	20 360	20 965	23 341
ULS do Baixo Mondego	1 379	1 312	1 390	1 471

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 27 – Número de óbitos, em 2022

	Total Óbitos		
	HM	H	M
Continente	118 489	58 831	59 658
Centro	30 991	15 249	15 742
<i>Figueira da Foz</i>	840	428	412
<i>Montemor-o-Velho</i>	341	174	167
<i>Soure</i>	307	152	155

Fonte: INE, 2023

4.10 Taxa bruta de mortalidade (TBM)

A TBM da ULS BM evoluiu nos últimos anos com uma tendência crescente, o que também se reflete a nível da Região Centro e do Continente (Figura 13). No entanto, a ULS BM apresenta uma TBM superior ao observado na Região Centro e no Continente (Quadro 28). No Quadro 29, verifica-se que o concelho de Soure é o que apresenta maior TBM, em 2022.

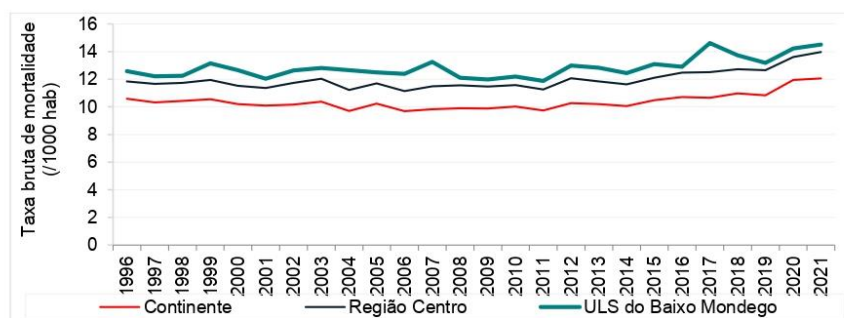


Figura 13 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes) (1996-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 28 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes) (2002, 2007, 2012, 2021)

Local de Residência	2002	2007	2012	2021
Continente	10,2	9,9	10,3	12,1
Região Centro	11,7	11,6	12,1	14,0
ULS do Baixo Mondego	12,6	12,1	13,0	14,5

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 29 – Taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes), em 2022.

	Taxa bruta de mortalidade (‰), em 2022
Continente	11,9
Centro	13,7
<i>Figueira da Foz</i>	14,1
<i>Montemor-o-Velho</i>	13,8
<i>Soure</i>	17,8

Fonte: INE, 2023

4.11 Taxa de mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil tem apresentado uma tendência decrescente, desde o triénio 2016-2018. Nos últimos triénios, as taxas de mortalidade neonatal, pós neonatal, fetal tardia e perinatal diminuíram, já a taxa de mortalidade neonatal precoce apresentou um aumento (Quadro 30).

Quadro 30 – Evolução de indicadores de mortalidade infantil e componentes na ULS BM (2006-2008 a 2019-2021)

Indicador	06-08	07-09	08-10	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	19-21
Taxa de mortalidade infantil (/1000 nv)	1,9	2,0	1,9	1,6	2,4	3,1	2,8	2,9	2,4	2,9	3,4	2,9	2,6
Taxa de mortalidade neonatal (/1000 nv)	1,9	2,0	1,9	1,6	2,4	3,1	2,8	2,9	2,4	2,9	3,4	2,9	2,6
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1000 nv)	0,7	0,8	0,8	0,4	0,8	0,4	0,9	1,4	1,9	1,4	1,9	2,0	2,0
Taxa de mortalidade pós-neonatal (/1000 nv)	0,7	0,8	0,8	0,4	0,8	1,3	0,9	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,5
Taxa de mortalidade fetal tardia (/1000 nv + fm)	3,3	3,1	4,2	2,8	3,3	0,9	1,9	2,4	4,8	4,7	3,8	2,5	2,0
Taxa de mortalidade perinatal (/1000 nv + fm)	4,1	3,9	5,0	3,1	4,1	1,3	2,8	3,8	6,7	6,2	5,8	4,4	4,1

nv - vados vivos ; fm - fetos mortos

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.12 Mortalidade proporcional

A mortalidade proporcional por grandes grupos de causa de morte, para todas as idades e ambos o sexo, na ULS BM em 2021, é maior nas doenças do aparelho circulatório, tumores malignos e nas doenças do aparelho respiratório (Quadro 31).

As doenças do aparelho circulatório, nos três concelhos da ULS BM, apresentam uma taxa de mortalidade proporcional superior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, as doenças do aparelho circulatório têm maior mortalidade proporcional no conselho de Soure.

Os tumores malignos, nos três concelhos da ULS BM, apresentam uma taxa de mortalidade proporcional inferior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, os tumores malignos têm maior mortalidade proporcional no conselho da Figueira da Foz.

A diabetes, nos três concelhos da ULS BM, apresenta uma taxa de mortalidade proporcional superior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, a diabetes têm maior mortalidade proporcional nos conselhos da Figueira da Foz e em Montemor-o-Velho.

As doenças do aparelho respiratório, nos três concelhos da ULS BM, apresentam uma taxa de mortalidade proporcional superior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, as doenças do aparelho respiratório têm maior mortalidade proporcional nos conselhos da Figueira da Foz e em Soure.

As doenças do aparelho digestivo, nos concelhos de Montemor-o-Velho e Soure, apresentam uma taxa de mortalidade proporcional superior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, as doenças do aparelho digestivo têm maior mortalidade proporcional no conselho de Soure.

O suicídio, nos concelhos de Montemor-o-Velho e Soure, apresenta uma taxa de mortalidade proporcional inferior à verificada na Região Centro e no Continente. Comparando os três concelhos abrangidos pela ULS BM, o suicídio tem maior mortalidade proporcional no conselho da Figueira da Foz. De realçar que, em 2021, os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho foram os que apresentaram maior aumento de suicídios face a 2017.

Quadro 31 – Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas de morte na ULS BM (2001, 2012, 2017, 2021)

	Doenças do aparelho circulatório				Tumores malignos				Lesões e envenenamentos				Diabetes				Doenças do aparelho respiratório				Doenças do aparelho digestivo				Suicídio							
	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021	2001	2012	2017	2021
Continente	38,6	30,5	29,3	(R) 25,8	21	23,9	25	(R) 21,9	0,3	0,2	0,2	(R) 0,1	3,7	4,5	3,7	(R) 2,8	8,3	12,8	11,5	(R) 8,0	4,2	4,2	4,5	(R) 4,2	0,7	1	1	(R) 0,7				
Centro	38,5	30,3	28,9	(R) 26,1	19,2	21,7	23,5	(R) 20,8	0,2	0,1	0,1	(R) 0,1	3,7	4,5	3,9	(R) 2,9	8,5	13,8	12,3	(R) 8,7	4,3	4,3	4,6	(R) 4,3	0,6	0,9	0,9	(R) 0,6				
Figueira da Foz	39,7	27,3	28,4	(R) 29,9	19,6	22,1	23,8	(R) 20,1	0,1	0,3	0	(R) 0,1	3,5	2,9	3,9	(R) 3,9	7,7	11,4	12,2	(R) 10,4	3,4	5,1	3,2	(R) 3,6	0,4	1	0,6	(R) 1,2				
Montemor-o-Velho	35,4	31,2	32,5	31	20,6	19,8	21,8	18,9	0,3	0	0	0	4,5	3,7	3,4	3,9	8,2	12,8	10,1	9,9	4,5	6	4,8	4,5	1,4	1	0	0,6				
Soure	50	35,7	25,8	34,2	14,3	21	17,9	18,6	0	0	0	0	3,6	3	5,2	2,7	6,8	20	16,8	10,3	2,5	3,7	4,1	4,6	0	0,7	0,3	0,4				

(R) - Dados recalcados pela entidade responsável

Fonte: INE/PORDATA, 2024

4.13 Determinantes de Saúde – Registo nos Cuidados de Saúde primários

No que diz respeito aos determinantes nos cuidados de saúde primários (Quadro 32), os diagnósticos ativos que afetaram a maior proporção de utentes da ULS BM foram o excesso de peso (22,6%) e o abuso do tabaco (10,0%), tanto nos homens como nas mulheres (Figura 14).

Quadro 32 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2022 (ordem crescente)

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			Região Centro			ULS Do Baixo Mondego		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Excesso de peso (T83)	20,4	20,2	20,6	21,4	21,1	21,6	22,6	22,3	23,0
Abuso do tabaco (P17)	12,0	15,3	9,1	10,3	13,5	7,4	10,0	13,2	7,2
Abuso crónico do álcool (P15)	1,6	3,0	0,3	1,7	3,1	0,3	1,7	3,2	0,3
Abuso de drogas (P19)	0,6	0,9	0,3	0,5	0,7	0,2	0,6	0,9	0,2

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres
 Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

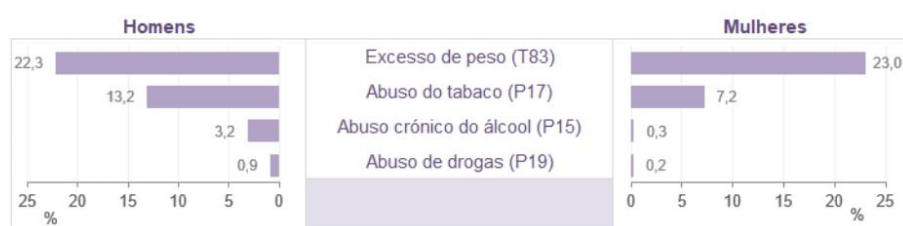


Figura 14 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente)

Fonte: SIARS, Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.13 Morbidade – Registo nos Cuidados de Saúde primários

As alterações metabólicas dos lípidos, a hipertensão e obesidade são as causas de morbilidade mais frequentes nos utentes inscritos ULS BM (Quadro 33). No entanto, na ULS BM, a proporção destas três causas de morbilidade é superior à verificada a nível da Região Centro.

Analisando as causas de morbilidade nos utentes inscritos da ULS BM, por sexo, observam-se diferenças (Figura 15). Nos homens, as principais causas de morbilidade são as alterações metabólicas dos lípidos (29,9%), a hipertensão (25,0%), obesidade (14,6%), diabetes (10,3%) e perturbações depressivas (5,7%). Nas mulheres, as principais causas de morbilidade são as alterações metabólicas dos lípidos (38,8%), a hipertensão (27,4%), perturbações depressivas (20,9%), obesidade (18,5%) e diabetes (9,5%). À semelhança do que acontece

a nível da Região Centro, as perturbações depressivas e a obesidade tem maior impacto nas mulheres.

Quadro 33 – Morbilidade - Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo, dezembro 2022 (ordem decrescente)

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Região Centro			ULS do Baixo Mondego		
	HM	H	M	HM	H	M
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	29,9	28,4	31,2	31,9	29,9	33,8
Hipertensão (K86 ou K87)	24,8	23,5	26,1	26,2	25,0	27,4
Obesidade (T82)	14,2	12,4	15,8	16,6	14,6	18,5
Perturbações depressivas (P76)	13,7	6,1	20,8	13,6	5,7	20,9
Diabetes (T89 ou T90)	9,1	9,8	8,6	9,9	10,3	9,5
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (D82)	6,9	6,7	7,2	8,4	6,9	10,0
Osteoartrose do joelho (L90)	7,2	4,9	9,3	7,9	5,7	10,0
Asma (R96)	3,7	3,2	4,2	5,0	4,3	5,6
Osteoartrose da anca (L89)	3,9	3,0	4,8	4,0	3,1	4,9
Osteoporose (L95)	3,3	0,4	6,0	3,1	0,4	5,7
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	2,2	2,6	1,8	2,6	3,1	2,1
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	2,0	0,0	2,0	2,2	0,0	2,2
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	1,7	1,7	0,0	1,8	1,8	0,0
DPOC (R95)	1,3	1,7	0,9	1,5	2,0	1,1
Trombose / acidente vascular cerebral (K90)	1,4	1,5	1,3	1,4	1,5	1,3
Demência (P70)	1,0	0,6	1,3	1,0	0,7	1,4
Bronquite crónica (R79)	1,2	1,1	1,2	0,9	0,9	1,0
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,3	0,8	1,2	0,4
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,7	0,8	0,6	0,7	0,8	0,6
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Neoplasia maligna do brônquio / pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

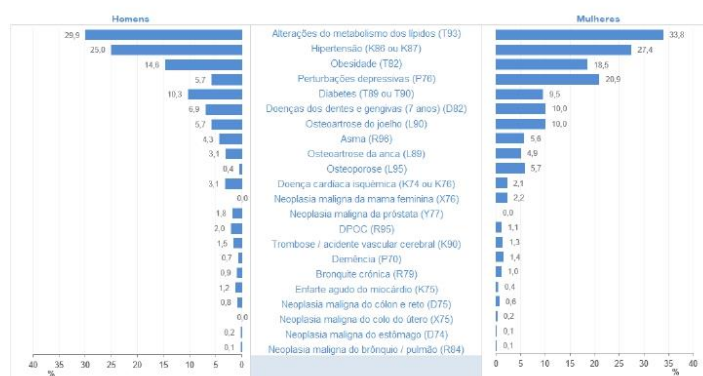


Figura 15 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente)

Fonte: SIARS, Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

4.13 Incidência de doenças de notificação obrigatória da ULS Baixo Mondego (SINAVE)

No que concerne às doenças de notificação obrigatória (DNO), verifica-se que, em 2023, as DNO foram: Infecção pelo SARS-CoV-2/COVID-19, VIH / SIDA, Infecção por *Chlamydia trachomatis* - Excluindo *Linfogranuloma venéreo*, Gonorreia, Campilobacteriose, Sífilis, Hepatite C, Doença Invasiva Pneumocócica e Tuberculose (Quadro 34).

Quadro 34 – Doenças de Notificação Obrigatória, na ULS BM.

DNO	2020	2021	2022	2023			
				Total	Figueira da Foz	Montemor-o-Velho	Soure
Brucelose	0	1	0	0	0	0	0
Campilobacteriose	12	10	10	10	7	3	0
Dengue	0	0	0	1	0	0	1
Doença de Hansen	0	1	0	1	1	0	0
Neuroborreliose de Lyme	0	0	0	0	0	0	0
Doença dos Legionários	0	2	0	1	0	1	0
Doença Invasiva Meningocócica	0	0	0	1	1	0	0
Doença Invasiva Pneumocócica	4	2	2	6	5	1	0
Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	1	0	1	2	1	0	1
Febre escaro-nodular	0	2	4	2	1	1	0
Febre Q	0	1	0	1	1	0	0
Salmoneloses (incluindo Febre Tifóide e Febre Paratífóide)	1	1	0	2	1	0	1
Febres Hemorrágicas virais	0	0	0	0	0	0	0
Giardíase	1	2	4	0	0	0	0
Gonorreia	3	5	6	12	9	3	0
Gripe Não Sazonal	0	0	0	0	0	0	0
Gripe A(H5N1) ou por outro vírus de origem animal	0	0	2	0	0	0	0
Hepatite A	1	1	2	3	0	0	3
Hepatite B	2	1	2	0	0	0	0
Hepatite C	4	0	1	6	4	1	1
Hepatite E	0	0	1	0	0	0	0
Hepatite de etiologia desconhecida em idade pediátrica			1	0	0	0	0
Infecção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 (*) (*) - Inclui "Síndrome Respiratório Agudo Grave - SARS"	3514	4803	2946	256	67	63	126
Infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i>	0	1	0	1	0	1	0
Infecção por <i>Chlamydia trachomatis</i> - Excluindo <i>Linfogranuloma venéreo</i>	2	5	2	14	7	6	1
Infecção por <i>E. Coli</i>	0	0	0	0	0	0	0
Infecção por vírus do Nilo Ocidental	1	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose visceral	1	0	0	0	0	0	0
Leptospirose	4	1	0	1	0	1	0
Listeriose	0	0	0	1	0	1	0
Malária	1	1	3	3	1	1	1
Parotidite epidémica	3	1	4	4	1	2	1
Rubéola, excluindo Rubéola Congénita	1	0	0	0	0	0	0
Salmonelose não Typhi e não Paratyphi	7	1	0	0	0	0	0
Sarampo	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis, excluindo Sífilis Congénita	14	15	10	6	4	1	1
Tosse convulsa	0	0	0	3	2	0	1
Tuberculose	6	1	1	5	4	0	1
Tularémia	0	0	0	0	0	0	0
VIH / SIDA	5	14	13	21	13	4	4
Yersiniose	0	0	0	1	1	0	0
Z - Enterobacteriaceae (CPE)	0	0	0	0	0	0	0

4.14 Plano Nacional de Vacinação (PNV)

Na avaliação do PNV, observa-se que na ULS BM no concelho da Figueira da Foz, as taxas de cobertura têm aumentado, refletindo o esforço dos profissionais de saúde, assim como a adesão da população.

Na ULS BM, o esquema geral recomendado, por idade/coorte/vacina/dose relativo a 2023, as vacinas e doses avaliadas até aos 7 anos de idade (coortes de 2023 a 2016) atingiram a meta dos 95% de cobertura vacinal, exceto aos 6 anos (coorte 2017) (Quadro 35), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 16).

Na ULS BM (Quadro 35), em 2023, a cobertura vacinal da 1ª dose da vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 16) nas crianças que completaram os 2 anos de idade foi de 98,02% (coorte de 2021) e a 2ª dose desta vacina foi de 92,68% na coorte de 2017, não ultrapassou na coorte de 2016 (95,70%) (Quadro 35), ao contrário do que acontece a nível nacional em que foi atingida a meta de 95% (Figura 16).

Na ULS BM em 2023, relativamente à vacina combinada contra o tétano, difteria, tosse convulsa e poliomielite foi alcançada a meta de 95,70%, relativo a todas as crianças que completam 7anos (Quadro 35), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 16).

Na ULS BM, em 2023, a vacina contra *N. meningitidis B*, introduzida no PNV em outubro de 2020, apresentou uma taxa de cobertura de 96,61% na coorte de 2021 que completou o esquema de 3 doses (Quadro 35), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 16).

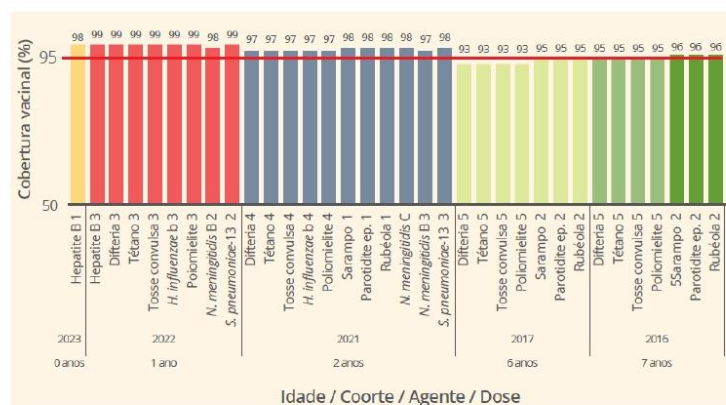


Figura 16 - PNV esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte/vacina/dose. Avaliação 2023, em Portugal Continental.

Fonte: Relatório Anual da Vacinação – 2024

Quadro 35 - PNV esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte/vacina/dose. Avaliação 2023, na ULS BM.

Idade	Coorte	Vacina contra / Dose	%
Nascimento	2023	Tuberculose (BCG)*	30,46
		Hepatite B 1 (VHB)	98,48
1 ano	2022	Tétano 3 (T)	97,41
		Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo B 2 (MenB)	96,63
		Infeções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> de 13 serotipos 2 (Pn13 SNS)	97,41
2 anos	2021	Tétano 4 (T)	97,18
		Sarampo 1 (VAS)	98,02
		Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C 1 (MenC)	98,31
		Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo B 3 (MenB)	96,61
6 anos	2017	Infeções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> de 13 serotipos 3 (Pn13 SNS)	97,74
		Tétano 5 (T)	89,12
7 anos	2016	Sarampo 2 (VAS)	92,68
		Tétano 5 (T)	95,70
		Sarampo 2 (VAS)	95,70

Fonte: Sclínico

Na ULS BM, em 2023, a cobertura vacinal contra infeções por HPV no sexo feminino, na coorte de 2011 (12 anos de idade), verifica-se uma cobertura vacinal para a 1ª dose de 95,67% e para a 2ª dose de 92,52% (Quadro 36), ultrapassando a meta dos 85%, à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 17). Quanto às raparigas da coorte de 2012 (11 anos de idade) 92,83% para a 1ª dose e 81,01% para a 2ª dose (Quadro 36).

Na ULS BM, em 2023, nas coortes de 2009 e 2011 (respetivamente 14 e 12 anos de idade), verificam-se coberturas inferiores a 85% para a 2ª dose da vacina, enquanto na coorte de 2010 (13 anos) foi superior a 85% para a segunda dose. Nos rapazes da coorte de 2012 (11 anos de idade), verifica-se uma cobertura vacinal para a 1ª dose de 92,98%, e na 2ª dose 70,66% (Quadro 36), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 17).



Figura 17 - Cobertura vacinal contra infeções por HPV, por idade/coorte, dose e sexo. PNV esquema geral recomendado. Avaliação 2023, em Portugal Continental.

Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

Quadro 36 - Cobertura vacinal contra infeções por HPV, por idade/coorte, dose e sexo. PNV esquema geral recomendado. Avaliação 2023, na ULS BM.

Idade	Coorte	Vacina contra / Dose	%
10 anos	2013 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	68,42
	2013 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	66,67
11 anos	2012 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	92,98
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	70,66
	2012 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	92,83
12 anos	2012 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	81,01
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	90,67
	2011 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	83,58
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	95,67
13 anos	2011 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	92,52
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	93,12
	2010 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	88,77
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	93,77
14 anos	2010 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	90,48
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	90,67
14 anos	2009 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	82,46
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	82,46

Fonte: Sclínico

O cumprimento da vacinação de reforço contra o tétano e a difteria ao longo da vida variou entre 98% na coorte que completou 2 anos de idade e 87% na coorte que completou 65 anos de idade em Portugal Continental no ano de 2023 (figura 18). Na ULS BM o cumprimento da vacinação de reforço contra o tétano e a difteria ao longo da vida variou entre 97,74% na coorte que completou 2 anos de idade, à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 18). Relativamente às idades de 11, 25, 45 e 65 (corte 2012,1998,1978,1958) não existe o cumprimento da meta da vacinação de reforço contra o tétano e a difteria tanto a nível de Portugal Continental (figura 18), como na ULS BM no ano de 2023 (Quadro 37).

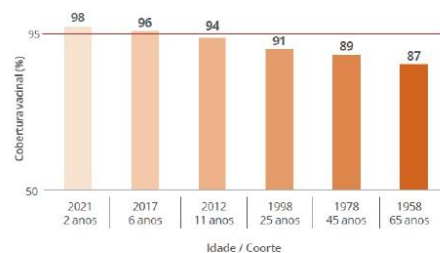


Figura 18 - Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, em Portugal Continental.

Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

Quadro 37 - Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, na ULS BM.

Idade	Coorte	Vacina contra	%
2 anos	2021	Tétano (T)	97,74
4 anos	2019	Doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo B (MenB)	96,15
6 anos	2017	Tétano (T)	93,74
11 anos	2012	Tétano (T)	94,78
25 anos	1998	Tétano (T)	79,04
26 anos	1997	Tétano (T)	80,70
45 anos	1978	Tétano (T)	90,57
46 anos	1977	Tétano (T)	91,37
65 anos	1958	Tétano (T)	89,36

Fonte: Sclinico, 2023

Na ULS BM, em 2023, a taxa de vacinação referente à 1ª dose contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* B, dos 3 meses de idade (coorte de 2023), foi superior a 95% (Quadro 37), à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 19).

Relativamente, aos 13 meses de idade (coorte de 2022), a taxa de vacinação da vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola tínhamos 87,39% e contra a *N. meningitidis* C 84,87% (Quadro 38), não tingindo a meta de 95%, à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 19).

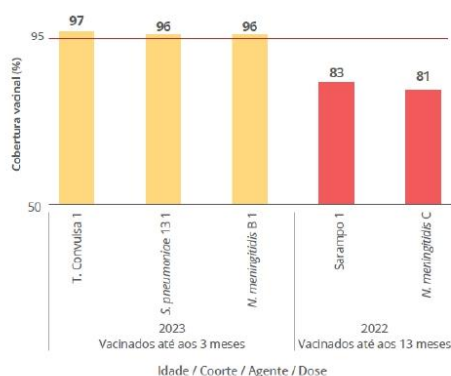


Figura 19 - Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* B, até completarem 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo e *N. meningitidis* C até completarem 13 meses de idade. Avaliação 2023, em Portugal Continental.
Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

Quadro 38 - Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* B, até completarem 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* C até completarem 13 meses de idade. Avaliação 2023, na ULS BM.

Idade	Coorte	Vacina contra / Dose	%
Vacinados até aos 3 meses	2023 (nascidos entre 01.01.2023 e 30.09.2023)	Tosse convulsa 1 (P)	97,32
		Infeções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> de 13 serotipos 1 (Pn13 SNS)	96,31
		Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo B 1 (MenB)	95,30
Vacinados até aos 13 meses	2022 (nascidos entre 01.01.2022 e 30.11.2022)	Sarampo 1 (VAS)	87,39
		Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo B 3 (MenB)	84,87
		Infeções por <i>Streptococcus pneumoniae</i> de 13 serotipos 3 (Pn13 SNS)	85,71

Fonte: Sclínico

Bibliografia

- DGS. (2024). Relatório Síntese Anual da Vacinação 2024. Obtido em 5 de junho de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- IEFP. (2024). *Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional*. Obtido de <https://www.iefp.pt/documents>
- INE. (2023). *Taxa de criminalidade*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=10759&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- INE. (2023a). Área geográfica dos municípios. Obtido em 15 de maio de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9959&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- INE. (2023b). *Índice de dependência total, de jovens e de idosos, envelhecimento e longevidade*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- INE. (2024). *Mortalidade proporcional*. Obtido de [https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)
- PORDATA. (2024). *Poder de compra per capita*. Obtido de INE: <https://www.pordata.pt/municipios/poder+de+compra+per+capita-118>
- PORDATA. (2024). *Taxa de retenção e desistência no ensino secundário*. Obtido de <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+retencao+e+desistencia+no+ensino+secundario+total++por+modalidade+de+ensino+e+ano+de+escolaridade-997>
- Soure, M. d. (2009). *Diagnóstico Social do Concelho de Soure*. Obtido de https://www.cm-soure.pt/docs/regulamentos/2019_DiagnosticoSocial.pdf
- ARS Centro. (2024). *Perfil Local de Saúde – 2023 da ULS do Baixo Mondego*.
- Município da Figueira da Foz. (2015). Plano de Desenvolvimento Social. Obtido em 15 de maio de 2024, de https://www.cm-figoz.pt/cmfigueiradafoz/uploads/document/file/962/plano_desenvolvimento_social.pdf

Apêndice VI – Cronograma do Estágio

APÊNDICE VI- CRONOGRAMA

Etapas	Mês	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	jan/25	fev/25	Mar/25
Estágio USP		x	x			x	x					
Apresentação da USP BM		7										
Reunião intercalar com professora tutora e enfermeiras orientadoras		24						x	x		x	
Dia aberto para a Vacinação		18	21									
Reunião da USP BM		29										
Reunião de Saúde Escolar da ULSBM			5									
Colaboração no CDP			18			17						
Formação SINAVE			19									
Webinar One Health			20									
Elaboração do pedido à comissão de ética						x	x	x				
Realização de Alerta informativo sobre Sarampo			x									
Encontro “Envelhecimento Protegido”							18					
Diagnóstico de Situação de Saúde		x	x			x	x					
Procedimento da Campanha de Vacinação Gripe e Covid						19						
Realização de Provas Tuberculina em crianças elegíveis						17						
Leitura das provas de tuberculina + vacina BCG						19						
Reunião de acompanhamento da Campanha de Vacinação com a DGS							2					
Vacinação sazonal contra a gripe e Covid-19 em instituição							14					
Estágio UCC							x	x	x	x	x	
Elaboração e entrega do parecer à comissão de ética da ULSBM				x		x	x	19				
Sessão de Educação + Contigo										10/13	6	
Definição de prioridades						x	x					
Fixação de Objetivos						x	x					
Preparação Operacional							x	x	x	x		
Apresentação do projeto INTEGRA-TE à equipa multidisciplinar da UCCFM									10			
Apresentação do projeto INTEGRA-TE à equipa da USF Figueira Sul										8		
Apresentação do projeto INTEGRA-TE à Caritas										21		
Apresentação do projeto INTEGRA-TE na Junta de Freguesia da Marinhas das Ondas										25		
Execução do Projeto										25		
Avaliação do Projeto										x	x	x
Realização do Relatório Final		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
		dia em que se realizou a atividade										

APÊNDICE VII – ARTIGO CIENTIFICO COM O TITULO “FENÓMENO MIGRATÓRIO E A
IMPORTÂNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE”

PEDRO SEQUEIRA¹
CAROLINA LUÍS¹
DANIELA CALDEIRA¹
MARIANA FERNANDES¹
TÂNIA LUÍS¹

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

Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde



Disponível em língua Inglesa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(continuação na página seguinte)

Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde

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

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

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

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

Referências bibliográficas

DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos profissionais de saúde*. Obtido em 27 de março de 2024, de <https://ciencia.ucp.pt/ws/portafiles/porta/28776366/literaciaManual.PDF>.

DGS. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico. (D. G. Saúde, Ed.) Obtido em 5 de abril de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>.

DGS. (2023). *Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde*. Obtido em 1 de abril de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/referencial-para-desenvolvimento-de-projetos-promotores-de-literacia-em-saude-pdf.aspx>.

Escola Nacional de Saúde Pública. (2022). *Literacia em Saúde: da evidência científica à ação*. Obtido em 6 de abril de 2024, de <https://www.ensp.unl.pt/literacia-em-saude-da-evidencia-cientifica-a-acao/>.

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos - O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal - 2021*. Obtido em 20 de novembro de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66196836&PUBLICACOESmodo=2.

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

Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. (D.-G. d. Saúde, Ed.) *Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido em 29 de março de 2024, de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>.

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

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

Pordata. (2023). Imigrantes permanentes: total e por sexo. Quantos homens ou mulheres imigraram para Portugal? Obtido em 30 de março de 2024, de <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+sexo-3254?fbclid=IwAR33q44DI4mHDJlaMM1MywkR0WR47dOKOdyFLUMaTTRW7CD0p0xPMHLLY>.

SNS. (2017). *Biblioteca de Literacia em Saúde*. Obtido em 9 de abril de 2024, de <https://biblioteca.sns.gov.pt/#?text=A%20biblioteca%20de%20Literacia%20em%20saude%20de%20os%20que%20os%20rodeiam>.



Disponível em língua Inglesa

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

APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO DO PROJETO INTEGRA-TE



Apresentação



Elaborado por:

Daniela Caldeira (Mestranda)

Tânia Luís (Mestranda)

Fátima Claro (Enfermeira Orientadora)

Luís Seixo (Enfermeiro Orientador)

Eva Menino (Professora Orientadora)

Índice



- Introdução
- Enquadramento teórico
- Metodologia – Planeamento em Saúde
- População-alvo
- Local / Data
- Intervenção
- Conclusão

3

Introdução



Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante, a residir na Marinha das Ondas.

Objetivo Principal

- Promover a acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população-alvo, a partir de janeiro 2025.

Objetivos Específicos

- Melhorar os conhecimentos de população-alvo sobre a melhor forma de aceder aos cuidados de saúde;
- Melhorar os comportamentos de procura de serviços dos Cuidados de Saúde Primários;
- Melhorar os conhecimentos da população-alvo sobre vacinação;
- Promover a adesão à vacinação da população-alvo;

4

Enquadramento teórico



5

Enquadramento teórico



Migração



Em 2020,

- 3,6% (281 milhões) da população global são migrantes internacionais;
- Aumento de 128 milhões de migrantes internacionais relativamente a 1990 e três vezes superior ao estimado em 1970;
- 40% (115 milhões) dos migrantes internacionais em todo o mundo nasceram na Ásia;

(OIM, 2024)



Em 2022,

- 5,3% (23,8 milhões) dos habitantes da União Europeia (EU) eram cidadãos não europeus;
- 5,1% (9,93 milhões) de migrantes internacionais têm idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos;

(United Nations, 2024; Eurostat, 2024)

6

Enquadramento teórico



Migração



Em 2023,

- Grupo etário mais representativo é dos 25-44 anos e o litoral a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir;

(AIMA, 2024)



7

Enquadramento teórico



Migração



Em 2022

- 4 091 estrangeiros com estatuto legal de residente;

(PORDATA, 2023)

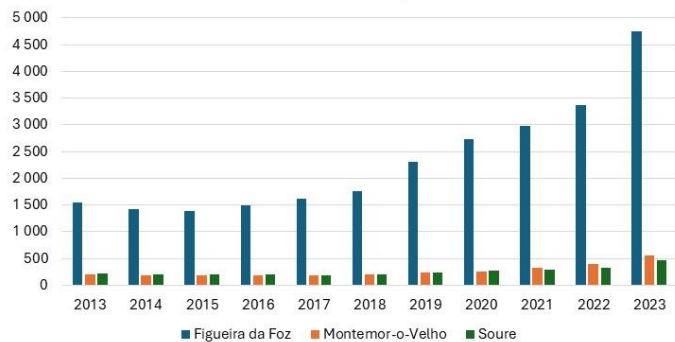
Em 2023

- 5 764 estrangeiros com estatuto legal de residente;

(PORDATA, 2024)

29% (1673) estrangeiros com estatuto legal de residente

População Estrangeira com estatuto legal de residente na ULSBM, em 2023

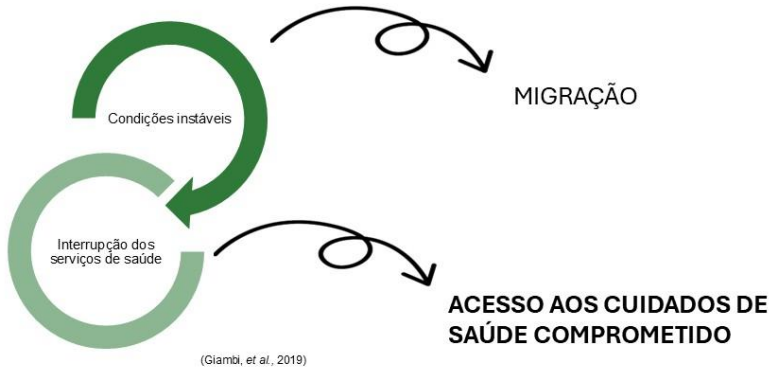


8

Enquadramento teórico

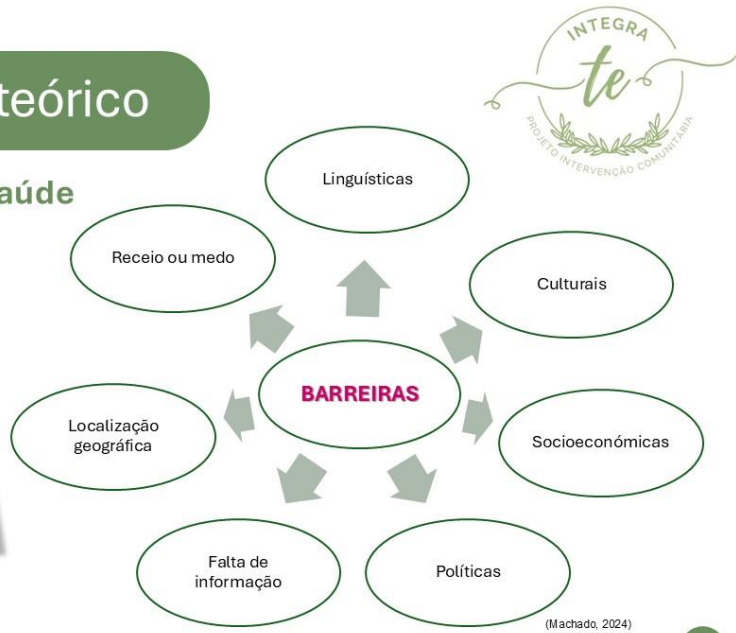
País de Origem

País de Acolhimento



Enquadramento teórico

Acesso aos Cuidados de Saúde



Enquadramento teórico



Acesso aos Cuidados de Saúde



Define-se como a capacidade de as pessoas **efetivamente** utilizarem os serviços de saúde.

(Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023)

Promover a saúde para proporcionar acesso aos cuidados e combater desigualdades sociais entre imigrantes é **crucial**.

Os imigrantes são vulneráveis às disparidades no acesso aos cuidados de saúde preventiva, como exames de rastreio e vacinação.

(Machado, 2024)

A integração destes, através de cuidados e promoção da saúde, gera benefícios para políticas e cuidados, devendo ser considerada uma **prioridade estratégica**.

(Casquilho-Martins & Ferreira, 2022)

11

Enquadramento teórico



Acesso aos Cuidados de Saúde



• O Pacto Global para as Migrações define como um dos objetivos proporcionar acesso a serviços básicos para os migrantes.

(OIM Brazil, 2024)



• Um estudo Europeu em 2017, concluiu que os migrantes têm acesso mais precário a rastreios (exames de papanicolau, rastreio do cancro cólon e reto) e vacinação face à população em geral.

(Giambi, et al., 2019)



PNS 2021-2030

- Visa melhorar a saúde e bem-estar da população;
- Estratégias de intervenção que visam:
 - Promover a saúde
 - Melhorar o acesso aos cuidados de saúde para grupos vulneráveis;
- Assume como premissa “não deixar ninguém para trás”, cumprindo a Agenda 2030 no alcance dos 17 ODS.

(DGS, 2021)

12

Enquadramento teórico



Acesso aos Cuidados de Saúde



Missão

1. Prestar cuidados de saúde integrados **seguros, de qualidade, humanizados e inclusivos**, à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS, tendo em conta as necessidades e a satisfação do/a Utente...

Valores

1. Valor primordial da vida e dignidade da pessoa;
2. Equidade;
3. Acessibilidade;
4. Integridade;
5. Qualidade e Segurança;
6. Transparência;
7. Competência e responsabilidade;
8. Inovação e sustentabilidade

(ULSBM, 2024)

13

Enquadramento teórico



Acesso aos Cuidados de Saúde



Missão

Prestação de Cuidados em Comunidade e para a Comunidade que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade....

Valores

1. Parceria;
2. Trabalho em equipa;
3. Autonomia;
4. Respeito;
5. Responsabilização;
6. Alegria.

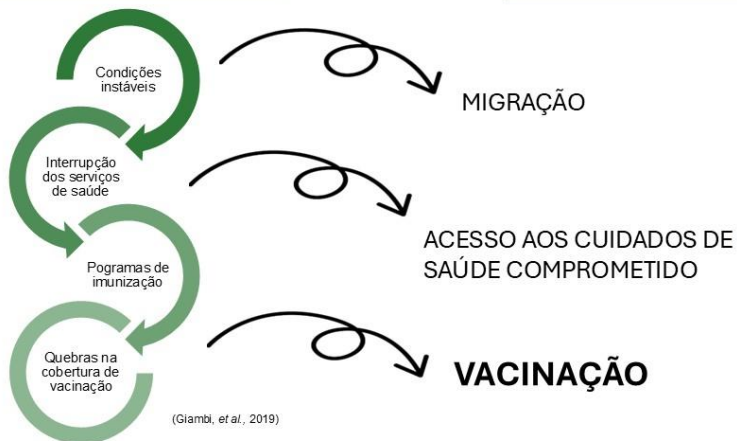
(UCCFM, 2024)

14

Enquadramento teórico

País de Origem

País de Acolhimento



15

Enquadramento teórico

Vacinação

- É um dos principais avanços em saúde pública na profilaxia de doenças infecciosas que, por muitos anos, foram a principal causa de mortalidade no mundo.
- Permite a redução e disseminação de doenças infecciosas e potencia a imunidade de grupo.
- O impacto das vacinas na melhoria da saúde das populações é incontestável.

(Freitas, Igreja, Pacheco, & Teodósio, 2024)



16

Enquadramento teórico



Vacinação



- Previne 3,5 milhões a 5 milhões de mortes todos os anos (difteria, tétano, tosse convulsa, gripe e sarampo);
- Em 2023, a cobertura da vacina do tétano foi de 84% e da vacina do HPV foi de 27%;
(OMS, 2024d)



- A cobertura de imunização é relativamente alta, face a outros continentes;
- Mantêm-se lacunas na imunização (faixas etárias, grupos vulneráveis e pessoas com doenças graves);
(OMS, 2024b)

17

Enquadramento teórico



Vacinação

Em 2023



- Existiam elevadas taxas de cobertura vacinal;
- Cerca de 84% das mulheres grávidas elegíveis tinham sido vacinadas com a vacina Tdpa*, no âmbito do PNV;
- A VASPR** continua a cumprir todas as metas nacionais do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e da Rubéola.
(DGS, 2024b)

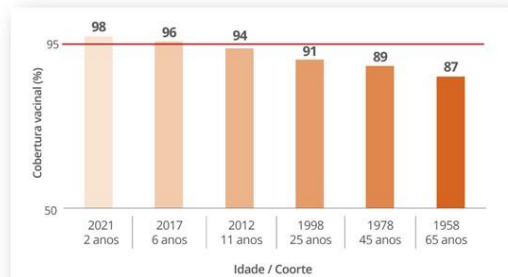


FIGURA 3. Cobertura vacinal contra tétano e difteria** por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, em Portugal Continental. Fonte: VACINAS

* Vacina contra tétano (dose reduzida), difteria, tosse convulsa
** Vacina anti Sarampo Rubéola e Paperão
*** confere imunidade individual

18

Enquadramento teórico



Vacinação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

- As taxas de cobertura têm aumentado paulatinamente, refletindo o esforço hercúleo dos profissionais de enfermagem, assim como a adesão da população;

Idade	Coorte	Vacina contra	%
2 anos	2021	Tétano (T)	97,74
4 anos	2019	Doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo B (MenB)	96,15
6 anos	2017	Tétano (T)	93,74
11 anos	2012	Tétano (T)	94,78
25 anos	1998	Tétano (T)	79,04
26 anos	1997	Tétano (T)	80,70
45 anos	1978	Tétano (T)	90,57
46 anos	1977	Tétano (T)	91,37
65 anos	1958	Tétano (T)	89,36

Fonte: Sclínico, 2023

19

Enquadramento teórico



Vacinação

DNO	2020	2021	2022	2023			
				Total	Figueira da Foz	Montemor -o-Velho	Soure
Doença Invasiva Meningocócica	0	0	0	1	1	0	0
Doença Invasiva Pneumocócica	4	2	2	6	5	1	0
Infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 (*) - Inclui "Síndrome Respiratório Agudo Grave - SARS"	3514	4803	2946	256	67	63	126
Parotidite epidémica	3	1	4	4	1	2	1
Rubéola, excluindo Rubéola Congénita	1	0	0	0	0	0	0
Sarampo	0	0	0	0	0	0	0
Tosse convulsa	0	0	0	3	2	0	1
Tuberculose	6	1	1	5	4	0	1

Doenças de Notificação Obrigatória, na UL SBM

Fonte: SINAVE, 2024

20

Enquadramento teórico



Vacinação

Sarampo
Dados epidemiológicos (a 13/06)

Portugal	207 casos notificados 2024	30 casos confirmados junho 2024
Região Centro	4 casos	6 casos suspeitos 2 casos confirmados

Em todos os casos suspeitos da ULS BM estava cumprido o esquema vacinal

Reforço de medidas

- 1 **Alerta** nos serviços de urgência pediátrica e adultos e cuidados de saúde primários para os sinais/sintomas de sarampo
- 2 **Testagem** de casos suspeitos a partir de colheita de amostras biológicas a confirmar pelo INSA
- 3 **Notificar** casos suspeitos no SINAVE
- 4 **Vacinação** nas 72 horas após contato de risco em utentes elegíveis

Sarampo
Dados epidemiológicos (a 13/06)

Portugal	207 casos notificados 2024	30 casos confirmados junho 2024
Região Centro	4 casos	6 casos suspeitos 2 casos confirmados

Em todos os casos suspeitos da ULS BM estava cumprido o esquema vacinal

Metodologia – Planeamento em Saúde

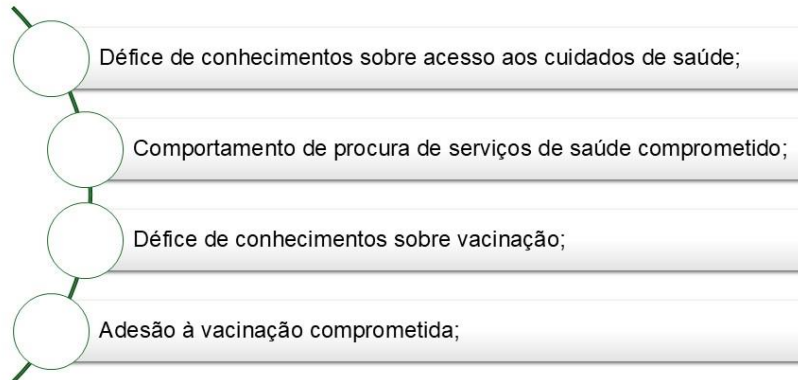


Fonte: Rodrigues, 2021

Diagnóstico de Situação



Tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2019 (ICN, 2019), foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem:



23

População - Alvo



- Comunidade imigrante, a residir na Marinha das Ondas



CrITÉRIOS de Inclusão

- Imigrantes, estarem inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas, idade igual ou superior a 18 anos e concordância em participar no estudo.

CrITÉRIOS de Exclusão

- Incapacidade de responder ao questionário devido a défices cognitivos e idades inferiores a 18 anos.

24

Local e Data

- **Local:** USF Figueira Sul (Pólo Marinha das Ondas)
- **Data:** a definir



25

Intervenção

A implementação do projeto INTEGRA-TE apresenta três componentes essenciais:



26

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO N.º participante: _____

Projeto INTEGRA-TE

Projeto de intervenção numa comunidade migrante asiática

Questionário

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, do 2º ano do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi elaborado o seguinte questionário com o intuito de serem selecionados participantes para integrar a amostra do estudo suscitado. Este questionário é anónimo, pelo que o seu nome não será referido em nenhum momento ao longo de todo o trabalho. Os dados recolhidos serão tratados e analisados com o objetivo puramente académico, sendo garantida a confidencialidade das respostas. O seu preenchimento dura cerca de 5 minutos.

A. DADOS SOCIOECONÓMICOS

- Idade: _____ anos
- Género: Feminino Masculino
 - Se feminino, está grávida? Sim Não
- Habilitações literárias:
 - Nenhum
 - 1º ciclo
 - 2º ciclo
 - 3º ciclo
 - Secundário
 - Licenciatura/Mestrado/outro
- País de origem: _____
- Fala(s) português? Sim Não
- Vive sozinho ou em família/grupo? _____
- Desde quando está em Portugal? _____
- Está inscrito no Centro de Saúde? Sim Não
 - Se não inscrito, gostaria de se inscrever? Sim Não
 - Se não inscrito, sabe como se inscrever? Sim Não

B. ESTADO VACINAL

- Tem vacinas atualizadas? Sim Não Não sabe
 - Se não, quer regularizar hoje as suas vacinas? Sim Não

Questionário elaborado por Daniela Caldeira e Tânia Luís no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO N.º participante: _____

C. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

- Sabe o número de emergência médica? Sim Não
 - Se sim, qual é? _____
- Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas? Sim Não
 - Se sim, qual? _____
- Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, quando necessita de fazer análises de rotina, vigiar diabetes ou hipertensão, tosse e febre?
 - Centro de Saúde
 - Hospital
 - Serviço privado
 - Linha de saúde 24
 - Outro Qual? _____
- Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, em situações de urgência, como por exemplo fraturas, queimaduras, dificuldade em respirar e forte dor no peito?
 - Centro de Saúde
 - Hospital
 - Serviço privado
 - Linha de saúde 24
 - Outro Qual? _____
- Quando tem dúvidas sobre qual o serviço de saúde que se deve dirigir, deve contactar qual serviço?
 - Linha de saúde 24
 - Número europeu emergência
 - Não sabe
- Quais as barreiras a aceder aos cuidados de saúde, desde que está a residir na Marinha das Ondas?
 - Língua
 - Não sabe onde se dirigir
 - Meco dos profissionais
 - Questões de legalidade
 - Dificuldades financeiras
 - Outra Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário elaborado por Daniela Caldeira e Tânia Luís no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



27



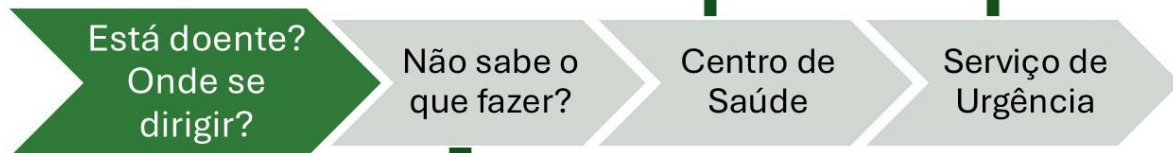
Deve ser a **primeira escolha** para o acesso aos serviços de saúde.

Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
 - Vigiar e cuidar da saúde;
- Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

Têm prioridade:

- As emergências:** situações em que a vida corra perigo (acidentes, intoxicações, ataques epiléticos, etc.)
- As doenças súbitas** (dor aguda, traumatismos, hemorragias, queimaduras, etc.)
- Os doentes referenciados** (portadores de carta com pedido de observação efetuado pelo médico)



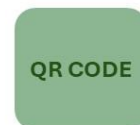
SNS 24
• **808 24 24 24**

- Perante um problema de saúde não emergente.
- É responsável por avaliar e orientar os cidadãos em situação de doença aguda (dor ligeira, tosse, febre, vômitos, diarreia, alterações da tensão arterial e alterações da pele).

Número Europeu de Emergência
• **112**

- Perante uma situação grave ou de risco de vida (acidente/doença súbita).

- Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luís
Mestrandas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

INTEGRA te

Acesso aos Cuidados de Saúde

Está doente? Onde se dirigir?

Não sabe o que fazer?

Linha SNS 24 - 808 24 24 24

• Problema de saúde não emergente

• É responsável por avaliar e orientar os cidadãos em situações de doença aguda (dor ligera, tosse, febre, vómitos, diarreia, alterações da tensão arterial e alterações do peso)

• 112 - Número Europeu de Emergência

• Problema de saúde grave ou de risco de vida (acidente/lesão súbita)

Exemplos: alteração de estado de consciência, febre de 40°C, angustamento, afogamento repentino, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante e queimaduras graves

Cuidados de Saúde Primários

Deve ser a **primeira escolha** para o acesso aos serviços de saúde.

Exemplos:

- Resaca e vómitos
- Figueira do olho de boi
- Exemplos: exames complementares de diagnóstico (exames de sangue, fígado, colesterol, etc.) ou exames de rotina (diabetes, hipertensão, etc.)

Serviço de Urgência

Têm prioridade:

- As emergências: situações em que a vida corre perigo (acidentes, intoxicações, ataques cardíacos, etc.)
- As doenças súbitas (dor súbita, traumatismos, hemorragias espontâneas, etc.)
- Os doentes referenciados (pacientes de curta e em espera de internação hospitalar)

INTEGRA te

Access to Health Care

Are you sick? Where should you go?

Not sure what to do?

SNS 24 Line - 808 24 24 24

• For non-emergency health problems

Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes)

• 112 - European Emergency Number

• For serious or life-threatening health problems (sudden/hidden illness)

Examples: altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, and loss of consciousness, chest pain, heavy bleeding, and severe burns

Primary Health Care

Should be the **first choice** for accessing health services.

Purpose:

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health;
- Example: Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.)

Emergency Service

Priority is given to:

- Emergencies: situations where life is at risk (accidents, poisonings, epileptic seizures, etc.)
- Sudden illness (acute pain, trauma, bleeding, burns, etc.)
- Referred patients (those with a referral letter requesting observation from a doctor)

INTEGRA te

Vacinação

Porque é que é importante vacinar-se?

A vacinação tem como objetivo **desenvolver defesas naturais**, fortalecer a **imunidade** e a **saúde pública**.
Por isso, é muito importante vacinar-se!

Quem tem acesso à vacinação?

Todos têm acesso à vacinação. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todos os cidadãos residentes (regular ou irregular) em Portugal.

Onde me posso vacinar?

Deve dirigir-se ao Centro de Saúde no qual está inscrito ou ao Centro de Saúde mais próximo da sua área de residência.

Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

Seu obrigado a vacinar-me?

Não, mas é fortemente recomendado que o faça para o bem da sua saúde e da saúde da comunidade.

Tenho de pagar para me vacinar?

As vacinas incluídas no PNV são gratuitas, mesmo para os cidadãos sem formalização de habitação e em situação irregular de residência.

Tenho mais de 18 anos, ainda tenho de me vacinar?

Sim, é recomendada a vacinação contra a difteria e o tétano, com reforços durante toda a vida. Se estiver grávida precisa também de ser vacinada contra a toxoemia.

Deve aconselhar-se com o enfermeiro, no Centro de Saúde.

Se não tiver sido vacinado na infância ou se não tiver o registo das vacinas, basta dirigir-se à equipa de enfermagem do Centro de Saúde onde se encontra inscrito, ou da sua área de residência.

INTEGRA te

Vaccination

Why is it important to get vaccinated?

Vaccination aims to **develop defenses** against certain diseases, protecting individual and public health.
For this reason, it is very important to get vaccinated!

Who has access to vaccination?

Everyone has access to vaccination. The National Vaccination Program (PNV) is a universal, free, and accessible program for all residents (regular or irregular) in Portugal.

Where can I get vaccinated?

You should go to the Health Center where you are registered or to the nearest Health Center in your area of residence.

You will need to present your vaccination history.

Am I required to get vaccinated?

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

Do I have to pay to get vaccinated?

The vaccines included in the PNV are free, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.

I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?

Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life. If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or nearest to your area of residence.

Conclusão



O Projeto **Integra-TE** tem como objetivo a promoção e defesa da saúde de grupos e comunidades, numa perspetiva de promoção da responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de estratégias, como na definição e implementação de práticas.

A realização deste PIC permite-nos consolidar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo lapidado os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária e as habilidades exigidas pelo EESCSP.

Esta experiência permite-nos reconhecer o papel primordial da UCC e do EESCSP na liderança de projetos de intervenção comunitária.

Com o aval dos profissionais de saúde, esperamos continuar a contribuir para a promoção da saúde e bem-estar das comunidades, de forma a promover a mudança nos comportamentos, com o objetivo final de obter ganhos em saúde.

31

Bibliografia

- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal. (Societies, 12, 55). Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s. Direção Geral de Saúde. Obtido em 24 de março de 2024, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- DGS. (2024a). Relatório - Estudo sobre a perceção de eficácia da Campanha de Comunicação para a promoção da vacinação sazonal Outono-Inverno | 2023-2024. Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Prevenção da Saúde, Lisboa. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/estudo-sobre-a-percecao-de-eficacia-da-campanha-de-comunicacao-para-a-promocao-da-vacinacao-sazonal-outono-inverno-2023-2024-pdf.aspx>
- DGS (2024b). Relatório Síntese Anual da Vacinação - 2024. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 4 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- Giambi, C., Manso, M., Marchetti, G., Olsson, K., Ali, K., & Declich, S. (2019). Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. Elsevier, Vaccine 37, 439–5451. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
- OMS(2024a) Vaccines and immunization. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
- OMS (2024b) Vaccines and immunization - Europe. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_2
- OIM (2024) Relatório Mundial sobre Migração de 2024. Obtido em 17 de setembro de 2024, de OIM ONU Migração: <https://worldmigrationreport.iom.int/news/world-migration-report-2024-reveals-latest-global-trends-and-challenges-human-mobility>
- <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/migracoes/populacao-estrangeira/populacao-estrangeira-com-estatuto-legal-de-residente>
- <https://www.conass.org.br/guiainformacao/modelos-de-fluxos-de-acesso/>
- <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Documents/FLUXOGRAMA%20ACESSO%20%C3%81%20SA%C3%9ADE.pdf>
- <https://www.sns24.gov.pt/guia/quando-ligar-sns-24-ou-inem/>
- <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/saiba-mais-sobre-quando-deve-recorrer-as-urgencias.pdf>

32



*Cuidar de todos é o nosso
compromisso!*

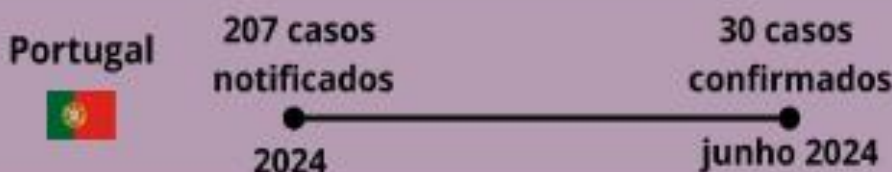
*Daniela Caldeira
Tânia Luís*



APÊNDICE IX- ALERTA SOBRE SARAMPO

Sarampo

Dados epidemiológicos (a 13/06)



Região Centro



4 casos



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

6 casos suspeitos
2 casos confirmados

- em todos os casos suspeitos estava cumprido o esquema vacinal


Reforço de medidas

1 Alerta nos serviços de urgência pediátrica e adultos e cuidados de saúde primários para os sinais/sintomas de sarampo



2 Testagem de casos suspeitos a partir de colheita de amostras biológicas a confirmar pelo **INSA**



3 Notificar casos suspeitos no  **SINA VE**

4 Vacinação nas 72 horas após contato de risco em utentes elegíveis



APÊNDICE X- QUESTIONÁRIO INICIAL EM PORTUGUÊS, VERSÃO INGLÊS E VERSÃO
BENGALI



Projeto INTEGRA-TE

Projeto de Intervenção numa Comunidade Imigrante

Questionário

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, do 2º ano do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi elaborado o seguinte questionário com o intuito de serem selecionados participantes para integrarem a amostra do estudo supracitado. Este questionário é anónimo, pelo que o seu nome não será referido em nenhum momento ao longo de todo o trabalho. Os dados recolhidos serão tratados e analisados com o objetivo puramente académico, sendo garantida a confidencialidade das respostas. O seu preenchimento dura cerca de 5 minutos.

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: ____ anos
2. Género: Feminino Masculino
 - a. Se feminino, está grávida? Sim Não
3. Habilitações literárias:
 - a. Nenhum
 - b. 1º ciclo
 - c. 2º ciclo
 - d. 3º ciclo
 - e. Secundário
 - f. Licenciatura/Mestrado/outro
4. País de Origem: _____
5. Fala ou escreve português? Sim Não
6. Vive sozinho ou em família/grupo?
 - a. Sozinho
 - b. Em família/grupo
7. Desde quando está em Portugal?
 - a. Menos de 6 meses
 - b. Entre 6 e 12 meses
 - c. Mais de 12 meses
8. Está inscrito no Centro de Saúde: Sim Não
 - 8.1 Se não inscrito, gostaria de se inscrever hoje? Sim Não
 - 8.2 Se não inscrito, sabe como se inscrever? Sim Não

B. ESTADO VACINAL

9. Tem vacinas atualizadas? Sim Não Não sabe
- a. Se não, quer regularizar hoje as suas vacinas: Sim Não

C. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

10. Sabe o número de emergência médica? Sim Não
- a. Se sim, qual é? _____
11. Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas?
Sim Não
- a. Se sim, qual? _____
12. Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, quando necessita de fazer análises de rotina, vigiar diabetes ou hipertensão, tosse e febre?
- a. Centro de Saúde
- b. Hospital
- c. Serviço privado
- d. Linha de saúde 24
- e. Outro Qual? _____
13. Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, em situação de emergência como por exemplo fraturas, queimaduras, dificuldade em respirar e forte dor no peito?
- a. Centro de Saúde
- b. Hospital
- c. Serviço privado
- d. Linha de saúde 24
- e. Outro Qual? _____
14. Quando tem dúvidas sobre qual o serviço de saúde que se deve dirigir, deve contactar qual serviço?
- a. Linha de saúde 24
- b. Número europeu emergência
- c. Não sabe
15. Quais as barreiras a aceder aos cuidados de saúde, desde que está a residir na Marinha das Ondas?
- a. Língua
- b. Não sabe onde se dirigir
- c. Medo dos profissionais
- d. Questões de legalidade
- e. Dificuldades financeiras
- f. Outra Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração!



Project INTEGRA-TE Intervention Project for an Immigrant Community

Questionnaire

As part of the Community Health and Public Health Nursing Internship II, in the 2nd year of the master's degree in Community Nursing - Community and Public Health Nursing Area, at the Leiria School of Health, the following questionnaire was prepared to select participants to be included in the sample of the above-mentioned study. This questionnaire is anonymous, and your name will not be used at any time throughout the project. All data collected will be used solely for academic purposes, and your responses will remain confidential. Completing the questionnaire takes about 5 minutes.

A. SOCIODEMOGRAPHIC DATA

1. Age: ____ years
2. Gender: Female Male
 - a. If female, are you pregnant? Yes No
3. Educational Level:
 - a. None
 - b. Primary school (1st-4th grade)
 - c. 5th to 6th grade
 - d. Middle school (7th to 9th grade)
 - e. High school (10th to 12th grade)
 - f. University Degree (Bachelor's, Master's or higher)
4. Country of Origin: _____
5. Do you speak or write Portuguese? Yes No
6. Do you live alone or with family / a group?
 - a. Alone
 - b. Family / a group
7. How long have you been in Portugal?
 - a. Less than 6 months
 - b. Between 6 and 12 months
 - c. More than 12 months ago
8. Are you registered at this Health Center? Yes No
 - 8.1 If not registered, would you like to register today? Yes No
 - 8.2 If not registered, do you know how to register? Yes No



Prajēkṭa inṭigrā-ṭi'i jan'ya hastakṣēpa prakalpa ēkaṭi abhibāsī sampradāya

Praśnābali

Kami'uniṭi hēlatha ayāṇḍa pābalika hēlatha nārsim inṭārnaśipa II-ēra anśa hisēbē, kami'uniṭi nārsim - kami'uniṭi ayāṇḍa pābalika hēlatha nārsim ēriyātē snātakōttara ḍigrira 2ya bacharē, lē'iriṃyā skula apha hēlatha-ē, nimmalikhita praśnābali prastuta karā hayēchila anśagrahaṇakārīdēra antarbhukta karāra jan'ya nirbācana karāra jan'ya uparē ullikhita gabēṣaṇāra namunāya. Ē'i praśnābali bēnāmi, ēbam āpanāra nāma prakalpa juṛē kōnō samaṃya byabahāra karā habē nā. Saṅgrḥita samasta ḍētā śudhumātra ēkāḍēmika uddēśyē byabahāra karā habē, ēbam āpanāra pratikriyāguli gōpana thākabē. Praśnapatraṭi sampūrṇa karatē praṃya 5 miṇiṭa samaṃya lāgē.

A. Uḥ sōsi'ōḍēmōgrāphika ḍētā

1. Baṃasa: ____ Bachara
2. Liṅga: Mahilā Puruṣa
 - a. Mahilā halē, āpani ki garbhabati? Hyām Nā
3. Śikṣāgata stara:
 - a. Kōnōṭi'i naṃya
 - b. Prāthamika bidyālaya (1ma-4rtha śrēṇi)
 - c. 5Ma thēkē 6ṣṭha śrēṇi paryanta
 - d. Madhya bidyālaya (7ma thēkē 9ma śrēṇi)
 - e. Ucca bidyālaya (daśama thēkē dbādaśa śrēṇi)
 - f. Biśbabidyālayēra ḍigri (snātaka, snātakōttara bā uccatara)
4. Mūla dēśa: _____
5. Āpani ki partugija bhāṣāya kathā balēna bā lēkhēna? Hyām Nā
6. Āpani ki ēkā thākēna nāki paribāra/ēkaṭi dala niyē thākēna?
 - a. Ka ēkā
 - b. Paribāra/ēkaṭi dala
7. Āpani partugālē katadina dharē āchēna?
 - a. 6 Māsēra kama
 - b. 6 Thēkē 12 māsēra madhyē
 - c. 12 Māsēra'ō bēsi āgē
8. Āpani ki ē'i sbāsthya kēndrē nibandhita? Hyām Nā
 - 8.1 Nibandhita nā halē, āpani ki āja nibandhana karatē cāna? Hyām Nā
 - 8.2 Nibandhita nā halē, āpani kibhābē nibandhana karatē jānēna? Hyām Nā

Kami'uniṭi nārsim-ē māṣṭārsa prōgrāmēra anśa hisēbē Daniela Caldeira ēbam Tania Luis ē'i praśnapatraṭi tairi karēchilēna, kami'uniṭi hēlatha ēbam pābalika hēlatha biṣayē biṣēṣajña

B. Bhyākasīnēśana styātāsa

9. Āpanāra tīkāra abasthā ki āpa tu dēta? Hyām^o Nā Āmi jāni nā
- a. Yadi nā haḡa, āpani ki āja āpanāra tīkā āpaḡēta karatē cāna? Hyām^o Nā

C. Sbāsthyasēbā pariśēbāgulitē ayāksēsa

10. Āpani ki mēḡikēla imārjēnsi nambara jānēna? Hyām^o Nā
- a. Ka yadi hyām^o, ētā kōḡaḡi? _____
11. Āpani māriḡahā dāsa ōḡḡāsē basabāsa śuru karāra para thēkē āpani ki kōḡō sbāsthyasēbā pariśēbā ayāksēsa karēchēna? Hyām^o Nā
- a. Yadi āpani hyām^o uttara dēna, kōḡaḡi? _____
12. Āpani sādharānata ruḡina pariḡsā, ḡāyābēḡisa bā ucca raktacāpa paryabēkḡaḡa, kāśi bā jbarēra jan'ya sbāsthyasēbā pariśēbāra jan'ya kōḡhāya yāna?
- a. Sbāsthya kēndra
- b. Hāsapātāla
- c. Prā'ibhēḡa sārbbhisa
- d. Sbāsthya lā'ina 24
- e. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____
13. Jarurī pariḡthitē, yēmana phryākcāra, pōḡā, śbāsa nitē asubidhā, bā tībra bukē byathā, sbāsthyasēbā pariśēbāguli ayāksēsa karāra jan'ya āpanāra prathama pachanda ki?
- a. Sbāsthya kēndra
- b. Hāsapātāla
- c. Prā'ibhēḡa sārbbhisa
- d. Sbāsthya lā'ina 24
- e. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____
14. Kōna sbāsthyasēbā pariśēbāra sātḡē yōḡāyōḡa karatē habē sē samparkē āpani yakhana anīścita, takhana āpani kōna pariśēbāḡitē kala karabēna?
- a. Sbāsthya lā'ina 24
- b. Mēḡikēla imārjēnsi nambara
- c. Āmi jāni nā
15. Marinha das Ondas yā'ōyāra para thēkē āpani sbāsthyasēbā ayāksēsē kōna bādḡāra sam'mukḡhīna hayēchēna?
- a. Bhāḡā
- b. Kōḡhāya yāba jāni nā
- c. Sbāsthyasēbā pēsādāradēra bhāya
- d. Ā'ini samasyā
- e. Ārḡhika asubidhā
- f. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____

APÊNDICE XVI-CONVOCATÓRIA DA COMUNIDADE IMIGRANTE



Convite



25
JANEIRO
2025

**Dia Aberto de Promoção do
Acesso aos Cuidados de Saúde
Vacinação**

**USF Figueira Sul
Polo da Marinha das Ondas**

Cuidar de todos é o nosso compromisso!

APÊNDICE XII-APRESENTAÇÃO SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E VACINAÇÃO,
DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS, INGLÊS E BENGALI



Apresentação



**Elaborado por / Prepared by / Dbārā
pratuta:**

Daniela Caldeira (Mestranda)

Tânia Luís (Mestranda)

**Enfermeiros Orientadores / Nurse Advisors / Nārsa
upadēṣṭā :**

Fátima Claro

Luís Seixo

Fernanda Vitória

Manuela Branco

**Professora Orientadora / Guiding Teacher /
Pathapradarsāka śikṣaka:**

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

Eva Menino



Acesso aos Cuidados de Saúde

Deve ser a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde.
Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

Têm prioridade:

- **As emergências:** situações em que a vida corra perigo (acidentes, intoxicações, ataques epiléticos, etc.)
- **As doenças súbitas** (dor aguda, traumatismos, hemorragias, queimaduras, etc.)
- **Os doentes referenciados** (portadores de carta com pedido de observação efetuado pelo médico)



Linha de Saúde 24
SNS 24 • 808 24 24 24

Número Europeu de Emergência
• 112

- **Perante um problema de saúde não emergente.**
- **É responsável por avaliar e orientar os cidadãos em situação de doença aguda** (dor ligeira, tosse, febre, vômitos, diarreia, alterações da tensão arterial e alterações da pele).

- **Perante uma situação grave ou de risco de vida** (acidente/doença súbita).

- **Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves.**

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Messtrandas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Vacinação

Porque é que é importante vacinar-se?

- **A vacinação tem como objetivo desenvolver defesas contra determinadas doenças, protegendo a saúde individual e a saúde pública.**
- Por exemplo: tétano, hepatite B, poliomielite, COVID-19, meningite e sarampo, entre outras doenças

Quem tem acesso à vacinação?

- **Todos** têm acesso à vacinação.
- O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas residentes (regular ou irregular) em Portugal.

Onde me posso vacinar?

Deve dirigir-se ao Centro de Saúde no qual está inscrito ou ao Centro de Saúde mais próximo da sua área de residência. Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

Sou obrigado a vacinar-me?

Não, mas é fortemente recomendado que o faça para o bem da sua saúde e da saúde da comunidade.

Tenho de pagar para me vacinar?

As vacinas referidas no PNV são **gratuitas**, mesmo para as pessoas sem Número Nacional de Utente e em situação irregular de residência.

Tenho mais de 18 anos, ainda tenho de me vacinar?

- Sim, é recomendada a vacinação contra a difteria e o tétano, com reforços durante toda a vida.
- Se estiver grávida precisa também de ser vacinada contra a tosse convulsa.

Deve aconselhar-se com o enfermeiro, no Centro de Saúde.
Se não tiver sido vacinado na infância ou se não tiver o registo das vacinas, basta dirigir-se à equipa de enfermagem do Centro de Saúde onde se encontra inscrito, ou da sua área de residência.

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Messtrandas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública





Access to Health Care

Should be the first choice for accessing health services.

Purpose:

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health.

Example: Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.).

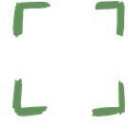
Priority is given to:

- Emergencies: situations where life is at risk (accidents, poisonings, epileptic seizures, etc.);
- Sudden illnesses (acute pain, trauma, bleeding, burns, etc.);
- Referred patients (those with a referral letter requesting observation from a doctor).



Health Line 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

European Emergency Number
 • 112



- For non-emergency health problems
- Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes).

- For serious or life-threatening health problems (accident/sudden illness)
- Examples: altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, serious accidents, chest pain, heavy bleeding, and severe burns

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO | POLITÉCNICO DE LEIRIA

Vaccination

Why is it important to get vaccinated?

- Vaccination aims to develop defenses against certain diseases, protecting individual and public health.
- For example: tetanus, hepatitis B, polio, COVID-19, meningitis, measles, and other diseases.

Who has access to vaccination?

- Everyone has access to vaccination.
- The National Vaccination Program (PNV) is a universal, free, and accessible program for all residents (regular or irregular) in Portugal.

Where can I get vaccinated?

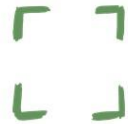
You should go to the Health Center where you are registered or to the nearest Health Center in your area of residence. You will need to present your vaccination history.

Am I required to get vaccinated?

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

Do I have to pay to get vaccinated?

The vaccines included in the PNV are **free**, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.



I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?

- Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life.
- If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or report to your area of residence.

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO | POLITÉCNICO DE LEIRIA



Sbāsthyasēbā ayāksēsa

Ēti sbāsthyā pariṣēbā ayāksēsēra jan'ya prathama pachanda ha'ōyā ucita. Tārā ēra jan'ya byabahāra karā haṃya:

- Rōga pratirōdha ēbam nirikṣāṇa;
- sbāsthyēra jan'ya paryabēkṣāṇa ēbam yatna;

udāharaṇa: Atirikta dāyāganasthika parikṣā ēbam/athabā ruṭina biślēṣāṇa nirdhāraṇa, a-jaruri sbāsthyā samasyā (dāyābētiṣa, ucca raktacāpa, ityādi) paryabēkṣāṇa karā

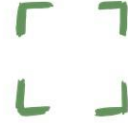
Agrādhikāra achē:

- Jarurī abasthā: Emanā paristhititē yēkhānē jibana bipadē parē (durghaṭanā, biṣakriyā, mṃgīrōga, ityādi)
- haṭhāt asusthātā (tibra byathā, āghāta, raktapāta, pōṛā ityādi)
- rēphāra karā rōgi (dāktāra dbārā karā paryabēkṣāṇēra jā'ya anurōdha saha ēkaṭi ciṭhira bhāva)



Sbāsthyā lā'ina 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

I'urōpiyā jarurī nambara
 • 112



• Ēkaṭi a-jarurī sbāsthyā samasyā mukhē.

• Ēti tibra asusthātā (hālakā byathā, kāsī, jbara, bami, dāyariyā, raktacāpēra paribartana ēbam thakēra paribartana) paristhititē nāgarikadēra mūlyāna ēbam gā'ida karā jan'ya dāyi.

• Ēkaṭi gurutara bā jibana-humakipūrṇa paristhitira kṣētrē (durghaṭanā/haṭhāt asusthātā).

• Udāharaṇasārūpa, cētanāra paribartita abasthā, sandēhajanaka strōka, dama bandha ha'ōyā, śbāsa nitē asubidhā, āghātēra sāthē durghaṭanā, bukē byathā, pracura raktapāta ēbam gurutara pōṛā.

Dbārā prastuta kāja: Daniela Caldeira e Tânia Luis
 Kam'uniti hēlatha ēbam pābalika hēlatha nārsim ēra kami'uniti hēlatha nārsim ērivātē māstārsēra chātrāṣ



Ṭikādāna

Kēna ṭikā dē'ōyā gurutbapūrṇa?

- Ṭikādānēra lakṣya nirdiṣṭa rōgēra birud'dhē pratirakṣā gaṛē tolā, byaktigata sbāsthyā ēbam janasbāsthyā rakṣā karā.
- Yēmana: Ṭiṭēnāsa, hēpātā'itīsa bi, poli'ō, COVID-19, mēninajā'itīsa ēbam hāma, an'yān'ya rōgēra madhyē

Kāra ṭikā dē'ōyāra ayāksēsa achē?

- Pratyēkera'i ṭikā dē'ōyāra suyōga raṃchē.
- N'yāsānāla bhyāksinēśana prōgrāma (PNV) hala ēkaṭi sārbajanina prōgrāma, portugālēra samasta bāsindādēra (niyamita bā aniyamita) bināmūlyē ēbam ayāksēsāyōga.

Āpanākē abaśya'i sē'i sbāsthyā kēndrē yēcē habē yēkhānē āpani nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalēra nikāṭatama sbāsthyā kēndrē yēcē habē. Āpanākē abaśya'i āpanāra ṭikā dē'ōyāra itihāsa upasthāpana karatē habē.

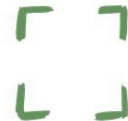
Āmāra bayāsa 18 ēra beśi, āmakē ki ēkhana'ō ṭikā nitē habē?

- Hyām*, dīpathēriyā ēbam ṭiṭēnāsēra birud'dhē ṭikā dē'ōyāra parāmarśa dē'ōyā haṃya, āpanāra sārā jibana bustāra saha.
- Āpani yadi garbhābati hana tabē āpanākē hupim kāsira birud'dhē ṭikā ditē habē

Āmākē k...
 Nā, tabē ēṭā dīrphabhābē supāriśa karā haṃya yē āpani āpanāra sbāsthyā ēbam sampradāyēra sbāsthyēra jan'ya ēṭi karabēna.

PNV-tē ullēkhita bhyākasinaḡuli bināmūlyē, emanaki jātiyā byabahārakārira nambara chāṇā ēbam aniyamita ābāsika paristhititē thākā lōkēdēra jan'ya'ō.

Āpanāra sbāsthyā kēndrēra nārsēra parāmarśa nē'ōyā ucita āpani yadi chōṭabēlāya ṭikā nā diyē thākēna bā āpanāra yadi ṭikā dē'ōyāra rēkarḡa nā thākē, tabē āpani yē sbāsthyā kēndrē nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalē nārsim dalēra sāthē yōgāyōga



Dbārā prastuta kāja: Daniela Caldeira e Tânia Luis
 Kam'uniti hēlatha ēbam pābalika hēlatha nārsim ēra kami'uniti hēlatha nārsim ērivātē māstārsēra chātrāṣ





*Cuidar de todos é o nosso
compromisso!*

*Daniela Caldeira
Tânia Luís*



*Taking care of everyone is
our commitment!*

*Daniela Caldeira
Tânia Luís*





**Sabāra yatna
nē'ōyā āmādēra
aṅīkāra!**

*Daniela Caldeira
Tânia Luis*



APÊNDICE XIII-FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A VACINAÇÃO EM PORTUGUÊS, VERSÃO INGLÊS E
VERSÃO BENGALI



Vacinação

Porque é que é importante vacinar-se?

- A vacinação tem como objetivo desenvolver defesas contra determinadas doenças, protegendo a saúde individual e a saúde pública.
- Por exemplo: tétano, hepatite B, poliomielite, COVID-19, meningite e sarampo, entre outras doenças

Quem tem acesso a vacinação?

- Todos têm acesso à vacinação.
- O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas residentes (regular ou irregular) em Portugal.

Onde me posso vacinar?

Deve dirigir-se ao Centro de Saúde no qual está inscrito ou ao Centro de Saúde mais próximo da sua área de residência. Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

Sou obrigado a vacinar-me?

Não, mas é fortemente recomendado que o faça para o bem da sua saúde e da saúde da comunidade.

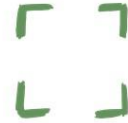
Tenho de pagar para me vacinar?

As vacinas referidas no PNV são gratuitas, mesmo para as pessoas sem Número Nacional de Utente e em situação irregular de residência.

Tenho mais de 18 anos, ainda tenho de me vacinar?

- Sim, é recomendada a vacinação contra a difteria e o tétano, com reforços durante toda a vida.
- Se estiver grávida precisa também de ser vacinada contra a tosse convulsa.

Deve aconselhar-se com o enfermeiro, no Centro de Saúde. Se não tiver sido vacinado na infância ou se não tiver o registo das vacinas, basta dirigir-se à equipa de enfermagem do Centro de Saúde onde se encontra inscrito, ou da sua área de residência.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Vaccination

Why is it important to get vaccinated?

- Vaccination aims to develop defenses against certain diseases, protecting individual and public health.
- For example: tetanus, hepatitis B, polio, COVID-19, meningitis, measles, and other diseases.

Who has access to vaccination?

- Everyone has access to vaccination.
- The National Vaccination Program (PNV) is a universal, free, and accessible program for all residents (regular or irregular) in Portugal.

Where can I get vaccinated?

You should go to the Health Center where you are registered or to the nearest Health Center in your area of residence. You will need to present your vaccination history.

Am I required to get vaccinated?

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

Do I have to pay to get vaccinated?

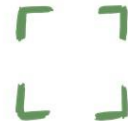
The vaccines included in the PNV are free, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.

I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?

- Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life.
- If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or nearest to your area of residence.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública





Ṭikādāna

Kēna ṭikā dē'ōyā gurutbapūrṇa?

- Ṭikādānēra lakṣya nirdiṣṭa rōgēra birud'dhē pratirakṣā garē tōlā, byaktigata sbāsthya ēbam janāsbāsthya rakṣā karā.
- Yemana: Ṭiṭēnāsa, hepāṭā'iṭiṣa bi, poli'o, COVID-19, mēninajā'iṭiṣa ēbam hāma, an'yān'ya rōgēra madhyē

Kara ṭikā dē'ōyāra ayāksesa āchē?

- Pratyēkēra'i ṭikā dē'ōyāra suyōga rayēchē.
- N'yāsanāla bhyāksinēśana prōgrāma (PNV) hala ēkaṭi sārbajanīna prōgrāma, portugālēra samasta bāsindādēra (niyamita bā aniyamita) bināmūlyē ēbam ayāksēsāyōgya.

Āmi kōthāya ṭikā pētē pari?

Āpanākē abāśya'i sē'i sbāsthya kēndrē yētē habē yēkhānē āpani nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsthalēra nikaṣatama sbāsthya kēndrē yētē habē. Āpanākē abāśya'i āpanāra ṭikā dē'ōyāra itihāsa upasthāpana karatē habē.

Āmi ki ṭikā nitē badhya?

Nā, tabē ēṭā dīṣhabhābē supāriśa karā haya yē āpani āpanāra sbāsthya ēbam sampradāyēra sbāsthyēra jan'ya ēṭi karabēna.

Āmākē ki ṭikā dē'ōyāra jan'ya artha pradāna karatē habē?

PNV-tē ullēkhita bhyāksinaguli bināmūlyē, ēmanaki jāṭiya byabahārakārīra nambara chāṭā ēbam aniyamita ābāsika paristhititē thāka lōkēdēra jan'ya'ō.

Āmāra baṃasa 18 ēra bēśi, āmākē ki ēkhana'ō ṭikā nitē habē?

- Hyām*, dīpathēriyā ēbam ṭiṭēnāsēra birud'dhē ṭikā dē'ōyāra parāmarśa dē'ōyā haya, āpanāra sārā jibana buṣṭāra saha.
- Āpani yadi garbhabatī hana tabē āpanākē hupim kāśira birud'dhē ṭikā ditē habē

Āpanāra sbāsthya kēndrēra nārsēra parāmarśa nē'ōyā ucita āpani yadi chōṭabēlāya ṭikā nā diyē thākēna bā āpanāra yadi ṭikā dē'ōyā rēkarṇa nā thākē, tabē āpani yē sbāsthya kēndrē nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsthalē nārsim dalēra sāthē yōgāyōga karāna

Dhēśē prasnta kīja: Daniela Cadeira e Tânia Luis
Kami 'uniti hēlatha ēbam pābalika hēlatha nārsim ēra kami 'uniti hēlatha nārsim ēriyātē māstārsēra chītrāś

BRUNO LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONTEGO



POLITÉCNICO
DE LEIRIA



APÊNDICE XIV -QUESTIONÁRIO FINAL EM PORTUGUÊS, VERSÃO INGLESA E
VERSÃO BENGALI

B. ESTADO VACINAL

9. Tem vacinas atualizadas? Sim Não Não sabe
a. Se não, quer regularizar hoje as suas vacinas: Sim Não

C. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

10. Sabe o número de emergência médica? Sim Não
a. Se sim, qual é? _____
11. Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas?
Sim Não
a. Se sim, qual? _____
12. Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, quando necessita de fazer análises de rotina, vigiar diabetes ou hipertensão, tosse e febre?
a. Centro de Saúde
b. Hospital
c. Serviço privado
d. Linha de saúde 24
e. Outro Qual? _____
13. Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde, em situação de emergência como por exemplo fraturas, queimaduras, dificuldade em respirar e forte dor no peito?
a. Centro de Saúde
b. Hospital
c. Serviço privado
d. Linha de saúde 24
e. Outro Qual? _____
14. Quando tem dúvidas sobre qual o serviço de saúde que se deve dirigir, deve contactar qual serviço?
a. Linha de saúde 24
b. Número europeu emergência
c. Não sabe
15. Quais as barreiras a aceder aos cuidados de saúde, desde que está a residir na Marinha das Ondas?
a. Língua
b. Não sabe onde se dirigir
c. Medo dos profissionais
d. Questões de legalidade
e. Dificuldades financeiras
f. Outra Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração!

B. VACCINATION STATUS

9. Is your vaccination status up to date? Yes No I don't know
- a. If not, would you like to update your vaccinations today? Yes No

C. ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES

10. Do you know the medical emergency number? Yes No
- a. If yes, which is it? _____
11. Have you accessed any healthcare services since you started living in Marinha das Ondas?
Yes No
- a. If you answered yes, which one? _____
12. Where do you usually go for healthcare services for routine tests, diabetes or hypertension monitoring, a cough, or a fever?
- a. Health Center
- b. Hospital
- c. Private Service
- d. Health Line 24
- e. Other Which one? _____
13. What is your first choice for accessing healthcare services in an emergency situation, such as fractures, burns, difficulty breathing, or severe chest pain?
- a. Health Center
- b. Hospital
- c. Private Service
- d. Health Line 24
- e. Other Which one? _____
14. When you are unsure about which healthcare service to contact, which service should you call?
- a. Health Line 24
- b. Medical Emergency Number
- c. I don't know
15. What barriers have you faced in accessing healthcare since moving to Marinha das Ondas?
- a. Language
- b. I don't know where to go
- c. Fear of healthcare professionals
- d. Legal issues
- e. Financial difficulties
- f. Other Which one? _____

Thank you for your cooperation!

B. Bhyākasīnēśana styātāsa

9. Āpanāra tīkāra abasthā ki āpa tu dēta? Hyām^o Nā Āmi jāni nā
- a. Yadi nā haḡa, āpani ki āja āpanāra tīkā āpaḡēta karatē cāna? Hyām^o Nā

C. Sbāsthyasēbā pariśēbāgulitē ayāksēsa

10. Āpani ki mēḡikēla imārjēnsi nambara jānēna? Hyām^o Nā
- a. Ka yadi hyām^o, ētā kōḡaḡi? _____
11. Āpani māriḡahā dāsa ōḡḡāsē basabāsa śuru karāra para thēkē āpani ki kōḡō sbāsthyasēbā pariśēbā ayāksēsa karēchēna? Hyām^o Nā
- a. Yadi āpani hyām^o uttara dēna, kōḡaḡi? _____
12. Āpani sādḡāraḡata ruḡina pariḡsā, ḡāyābēḡisa bā ucca raktacāpa paryabēkḡaḡa, kāśi bā jbarēra jan'ya sbāsthyasēbā pariśēbāra jan'ya kōḡhāya yāna?
- a. Sbāsthya kēndra
- b. Hāsapātāla
- c. Prā'ibhēḡa sārbbhisa
- d. Sbāsthya lā'ina 24
- e. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____
13. Jarurī pariḡthitē, yēmana phryākcāra, pōḡā, śbāsa nitē asubidhā, bā tībra bukē byathā, sbāsthyasēbā pariśēbāguli ayāksēsa karāra jan'ya āpanāra prathama pachanda ki?
- a. Sbāsthya kēndra
- b. Hāsapātāla
- c. Prā'ibhēḡa sārbbhisa
- d. Sbāsthya lā'ina 24
- e. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____
14. Kōna sbāsthyasēbā pariśēbāra sātḡē yōḡāyōḡa karatē habē sē samparkē āpani yakhana anīścita, takhana āpani kōna pariśēbāḡitē kala karabēna?
- a. Sbāsthya lā'ina 24
- b. Mēḡikēla imārjēnsi nambara
- c. Āmi jāni nā
15. Marinha das Ondas yā'ōyāra para thēkē āpani sbāsthyasēbā ayāksēsē kōna bādḡāra sam'mukḡhīna hayēchēna?
- a. Bhāḡā
- b. Kōḡhāya yāba jāni nā
- c. Sbāsthyasēbā pēsādāradēra bhāya
- d. Ā'ini samasyā
- e. Ārḡhika asubidhā
- f. An'yān'ya Kōḡaḡi? _____

APÊNDICE XV-FOLHETO INFORMATIVO SOBRE ACESSO PORTUGUÊS, VERSÃO
INGLÊS E VERSÃO BENGALI



Acesso aos Cuidados de Saúde

Deve ser a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde.
 Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

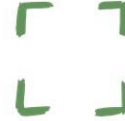
Têm prioridade:

- **As emergências:** situações em que a vida corra perigo (acidentes, intoxicações, ataques epilépticos, etc.);
- **As doenças súbitas** (dor aguda, traumatismos, hemorragias, queimaduras, etc.);
- **Os doentes referenciados** (portadores de carta com pedido de observação efetuado pelo médico)



Linha de Saúde 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

Número Europeu de Emergência
 • 112



- Perante um problema de saúde não emergente.
- É responsável por avaliar e orientar os cidadãos em situação de doença aguda (dor ligeira, tosse, febre, vômitos, diarreia, alterações da tensão arterial e alterações da pele).

- Perante uma situação grave ou de risco de vida (acidente/doença súbita).
- Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves.

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luísa Messtrandes em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Access to Health Care

Should be the first choice for accessing health services.
 Purpose:

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health.

Example: Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.).

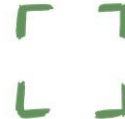
Priority is given to:

- **Emergencies:** situations where life is at risk (accidents, poisonings, epileptic seizures, etc.);
- **Sudden illnesses** (acute pain, trauma, bleeding, burns, etc.);
- **Referred patients** (those with a referral letter requesting observation from a doctor).



Health Line 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

European Emergency Number
 • 112



- For non-emergency health problems
- Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes).

- For serious or life-threatening health problems (accident/sudden illness)
- Examples: altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, serious accidents, chest pain, heavy bleeding, and severe burns

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luísa Messtrandes em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Sbāsthyasēbā ayāksēsa

Ēti sbāsthya pariṣēbā ayāksēsēra jan'ya prathama pachanda ha'ōyā ucita.
Tārā ēra jan'ya byabahāra karā haṃyā:
• Rōga pratirōdha ēbān nirikṣāṇa;
• sbāsthyēra jan'ya paryabēkṣāṇa ēbān yatna;
udāharaṇa: Atirikta dāyāganasthika parikṣā ēbān/athabā ruṭina biślēṣāṇa nirdhāraṇa, a-jaruri sbāsthya samasyā (dāyābēṭisa, ucca raktacāpa, ityādi) paryabēkṣāṇa karā

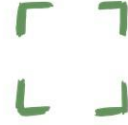
Agrādhikāra achē:

- Jarurī abasthā: Emana paristhititē yēkhānē jibana bipadē parē (durghaṭanā, biṣakriyā, mḡgīrōga, ityādi)
- haṭhāt asusthatā (tibra byathā, āghāta, raktapāta, pōṛā ityādi)
- rēphāra karā rōgi (dāktāra dbārā karā paryabēkṣāṇēra jā'ya anurōdha saha ēkaṭi ciṭhira bhāva)



Sbāsthya lā'ina 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

I'urōpiya jarurī nambara
 112



- Ēkaṭi a-jarurī sbāsthya samasyāra mukhē.
- Ēti fibra asusthatāra (hālakā byathā, kāsī, jbara, bami, dāyariyā, raktacāpēra paribartana ēbān thakēra paribartana) paristhititē nāgarikadēra mūlyāyana ēbān gā'īda karā jan'ya dāyi.

- Ēkaṭi gurutara bā jibana-humakipūrṇa paristhitira kṣētrē (durghaṭanā/haṭhāt asusthatā).
- Udāharaṇasārūpa, cētanāra paribartita abasthā, sandēhājanaka strōka, dama bandha ha'ōyā, śbāsa nitē asubidhā, āghātēra sāthē durghaṭanā, bukē byathā, pracura raktapāta ēbān gurutara pōṛā.

Dhēsē prasuta kṣya: Daniela Ceideira e Tânia Luis
 Kami 'uniti hēlatha ēbān pābalika hēlatha nārsim ēra kami 'uniti hēlatha nārsim ērivātē māstārsēra chātrān





Acesso aos Cuidados de Saúde

Deve ser a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde.
 Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

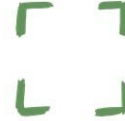
Têm prioridade:

- **As emergências:** situações em que a vida corra perigo (acidentes, intoxicações, ataques epilépticos, etc.);
- **As doenças súbitas** (dor aguda, traumatismos, hemorragias, queimaduras, etc.);
- **Os doentes referenciados** (portadores de carta com pedido de observação efetuado pelo médico)



Linha de Saúde 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

Número Europeu de Emergência
 • 112



- **Perante um problema de saúde não emergente.**
- **É responsável por avaliar e orientar os cidadãos em situação de doença aguda** (dor ligeira, tosse, febre, vômitos, diarreia, alterações da tensão arterial e alterações da pele).

- **Perante uma situação grave ou de risco de vida** (acidente/doença súbita).
- **Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves.**

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luísa Messtrandes em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Access to Health Care



Should be the first choice for accessing health services.

Purpose:

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health.

Example: Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.).

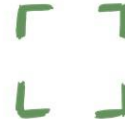
Priority is given to:

- **Emergencies:** situations where life is at risk (accidents, poisonings, epileptic seizures, etc.);
- **Sudden illnesses** (acute pain, trauma, bleeding, burns, etc.);
- **Referred patients** (those with a referral letter requesting observation from a doctor).



Health Line 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

European Emergency Number
 • 112



- **For non-emergency health problems**
- **Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness** (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes).

- **For serious or life-threatening health problems** (accident/sudden illness)
- **Examples:** altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, serious accidents, chest pain, heavy bleeding, and severe burns

Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luísa Messtrandes em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Sbāsthyasēbā ayāksēsa

Ēti sbāsthya pariṣēbā ayāksēsēra jan'ya prathama pachanda ha'ōyā ucita.
Tārā ēra jan'ya byabahāra karā haṃyā:
• Rōga pratirōdha ēbān nirikṣaṇa;
• sbāsthyēra jan'ya paryabēkṣaṇa ēbān yatna;
udāharaṇa: Atirikta dāyāganasthika parikṣā ēbān/athabā ruṭina biślēṣaṇa nirdhāraṇa, a-jaruri sbāsthya samasyā (dāyābēṭisa, ucca raktacāpa, ityādi) paryabēkṣaṇa karā

Agrādhikāra achē:

- Jarurī abasthā: Emana paristhititē yēkhānē jibana bipadē parē (durghaṭanā, biṣakriyā, mḡgīrōga, ityādi)
- haṭhāt asusthatā (tībra byathā, āghāta, raktapāta, pōṛā ityādi)
- rēphāra karā rōgi (dāktāra dbārā karā paryabēkṣaṇēra jā'ya anurōdha saha ēkaṭi ciṭhira bhāva)



Sbāsthya lā'ina 24
 SNS 24 • 808 24 24 24

I'urōpiya jarurī nambara
 112



• Ēkaṭi a-jarurī sbāsthya samasyāra mukhē.

• Ēti tībra asusthatā (hālākā byathā, kāsī, jbara, bami, dāyariyā, raktacāpēra paribartana ēbān thakēra paribartana) paristhititē nāgarikadēra mūlyāyana ēbān gā'īda karā jan'ya dāyi.

• Ēkaṭi gurutara bā jibana-humakipūrṇa paristhitira kṣētrē (durghaṭanā/haṭhāt asusthatā).


• Udāharaṇasārūpa, cētanāra paribartita abasthā, sandēhājanaka strōka, dama bandha ha'ōyā, śbāsa nitē asubidhā, āghātēra sāthē durghaṭanā, bukē byathā, pracura raktapāta ēbān gurutara pōṛā.


Dhēsē prasuta kṣya: Daniela Ceideira e Tânia Luis
 Kami 'uniti hēlatha ēbān pābalika hēlatha nārsim ēra kami 'uniti hēlatha nārsim ērivātē māstārsēra chātrān



APÊNDICE XVI- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF

Autorização de aplicação de questionários

 Daniela Filipa Cação Caldeira <5230043@my.ipleiria.pt>
Para: Você; Tânia Manuela Marques Luís; tanieluis87

[← Responder](#) [↶ Responder a todos](#) [→ Encaminhar](#)  ...

Ter, 28/01/2025 19:47

Exmo. Sr.º Coordenador da USF Figueira Sul

Vimos por este meio solicitar a autorização de vossa excelência para a realização de um estudo de investigação e de intervenção comunitária, sob orientação da Professora Doutora Eva Menino e, também sob orientação dos enfermeiros da UCC Farol Mondego Luis Seixo e Fátima Claro. Este Estágio realiza-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria da Escola Superior de Saúde de Leiria. O tema do estudo de investigação e de intervenção comunitária intitula-se "Integra-TE – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante, inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas." Objetivos do Projeto: Promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população alvo e promover a adesão à vacinação de acordo com o PNV, a partir de janeiro de 2025

Neste contexto, gostaríamos de obter a sua autorização para a realização deste projeto de intervenção comunitário.

Ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Sem outro assunto de momento,
Com os melhores cumprimentos

Tânia Luis Nº estudante 5230047
Daniela Caldeira Nºestudante 5230043.

APÊNDICE XVII- LOGOTIPO DO PROJETO INTEGRA-TE



ANEXOS

ANEXO I – “DIA ABERTO PARA A VACINAÇÃO”

DIA ABERTO DE VACINAÇÃO SUPERA EXPECTATIVAS NA MARINHA DAS ONDAS

A Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM), realizou no dia 18 de maio, entre as 9h00 e as 17h00, um "Dia Aberto para a Vacinação" direcionado a todos os utentes da área de abrangência da Unidade de Saúde Familiar (USF) Figueira Sul, com especial foco nas populações migrantes da freguesia de Marinha das Ondas, como potenciais bolsas de suscetibilidade a doenças preveníveis pela vacinação.

Esta iniciativa surge como uma oportunidade de todos os utentes da USF Figueira da Foz Sul regularizarem a sua situação vacinal.

A adesão ao evento, que decorreu no Centro de Saúde da Marinha das Ondas, excedeu as expectativas da Unidade de Saúde Pública da ULSBM. Recorreram àquela unidade mais de 340 utentes, entre os quais cerca de 20 crianças e adolescentes, na sua maioria migrantes.

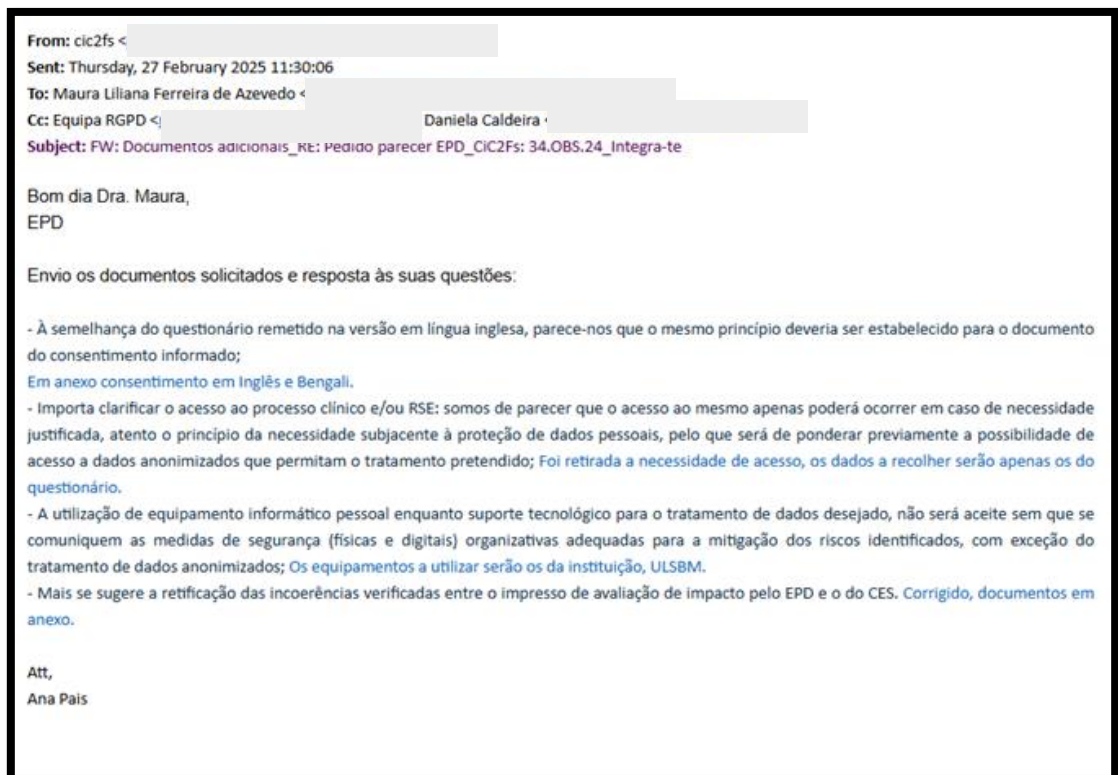
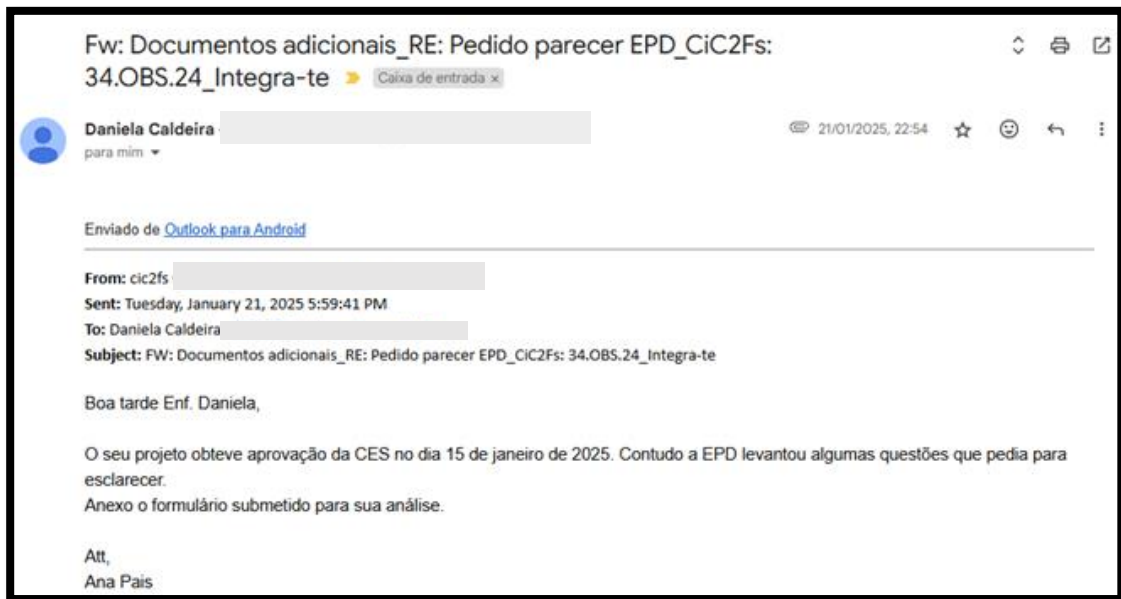
Foram administradas cerca de 250 vacinas contra o tétano e 180 contra o sarampo. À grande maioria, foi administrada a primeira dose da vacina Td (tétano e difteria), pelo que há necessidade de uma segunda dose, passadas quatro semanas.

12/06/2024



ANEXO II-PARECER FAVORAVEL DA COMISSÃO ÉTICA

Conclusão: O projeto “Integra-TE” permitiu desenvolver competências em Enfermagem Comunitária e promover a inclusão dos imigrantes no sistema de saúde, com impacto positivo na adesão à vacinação e no acesso aos cuidados de saúde.



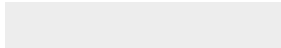
ANEXO III- AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA USF
FIGUEIRA SUL

Boa Tarde

Em resposta ao vosso email informo a resposta do Dr. Bruno Nunes: "Como coordenador da USF Figueira Sul, confirmo autorização da equipa da USF Figueira Sul, para a realização de um estudo de investigação e de intervenção comunitária sob orientação da Professora Doutora Eva Menino e, também sob orientação dos enfermeiros da UCC Farol Mondego Luís Seixo e Fátima Claro.

Os meus cumprimentos,

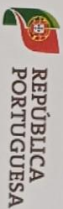
Bruno da Fonseca Nunes



Atentamente.

ANEXO IV- COMPROVATIVO III ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA 2024, DA ULS

BM



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



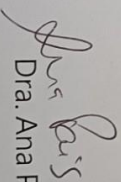
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

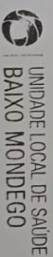
DECLARAÇÃO

Declara-se que **Daniela Caldeira** esteve presente no III ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA | ULS Baixo Mondego 2024, que decorreu no dia vinte e seis de novembro de dois mil e vinte e quatro, no Auditório do Hospital Distrital da Figueira da Foz da ULSBM.

Figueira da Foz, 25 de fevereiro de 2025

Centro de Investigação Clínica da ULSBM


Dra. Ana Pais



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

ANEXO V- I ENCONTRO DE ENVELHECIMENTO PROTEGIDO QUE DECORREU EM COIMBRA NO DIA 18
OUTUBRO 2024

ENCONTRO
**ENVELHECIMENTO
PROTEGIDO**

18 OUT 2024
Coimbra

SPSP



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Daniela Filipa Cação Caldeira participou no Encontro Envelhecimento Protegido, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.

Secretaria-Geral
Assinado por: **João José de Morais Joaquim**
Num. de Identificação: 08530412
Data: 2024.11.28 20:41:08+00'00"
Localização: SPSP - Lisboa



A Direção,

GSK

sanofi



CÂMARA MUNICIPAL
COIMBRA

ORQUESTRA
CLÁSSICA
DO CENTRO

ANEXO VI- COMPROVATIVO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ EM 2022

Grupo etário	População residente n.º
0 – 14 anos	6606
15 - 24 anos	5615
25 - 64 anos	29982
65 e mais anos	17145

Fonte: INE, Pordata (2023b)

ANEXO VII -AUTORIZAÇÃO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



DECLARAÇÃO

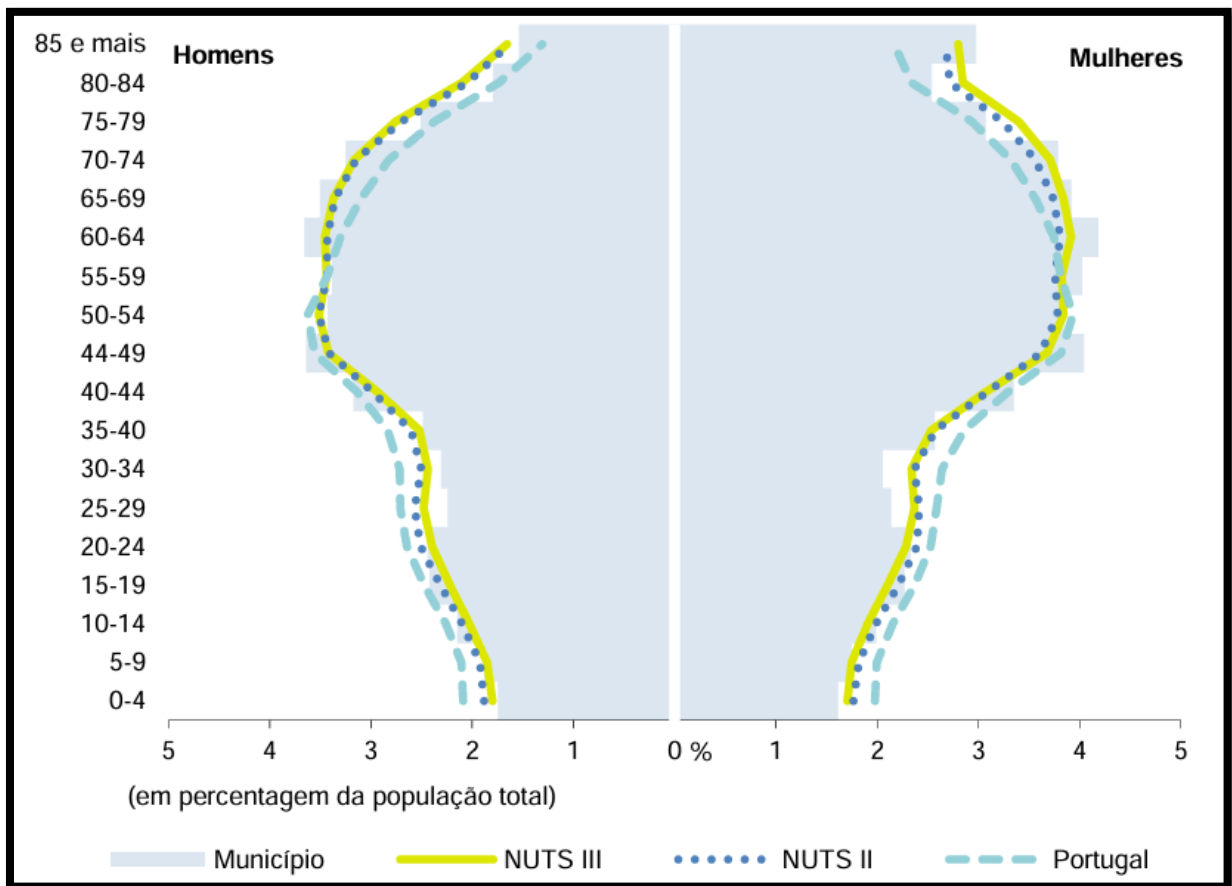
Declara-se, para os devidos efeitos, que o Estudo de Investigação, referência CES - C1C2Fs: 34.OBS.24, intitulado "INTEGRA-TE - Projeto de Intervenção numa Comunidade Imigrante Asiática", conduzido pelas Investigadoras Principais, Enf. Daniela Caldeira e Enf. Tânia Manuela Marques Luís, da ULS Baixo Mondego, obteve parecer favorável desta Comissão de Ética em 05/02/2025.

Figueira da Foz, 24 Março de 2025

[Dra. Maria Teresa Pereira]

[Presidente da Comissão de ética para a Saúde da ULS Baixo Mondego]

ANEXO VIII – PIRÂMIDE ÉTARIA DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DA FIGUERIA DA FOZ



Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente

ANEXO IX – POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO DA ULSBM

Local de Residência	TOTAL		
	HM	H	M
Continente	9 855 909	4 687 055	5 168 854
Região Centro	1 659 499	788 930	870 569
ULS do Baixo Mondego	100 783	47 847	52 936
Figueira da Foz	58 951	27 883	31 068
Montemor-o-Velho	24 571	11 797	12 774
Soure	17 261	8 167	9 094

Fonte: PORDATA; Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023