



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Ana Rita Carreira Bastos

Leiria, março de 2025



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Projeto “ENGAGE24” – Empoderamento Comunitário dos Imigrantes Indianos quanto à
Atitude face ao estado de Saúde-Doença

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

Ana Rita Carreira Bastos

Estudante n.º 5230042

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

Orientador: Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março de 2025

“Quanto maiores são as dificuldades a vencer, maior será a satisfação.”

Cícero

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada que agora termina foi muito desafiante, mas com resiliência e ajuda foi mais fácil terminar, acabando com enorme orgulho e sentido de missão cumprida.

A concretização do mestrado apenas foi possível através da ajuda, motivação e colaboração de várias pessoas, quem passo a citar:

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

À Professora orientadora Doutora Teresa Kraus pela sua cooperação, orientação, disponibilidade e apoio dado ao longo de toda a jornada.

Às Enfermeiras Especialistas Dina Pascoal e Lúcia Grácio, pela orientação, disponibilidade, ajuda, incentivo, pela experiência e partilha demonstradas, que muito me ajudaram a crescer enquanto pessoa e enquanto profissional; tal como a Enfermeira Ana Catarina Duarte e Catarina Antunes que de igual forma estiveram sempre presentes.

Aos restantes elementos da equipa multidisciplinar da USP RL polo Marinha Grande e UCC Marinha Grande, pela forma como me receberam e me integraram nas várias atividades, fazendo-me sentir parte da equipa.

Aos professores do mestrado que me acrescentaram bastantes conhecimentos e permitiram o meu desenvolvimento, contemplando-me com as suas palavras, experiências e partilhas.

À minha família, amigos, colegas de trabalho e de mestrado por todo o apoio, compreensão e colaboração.

Por último, e não menos importante, agradeço aos 3 homens da minha vida pelo apoio incondicional ao longo deste percurso e pela compreensão nas horas de ausência.

A todos vós,

Muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho relata todo o percurso desenvolvido em estágio, apresentando uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e a realização do projeto de intervenção comunitária “ENGAGE24” incluído na competência específica do planeamento em saúde.

O projeto “ENGAGE24” como continuidade do projeto “ENGAGE23”, seguiu a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes (1993) e teve como foco o empoderamento da comunidade imigrante indiana residente no Concelho da Marinha Grande, quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura. Teve como referenciais teóricos orientadores a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC). Para sustentar este projeto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura.

O objetivo geral do projeto foi melhorar a Gestão Comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face à saúde-doença. Através do método de amostragem não probabilístico, constituiu-se a amostra formada por 5 imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande.

A aplicação do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC, possibilitou a priorização do diagnóstico de enfermagem “Liderança comunitária comprometida, por conhecimento sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura, não demonstrado”. Para aumentar o nível de conhecimento dos imigrantes foi estruturada e implementada uma sessão de educação para a saúde e entregue um guia informativo.

Para avaliar o efeito da intervenção aplicou-se um Questionário de Avaliação dos Conhecimentos pré e pós sessão, obtendo-se uma melhoria de 25,7% das respostas corretas. Além disso, reaplicou-se o Questionário MAIEC, que revelou um discreto aumento de 6% na dimensão do diagnóstico de enfermagem identificado.

Como forma de avaliar o empoderamento comunitário dos imigrantes indianos procedeu-se à aplicação da Escala EAvEC através de um Grupo Focal com *stakeholders* verificando-se uma ligeira melhoria face aos resultados obtidos na avaliação da escala realizada no “ENGAGE23”. Considerando a reduzida dimensão da amostra, que não é representativa desta população, não é possível concluir quanto ao impacto da intervenção no empoderamento comunitário.

Palavras-chave: enfermagem, saúde comunitária, empoderamento comunitário, imigrantes, atitude para a saúde, cultura.

ABSTRACT

This paper reports on the entire process developed during the internship, by carrying out a critical-reflective analysis on the development of the common and specific competences of nurses specializing in Community Nursing, in the area of Community Health and Public Health and the implementation of the community intervention project "ENGAGE24", included in the specific competence of health planning.

The "ENGAGE24" project, as a continuation of the "ENGAGE23" project, followed the health planning methodology of Imperatori & Giraldes (1993) and focused on empowering the Indian immigrant community living in the Municipality of Marinha Grande, in terms of their attitude towards their state of health and illness, associated with their culture. Its guiding theoretical references were the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care and the Model of Evaluation, Intervention and Community Empowerment (MAIEC). To support this project, an Integrative Literature Review was carried out.

The overall aim of the project was to improve the Community Management of Indian immigrants in terms of their attitude to health and illness. Using the non-probabilistic sampling method, the sample consisted of 5 Indian immigrants living in the municipality of Marinha Grande.

The application of the MAIEC Community Process Diagnostic Questionnaire made it possible to prioritize the nursing diagnosis "Compromised community leadership, due to knowledge about the attitude towards the state of health-disease, associated with culture, not demonstrated". In order to increase the immigrants' level of knowledge a health education session was structured and implemented and an information guide was given.

To evaluate the effect of the intervention, a questionnaire was administered to assess their knowledge before and after the session, with an improvement of 25.7% in the number of correct answers. In addition, the MAIEC questionnaire was reapplied, which revealed a slight increase of 6% in the dimension of identified nursing diagnosis.

In order to assess the community empowerment of Indian immigrants, the EAVEC Scale was applied through a Focus Group with stakeholders, showing a slight improvement on the results obtained in the evaluation of the scale carried out in "ENGAGE23". Considering the small size of the sample, which is not representative of this population, it is not possible to conclude on the impact of the intervention on community empowerment.

Keywords: nursing, community health, community empowerment, immigrants, attitude to health, culture.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE QUADROS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	xiii
INTRODUÇÃO	16
PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	19
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	20
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA USP RL [REDACTED]	23
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UCC DA [REDACTED]	26
2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	30
2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL	30
2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	33
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	38
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	38
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	39
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	41
3.1.3. Gestão dos cuidados	42
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	45
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	45
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	47
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	54

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	58
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	61
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	62
4.1 A MIGRAÇÃO PELO MUNDO	62
4.2 A MIGRAÇÃO EM PORTUGAL	65
4.3 A IMIGRAÇÃO NA MARINHA GRANDE	67
4.4 POLÍTICAS DE APOIO À MIGRAÇÃO	69
4.5 A SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL	72
4.6 MULTICULTURALIDADE E A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS IMIGRANTES	78
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	81
5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	82
5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	93
5.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	95
5.4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	97
5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	102
5.6. EXECUÇÃO DO PROJETO	103
5.7. AVALIAÇÃO DO PROJETO	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	114
CONCLUSÃO INTEGRATIVA	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
APÊNDICES	126
APÊNDICE I – Artigo “Outubro Rosa, Novembro Azul” publicado no Jornal da Marinha Grande	127
APÊNDICE II – Apresentação do Projeto “ENGAGE24”	129
APÊNDICE III – Revisão Integrativa da Literatura	139
APÊNDICE IV – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros na Escola e Suporte Básico de Vida”	158
APÊNDICE V – Sessão de Educação para a Saúde “Violência”	181
APÊNDICE VI – Folheto Informativo “Pediculose”	196
APÊNDICE VII – Formação sobre “Programa Nacional de Vacinação”	199
APÊNDICE VIII – Folheto informativo “Cuidados a ter após a vacinação”	217
APÊNDICE IX - Folheto informativo “Vacina BCG”	226

APÊNDICE X – Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção da Diabetes”	229
APÊNDICE XI – Consentimento Informado para participação no Projeto “ENGAGE24”	241
APÊNDICE XII – Consentimento Informado para o Grupo Focal.....	244
APÊNDICE XIII – Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário – MAIEC.....	249
APÊNDICE XIV - Entrevista com Informante-Chave.....	257
APÊNDICE XV - Resultados do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário (pré-sessão).....	260
APÊNDICE XVI - Plano de Ação	263
APÊNDICE XVII - Cronograma de Atividades.....	265
APÊNDICE XVIII – Questionário Diagnóstico do Processo Comunitário – MAIEC (Link de acesso).....	267
APÊNDICE XIX – Questionário de Avaliação de Conhecimento pré e pós-sessão.....	269
APÊNDICE XX – Sessão de Educação para a Saúde “ENGAGE24”	272
APÊNDICE XXI – Guia informativo “ENGAGE24”	288
APÊNDICE XXII – Apresentação do projeto “ENGAGE24” ao Grupo Focal.....	300
APÊNDICE XXIII – Análise da Reunião do Grupo Focal.....	311
APÊNDICE XXIV – Gráficos Radar “ENGAGE23” e “ENGAGE24”	321
APÊNDICE XXV – Resultados do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC (Pré e Pós-intervenção).....	323
APÊNDICE XXVI – Análise Grupo Focal segundo o Modelo <i>Sunrise</i>	325
ANEXOS	328
ANEXO I – Número de utentes inscritos na UCC MG.....	329
ANEXO II – Carteira de Serviços da UCC MG	331
ANEXO III – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC).....	333
ANEXO IV – Participação no Workshop “MAIEC – Modelo de Empoderamento Comunitário”	336
ANEXO V – Participação no evento “PNS em Movimento”	338
ANEXO VI – Participação no Encontro “Envelhecimento Protegido”	341
ANEXO VII – Apresentação do Projeto “ENGAGE24”	340
ANEXO VIII - Parecer da Comissão Ética e Conselho de Administração da ULS RL.....	342
ANEXO IX – Autorização para a utilização do Questionário Europeu de Literacia em Saúde	345
ANEXO X – Autorização para utilização das instalações da Junta de Freguesia da Marinha Grande.....	345

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Área territorial da ULS RL.....	20
Figura 2 - Diagrama representativo do Modelo Sunrise	32
Figura 3 - Domínios da Escala EAvEC	34
Figura 4 - Matriz de Decisão Clínica do MAIEC	36
Figura 5 - Migrantes internacionais por região de destino e como proporção da população, meados de 2024.....	64
Figura 6 - Diagrama representativo do Modelo Sunrise, adaptado da TDUCC de Leininger	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População migrante internacional em números e em proporção da população mundial (1990-2024)	63
Gráfico 2 - Países que mais imigrantes acolheram em 2022.....	65
Gráfico 3 - Nacionalidades mais representativas em Portugal.....	66
Gráfico 4 - Distribuição etária por género da população estrangeira residente em Portugal	67
Gráfico 5 - Evolução da população estrangeira do concelho da Marinha Grande (2019-2021), grupos mais representativos.....	68
Gráfico 6 - Avaliação do Empoderamento da Comunidade Imigrante Indiana quanto à Atitude face à ao estado de Saúde-Doença, associada à cultura.	107
Gráfico 7 - Avaliação de conhecimentos pré e pós sessão de educação para a saúde	109
Gráfico 8 – Representação dos conhecimentos sobre a atitude face ao estado saúde-doença (pré e pós-intervenção).....	110
Gráfico 9 – Resultados do Questionário Europeu da Literacia em Saúde, pré e pós-intervenção.....	111

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Problemas/ Diagnósticos identificados na RIL, entrevista e Questionário de Literacia em Saúde	92
Quadro 2 - Diagnósticos e subdiagnósticos de Enfermagem.....	92
Quadro 3 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS	94
Quadro 4 - Objetivos específicos, metas e indicadores definidos de acordo com o diagnóstico de situação	96
Quadro 5 - Avaliação dos indicadores de atividade e resultado do Projeto "ENGAGE24".	108

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra do "ENGAGE24"	89
Tabela 2 - Processo de priorização dos diagnósticos identificados	94

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS PL- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

ACNUR – Agência da ONU para os refugiados

AIMA - Agência para a Integração, Migrações e Asilo

APF - Associação para o Planeamento da Família

BCG - Bacilo *Calmette-Guérin*

CAFAP - Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CCI - Cuidados Continuados Integrados

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Covid-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CS - Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAvEC - Escala de Avaliação de Empoderamento Comunitário

ECCL - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

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

ELSE - Equipa Local de Saúde Escolar

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESCSP - Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

GEE - Gabinete de Estratégia e Estudos

ICN - *International Council of Nurses*

IDG - Índice de Desempenho Global

IEC - Informação, educação e comunicação

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LS - Literacia em Saúde

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAPES - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PDF - *Portable Document Format*

PND – Programa Nacional para a Diabetes

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV - Programa Nacional de Vacinação

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

PS - Planeamento em Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

REVIVE - Rede de Vigilância de Vetores

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

SAMP - Sociedade Artística e Musical dos Pousos

SBV - Suporte Básico de Vida

SClínico - Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SiiMA Rastreios - Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreio populacionais ou oportunistas

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC MG - Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

UE - União Europeia

UF - Unidades Funcionais

ULS RL - Unidade Local de Saúde da [REDACTED]

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USCP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

USP RL - Unidade de Saúde Pública da [REDACTED]

USP RL polo MG - Unidade de Saúde Pública da [REDACTED]

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

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final”, inserida no 3º semestre, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), foi elaborado o presente relatório. O mesmo tem como principal finalidade refletir acerca das competências especializadas transversais à prática de enfermagem e às específicas no âmbito desta especialidade (ESSLei, 2024). Este relatório será apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP).

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública da **[REDACTED]** (USP RL polo MG), tendo início em 2 de setembro de 2024 e término em 18 de outubro de 2024, com um total de 125 horas de contacto; e na Unidade de Cuidados na Comunidade da **[REDACTED]** (UCC MG) entre 21 de outubro de 2024 e 3 de fevereiro de 2025, abrangendo 250 horas de contacto presencial.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista é reconhecido como sendo detentor de competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas específicas da profissão. No artigo (art.) 3º, o documento destaca que esse profissional possui uma "elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados", além de oferecer suporte efetivo ao exercício profissional especializado, abrangendo formação, investigação e assessoria (Regulamento n. 140/2019 da OE, 2019, p. 4745). Além disso, importa frisar que o enfermeiro tem de estar dotado de conhecimentos atualizados, utilizar as novas tecnologias de forma competente, ter formação contínua no âmbito das ciências humanas e o dever de procurar a excelência no exercício profissional (Regulamento n.º 190/2015 da OE, 2015).

Este relatório evidencia também a operacionalização de um projeto de intervenção comunitária em contexto de prática clínica, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde (PS). Conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 428/2018, espera-se que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) tenha competência para avaliar o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do PS, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integre “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (PNS) e realize e coopere na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

A migração internacional é considerada mundialmente um dos maiores desafios da saúde pública, reconhecendo-se a premente necessidade em compreender a movimentação da população e o seu impacto na saúde, bem como a importância de conhecer os determinantes da saúde e o estado de saúde dos indivíduos e comunidades imigrantes (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2015).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2024 o número estimado de migrantes internacionais era de 304 milhões. Nesse mesmo ano, a Europa contabilizava 94,1 milhões de migrantes, sendo que 21% eram oriundos da Ásia. A Índia foi o principal país de origem dos migrantes internacionais asiáticos, com um total de 18,5 milhões de migrantes (Migration Data Portal, 2025).

O fenómeno migratório tem aumentado em Portugal, alcançando aproximadamente 1,1 milhões de migrantes internacionais em 2024, o que representa 10,8% da população total. Entre as nacionalidades mais representadas no país, a Índia ocupa a quinta posição (Migration Data Portal, 2025; Lopes & Sousa, 2024).

Diante da problemática apresentada e visando o desenvolvimento das competências do EESCSP e o cumprimento dos objetivos do estágio, deu-se continuidade ao projeto de intervenção comunitária "ENGAGE23" – Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante Indiana da Marinha Grande, iniciado em 2023. No mesmo alinhamento, o projeto "ENGAGE24" desenvolvido, tem como objetivo capacitar essa comunidade para uma tomada de decisão consciente e informada, com foco na atitude em relação ao estado de saúde-doença, associada à cultura.

Cabe ao EESCSP promover a saúde dos grupos/comunidades, em especial das comunidades imigrantes que por si só, são mais vulneráveis, assegurando o direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação e a acesso a cuidados de saúde adequados à sua situação clínica, tal como estabelecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019).

Como suporte para a consecução deste projeto foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) para compreender a atitude dos imigrantes indianos em relação à saúde e à doença, associada à sua cultura. O desenvolvimento deste projeto teve por base a metodologia do PS, e com recurso à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) e Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), como referenciais orientadores da prática.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes e em seis capítulos. A primeira parte evidencia os contextos da prática clínica especializada em ESCSP, e que se divide em três capítulos: primeiramente é feita a caracterização dos dois contextos de estágio; no segundo

capítulo são abordados os referenciais teóricos que orientaram a prática clínica ao longo do estágio; por último, no capítulo três, é realizada uma reflexão crítica relativa à consecução dos objetivos do estágio, de acordo com as competências comuns e específicas do EESCSP desenvolvidas.

A segunda parte do relatório faz ênfase à prática especializada baseada na evidência. Esta é dividida em três capítulos. O quarto capítulo aborda o enquadramento teórico que justifica a pertinência do projeto de intervenção comunitária desenvolvido. O quinto capítulo refere-se às etapas do projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia do PS. Por último, é realizada uma reflexão sobre as implicações para a prática clínica e considerações finais.

PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram definidos na Declaração de Alma-Ata, em 1978, 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 (SNS)" (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978, p. s.p)

Dada a importância dos CSP para os enfermeiros, a prática clínica deste estágio foi desenvolvida em unidades funcionais (UF) desses cuidados, que constituem um pilar fundamental do SNS. Os Centros de Saúde (CS) representam a primeira linha de acesso aos cuidados de saúde, desempenhando funções cruciais na promoção da saúde, prevenção de doenças e também na articulação com outros serviços, garantindo a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008).

O estágio, como contexto da prática clínica, é fundamental para a transição para Enfermeiro Especialista. É durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados que se compreendem as dinâmicas específicas da intervenção, possibilitando a aprendizagem, a consolidação de conhecimentos e, assim, a aquisição de competências (Aviso n.º 6702/2021 da OE, 2021).

O Estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública com Relatório Final, foi desenvolvido em duas UF da Unidade Local de Saúde da [REDACTED] (ULS RL) entre 2 de setembro de 2024 e 3 de fevereiro de 2025. O contexto de Unidade de Saúde Pública (USP) decorreu na USP RL polo MG e o contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) desenvolveu-se na UCC MG. Estas UF pertenciam à Administração Regional do Centro e ao Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACeS PL) mas após a reorganização dos cuidados de saúde em janeiro de 2024, passaram a fazer parte da ULS RL, conforme determinado pelo (Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023). Assim, alguns dados de referência para o desenvolvimento deste relatório têm por base os documentos das organizações pré-existentes, por inexistência de outros mais atualizados.

Segue-se então a contextualização e a caracterização de cada local da prática clínica.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

A ULS RL tem como área de abrangência os concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pombal e Porto de Mós, num total de 2.650,84 km², como mostra a Figura 1 (ULS RL, 2025).



Figura 1 - Área territorial da ULS RL

Nota. Retirado de Carteira de Serviços, DSP ULS RL, 2024, p.7

Relativamente à população abrangida, em fevereiro de 2025, os CSP da ULS RL contabilizaram um total de 402.794 utentes inscritos, dos quais 193.907 eram homens e 208.887 mulheres, apresentando um índice de dependência total de 58,85% (Ministério da Saúde, 2025a).

A ULS RL tem como missão:

prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e de saúde pública, diferenciados e de qualidade, assegurando os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS. A ULS RL assume ainda atribuições de desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino (Ministério da Saúde, 2025a, p. s.p).

A mesma unidade adota como valores: Respeito pela dignidade humana, Ética, Compaixão, Primado do utente, Valorização dos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional no quadro da prestação de cuidados em equipa, com respeito pela individualidade de cada profissional e Integração de cuidados (Ministério da Saúde, 2025a).

Para uma melhor caracterização desta população foram consultados alguns documentos e fontes de dados estatísticas, referentes ao período em que os CSP desta região ainda integravam o Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral.

De acordo com o Perfil Regional de Saúde da Região Centro as zonas com maior concentração populacional são os Agrupamentos de Centro de Saúde (ACeS) do litoral e os concelhos (sede de distrito). Entre 2011-2021 a região perdeu cerca de 4,9% da população, sendo também o índice de envelhecimento mais elevado do Continente (ARS Centro, 2022).

Relativamente à população, de acordo com os resultados dos Censos de 2021, o Pinhal Litoral tinha uma população residente de 257.615 indivíduos, que corresponde a 8,6% do total de residentes da zona centro. O município de Leiria é o mais populoso, concentrando 49,9% dos habitantes. Este concelho, juntamente com o da Marinha Grande, foram os concelhos que registaram um aumento da sua população. Relativamente à distribuição por sexo, houve um incremento ligeiro da população do sexo feminino, e quanto à população do sexo masculino apresentou apenas um crescimento de 0,02% (ACeS PL, 2022).

A pirâmide etária na área de abrangência do ACeS PL, segundo as estimativas da população residente para o ano 2020, revela uma base estreita e um centro e topo alargados, evidenciando uma população envelhecida com uma reduzida renovação de gerações (ACeS PL, 2022).

Quanto ao Índice de Envelhecimento verificou-se um aumento em todos os concelhos do ACeS PL, no período 2016-2020, observando-se a manutenção das tendências observadas nos últimos anos, com o aumento da população idosa. Quanto ao índice de dependência de jovens nos concelhos do ACeS PL verificou-se uma tendência decrescente ao longo dos anos analisados, já o índice de dependência de idosos entre 2016 e 2020 demonstrou uma tendência crescente passando de 28,8 para 34,4 (ACeS PL, 2022).

Relativamente ao número de nados vivos no ACeS PL, entre 2018 e 2022 nasceram 2022 crianças, existindo um aumento do seu número absoluto em 2022, face ao ano anterior. O mesmo aconteceu com a taxa bruta de natalidade, com o valor de 7,99 nados vivos por mil habitantes, com um ligeiro aumento comparado com o ano 2019, mantendo-se estável ao longo do tempo (ACeS PL, 2022).

O índice sintético de fecundidade entre 2018 e 2022 apresentou alguma variação anual nos diferentes concelhos do ACeS PL, contudo, permanece abaixo do limiar necessário para a substituição de gerações, estimado em 2,1 filhos por mulher (ACeS PL, 2022).

Os determinantes de saúde são fatores que influenciam o estado de saúde de uma população, influenciando o risco de desenvolvimento de doenças ou de morte prematura evitável. Dessa

forma, a sua identificação é fundamental para a definição de políticas de saúde eficazes, voltadas para a promoção do bem-estar da população (Ministério da Saúde, 2022).

Assim, no ACeS PL, entre 2018 e 2022, verificou-se uma variação na proporção de nascimentos em mulheres com menos de vinte anos, sem um padrão de evolução específico entre os diferentes concelhos. Outro determinante de saúde analisado foi a taxa de nascimentos em mulheres com 35 ou mais anos, existindo um número de nascimentos similar entre os anos 2018 e 2022 (ACeS PL, 2022).

Ao analisar o estado de saúde da população do ACeS PL, para o indicador relativo à taxa bruta de mortalidade, pode-se referir que, na sua globalidade, apresenta valores inferiores ao da Região Centro (13,8 ‰), onde apenas Pombal apresenta um valor superior (ACeS PL, 2022).

Em relação aos grupos de causas de morte, observa-se no sexo masculino um aumento das causas externas de lesão e envenenamento, nas faixas etárias mais jovens (até aos 24 anos), tendência que também se verifica no sexo feminino, embora com valores inferiores. Esse aumento persiste nas faixas etárias seguintes (ACeS PL, 2022).

As doenças que apresentam o maior número de óbitos são as referentes ao aparelho circulatório, seguindo-se as neoplásicas e depois as respiratórias, onde o número de óbitos é mais evidente nas faixas etárias mais avançadas porque, tal como referido, a idade é um fator de risco, assim como a prevalência destas doenças nestas faixas etárias em maior grau (ACeS PL, 2022).

Nesta sequência, é relevante considerar a morbilidade como um dado fundamental para compreender a população abrangida pelo ACeS PL. Este indicador reflete o estado de saúde da comunidade, expressando a proporção de indivíduos afetados por determinada doença em relação à população saudável, num determinado local e período específicos (ACeS PL, 2022).

Considerando que as doenças infecciosas têm assumido uma crescente relevância a nível europeu e mundial, é essencial que sejam registadas como doenças de notificação obrigatória. De acordo com os dados disponíveis no Perfil de Saúde do ACeS PL, em 2021, observou-se um aumento de algumas doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, VIH/SIDA, gonorreia e *Chlamydia Trachomatis*. No que se refere às infeções respiratórias, entre 2020 e 2022, houve um aumento nos casos de tuberculose, embora com uma redução durante os anos da pandemia de Covid-19. Já a incidência da Doença dos Legionários diminuiu em 2022 (ACeS PL, 2022).

A notificação destas doenças é feita através da plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), sendo um dos principais sistemas de vigilância epidemiológica

usado pelos serviços de Saúde Pública para monitorizar tendências, avaliar a transcendência e magnitude dos problemas e tomar decisões sobre estratégias de intervenção, permitindo assim, em tempo real, a identificação de doenças transmissíveis, podendo as autoridades competentes delinear formas de prevenção e controlo, evitando formas de contágio e, conseqüente disseminação (ACeS PL, 2022).

Esta caracterização dos determinantes de saúde e monitorização do estado de saúde de uma população permite aos serviços, prevenir a doença e promover uma vida mais saudável da população, possibilitando que as USP realizem intervenções adequadas e atuem na preparação e na resposta a emergências de Saúde Pública (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário será um profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população estrangeira, considerando-se que o EESCSP reúne o perfil de competências adequado à intervenção neste nível, pois, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EESCSP da OE "Estabelece, com base na Metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade", capacitando-a na aquisição de estilos de vida saudáveis, na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19354).

Em seguida, será realizada a caracterização dos locais de estágio da USP e da UCC, como locais de excelência para o desenvolvimento de atividades, capacitando a mestranda a adquirir as competências regulamentadas do EESCSP.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA USP RL POLO DA [REDACTED]

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro refere que a USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica 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 do Ministério da Saúde, 2008).

Em 2013, as USP tiveram as suas competências ajustadas, passando a estar sediadas a nível nacional, regional e local (Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde, 2013, p. 6050).

Posteriormente em 2022, com a publicação do novo Estatuto do SNS explanado no Decreto-Lei nº 52/2022, reforça as funções da USP acrescentando ao diploma referido anteriormente que são "compostas, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos

superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21).

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

A Unidade de Saúde Pública da [redacted] (USP RL) é uma UF do Departamento de Saúde Pública da [redacted], integrada na ULS RL. A sede está situada na freguesia de Marrazes, em Leiria, nas instalações do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, e tem mais 8 polos localizados em Alcobaça, Batalha, Fátima, Marinha Grande, Nazaré, Ourém, Pombal e Porto de Mós.

Quanto à missão da USP RL esta depende-se com:

promover a utilização de todos os recursos disponíveis para atingir um elevado nível de saúde para a população, usando como meios para a defender, proteger e promover: a investigação e vigilância epidemiológica; o planeamento em saúde; a avaliação do impacto das intervenções no nível de saúde da comunidade; a autoridade de saúde e outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais (Ministério da Saúde, 2025b, p. s/p).

A USP RL detém como visão “ser reconhecida como instituição de referência no desenvolvimento da saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado junto dos agentes da comunidade, e de outras entidades dentro e fora do setor da saúde” (Ministério da Saúde, 2025b, p. s/p).

A mesma unidade adota como valores:

uma cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; da excelência técnica; cultura de partilha de informação em saúde com as instituições e organismos a que possa ser útil; cultura de partilha de informação em saúde com a população; tendência à diferenciação técnica dos seus profissionais nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas; intercooperação com as demais UF; cultura de equidade e garantia de acessibilidade à população e cultura de integridade na defesa dos interesses públicos (Ministério da Saúde, 2025b, p. s.p).

A equipa multidisciplinar da USP RL é composta por 14 médicos especialistas em Saúde Pública, 10 médicos internos, 10 EESCSP, 11 secretários clínicos e 14 técnicos de saúde ambiental, distribuídos entre a sede e os restantes polos. Destes estão afetos ao polo da [redacted]

Marinha Grande, 1 médica especialista em Saúde Pública, 2 EESCSP, 2 técnicas de saúde ambiental e 1 secretária clínica (Ministério da Saúde, 2025b).

A OE estabelece para o cumprimento das dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem em USP, um rácio de 1 enfermeiro para cada 30.000 habitantes; logo, se a USP RL atua em toda a área de abrangência da ULS RL com cerca de 402.794 habitantes, seriam necessários pelo menos 13 enfermeiros para "assegurar as necessidades de cuidados aos utentes e a manutenção de condições de trabalho que sejam isentas de risco para os destinatários de cuidados de saúde, bem como dos próprios profissionais envolvidos" (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019, p. 136).

A USP RL polo MG onde foi realizado este estágio, atua na área geodemográfica do concelho de Marinha Grande, abrangendo uma área de 187,25 km² e uma população de 41.011 habitantes, em 2023.

No mesmo ano a densidade populacional era de 214,4 habitantes por km² e a faixa etária com maior representatividade situava-se entre os 15-64 anos (Gabinete de Estratégia e Estudos [GEE], 2024; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023). Ao longo das últimas décadas, o município da Marinha Grande tem visto sua população residente aumentar significativamente, em grande parte devido ao crescimento da população imigrante.

A USP RL integrada no Departamento de Saúde Pública tem contratualizado na sua carteira de serviços para o ano triénio 2025-2027 um conjunto de serviços, destacando-se algumas dimensões: o PS, com a observação do estado de saúde da população, plano local de saúde e avaliação do impacto em saúde; Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, destacando-se as doenças de notificação obrigatória e o Programa Nacional da Tuberculose; a Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Ambiental, com a vigilância da qualidade e segurança alimentar, a Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE); Promoção da Saúde e Prevenção da Doença onde se incluem alguns programas nacionais como o da Vacinação e da Saúde Escolar; Rastreios de Base Populacional como o caso dos rastreios de saúde visual infantil; Sanidade Internacional e Populações Móveis com a realização da consulta do viajante e a vacinação internacional; Contingência e Catástrofe com a realização dos planos de contingência de saúde sazonal e emergências em saúde pública; as Atividades de Autoridade de Saúde, pela aplicação da Lei de Saúde Mental e ainda outras atividades como a colaboração no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) e Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (Departamento de Saúde Pública, 2024).

Na USP RL os dados são monitorizados pelos seguintes sistemas de Informação: SClínico onde está integrado o Vacinas; Registo de Saúde Eletrónico (RSE); Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreamento populacionais ou oportunistas (SiiMA Rastreios); Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO); SINAVE e o ViGIE que corresponde à monitorização automatizada da cadeia de frio dos dispositivos onde se encontram as vacinas.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UCC DA [REDACTED]

O Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde (2008) dita que as UCC são UF com autonomia organizativa e técnica, às quais compete:

prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p.1184).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) define que as UCC têm igualmente a responsabilidade de constituir, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A UCC MG é uma UF integrada na ULS RL, que foi criada em 23 de fevereiro de 2014 e cuja origem foi regulamentada pelos Decretos-Lei anteriormente mencionados. Esta fica sediada no Centro de Saúde da [REDACTED] e tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da Marinha Grande, concorrendo para a obtenção de ganhos em saúde para os seus utentes e para o cumprimento da missão do ACeS PL” (Ministério da Saúde, 2025c, p. sp).

A sua visão depreende-se com:

melhoria continua dos cuidados de saúde que presta à sua população tendo por base a formação dos seus profissionais, a reflexão da equipa usando instrumentos de análise do seu desempenho, e da satisfação dos seus utentes e das unidades de saúde e outras com quem articula. Deste modo, constitui uma aspiração da UCC MG, constituir uma referência local e regional no âmbito da saúde (Ministério da Saúde, 2025c, p. sp).

A mesma unidade adota como valores:

Respeito pelos Direitos Humanos prestando cuidados numa ótica de Honestidade e Qualidade; Respeito pela Igualdade e Individualidade; Respeito pelo direito à saúde em tempo útil; Responsabilidade e Confiança entre os elementos da UCC e elementos de outras unidades funcionais e entidades da Comunidade; Responsabilidade partilhada na tomada de decisão; Espírito de equipa; Dedicção; Disponibilidade e Transparência (Ministério da Saúde, 2025c, p. sp).

A área de atuação da UCC MG abrange toda a área geodemográfica do concelho de Marinha Grande, onde fazem parte as freguesias da Marinha Grande, Moita e Vieira de Leiria. Esta região possui uma extensão de 187,25 km², abrangendo 42.132 utentes, sendo 20.426 homens e 21.706 mulheres, em 2025. O concelho da Marinha Grande possui um índice de dependência total de 57,14%, sendo 19,26% referente a jovens e 37,88% a idosos (Anexo I) (Ministério da Saúde, 2025c).

A Marinha Grande é um concelho onde a indústria é o setor de atividade predominante, o que lhe confere características sociais e de saúde bastante específicas. Nas últimas décadas, o município tem verificado um crescimento significativo da população residente, impulsionado em grande medida pelo aumento da população imigrante, com destaque para as comunidades indiana, brasileira e oriunda de países do leste europeu (UCC MG, 2023).

A UCC MG estabelece parcerias com várias entidades, trabalhando em interligação com outras UF, tais como: Unidade de Saúde Familiar (USF) Semear, USF Stephens, USF Vitrius, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Atlântica, USP RL polo MG e Serviço de Apoio – ULS RL na [REDACTED]. Tem alguns parceiros comunitários tais como: a Câmara Municipal da Marinha Grande, as Juntas de Freguesia do concelho, os Agrupamentos de Escolas do concelho da Marinha Grande, o Rotary Club da Marinha Grande, a Associação Novo Olhar II, o Sport Operário Marinhense, a Associação para Desenvolvimento Económico e Social da Região da Marinha Grande (ADESER II), o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) e a Sociedade Artística e Musical dos Pousos (SAMP).

A equipa multidisciplinar da UCC MG é formada por 10 enfermeiros especialistas e 2 secretárias clínicas (Ministério da Saúde, 2025c). A equipa também integra profissionais da antiga Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), como um médico, uma psicóloga e uma assistente social.

A OE no Regulamento n.º 743/2019 (2019) refere que a dotação segura de enfermeiros numa UCC deve ser de 1 enfermeiro para cada 5.000 habitantes, de preferência enfermeiros

especialistas. No entanto deve ter-se em conta as "(...) características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar os resultados" (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019, p. 133). Assim, para a UCC MG, com uma população de 42.132 utentes, o cálculo para as suas necessidades é de 8 enfermeiros, o que significa que esta unidade se encontra dentro dos parâmetros delineados, com 10 enfermeiros na equipa. Contudo, o mesmo Regulamento acrescenta que os cálculos deverão ter em consideração também o diagnóstico de saúde da comunidade, possibilitando a necessidade de mais enfermeiros.

A UCC MG possui uma carteira de serviços contratualizados, de acordo com os programas do Plano Nacional de Saúde (PNS), desenvolvendo na comunidade um conjunto de programas ou projetos. É realizada a promoção da saúde nas diferentes fases do ciclo de vida da pessoa, no seu contexto familiar e social, sendo também feita uma articulação com as diferentes UF, bem como serviços e entidades comunitárias locais. A Carteira Básica de Serviços da UCC (contratualizada anualmente) compreende a execução de vários programas e projetos que estão expressos no Anexo II, acrescentando ainda a estes, ao nível da saúde escolar o Suporte Básico de Vida e no âmbito dos doentes crónicos a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (UCC MG, 2023).

Quanto aos indicadores avaliados na UCC MG, presentes na matriz multidimensional da contratualização das UCC, estes têm impacto no cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), orientando a prestação de cuidados e a elaboração de projetos da unidade (Ministério da Saúde, 2025c).

Na UCC MG, a ECCL integrada na RNCCI, dispõe de um total de 14 vagas, envolvendo nas suas intervenções doentes, familiares e outros prestadores de cuidados. A ECCL é definida como uma:

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

Na UCC MG, diversos sistemas de informação são utilizados para a monitorização dos dados, destacando-se: SClínico, o RSE, 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.

Após a caracterização de cada unidade de estágio como parte do desenvolvimento das competências do EESCSP, torna-se fundamental abordar os Modelos Teóricos de Enfermagem que sustentaram a prática de cuidados ao longo dos estágios.

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

Segundo Taffner & Freitas (2022, p. 190) "As teorias de Enfermagem são o conjunto de conceitos e princípios da ciência da Enfermagem e objetivam descrever, explicar, diagnosticar e prescrever o cuidado de Enfermagem com respaldo científico". Neste sentido as teorias de Enfermagem contribuem para o pensamento crítico e tomada de decisão, fomentando uma ligação entre a teoria e a prática num sentido constantemente evolutivo, ou seja, refletem a qualidade dos cuidados de Enfermagem (Merino, et al., 2018).

As teorias legitimam a prática, conferem identidade e diferenciam a enfermagem dos demais saberes gerando autonomia de existências através de um conhecimento próprio. Elas direcionam e fundamentam a prática de enfermagem, permitindo a organização de um cuidado que se adapte ao contexto e às características da pessoa, família ou comunidade, favorecendo uma abordagem holística do utente (Silva & Nascimento, 2023).

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

De seguida, são descritos o modelo teórico e o modelo de intervenção que guiaram a prática de cuidados de enfermagem ao longo do estágio de ESCSP, em especial o projeto de intervenção comunitária associado à migração e a multiculturalidade, onde se sugere a TDUCC de Madeleine Leininger. Esta orienta o estabelecimento de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, tendo em conta os fatores da saúde e bem-estar das comunidades de várias culturas (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

Sendo a comunidade a unidade de cuidados do EESCSP, emerge o MAIEC como orientador da tomada de decisão para o empoderamento comunitário, quanto à participação dos membros comunitários na identificação e resolução dos seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma de agentes externo (Laverack, 2005 em Melo, Silva, & Figueiredo, 2018).

2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

Vivemos num mundo onde a movimentação de pessoas é uma realidade, trazendo consigo não apenas pertences materiais, mas também cultura, costumes, crenças e estilos de vida, que devem ser reconhecidos por qualquer enfermeiro.

Madeleine Leininger, nos anos 50, observa esta realidade e percebe que existe uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam o comportamento das crianças que

estavam sob o seu cuidado, pois estas apresentavam alterações do comportamento que estavam relacionadas com uma base cultural, sendo essencial que os enfermeiros conhecessem a cultura onde estavam inseridas, para compreender melhor essas diferenças e adequar a prestação de cuidados (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

Surge assim a teoria desenvolvida por Leininger, designada de TDUCC, onde surge o conceito de Enfermagem transcultural, definido como:

um subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas, com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com os seus valores culturais e contexto de saúde-doença (Leininger, 1979 em George & colaboradores, 2000, p.297).

Leininger defende que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem, entendendo que o cuidado ao utente é exercido por meio de dois sistemas: o popular e o profissional. O sistema popular de cuidado *emic* é considerado como o sistema local, das tradições, em que se inclui a família ou a comunidade. O sistema de cuidado *etic* é o profissional de cura e cuidado, que é desenvolvido nos serviços especializados realizados por profissionais nas instituições. A saúde nestes sistemas é um estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades, segundo os padrões desejados em determinada cultura (Pennaft, Queiroz, & Jorge, 2012). Só assim os cuidados poderão ser congruentes, promovendo o desenvolvimento de serviços de enfermagem justos, compassivos, competentes, eticamente apropriados e equitativos (Pennaft, Queiroz, & Jorge, 2012; Albuquerque, 2009).

Esta teoria é representada por o Modelo Sunrise que simboliza o nascer do sol, metáfora que representa a esperança para gerar novos conhecimentos para a Enfermagem, tendo como finalidade de ajudar a que os constituintes da teoria influenciem o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014). Este modelo destaca as fases do processo de Enfermagem, cuja implementação favorece uma compreensão mais ampla do ser humano, considerando-o inseparável do seu contexto cultural. Dessa forma, possibilita um cuidado culturalmente congruente, alinhado com o seu principal objetivo (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

No Modelo *Sunrise* existem aspetos firmes representados no seu diagrama onde as dimensões das estruturas cultural e social, são formadas por fatores que se encontram interrelacionados: fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de parentesco e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014). Existe também uma reciprocidade entre estas duas estruturas, onde o cuidado cultural é influenciado e influencia as dimensões da estrutura cultural e social que, por sua vez, também são influenciadas e influenciam todos os seus fatores constitutivos e são modificadas pelos contextos de linguagem e pelo ambiente em que eles existem (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Barbieri-Figueiredo, 2014). Este diagrama encontra-se representado na Figura 2 que se encontra de seguida.

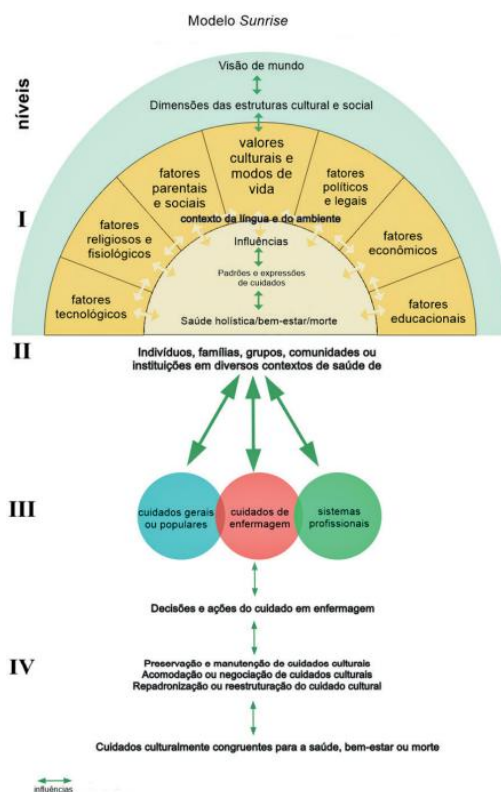


Figura 2 - Diagrama representativo do Modelo Sunrise

Nota. Retirado de Machado, C., Borges, L., & Robban, S. (2023). *Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger*. 27(1), p 40. (doi:<https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>).

Assim, ao compreender as crenças, expressões e práticas culturais, o enfermeiro pode integrá-las no plano de cuidados, garantindo a prestação de cuidados culturalmente adequados, seguros e benéficos a pessoas de diferentes culturas. Os cuidados são prestados de forma culturalmente congruente, respeitando os estilos de vida e valores das pessoas, e o utente é visto de uma forma holística. Os enfermeiros devem assim, no desempenho das suas funções, ter conhecimento e promover o respeito, de modo a produzir um saber comum entre

os cuidados *emic* e o *etic*, conhecendo o modo de viver de indivíduos e grupos, e adequar os cuidados ao utente tendo em atenção a ética profissional e o respeito pelo indivíduo.

No contexto do estágio, foi importante ter presente a Teoria Transcultural de Leininger, dado que nas várias atividades desenvolvidas deparei-me com população de nacionalidade estrangeira (âmbito escolar, rastreios visuais infantis e vacinação), com culturas bastante diferentes. Seguindo a mesma linha, também o meu projeto de intervenção comunitária "ENGAGE24", cuja população-alvo são os imigrantes indianos, é pertinente ser assente nesta teoria. Assim, importa proporcionar cuidados assentes no cuidado cultural que destaca a importância de compreender e respeitar as crenças, valores e práticas culturais da pessoa, família ou grupo, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem eficazes e culturalmente sensíveis, sendo o enfermeiro um agente facilitador da saúde e do bem-estar das pessoas (Machado, Borges, & Robban, 2023).

2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

A comunidade possui uma identidade e dinâmica próprias, onde indivíduos e grupos comunitários interagem entre si e com o ambiente que os envolve (Melo, 2020). Dessa forma, ao dirigir o foco de cuidados para a comunidade, esta surge como cliente (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018).

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

Com esta visão de cuidados à comunidade surge o MAIEC, um modelo que permite orientar os enfermeiros na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem e, com ele, vem acompanhado o conceito de Empoderamento Comunitário (Melo, 2020).

No sentido de entender este conceito, Melo (2020) explica que a capacitação é vista como uma fase do empoderamento comunitário, mais centrada numa ação de desenvolvimento de capacidades individuais, mas que isoladamente não permite empoderar; já o empoderamento comunitário refere-se à delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas (Melo, 2020), ou seja, é entendido como a conquista da liberdade, sendo através desta que os indivíduos e as comunidades assumem controlo e responsabilização pela sua própria saúde (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018).

O empoderamento comunitário é um processo em que os indivíduos, através da participação dos membros da comunidade, constroem estratégias e ações para atingir objetivos, sendo que esta conquista requer uma contínua procura e aquisição de recursos, a participação nas

decisões que afetam a comunidade e a consolidação das organizações que fazem a articulação entre a comunidade e outros (Melo, 2020).

Para Laverack (2008) o empoderamento comunitário é um processo interativo e contínuo, no qual o promotor de saúde pode intervir a qualquer momento e em diferentes sistemas; a sua atuação está condicionada pelo ambiente e pelas interações com os diversos sistemas envolvidos, sempre com o objetivo de promover a melhoria da saúde e do bem-estar coletivo. A avaliação do empoderamento comunitário é realizada através de uma escala designada *Empowerment Assessment Rating Scale*, que foi traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa, designando-se por Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC) (Melo, 2020).

Esta escala apresenta nove domínios de avaliação que são os seguintes: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para "questionar porquê", gestão de programas e relação com agentes externos (Figura 3). Cada um dos domínios tem 5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento, numerados de 1 a 5, sendo o depoimento 1 aquele que caracteriza o nível menor de empoderamento e o depoimento 5 o que caracteriza o nível maior (Anexo III).



Figura 3 - Domínios da Escala EAveC

Nota. Retirado de Melo, et al. (2020). *Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale*, (p. 444), de, 2020, Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43(1). (https://www.researchgate.net/publication/344864977_Traducao_para_portugues_e_validacao_cultural_da_Empowerment_Assessment_Rating_Scale_Translation_to_portuguese_and_cultural_validation_of_the_Empowerment_Assessment_Rating_Scale).

A avaliação destes domínios deve ser feita num contexto de envolvimento dos membros da comunidade, utilizando como técnica o Grupo Focal e tendo como foco a problemática identificada. Os cinco depoimentos que a escala prevê para cada domínio devem ser apresentados, de forma aleatória, pelo agente externo à comunidade. Analisando os

depoimentos, os membros devem chegar a um consenso sobre qual o depoimento que melhor se enquadra no momento da avaliação para a comunidade em estudo (Melo, 2020).

Esta avaliação pode ser representada através de um gráfico de radar, que permite visualizar o nível de empoderamento comunitário em cada um dos nove domínios relativamente a um determinado tema, com o objetivo de intervir nos domínios com valores mais baixos, garantindo melhorias, enquanto os demais também podem ser melhorados (Melo, 2020).

Assim, o MAIEC permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, emergindo assim, como referencial teórico direcionando para a comunidade como foco dos cuidados, sendo constituído pela definição de conceitos, pressupostos, postulados e uma Matriz de Decisão Clínica (Melo, 2020).

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

Neste modelo surgem alguns conceitos relacionados com a Enfermagem de Saúde Comunitária, tais como: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade. O conceito de Comunidade é definido como um conjunto de pessoas que está integrado num dado contexto geográfico delimitado, com funções identificadas e com partilha de objetivos comuns, ou seja, um sistema relacional aberto de interação de pessoas, grupos e organizações comunitárias; o Ambiente Comunitário é constituído pelos membros da comunidade e pelas pessoas externas que mantêm interação com a comunidade, através de elementos físicos, elementos económicos e financeiros da comunidade e ainda, pelas políticas comunitárias/ organizações comunitárias; a Saúde Comunitária é a capacidade de identificar e resolver os problemas de saúde através do processo de empoderamento comunitário e, por último, os Cuidados de Enfermagem à Comunidade que se relacionam com a intervenção colaborativa da comunidade, potenciada pela abordagem da gestão comunitária dos cuidados de enfermagem no empoderamento comunitário (Melo, 2020).

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

O MAIEC assume 4 pressupostos, tendo como referencial o MDAIF mas considerando uma perspetiva sistémica da comunidade como alvo de cuidados dos enfermeiros onde se salienta que: o alvo dos cuidados dos enfermeiros é a comunidade; o enfermeiro deve trabalhar em parceria com membros e líderes da comunidade promovendo o empoderamento comunitário; os cuidados devem potenciar os domínios facilitadores do seu empoderamento, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade; e os cuidados de enfermagem devem focar-se tanto na saúde comunitária como um todo (Melo, 2020).

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

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC integra focos de atenção, diagnósticos de enfermagem centrados na comunidade e intervenções de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Melo, 2020), como se pode verificar na Figura 4.

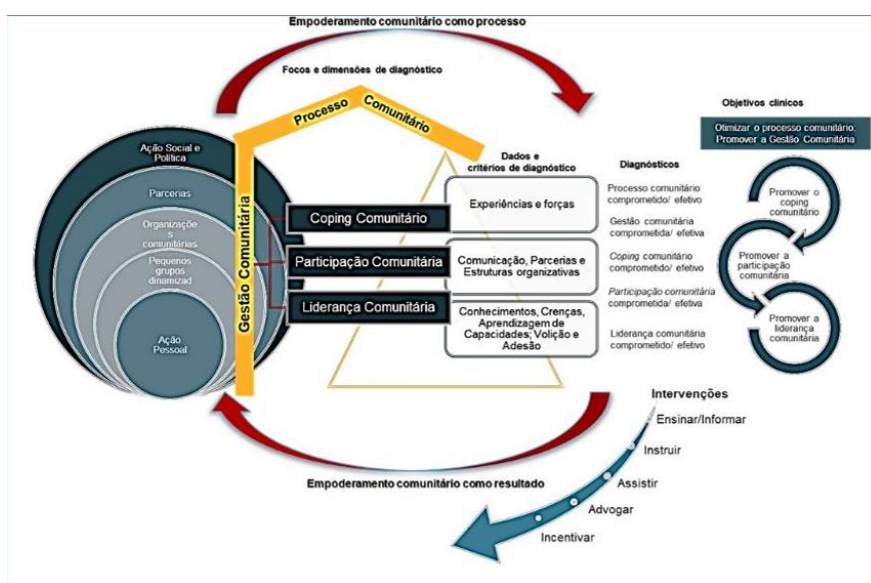


Figura 4 - Matriz de Decisão Clínica do MAIEC

Nota. Adaptado Melo (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Desta forma, o foco central da atenção do enfermeiro é a gestão comunitária, definida como a capacidade de a comunidade mobilizar, no contexto dos problemas intencionais e dos processos de interação com o ambiente comunitário, recursos para identificar e resolver os seus problemas. O enquadramento da gestão comunitária, no que se relaciona com a decisão clínica, associa-se a três dimensões de diagnóstico: o *coping* comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária. Estes dividem-se em dados e critérios de diagnóstico: experiências e forças; comunicação, parcerias e estruturas organizativas; e conhecimento, crenças, aprendizagem de capacidades e volição. Considera-se que a gestão comunitária se encontra comprometida, caso uma ou mais dimensões de diagnóstico estiverem comprometidas, isto é, se os seus critérios de diagnóstico estiverem alterados (Melo, 2020).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC apresenta, as intervenções do enfermeiro que dão resposta a cada um dos diagnósticos comprometidos, para darem resposta aos objetivos: otimizar o processo comunitário, promover a gestão comunitária, promover o *coping* comunitário, promover a participação comunitária e promover a liderança comunitária (Melo, 2020).

Para a avaliar a eficácia da intervenção na promoção do empoderamento comunitário, sendo este um processo contínuo e dinâmico, é necessário repetir a EAvEC. Conseguindo, assim, saber se houve ou não uma melhoria no empoderamento da comunidade face à problemática que foi alvo de intervenção (Melo, 2020).

Segundo Laverack & Wallerstein (2001) pode ser essencial sete ou mais anos para se atingir o nível pleno de empoderamento comunitário. No entanto Melo (2020) refere que nos projetos onde tem sido implementado o MAIEC, a reavaliação da EAvEC tem sido um ano após a intervenção comunitária. Por conseguinte o recurso ao MAIEC enquanto referencial teórico pressupõe que o enfermeiro, enquanto agente externo promotor do empoderamento comunitário, trabalhe em parceira com os membros e líderes da comunidade, potenciando os recursos existentes, devendo seguir as etapas do PS (Melo, 2020).

O MAIEC representa uma abordagem de trabalho colaborativa entre o enfermeiro e a comunidade onde se pretende identificar, avaliar e responder às necessidades de saúde de forma sustentável e participativa da comunidade, permite atuar em diversos contextos, como nas comunidades imigrante, com vista ao seu empoderamento e capacitação (Melo, 2020). Assim, fará todo o sentido assentar o meu projeto de intervenção comunitária neste modelo.

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

O curso de Mestrado em Enfermagem contribui para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, ampliando os seus conhecimentos, competências, o raciocínio crítico, a resolução de problemas e a tomada de decisão. A formação de enfermeiros especialistas oferece a possibilidade aos enfermeiros de se qualificarem, tornando-os mais aptos para a prática de cuidados especializados, e é também, uma mais-valia para o desenvolvimento da enfermagem (Silva, et al., 2018).

Em Portugal existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, reconhecida pela OE, bem como o conjunto de competências especializadas que decorre do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais concretizando-se em competências comuns, previstas no Regulamento n. 140/2019 da OE (2019, p. 4744) no qual o enfermeiro especialista "(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem." E também nas competências específicas do EESCSP, previstas no Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018) que visam fornecer um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes enfermeiros especialistas.

De seguida, serão descritas e analisadas de forma reflexiva as atividades desenvolvidas durante os estágios, destacando o seu contributo para a aquisição e para o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

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

Nos termos da alínea a) do art. 3º do Regulamento n.º 140/2019 que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem, são definidas as competências comuns, sendo estas as competências

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4745).

No mesmo art., na alínea b), é clarificado o conceito de competências específicas, como sendo as 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” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4745).

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

3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio é exigido ao enfermeiro especialista uma prática profissional ética e legal na sua área de especialidade, tendo em conta as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e, também, que este garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, analise e interprete as situações específicas de cuidados e consiga gerir as situações mais comprometedoras perante a pessoa (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Como referido no código deontológico da profissão, procurei ter sempre presente no meu exercício profissional a defesa dos direitos humanos, o respeito pela vida, pela dignidade humana, e pela saúde e bem-estar da população (Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, 2015). Procurei sempre assegurar a privacidade, a confidencialidade e a segurança da informação tendo em conta os valores, costumes da pessoa ou grupo, respeitando os princípios bioéticos da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia, de acordo com direitos e deveres de cada um.

Procurei aplicar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares lecionadas, sempre fundamentados na evidência científica mais recente. Destacam-se também alguns documentos reguladores da prática de enfermagem que tiveram sempre presentes na minha conduta como enfermeira, tais como: o Regulamento que Define o Ato do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências Específicas do EESCSP e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na área de ESCSP.

Foi essencial para a integração nas unidades de estágio (USP e UCC) perceber a dinâmica das mesmas, tendo isso sido facilitado através da consulta de alguns documentos normativos como: o manual de acolhimento, regulamento interno e relatório de atividades. Esta

compreensão permitiu uma melhor adaptação às realidades distintas, respeitando a segurança das informações transmitidas e assumindo uma postura de competência, onde a responsabilidade, a assiduidade e a pontualidade estiveram presentes.

Além disso, possibilitou uma participação ativa nas tomadas de decisão em equipa, contribuindo para a construção de estratégias eficazes para responder aos problemas identificados, sempre com um juízo crítico e equitativo.

Ao longo do estágio, pude realizar intervenções em comunidades imigrantes residentes na área de abrangência da USP RL polo MG e UCC MG, sendo que na USP este contacto foi feito através da realização de rastreios visuais e da vacinação, e na UCC no contexto de ECCI e, essencialmente com o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária "ENGAGE24", dirigido à comunidade indiana. Perante estas intervenções foi essencial aumentar o meu conhecimento sobre as diferentes culturas, costumes, religiões, baseando-me na evidência científica, de forma a poder prestar cuidados culturalmente adequados e respeitando os valores universais e os direitos humanos. Ao desenvolver esta competência, permitiu-me realizar intervenções sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, abstendo-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e salvaguardando os seus direitos individuais e sociais (Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, 2015).

Noutra atividade, nas visitas domiciliárias em contexto de ECCI, houve uma preocupação constante em preservar a intimidade e a privacidade, garantindo a individualidade e os direitos de cada pessoa. A prática foi conduzida de forma imparcial, isenta de juízos de valor, considerando sempre os contextos familiares e assegurando que estes fossem integrados no planeamento das intervenções.

O desenvolvimento desta competência foi também notório durante a realização do projeto "ENGAGE24", em que se elaborou um pedido de parecer à Comissão de Ética da ULS RL e respetivo Conselho de Administração para a realização do projeto. Este pedido teve por base os princípios anteriores, sustentados na Declaração de Helsínquia sendo que, e integrado no projeto, a realização da intervenção ao grupo de imigrantes e a reunião com o grupo focal (desenvolvidos no Capítulo 5) tiveram por base o consentimento informado para a participação livre, voluntária e esclarecida dos participantes.

Como refere Serrão (1996, p. 80) "a obtenção do consentimento é um diálogo racional entre duas pessoas autónomas que decidem livremente e não um ato de sujeição de vontade de um, em conflito com a vontade do outro".

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

As competências inerentes a este domínio assentam em que o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em problemas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019, p. 4747).

No âmbito destas competências desenvolvi práticas de qualidade colaborando nos programas existentes (no âmbito da USP e UCC) e garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). Procurei fomentar a sensibilidade e o respeito pela cultura e crenças da pessoa/grupo nas várias intervenções (como o caso das intervenções dirigidas a imigrantes na USP e UCC); implementar medidas de garantia da segurança dos dados e registos (como a realização de registos de enfermagem adequados no SClínico ou na plataforma VACINAS aquando do registo de vacinas administradas), garantir a transmissão de informações claras, precisas e ajustadas às necessidades de cada um (como na vacinação a correta explicação à pessoa acerca do procedimento a realizar, tal como, os cuidados a ter e possíveis reações); cooperar na organização do trabalho, utilizando os recursos adequados, com vista à minimização de erros; e prevenir os riscos ambientais, protegendo, preservando e respeitando o ambiente, de forma a promover o desenvolvimento sustentável a longo prazo (Lei n.º 19/2014 da Assembleia da República, 2014).

É igualmente fundamental destacar que, no processo contínuo de melhoria da qualidade, é essencial refletir sobre a adequação dos recursos humanos, assegurando dotações seguras que favoreçam a prestação de cuidados de excelência. Para isso, é necessário garantir um número adequado de enfermeiros nas unidades, em conformidade com as características da comunidade a que prestam cuidados, promovendo a qualidade e segurança dos serviços de saúde, conforme estabelecido no (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019).

A Regulamento n.º 348/2015 da OE (2015) dando corpo a esta melhoria contínua, criou os Padrões de Qualidade para os cuidados especializados, sendo estes um referencial para a prática dos enfermeiros especialistas, com a reflexão e a criação de projetos, visando a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Neste seguimento surge o desenvolvimento e implementação do projeto “ENGAGE24”, que foi sustentado pela evidência científica mais atual e pertinente, tendo para tal, sido consultadas normas orientadoras, pesquisas de documentos científicos no âmbito da temática da imigração, como também, a realização de uma RIL com obtenção de linhas orientadoras para a execução do projeto. Com este projeto pretendeu-se promover a melhoria continua dos cuidados prestados à comunidade imigrante, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Diante do exposto, em todas as atividades realizadas, tanto na USP RL polo MG quanto na UCC MG, foi realizada uma pesquisa fundamentada, recorrendo a repositórios e bases de dados científicas, websites oficiais do Ministério da Saúde, a legislação vigente, entre outras fontes relevantes. Foi essencial, a consulta de normas orientadoras e os regulamentos internos de cada serviço, de maneira a compreender as instituições e procurar melhorar os cuidados prestados.

Foi assim adotado um papel de dinamização, através da gestão das atividades, recursos humanos e materiais, necessários à concretização dos objetivos e, por sua vez, uma postura proactiva com o intuito de promover o envolvimento dos participantes, fomentando um ambiente seguro.

3.1.3. Gestão dos cuidados

É da competência do enfermeiro especialista a gestão dos cuidados através da otimização do trabalho de equipa, adequando a liderança e os recursos às necessidades dos cuidados de enfermagem, garantindo a sua qualidade (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

A aquisição de competências no domínio da gestão de cuidados é essencial para melhorar a satisfação das necessidades dos utentes e profissionais, utilizando recursos humanos, financeiros e materiais da forma mais eficiente, garantindo assim, a qualidade de cuidados. Neste sentido, procurei gerir os cuidados de enfermagem de acordo com a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, reconhecer as funções dos diferentes membros da equipa da USP e UCC, colaborar nas decisões da equipa, utilizar os recursos de forma eficiente, fomentando assim um ambiente de trabalho positivo.

Esta competência está estreitamente relacionada com o trabalho em equipa. No caso da equipa da UCC MG, esta é composta vários profissionais, inclusive por enfermeiros com diferentes especialidades, o que possibilita a definição de intervenções mais adequadas às reais necessidades da comunidade à qual prestam cuidados. Como exemplo disso, temos as reuniões semanais de equipa, onde são debatidos os projetos, realiza-se o planeamento das atividades, reflete-se acerca de desafios enfrentados ou estratégias de melhoria, no sentido de uma gestão eficiente e melhoria continua dos cuidados. Nesta reunião está integrada a reunião da ECCI, em que são apresentados os utentes integrados na unidade, e discutidas as necessidades destes com a equipa multidisciplinar, sendo delineado um Plano Individual de Intervenção adequado ao utente e família, de forma que possa existir melhoria dos cuidados e, conseqüente melhoria do estado de saúde do utente.

Ao longo dos estágios, considero que apresentei capacidade de trabalho em equipa, adequando a liderança e a gestão dos recursos ao contexto, com vista à otimização da

qualidade dos cuidados. O desenvolvimento do projeto “ENGAGE24” exemplificou essa realidade, demonstrando que o trabalho em equipa, tanto com a equipa multidisciplinar de saúde, como com outros parceiros da comunidade, foi essencial para a concretização e sucesso do projeto.

Considero que este domínio não é facilmente alcançável num contexto de estágio, uma vez que a gestão de recursos e a otimização das respostas das equipas nem sempre está ao alcance do estudante, pois exigem uma integração plena nas suas dinâmicas, algo que nem sempre é viável num curto período. No entanto, considero que compreendi as dinâmicas de trabalho desenvolvidas dentro da UCC e da USP bem como a importância de trabalhar em equipa.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências ao nível destes domínios ditam que o enfermeiro especialista “desenvolve autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019, p. 4749). Relativamente a este domínio procurei estar sempre disponível para colaborar com a equipa, estando aberta a todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, mas mais que tudo, reconhecendo o meu papel enquanto estudante, procurando continuamente aprofundar os meus conhecimentos teórico-práticos, essencialmente através da pesquisa e investigação.

Fundamentar a prática numa base científica, sólida e documentada, é essencial para garantir uma transmissão de conhecimentos segura e informada, seja em formações para grupos da comunidade, no acompanhamento individual ou na interação com os pares. Seguindo essa abordagem, realizei pesquisas fundamentadas no âmbito da minha prática, como o caso da preparação das sessões de educação para a saúde no contexto da UCC, especialmente na área da saúde escolar. Da mesma forma, na construção do projeto “ENGAGE24”, elaborei uma RIL e aprofundei o estudo das teorias e modelos de enfermagem aplicados no projeto.

A investigação é um pilar fundamental para a profissão de enfermagem, pois possui um peso sobre a criação de padrões de qualidade, tendo por base as necessidades evidenciadas e a eficácia das práticas clínicas (Regulamento n.º 613/2022 da OE, 2022), contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, estratificando uma articulação entre os contextos de formação, investigação e prática clínica, de forma a implementar a evidência científica nos diferentes contextos clínicos (Néné & Sequeira, 2022).

Ao longo dos estágios, o acompanhamento e a disponibilidade por parte dos enfermeiros orientadores e dos restantes elementos da equipa da USP e da UCC foram essenciais,

proporcionando a partilha de experiências e o espírito de entreatajuda, fatores determinantes para o meu crescimento profissional enquanto futura EESCSP.

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

Neste estágio tive algumas oportunidades formativas que foram uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional, pela aquisição de conhecimentos e aprendizagens, tais como:

- Participação no workshop "MAIEC – Modelo de Empoderamento Comunitário" no âmbito do I Encontro de Enfermagem da ULS RL (Anexo IV);
- Participação no Evento "PNS em Movimento" que foi composto por uma sessão plenária intitulada de "Ao Encontro das Pessoas em Portugal" seguindo-se um workshop "Planear para a Saúde Sustentável" organizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) juntamente com a ULS RL (Anexo V);
- Participação no Encontro "Envelhecimento Protegido", organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública (Anexo VI).

Pude assistir também a duas formações em serviço no âmbito da UCC intituladas "Ergonomia nos Cuidados de Saúde - *Stretching*" e "Projeto Ama(mentar)", apresentadas por enfermeiras da UCC MG e ainda, uma tertúlia intitulada "Demência", dirigida a idosos e ministrada por colegas Enfermeiros da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Elaborei um artigo para o Jornal da Marinha Grande, refletindo as sessões de educação para a saúde realizadas sob o título "Cancro: Falar para Prevenir", e onde se fez ênfase à prevenção do cancro e menção aos movimentos "Outubro Rosa" e "Novembro Azul" (Apêndice I).

Após o término do estágio foi proposta a divulgação dos resultados do projeto "ENGAGE24", aos mestrandos do 4º curso de Mestrado em ESCSP, que decorreu no dia 14 de março de 2025, na ESSLei (Apêndice II e a Anexo VII).

A importância do PS conforme os princípios do MAIEC, está em garantir a eficiência, a eficácia e a equidade nos cuidados de saúde (Melo, 2020). O PS permite atuar em diversos contextos, possibilitando o acesso a cuidados de saúde para toda a comunidade, abrangendo os grupos vulneráveis, com vista ao seu empoderamento e capacitação. Assim, fará todo o sentido assentar o meu projeto de intervenção comunitária neste modelo nesta metodologia.

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

O EESCSP detém um conhecimento aprofundado, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão e a sua intervenção tem como alvo a comunidade, focando-se nos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015). No Regulamento n.º 428/2018 estão explanadas as competências específicas do EESCSP, centrando a comunidade como unidade central de cuidados (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). De seguida, apresenta-se o desenvolvimento dessas competências, alicerçado num processo de reflexão e pensamento crítico, com base nas diversas atividades realizadas.

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

O PS define-se como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993); englobando 3 etapas: a elaboração do plano, a sua execução e a sua avaliação (Melo, 2020). Dentro da elaboração do plano encontram-se: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas ou projetos e a preparação da execução (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste sentido foi dada continuidade ao projeto de intervenção comunitária “ENGAGE23” – Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no Concelho da Marinha Grande, iniciado em 2023.

O surgimento da necessidade de intervenção na comunidade indiana residente no concelho da Marinha Grande, justificou-se pelo incremento desta comunidade na Marinha Grande nos últimos anos, verificando-se uma maior afluência aos serviços de saúde, que se evidenciou essencialmente na pandemia de COVID-19, existindo uma necessidade de análise dos determinantes de saúde desta comunidade, para assim poder compreender melhor as suas necessidades, de forma a dar-lhes resposta com o desenvolvimento de um projeto de intervenção.

Desta forma, um projeto define um objetivo a atingir e clarifica as estratégias e mobiliza os recursos necessários para atingir esse objetivo, sendo um processo contínuo com vista à

implementação de uma mudança. É circunscrito para uma determinada população e para um determinado horizonte temporal (Rodrigues, 2021).

Ao longo do desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária e da prestação de cuidados à comunidade, procurei alinhar a minha prática com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EESCSP, conforme preconizado pela OE (Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015).

O Projeto "ENGAGE23" deu resposta às etapas iniciais do PS culminando com a fase da priorização e onde resultaram dois diagnósticos de saúde prioritários: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade imigrante da indiana, residente no concelho da Marinha Grande. O meu projeto de intervenção comunitária incidiu no segundo diagnóstico mencionado.

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário, será o profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população imigrante, considerando-se que o EESCSP reúne o perfil de competências adequadas à intervenção neste nível, pois, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EESCSP "estabelece, com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade", capacitando-a na aquisição de estilos de vida saudáveis, na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19354).

Perante o diagnóstico de saúde definido, foi identificado como finalidade melhorar o empoderamento comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura. Para responder ao mesmo e orientar a fase de intervenção do projeto, foi realizada uma RIL, com o objetivo de compreender de que forma a cultura influencia a atitude da comunidade imigrante indiana, em relação à saúde e à doença (Apêndice III).

Após a análise dos estudos verificou-se que a atitude perante a saúde e a doença está diretamente ligada ao conhecimento e às práticas adotadas pelos indivíduos, sendo também profundamente influenciada pelo contexto cultural e religioso, que determina como as pessoas percebem e respondem às questões de saúde. Pode identificar-se a existência de fatores que influenciam os estilos de vida e os comportamentos de saúde dos imigrantes, aliados ao contexto cultural, que afetam diretamente a forma como a saúde e a doença são compreendidas e vivenciadas, nomeadamente a alimentação, a prática de exercício físico e as dependências.

Foram evidenciadas como principais barreiras: a **comunicação**, relacionadas com a língua e o **baixo nível de Literacia em Saúde (LS)**, relacionado com o conhecimento sobre os hábitos de vida saudáveis, vacinação e exames complementares de diagnóstico.

Também realizei uma análise dos estudos selecionados tendo em conta o Modelo *Sunrise* de Leininger o que permitiu verificar quais os fatores que apresentavam mais barreiras tendo-se constatado que eram os **Valores Culturais e Modos de Vida**, os **Fatores Religiosos** e os **Fatores Educacionais**, que mais influenciavam a atitude face ao estado de saúde-doença destes imigrantes. Conhecendo melhor estes fatores o enfermeiro consegue adequar os seus cuidados, compreender e respeitar a pessoa, família ou grupo, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem eficazes e culturalmente sensíveis, sendo este um agente facilitador da saúde e do bem-estar das pessoas (Machado, Borges, & Robban, 2023).

Mediante o exposto foi desenvolvido o Projeto "ENGAGE24" - Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante Indiana da Marinha Grande", suportado nos modelos teóricos já descritos no Capítulo 2 deste relatório, tendo sido implementadas as etapas do PS, que se encontram explanadas na parte II deste relatório.

Reforço que para a consecução deste projeto foi imprescindível o apoio e experiência de peritos. Desta forma, as enfermeiras orientadoras foram pilares fundamentais no estágio, ao promoverem e acompanharem todas as etapas do PS.

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Esta competência é de extrema importância e encontra-se intimamente relacionada com a promoção da LS e autocuidado na população, sendo crucial que o EESCSP incentive a participação da pessoa/grupo na tomada de decisão, no seu processo saúde/doença. Para facilitar essa participação, é preciso capacitar por meio de estratégias para envolver a comunidade em prol da saúde individual e coletiva (Heideman, Souza, Davydson, Oliveira, & Marques, 2021).

O EESCSP deve auxiliar e procurar na comunidade os recursos para a resolução dos problemas, empoderando-a, uma vez que os ganhos em saúde se centram na comunidade como um todo, mas também ao nível global, tendo impacto na Saúde Pública, da qual a comunidade faz parte (Melo, 2020).

O EESCSP é aquele que lidera projetos comunitários com vista à capacitação de comunidades no alcance da saúde das mesmas. Por esse motivo integra, participa e procede à gestão da informação em saúde para os grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018

da OE, 2018). Assim, o processo de capacitação de grupos e comunidades, pressupõe que a comunidade tome decisões levando à resolução dos seus problemas (Melo, 2020).

Este estágio proporcionou uma participação ativa no processo de capacitação de grupos e comunidades, permitindo o envolvimento em diversos momentos que contribuíram significativamente para a formação de diferentes comunidades, as quais serão descritas a seguir:

Consulta do Viajante

Uma atividade em que se desenvolveu esta competência foi na Consulta do Viajante, em contexto de consulta de enfermagem, no âmbito da USP.

Nessa atividade, foi fundamental fornecer informações sobre os efeitos secundários esperados e possíveis após a administração das vacinas, bem como os cuidados a adotar. Além disso, foram partilhadas orientações e recomendações sobre os destinos de viagem, destacando medidas preventivas ajustadas ao local, às características da viagem e aos viajantes. Foram abordados cuidados de higiene pessoal, precauções com água e alimentos para prevenir a diarreia do viajante, além de orientações sobre como se proteger de picadas de insetos, que podem ser responsáveis pela transmissão de diversas doenças. Paralelamente, também foi importante esclarecer sobre os cuidados pós-vacinação, além da própria administração das vacinas.

Nestas consultas são também realizados os respetivos registos informáticos no SClinico, e na plataforma VACINAS integrada no RSE e, no caso do registo da vacina contra a febre amarela, no Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia, que tive a oportunidade de realizar.

A consulta do viajante assume uma importância crescente no controlo de surtos de doenças importadas, e na proteção de indivíduos e da comunidade.

Sendo a vacinação um direito e um dever de todos os cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, estes para além de se protegerem estão também a proteger a saúde de outros, influenciando desta forma a Saúde Pública.

Equipas de Cuidados Continuados Integrados

A ECCI para além de envolver cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, envolve, também, a capacitação do utente, família e comunidade, através da educação para a saúde, do apoio psicossocial e ocupacional e no apoio nas atividades instrumentais da vida diária (Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde, 2006).

O EESCSP desempenha um papel crucial na integração das ECCI pois, com suas competências, entende a dinâmica familiar como um suporte fundamental ao utente, sendo capaz de envolver e articular com outras estruturas sociais e de saúde. Durante o estágio na UCC MG, foi possível realizar visitas domiciliárias no âmbito da ECCI, o que proporcionou uma compreensão mais profunda da dinâmica dos cuidados, não apenas ao utente, mas também à sua família. Na ECCI, além de prestar cuidados de enfermagem de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, o foco também está na capacitação do utente e da família, por meio da Educação para a Saúde, quando necessário, promovendo assim uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados oferecidos.

Assim, com base no exposto, pode-se acrescentar que capacitar grupos e comunidades é um processo desafiador, especialmente quando se trata de populações vulneráveis, que têm uma maior predisposição para desenvolver problemas de saúde e, frequentemente, apresentam piores resultados em comparação com a população em geral (Lancaster & Stanhope, 2011). No entanto, é justamente nesses grupos que a intervenção do EESCSP assume maior relevância, sendo mais desafiadora e motivadora, e onde os ganhos em saúde se tornam mais evidentes.

Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

Integrado no Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) da Direção-Geral da Educação, o PNSE é um projeto transversal, multidisciplinar e operacional que funciona em articulação com outras estruturas da comunidade, nomeadamente com as unidades funcionais de saúde (Direção-Geral da Educação, s.d).

O PNSE refere que as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar, tendo como objetivos:

contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa (DGS, 2015, p. 4).

Dessa forma, durante o estágio na UCC foi possível realizar diversas sessões de educação para a saúde, as quais se descrevem de seguida:

- ✓ Primeiros socorros na escola e Suporte Básico de Vida (SBV)

Sessões a 3 turmas do 7º ano numa Escola Básica da Marinha Grande, tendo sido realizadas num total 4 sessões: 2 sessões de Primeiros socorros e 2 sessões de SBV. As sessões foram

de carácter teórico-prático permitindo aos alunos manusearem alguns materiais utilizados no tratamento de feridas e na sessão de SBV no final, realizaram individualmente o algoritmo de SBV no manequim simulador. Para a avaliação de conhecimento das sessões foi realizado um pequeno quiz com as turmas. No Apêndice IV encontra-se o plano da sessão e apresentação da mesma.

✓ Higiene do Sono

Sessões a 5 turmas do 5º ano de uma Escola Básica da Marinha Grande. Os alunos demonstraram-se participativos e interessados. No final das sessões foi realizado um quiz para avaliação de conhecimentos.

✓ Sexualidade

Sessão a 3 turmas do 9º ano de uma Escola Secundária da Marinha Grande, onde se pode falar sobre a temática do planeamento familiar na reprodução, contraceção, doenças sexualmente transmissíveis e vacinação.

✓ SBV

Sessões a 3 turmas de 11º ano numa Escola Secundária da Marinha Grande, cujo tema foi "Suporte Básico de Vida", com avaliação da sessão no final com os alunos a realizarem individualmente o algoritmo de SBV no manequim simulador.

✓ Violência

Sessão numa turma de um curso profissional de uma Escola Secundária da Marinha Grande, tendo sido abordado os vários tipos de violência com ênfase para o *bullying* e a violência no namoro. Essa sessão resultou de uma solicitação de uma professora da turma à equipa da UCC MG, após ter identificado a necessidade de intervenção devido a determinadas ocorrências na turma.

Foi também elaborado um folheto informativo que foi entregue aos alunos da turma, abordando a temática da violência e onde constavam alguns contactos úteis de apoio à vítima de violência. Como avaliação de conhecimentos da sessão foi aplicado um quiz diagnóstico antes e após a sessão. No Apêndice V encontram-se o respetivo plano de sessão, a apresentação e o folheto informativo.

No âmbito da saúde escolar, tive a oportunidade de participar no projeto "Mais Contigo" – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa, em que juntamente com a enfermeira orientadora foram realizadas 3 sessões a 3 turmas do 8º ano, numa Escola Secundária do concelho da Marinha Grande.

Nessa sessão, foi realizado um questionário interativo (utilizando *QR Code*), onde se questionava “o que é para ti a adolescência?” e cada aluno tinha de colocar 3 palavras que lhe fossem representativas. No final de todos os alunos responderem, a aplicação digital gerou uma montagem de palavras, destacando visualmente aquelas que foram mais mencionadas em comparação com as menos referidas. Com isto, conseguiu-se perceber representações diferentes em turmas diferentes, pois cada aluno tem vivências distintas.

No âmbito do estágio na USP RL polo MG, tive ainda a oportunidade de elaborar um folheto informativo sobre a “Pediculose”. Esse trabalho surgiu na sequência da reunião de preparação para o início do ano letivo da Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) da XXXXXXXXXX, onde, tendo em conta a recorrência dessa problemática, foi sugerida a distribuição do folheto aos encarregados de educação. O objetivo era fornecer orientações para o controlo da pediculose, garantindo que as informações chegassem às famílias dos alunos do pré-escolar e do 1º ciclo logo no início do ano letivo (Apêndice VI).

Programa Nacional de Vacinação (PNV)

No estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública I que decorreu na USP RL polo MG, foi identificada uma necessidade formativa, no seguimento de dois episódios de vacinação realizados em contexto hospitalar (Serviço de Cirurgia Geral), que foram reportados pela Enfermeira dos CSP, à coordenação da vacinação da ULS RL. Verificou-se que a equipa de enfermagem não procedeu ao correto registo das vacinas administradas, na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação - VACINAS e, perante isto, foi preparado um projeto de intervenção com avaliação das necessidades formativas e posterior formação dirigido aos enfermeiros e equipa de saúde do Serviço de Cirurgia (Ala A e Ala B) do Centro Hospitalar XXXXXXXXXX, local onde eu desempenho funções.

Foi realizado um levantamento de necessidades, no qual a equipa de enfermagem foi questionada sobre a temática. Constatou-se que a vacinação é um procedimento pouco frequente no Serviço de Cirurgia, sendo realizada apenas em situações específicas, principalmente em casos de doentes submetidos a esplenectomias de urgência.

Verificou-se que apenas alguns membros da equipa tinham conhecimento sobre o acesso à plataforma VACINAS e como realizar os registos da vacinação. Além disso, vários enfermeiros expressaram interesse em aprofundar os seus conhecimentos sobre as vacinas habitualmente administradas, incluindo o local de administração, as reações mais comuns, além do correto manuseio da plataforma VACINAS.

Diante dessa necessidade, elaborou-se um plano e realizou-se uma formação em conjunto com a equipa coordenadora da vacinação. Esse processo foi facilitado pelo facto de a minha

enfermeira orientadora de estágio integrar a equipa coordenadora da vacinação da ULS RL, o que permitiu uma articulação mais eficaz na transmissão de informações e no desenvolvimento do trabalho.

Na formação foram abordados alguns temas, incluindo a evolução do PNV, o atual PNV 2020, a vacinação em adultos, em grupos de risco ou em circunstâncias especiais, bem como a vacinação dos profissionais de saúde. Além disso, foi explorada a sessão vacinal, onde se discutiram os procedimentos de administração de vacinas, os cuidados a ter e o registo adequado na plataforma VACINAS (Apêndice VII). Nesta sessão estiveram presentes enfermeiros, farmacêuticos e alguns médicos, o que permitiu que a informação fosse amplamente disseminada entre os diferentes profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados.

Além de possibilitar a capacitação deste grupo de profissionais, foi fundamental estabelecer uma maior proximidade entre o hospital e a equipa de coordenação da vacinação. Os utentes hospitalizados fazem parte da comunidade e, cada vez mais, é essencial promover o trabalho em parceria, assegurando a articulação entre os diferentes profissionais de saúde, de diferentes unidades, para a melhoria contínua dos cuidados prestados / ganhos em saúde.

No âmbito do estágio na USP RL polo MG tive ainda a oportunidade de elaborar a tradução de 2 folhetos informativos intitulados: "Cuidados a ter após a vacinação" (Apêndice VIII) e "Vacina da BCG" (Apêndice IX) em vários idiomas (português, inglês, ucraniano e punjabi), dirigidos à comunidade imigrante, por sugestão das enfermeiras orientadoras.

Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

No âmbito da UCC, foi realizada uma sessão de educação para a saúde intitulada "Prevenção da Diabetes" a um grupo de idosos, onde se abordou algumas temáticas relacionadas com a promoção do autocuidados e prevenção da diabetes. Esta sessão surgiu no seguimento da celebração do Dia Mundial da Diabetes, 14 de novembro, em parceria com a Junta de Freguesia da Marinha Grande e foi integrada no projeto "Envolver Mais". O plano da sessão e respetiva apresentação encontram-se no Apêndice X.

Sendo o envelhecimento um fenómeno que abrange toda a sociedade, torna-se fundamental a intervenção e corresponsabilização de todos os setores sociais na promoção da autonomia e independência das pessoas idosas. Esse processo exige o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, tanto informais como profissionais. Tal realidade representa um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, especialmente para os cuidados de saúde primários, que devem implementar e aprimorar estratégias de intervenção

comunitária capazes de mobilizar respostas eficazes e adequadas às necessidades específicas desta população (DGS, 2006).

Tive ainda a oportunidade de realizar 2 sessões de educação para a saúde intituladas "Cancro: Falar para Prevenir", e onde se fez ênfase à prevenção do cancro e menção aos movimentos "Outubro Rosa" e "Novembro Azul". Estas sessões foram realizadas num auditório da Marinha Grande, tendo sido promovidas pela Liga Portuguesa Contra o Cancro em colaboração com a UCC MG e direcionadas aos jovens que frequentam clubes desportivos da Marinha Grande. Estes movimentos têm o intuito de consciencializar, sensibilizar para a prevenção e diagnóstico do cancro da mama nas mulheres, e do cancro da próstata nos homens, bem como apoiar a investigação nestas áreas.

Foi também possível realizar uma intervenção a uma família de nacionalidade indiana, que solicitou apoio por intermédio de um amigo português, responsável pelo contacto com a enfermeira da UCC. Esta família já havia interagido anteriormente com a equipa de saúde no âmbito do projeto "ENGAGE23", o que facilitou a comunicação e fortaleceu a relação de confiança entre ambas as partes.

Foram realizadas três sessões com periodicidade semanal. Durante esse processo, foram identificados alguns problemas e elaborados diagnósticos. Quanto à mãe, foram identificados os seguintes diagnósticos: padrão de sono ineficaz e fadiga; em relação aos pais, o diagnóstico foi: déficite de conhecimento sobre estratégias disciplinares, e para a criança foi identificado o seguinte diagnóstico: dependência aumentada. Juntamente com a enfermeira orientadora, foram realizadas sessões e disponibilizadas estratégias para apoiar essa família na resolução dos seus problemas. Como resultado, observou-se uma evolução muito positiva da situação. A relação de confiança entre a família e a equipa de saúde fortaleceu-se significativamente, e a família expressou a sua gratidão. Considerando que estas comunidades têm culturas "muito fechadas", foi um grande passo para estabelecer uma maior abertura com esta comunidade.

Existe uma estreita relação entre a coordenação de programas e projetos com vista à capacitação das comunidades e grupos e a vigilância epidemiológica, uma vez que a vigilância epidemiológica permite a realização de diagnósticos e a definição de objetivos no que concerne a ganhos em Saúde Pública, estruturando o processo de desenvolvimento de programas e projetos (Melo, 2020).

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

O EESCSP desenvolve esta competência por meio da gestão, implementação e avaliação das atividades dos Programas de Saúde, conforme estabelecido no (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um documento estratégico que define as principais diretrizes, objetivos e metas para melhorar a saúde da população de um país. No PNS 2021-2030 "Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s", estão explanados os diferentes Programas de Saúde prioritários (Ministério da Saúde, 2022) .

A coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário, alinhada aos objetivos do PNS, é uma das competências específicas do EESCSP que pode desenvolver ao longo das atividades realizadas, bem como por meio da implementação do projeto de intervenção comunitária "ENGAGE24" e da integração dos programas que fazem parte da carteira de serviços dos locais de estágios, no âmbito das suas atividades, tais como:

- O **PNSE** com as atividades já descritas anteriormente, articulado com outras competências no âmbito da Saúde Escolar, onde se integra também o **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável**.

Destaco a participação no projeto AliSS (Alimentação Saudável e Sustentável), que tem como objetivo principal promover a literacia alimentar e ambiental, direcionado a alunos do 3º e 4º ano, do 1º ciclo do ensino básico e que teve o seu arranque (fase piloto) durante o ano letivo 2023/2024. No Estágio ESCSP I tive a oportunidade de participar nas duas últimas sessões finais, a sessão do compromisso em que se pode fazer um balanço de todas as atividades desenvolvidas, que estiveram na base da promoção da alimentação saudável e sustentável, e em que os alunos se comprometem na aquisição ou mudança de comportamentos; e a sessão de avaliação final, com aplicação do questionário pós intervenção que permitiu avaliar os conhecimentos adquiridos acerca da temática. Neste estágio tive a oportunidade de realizar a avaliação deste projeto desenvolvido no ano letivo 2023/2024, com base nos dados dos questionários aplicados pré e pós intervenção, verificando-se resultados bastante positivos, e que demonstraram melhoria dos conhecimentos por parte dos alunos, face a esta temática.

O PNSE tem como objetivos promover na comunidade educativa estilos de vida saudável, contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde, promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos estudantes. São várias as

áreas de intervenção do PNSE, entre as quais a saúde mental e as competências socio-emocionais dos alunos, a educação para os afetos e sexualidade ou a alimentação saudável (Amann, Monteiro, & Leal, 2015)

Neste contexto, tive também a oportunidade de participar na reunião da (ELSE) da Marinha Grande, realizada no início do ano letivo. Esta reunião contou com a presença de enfermeiros da USP e da UCC da [redacted], bem como de uma médica de saúde pública e de uma técnica de saúde ambiental. Durante a reunião, a equipa discutiu as atividades e projetos a desenvolver no âmbito da saúde escolar, incluindo a implementação de novas iniciativas para promover a saúde e o bem-estar dos alunos.

As equipas de saúde escolar desempenham um papel essencial e ativo na gestão dos determinantes de saúde da comunidade educativa, contribuindo para ganhos em saúde, por meio da promoção de ambientes escolares que incentivam a adoção de estilos de vida mais saudáveis e da melhoria do nível de LS (Amann, Monteiro, & Leal, 2015).

Posteriormente, também participei na reunião da ELSE com os representantes dos agrupamentos de escolas da Marinha Grande. Durante este encontro, a equipa apresentou os projetos disponíveis para desenvolvimento nas escolas. Além disso, foram identificadas e discutidas algumas necessidades e problemáticas levantadas pelos representantes escolares, permitindo um alinhamento mais eficaz entre as ações propostas e as reais exigências da comunidade escolar. Estas reuniões, ao envolverem os diferentes intervenientes escolares, possibilitam a identificação de necessidades em saúde e, com base nos diagnósticos levantados, a adequação das práticas e dos projetos implementados.

- O **Programa Nacional para a Infecção do VIH, SIDA e Tuberculose** integrado no PNSE, na sessão de "Sexualidade" dirigida a alunos do 9º ano e onde se abordaram as infeções sexualmente transmissíveis (IST).

As IST que são muito frequentes e representam um problema de saúde pública, quer pelas doenças em si, como pelas complicações que podem provocar, nomeadamente pelo facto de serem muitas vezes assintomáticas, o que atrasa o diagnóstico e tratamento adequado (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2021). "Assim, promover a Educação Sexual, enquanto parte integrante da Educação para a Saúde, contribui para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade" (APF 2021).

- O **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas** com a possibilidade de colaborar na equipa de ECCL, prestando cuidados de enfermagem no domicílio, a utentes integrados na RNCCI. Uma das finalidades deste programa é a intervenção nos determinantes da perda de

autonomia e da dependência. Um de seus eixos estratégicos é a adequação dos cuidados às necessidades da população idosa, proporcionando assistência domiciliária em situações de doença ou dependência, com o objetivo de promover ganhos em anos de vida com independência (DGS, 2006).

- O **Programa Nacional para a Diabetes**, com a sessão sobre "Prevenção da Diabetes" dirigida a um grupo de idosos já referida anteriormente.

Tive também oportunidade de participar no Projeto "Diabetes em Movimento" um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2, de âmbito nacional, ao qual o Município da Marinha Grande aderiu. Este programa está implementado em Portugal sob a coordenação da DGS através do **Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física** e do Programa Nacional para a Diabetes. As sessões são operacionalizadas em grupo e conduzidas por profissionais de exercício físico e enfermeiros. Para além das sessões de exercício físico, o programa inclui, atualmente, sessões de educação para a saúde com temas fundamentais para a prevenção das principais complicações associadas à diabetes.

As complicações crónicas da Diabetes associam-se a uma elevada morbilidade, custos e redução da qualidade de vida. O bom controlo da diabetes e restantes fatores de risco cardiovascular, reduzem a incidência e progressão das complicações associadas à diabetes e a mortalidade, em particular a mortalidade prematura por diabetes (Programa Nacional para a Diabetes [PND], 2023).

- O **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** e mais recentemente o desenvolvimento do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental, em que os cuidados paliativos representam uma resposta estruturada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida, garantindo uma melhor qualidade de vida tanto para eles quanto para suas famílias. Além do doente, a família e os cuidadores também são alvo de cuidados, tanto durante o processo da doença, quanto no período de luto (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

O papel desempenhado pelos familiares/cuidadores é muito importante, insubstituível e complementar aos cuidados prestados pela ECCI. Esta equipa presta ações paliativas aos seus doentes, não tendo estas medidas terapêuticas intuito curativo, pois visam reduzir as repercussões negativas da doença (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Foi possível assistir ao excelente projeto "Aqui Contigo" promovido pela Sociedade Artística e Musical dos Pousos (SAMP) em parceria com a UCC MG e a Câmara Municipal da Marinha Grande, integrado na ECCI.

Neste projeto, os musicoterapeutas deslocam-se ao domicílio dos utentes acompanhados pela equipa de saúde, utilizando a terapia pela música e pelo som para proporcionar momentos de conforto e bem-estar a doentes em fim de vida, bem como aos seus familiares e cuidadores. Esta intervenção contribui para o alívio do sofrimento, auxiliando e preparando os envolvidos para o processo de luto. Através da criação da história sonora de cada pessoa, transforma-se um momento íntimo numa experiência de união e partilha, promovendo conforto emocional e espiritual.

Tive a oportunidade de participar neste projeto na época que antecedeu o Natal, realizando-se uma abordagem temática dedicada aquela época. Durante essa experiência, presenciei momentos profundamente emotivos e sensíveis por parte dos utentes e seus cuidadores, nos quais a equipa, com todo o seu acolhimento e dedicação, proporcionou um momento de conforto e bem-estar àquelas pessoas.

Com este projeto, foi possível compreender a finitude do ser humano, uma realidade que todos partilhamos e que, frequentemente, se manifesta em situações que exigem cuidados paliativos. Esses cuidados desempenham um papel fundamental no suporte e na melhoria da qualidade de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento tanto do doente quanto dos seus familiares e cuidadores. Nesse contexto, o papel do EESCSP revela-se essencial, contribuindo para um acompanhamento humanizado e para a dignidade no processo de fim de vida.

- O **PNV**, materializou-se com participação na Consulta do Viajante e no âmbito da Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2024-2025 contra a Gripe e a COVID-19 que teve o seu início em setembro de 2024, este ano, sob o mote "Vá lá vacinar", tive a oportunidade de colaborar na organização da mesma. Foi na USP RL polo MG que se realizou a gestão de todas as vacinas contra a gripe e covid para os vários utentes e profissionais das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e instituições similares, RNCCI, Centros de Diálise e Estabelecimentos Prisionais da ULS RL. Colaborei no contacto telefónico com algumas instituições no sentido de agilizar o dia para a entrega das vacinas, na realização das declarações de cedência das vacinas, tal como, na organização do material (seringas e agulhas) a enviar para cada unidade (para a vacinação contra a covid).

No âmbito da vacinação tive também a oportunidade de participar na reunião de elaboração da proposta de projeto para integrar a carteira de serviços da USP RL, relativamente à vacinação internacional.

- No âmbito da **Prevenção da Doença e Promoção da Saúde** e do **Programa Nacional para a Saúde da Visão** realizei rastreios de saúde visual infantil, de acordo com a norma nº

015/2018, a crianças com 2 e 4 anos, inscritas no Centro de Saúde da [REDACTED]. Neste exame é utilizado o autorefratómetro e tem como objetivo identificar alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia, com a incorporação de um conjunto de parâmetros, que irão ser avaliados por um oftalmologista do Hospital Pediátrico de Coimbra, sendo possível diagnosticar doenças oftalmológicas como: estrabismo, hipermetropia, astigmatismo, anisometropia e miopia (DGS, 2018). As crianças com alterações no rastreio são convocadas para uma consulta de oftalmologia no Hospital [REDACTED]. Foram também realizados os respetivos registos na plataforma SiiMA e SClínico.

A participação neste tipo de atividade revela-se uma mais-valia, permitindo o diagnóstico precoce de alterações oftalmológicas e reduzindo o seu impacto ao longo da vida das crianças, contribuindo para o seu bem-estar e beneficiando a aprendizagem com a entrada no primeiro ciclo. A visão desempenha um papel fundamental na aquisição e no desenvolvimento de competências, sendo essencial para a perceção e interação com o meio envolvente.

Os défices visuais corrigíveis, quando não diagnosticados precocemente, representam um grave problema de saúde pública. As patologias congénitas, por sua vez, têm repercussões significativas no crescimento e desenvolvimento da criança, afetando toda a sua vida futura. Por isso, é essencial prevenir e tratar as doenças visuais, que resultam na diminuição da qualidade de vida e geram impactos negativos a nível pessoal, familiar e profissional, além de acarretarem elevados custos sociais (DGS, 2020).

Noutro âmbito, tive ainda oportunidade de participar juntamente com outros colegas enfermeiros da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica no Projeto "Insaniam", um projeto de parcerias do Rotary Clube Marinha Grande com o objetivo de criar uma resposta integrada para a prevenção e tratamento não farmacológico das demências e dar apoio aos cuidadores e familiares de doentes com demência. Colaborei em três sessões onde se realizou intervenção psicoterapêutica grupal com estimulação dos sentidos, a idosos de três ERPI.

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O EESCSP é um elo fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos na Agenda 2030, incluindo o ODS 3 "Saúde de Qualidade", que influencia a realização de todos os outros ODS. Dessa forma, o EESCSP deve trabalhar em prol da Saúde Global, pois os determinantes sociais e de saúde têm um papel crucial nas respostas humanas dos grupos e comunidade (Ferreira, 2020; Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015).

Nesta competência é exigido que o EESCSP seja detentor de conhecimentos no âmbito da epidemiologia e bioestatística, de modo a obter, produzir e extrair dados sobre o estado de saúde da população, adaptando os recursos e serviços, de forma a dar uma resposta efetiva às necessidades reais e expressas da população, contribuindo para a adoção de medidas preventivas e de controlo dos problemas de saúde (Gordis, 2011; Chaoubad, 2021).

Ao nível da vigilância epidemiológica é exigida a capacitação dos países na deteção, diagnóstico e contenção de doenças infecciosas, destacando o SINAVE. Este monitoriza a ocorrência de doenças transmissíveis, contribuindo para a respetiva prevenção e controlo, sendo que as USP podem contribuir na operacionalização local do referido sistema (SNS, s.d.).

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

Acrescenta-se ainda que uma das atividades desenvolvidas, como referido anteriormente, foi a participação no PNV, seja na convocatória, como na administração de vacinas e nos respetivos registos na plataforma VACINAS, essencialmente na consulta do viajante.

Outra atividade realizada foi a monitorização e avaliação das taxas vacinais de funcionários de uma empresa da Marinha Grande (cerca de 200 funcionários), sendo a sua maioria de nacionalidade estrangeira (principalmente indianos e brasileiros). Esta solicitação para intervenção na empresa surgiu através da saúde ocupacional da empresa, que observou um elevado número de trabalhadores imigrantes, sendo que, na maioria dos casos, os registos vacinais desses trabalhadores estavam ausentes (no programa VACINAS) ou incompletos. Posteriormente procedeu-se à vacinação dos trabalhadores elegíveis.

Com a implementação destas medidas podem-se prevenir e controlar problemas de saúde, no sentido da melhoria do estado de saúde da população.

Relativamente à área da vacinação, é importante destacar que adquiri uma maior consciência de que, com a chegada de imigrantes provenientes de regiões com culturas e programas de vacinação diferentes dos nacionais, surge a necessidade de um esforço adicional por parte dos EESCSP para identificar lacunas nas imunizações anteriores e convocar os imigrantes elegíveis. Dessa forma, é possível aumentar a cobertura vacinal e promover a saúde da população.

Considerando que os cuidados de saúde são cada vez mais complexos e específicos, acredito que os EESCSP têm um papel fundamental no desenvolvimento de cuidados personalizados e individualizados, tendo em conta o contexto integral da pessoa/comunidade. Esta premissa

está alinhada com o estabelecido no (Regulamento n. 140/2019 da OE, 2019), no qual os cuidados de enfermagem ganham uma relevância crescente em termos de rigor técnico e científico. A diferenciação e especialização dos cuidados tornam-se uma realidade cada vez mais presente na atuação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, os estágios desempenharam um papel essencial no desenvolvimento das competências mencionadas, sendo de destacar a participação, em parceria com outras instituições da comunidade, da rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária voltados para grupos em situação de maior vulnerabilidade. Esta abordagem tem sido uma experiência enriquecedora e uma mais-valia para o meu crescimento profissional.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O conceito de prática baseada na evidência indica o uso consciente, explícito e criterioso das evidências na tomada de decisão relativa aos cuidados de saúde (Néné & Sequeira, 2022), onde a investigação leva à construção de novos conhecimentos científicos, objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis, procurando as possíveis causas de um acontecimento para compreender a realidade (Vilelas, 2020).

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

No seguimento do projeto de intervenção comunitária "ENGAGE24" - Empoderamento comunitário da comunidade imigrante indiana residente no concelho da Marinha Grande, será realizado um enquadramento teórico acerca da temática do projeto e de seguida será feita a apresentação do mesmo.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os aspetos teóricos, relativos à temática escolhida, baseados nos dados estatísticos e epidemiológicos, como também na RIL realizada, sendo um contributo para a compreensão do projeto desenvolvido.

4.1 A MIGRAÇÃO PELO MUNDO

Os fenómenos migratórios representam, nos dias de hoje, uma das principais ocorrências globais, caracterizando-se não apenas pela movimentação de pessoas, como também de um conjunto de valores sociais, culturais, económicos e políticos. Este fenómeno constitui um desafio significativo para os países de origem, de trânsito e de destino, exigindo políticas eficazes que promovam a integração, a coesão social e o respeito pelos direitos humanos (Góis, Abecasis, Alfaiate, Hancock, & Lozano, 2019).

A migração é uma parte fundamental da experiência humana, sendo reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. A grande maioria dos migrantes viaja, vive e trabalha de forma segura, ordenada e regular. No entanto, esse processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias de maneiras diversas e muitas vezes imprevisíveis. Por isso, é essencial que a migração internacional seja vista como uma oportunidade de união, sendo otimizada por meio da criação de políticas migratórias eficazes (ONU, 2018).

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

De acordo com Oliveira (2023 p. 10) o imigrante "(...) corresponde ao universo de pessoas que têm um movimento de fronteira e/ou de entrada e fixação por um período superior a um ano num país diferente do seu de origem". Assim, ao longo deste relatório, o termo adotado para referir os migrantes internacionais foi "imigrante".

De acordo com a ONU, em 2024, o número estimado de migrantes internacionais era de 304 milhões, um aumento em relação aos 275 milhões registados em 2020 (Gráfico 1). No entanto, apesar do crescimento em números absolutos, a proporção de migrantes internacionais em

relação à população mundial manteve-se relativamente estável ao longo dos anos, situando-se em 3,7%, apenas 0,8% acima do valor registado em 1990 (Migration Data Portal, 2025).

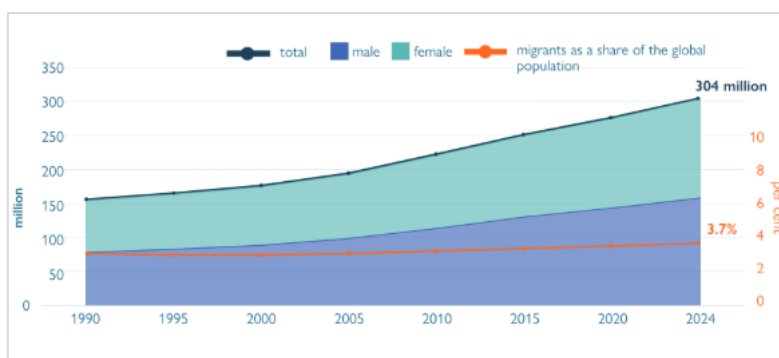


Gráfico 1 - População migrante internacional em números e em proporção da população mundial (1990-2024)
Nota: Retirado de Migration Data Portal. (3 de março de 2025). *Migration and Human Mobility: Key Global Figures. World.* (Obtido de <https://www.migrationdataportal.org/key-figures>)

Em 2024, aproximadamente 1 em cada 27 pessoas era migrante internacional, e 48% de todos os migrantes internacionais eram mulheres, correspondendo a 146 milhões em 2024. No entanto, a distribuição das mulheres migrantes variou regionalmente, sendo menor na Ásia (42%) e maior na Europa (52%) (Migration Data Portal, 2025).

Existe população que migra voluntariamente, outros, porém migram por necessidade. O número de pessoas deslocadas à força, tanto dentro dos países quanto além das fronteiras, quase dobrou na última década devido a perseguições, conflitos, violência generalizada, violações de direitos humanos e outros eventos que destabilizam a ordem pública. Enquanto em 2014 havia 59,5 milhões de deslocados, esse número subiu para 117,3 milhões no final de 2023, o maior já registado. Estimando-se que, no final de 2023, cerca de 40% de todas as pessoas deslocadas à força eram crianças, evidenciando a vulnerabilidade dessa população diante das crises humanitárias globais (Agência da ONU para os refugiados [ACNUR], 2024).

Em meados de 2024, mais de metade dos migrantes internacionais (53%) deslocaram-se dentro da sua própria região de origem. A Europa registou um aumento significativo no número de migrantes internacionais, passando de 83 milhões em 2020 para 94,1 milhões em 2024, um crescimento de 13% (Figura 5). Quase metade (48%) desses migrantes eram provenientes da própria Europa. Além disso, a Europa também recebeu migrantes oriundos da Ásia (21%), de África (11%), da América Latina e Caraíbas (7%), da América do Norte (1%) e da Oceânia (<1%) (Migration Data Portal, 2025).

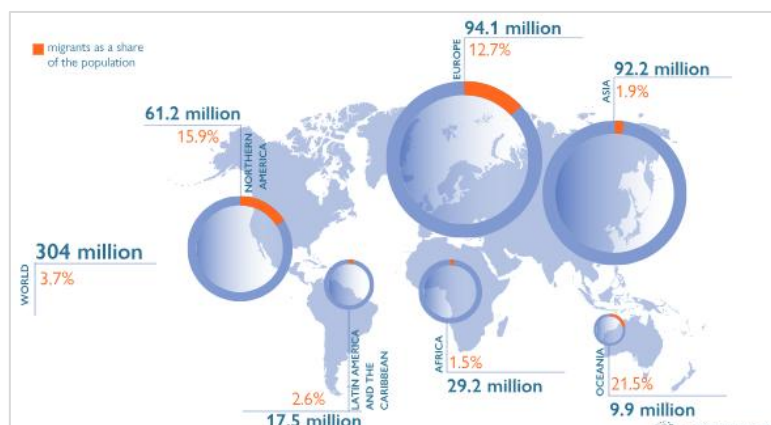


Figura 5 - Migrantes internacionais por região de destino e como proporção da população, meados de 2024
 Nota: Retirado de Migration Data Portal. (3 de março de 2025). *Migration and Human Mobility: Key Global Figures. World.* (Obtido de <https://www.migrationdataportal.org/key-figures>)

Os cinco principais países de origem dos migrantes internacionais em 2024 foram a Índia (18,5 milhões), a China (11,7 milhões), o México (11,6 milhões), a Ucrânia (9,8 milhões) e a Federação Russa (9,1 milhões). A Ucrânia destacou-se ao entrar no top cinco após um aumento de 124% no número de emigrantes entre 2020 e 2024, um crescimento impulsionado pela guerra no país (Migration Data Portal, 2025).

Os cinco principais países de destino para migrantes internacionais permaneceram inalterados desde 2020, sendo eles os Estados Unidos da América, a Alemanha, a Arábia Saudita, o Reino Unido e a França. Entre 2020 e 2024, todos esses países registaram um aumento no número total de migrantes internacionais (Migration Data Portal, 2025).

De acordo com dados do Eurostat, a 1 de janeiro de 2023 viviam na União Europeia (UE) 448,8 milhões de pessoas, das quais 27,3 milhões de pessoas eram provenientes de países terceiros, representando cerca de 6,1% da população total. Todos os Estados-Membros da UE, com exceção da Eslováquia, registaram um aumento do número total de imigrantes em 2022, tendo sido Portugal um dos países onde se observou um dos maiores aumentos (Mesquita, 2024).

A Alemanha (com 30% das chegadas, ou seja, 2,1 milhões de pessoas), a Espanha (18%, 1,3 milhões), a França e a Itália (com 6% cada, 0,4 milhões) foram os principais países de destino da União Europeia escolhidos pelos imigrantes. Os quatro países acolheram, conjuntamente, 60% do total de imigrantes. Portugal acolheu 1,6% do total de imigrantes que chegou à UE em 2022. O Gráfico 2 ilustra o fluxo de imigrantes por país, constatando-se que Portugal, embora seja um país muito procurado e com um número razoável de fluxos migratórios, comparativamente com outros países da UE, ainda não reflete um número expressivo de imigrantes (Eurostat, 2024).

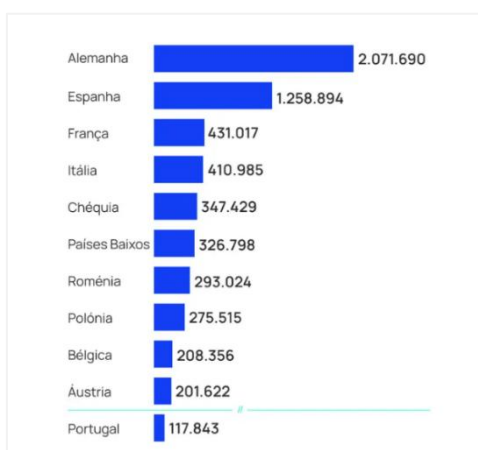


Gráfico 2 - Países que mais imigrantes acolheram em 2022

Nota: Retirado de Eurostat. (2024). Demography of Europe – 2024 edition. (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024#population-diversity>)

O processo de imigração tem proporcionado inúmeros benefícios sociais, económicos e culturais aos países de acolhimento, contribuindo para o dinamismo do mercado de trabalho, a diversidade cultural e o crescimento económico. No entanto, para que esses benefícios sejam sustentáveis, é essencial que existam políticas e regulamentações eficazes que assegurem uma gestão equilibrada da imigração.

4.2 A MIGRAÇÃO EM PORTUGAL

Como evidenciado anteriormente a migração é um fenómeno existente em larga escala em todo o mundo, e Portugal não é exceção. Nas últimas décadas, especialmente a partir da década de 90, houve um crescimento significativo do fluxo migratório.

Alguns fenómenos merecem destaque, nomeadamente o período pós 25 de abril de 1974, ao qual se seguiu o processo de descolonização, tendo ocorrido o regresso de um número expressivo de portugueses, oriundos das ex-colónias. Posteriormente, com entrada em vigor do Acordo de *Shengen*, tendo Portugal aderido em 25 de julho de 1991, estabeleceu-se a liberdade de circulação de pessoas na Comunidade Europeia. A mudança de paradigma migratório revelou uma diminuição de estrangeiros provenientes da Europa Ocidental, dos Estados Unidos da América e dos países africanos de Língua oficial portuguesa e verificou-se um crescimento de imigrantes de nacionalidade brasileira e da Europa do Leste.

A tendência crescente do fenómeno migratório em Portugal levou a um aumento significativo, com cerca de 1,1 milhões de migrantes internacionais em 2024, o que representa 10,8% da população total (Migration Data Portal, 2025).

De acordo com a Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA), em seis anos, mais do que duplicou o número de estrangeiros legais em Portugal, passando de 480.300 em 2017, para mais de um milhão em 2024 (AIMA, 2025).

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), a evolução do movimento migratório em Portugal é influenciada por diversas variáveis, incluindo o contexto social e económico tanto do país como das nações de origem, as mudanças legislativas, as relações históricas e culturais, além de fatores com impacto a nível continental e global, como conflitos armados, desastres ambientais e pandemias (SEF, 2022).

Em Portugal o fluxo migratório apresentou um aumento substancial nos últimos anos, com destaque para a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, verificando-se pelo aumento das autorizações de residência destes cidadãos.

No que respeita aos refugiados, em 2023, foram registados 2.693 processos de proteção internacional (asilo), mais 35% que em 2022, com 72,7% dos pedidos feitos por homens e a quase metade dos processos oriundos de África (Lopes & Sousa, 2024).

Os cidadãos ucranianos beneficiam de um regime de proteção temporária aprovado pela União Europeia, na sequência da invasão russa ao seu país. Em Portugal, até ao final de 2023, foram concedidos 54.342 pedidos de proteção temporária, dos quais 46.823 foram destinados a cidadãos ucranianos (Lopes & Sousa, 2024).

O Gráfico 3 demonstra as nacionalidades mais representativas em Portugal, em 2023 (Lopes & Sousa, 2024).

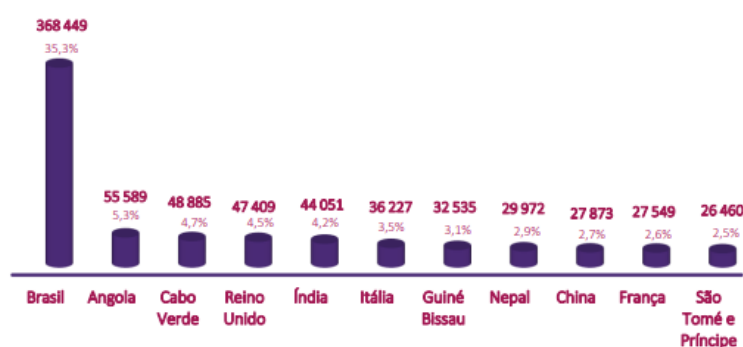


Gráfico 3 - Nacionalidades mais representativas em Portugal

Nota: Retirado de Lopes, S., & Sousa, A. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (<https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>)

A população potencialmente ativa corresponde a 80,5% dos cidadãos estrangeiros residentes, destacando-se o grupo etário dos 25 aos 44 anos, com um total de 532.214 pessoas. A população jovem, entre 0 e 19 anos, representa 11,6%, enquanto a percentagem de residentes com mais de 65 anos é de 7,9%. No que diz respeito ao género, verifica-se uma predominância da população masculina em relação à feminina (Gráfico 4) (Lopes & Sousa, 2024).

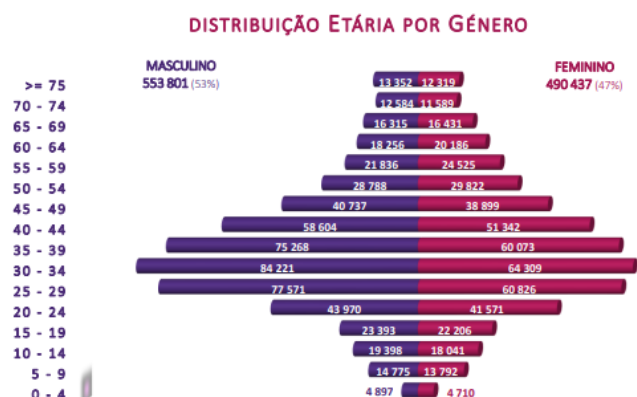


Gráfico 4 - Distribuição etária por género da população estrangeira residente em Portugal

Nota: Retirado de Lopes, S., & Sousa, A. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (<https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>)

Quanto à representatividade por género, destaca-se ainda a comunidade indiana, que em 2021 era composta por 79,9% de residentes do sexo masculino, sendo que apenas 2 em cada 10 imigrantes indianos eram mulheres (Oliveira, 2022).

A distribuição geográfica da população estrangeira incide principalmente no litoral com destaque para os distritos de Lisboa, Faro e Setúbal com uma representação populacional de 663.699 (63,5%). Numa análise por concelho, é na capital que vivem mais estrangeiros (162.553 pessoas), um aumento de 37,1% em relação a 2022. Seguem-se Sintra (63.220), Cascais (42.823), Amadora (35.858) e Porto (35.653) (Lopes & Sousa, 2024).

Todas as dinâmicas migratórias observadas em Portugal, assim como no contexto global, tornam essa temática fundamental na agenda dos decisores políticos, dada a sua ampla repercussão na sociedade civil, abrangendo dimensões sociais, económicas e culturais.

4.3 A IMIGRAÇÃO NA MARINHA GRANDE

Em 2021, de acordo com o SEF, o distrito de Leiria era o 5º distrito do país com mais população estrangeira residente (26.952), já em 2022 este número era de 30.713 pessoas (SEF, 2022; INE, 2025).

No município da Marinha Grande, segundo os Censos 2021, a comunidade imigrante no concelho era de 2.305 indivíduos, referindo que os imigrantes da Ásia Central e Meridional

eram: 374 da Índia, 11 do Nepal e 51 eram provenientes de outros países asiáticos (INE, 2025).

No entanto, o SEF apresenta dados diferentes expressando que no concelho da Marinha Grande, no ano de 2021, as nacionalidades de imigrantes mais representadas eram a brasileira (953), seguindo-se a Indiana (747) e a ucraniana (360) (SEF, 2022).

Entre 2019 e 2021, observou-se um aumento no número de imigrantes, destacando-se, além dos provenientes do Brasil, o crescimento da comunidade imigrante oriunda da Índia (Gráfico 5). Segundo SEF em 2021, residiam no concelho 552 homens e 195 mulheres de nacionalidade Indiana (SEF, 2022).

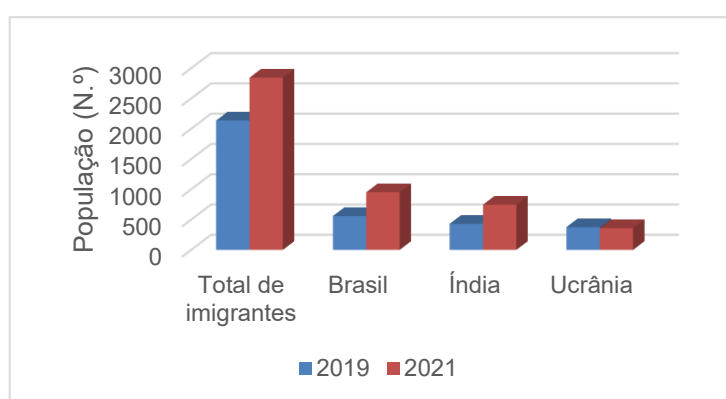


Gráfico 5 - Evolução da população estrangeira do concelho da Marinha Grande (2019-2021), grupos mais representativos

Nota. Autoria Própria. Dados extraídos do SEF. (2022). *População estrangeira residente em Portugal.* (Obtido de <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx> e adaptado pela própria)

Os dados apresentados anteriormente são referentes aos anos de 2021, no entanto, verificando-se uma tendência crescente da imigração nestes últimos anos, sendo os números atuais superiores. Em 2024, numa das visitas ao concelho da Marinha Grande, o presidente do Conselho de Administração da AIMA refere que no concelho residiam cerca de 4.400 migrantes (Município Marinha Grande, 2024).

A análise dos dados apresentados demonstra que Portugal se destaca como um país favorável à residência de cidadãos estrangeiros. Deste modo, é essencial que as entidades políticas e outras organizações, de forma conjunta ou individual, promovam uma melhor qualidade de vida para os migrantes, através da implementação de políticas que facilitem a integração dessas comunidades. Seguidamente serão apresentadas resumidamente algumas das políticas de apoio à migração.

4.4 POLÍTICAS DE APOIO À MIGRAÇÃO

Há pessoas que migram voluntariamente, enquanto outras o fazem por necessidade, como os refugiados ou requerentes de asilo. Perante isso, é importante que sejam criadas medidas internacionais que promovam a estabilidade e o equilíbrio das nações, em diversas áreas e com uma abrangência, que coloca nas mãos dos decisores políticos a nível mundial, uma responsabilidade significativa sobre esta matéria.

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) é a principal organização intergovernamental no domínio da migração da qual fazem parte 175 estados membros, sendo Portugal um deles. A OIM trabalha para garantir a gestão ordenada e humana da migração, promover a cooperação internacional em questões de migração, ajudar na procura de soluções práticas para os desafios da migração e fornecer assistência humanitária aos migrantes necessitados, incluindo refugiados e pessoas deslocadas internamente (OIM, 2025).

Em Dezembro de 2018, os Estados-Membros da ONU adotaram o Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular que respeita o direito soberano dos estados de determinar quem entra e permanece no seu território e demonstra o compromisso com a cooperação internacional em matéria de migração (ONU, 2018).

Assim, em 2019, Portugal elaborou o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações, que preconiza uma abordagem holística das migrações, envolvendo todos os níveis da Administração Pública bem como da sociedade civil. As 97 medidas do Plano Nacional implementam os 23 objetivos do Pacto, os quais, por sua vez, seguem 10 princípios como “uma visão centrada nas pessoas, a cooperação internacional, a soberania nacional, o Estado de Direito, o desenvolvimento sustentável, o respeito pelos direitos humanos, a igualdade de género, o superior interesse das crianças e a abordagem holística das migrações (...)” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, 2019, p. 45).

O Plano Nacional estabelece medidas para cinco eixos de ação: promover migrações seguras e regulares, melhorar a gestão dos fluxos migratórios e fronteiras, fortalecer o acolhimento e a integração de imigrantes, apoiar a conexão dos migrantes com seus países de origem e incentivar parcerias para o desenvolvimento (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, 2019). No Objetivo 15 do Pacto Global para as Migrações, reafirma-se o compromisso de garantir o acesso dos migrantes a serviços básicos, integrando suas necessidades de saúde nas políticas locais e nacionais. Destaca-se o fortalecimento dos serviços de saúde, reduzindo barreiras de comunicação, promovendo a saúde física e mental e capacitando profissionais para um atendimento culturalmente adequado (Oliveira, 2023).

Outro plano de ação global que reconhece a contribuição positiva dos migrantes para o crescimento inclusivo e o desenvolvimento sustentável é a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nesta agenda, 11 dos 17 ODS contêm metas e indicadores com relevância para a migração ou mobilidade, assentes no princípio “não deixar ninguém para trás” (ONU, s.d). O ODS que está associado às migrações é ODS 3 – Saúde e bem-estar – que é de difícil monitorização porque embora existam mais de 50 indicadores de saúde no ODS 3, nenhum deles é específico para a saúde dos migrantes.

Em 2020, a Comissão Europeia elaborou o Plano de Ação Europeu de Integração e Inclusão 2021-2027, que enfatiza a importância de monitorizar a integração dos migrantes no Espaço Europeu e nos Estados-Membros. O plano destaca a necessidade de desenvolver políticas de inclusão com base nos dados, reforçando a relevância da definição de indicadores que permitam identificar e responder eficazmente às necessidades dessa população. Além disso, sublinha a importância de promover intervenções tanto para os migrantes quanto para a comunidade que os acolhe (Oliveira, 2022).

Ainda em maio de 2022, foi adotada a Declaração de Progresso, que reviu o estado de implementação do Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular e forneceu um roteiro para aumentar a cooperação global em matéria de migração (ONU, 2018).

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

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

Este plano reconhece que o direito de acesso aos serviços de saúde por refugiados e migrantes varia entre os países, sendo condicionado pela legislação vigente. Assim, a sua implementação terá em consideração estas situações específicas, assegurando que esteja alinhada com a

legislação nacional, as prioridades e circunstâncias de cada país, bem como com os instrumentos internacionais que promovem a igualdade de acesso aos serviços públicos de saúde (OMS, 2019).

O Relatório Mundial da Saúde dos Refugiados e Migrantes ressalta que é crucial abordar os determinantes que afetam a saúde dos imigrantes, pois muitos não estão relacionados com o setor de saúde. De um modo geral, refugiados e migrantes são afetados pelos mesmos determinantes de saúde que a restante população, mas o status migratório pode adicionar complexidade que, quando combinado com outros determinantes, os torna mais vulneráveis (OMS, 2022).

A OMS (2022) classifica esses determinantes como: as características e comportamentos individuais (genética, género, comportamento pessoal e idade); os ambientes social e económico (educação, alfabetização em saúde, renda e estatuto, emprego e condições de trabalho, redes de apoio social, cultura e serviços de saúde) e o ambiente físico (água potável e ar puro; locais de trabalho saudáveis; casas seguras, comunidades e estradas; e comida e nutrição). Reforçando o que foi referido, para Dahlgren & Whitehead (2006) os determinantes de saúde, explicam que a saúde é influenciada por características individuais (idade, sexo e constituição); por influências que podem ser modificáveis por políticas como fatores individuais inerentes ao estilo de vida e pela capacidade de a pessoa manter a sua saúde e também pode ser influenciada pelas condições de vida e de trabalho. Estas condições refletem-se na capacidade de aquisição de alimentos, no acesso a bens essenciais, na educação, nas condições sanitárias, económicas, culturais e ambientais. Assim, torna-se essencial compreender os determinantes de saúde dos imigrantes, pois esse conhecimento é fundamental para garantir o seu bem-estar e assegurar um acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Mais recentemente, o Governo adotou um Plano de Ação para as Migrações que visa corrigir os graves problemas relacionados com as regras de entrada de imigrantes em Portugal, resolver as pendências, assegurar a operacionalidade dos sistemas de controlo das fronteiras e, a dignidade e humanismo na integração de imigrantes que culminou com a publicação do Decreto-Lei n.º 37-A/2024, que altera as regras para a imigração em Portugal (Decreto-Lei n.º 37-A/2024 da Presidência do Conselho de Ministros, 2024). Esta alteração acabou com as manifestações de interesse, uma figura que permitia a regularização de estrangeiros que chegassem a Portugal com visto de turismo e começassem a trabalhar.

Reconhecendo a relevância do exposto, observa-se uma crescente preocupação por parte dos intervenientes políticos e institucionais com esta temática, cada vez mais urgente. É fundamental não esquecer que o processo migratório pode tornar esta população mais desprotegida e vulnerável, constituindo, por si só, um fator determinante da sua saúde.

4.5 A SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL

A imigração é reconhecida como uma necessidade para Portugal, tanto por razões demográficas quanto por fatores sociais e económicos. No entanto, é essencial que esse processo seja regulado e fiscalizado, garantindo simultaneamente a integração e o acompanhamento dos imigrantes em diversos setores, incluindo a saúde.

O contexto migratório em Portugal, marcado pela sua complexidade e diversidade, representa um desafio significativo para a saúde pública, com implicações diretas na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. A procura e utilização dos serviços de saúde é encarada como condição para a obtenção de ganhos em saúde, existindo evidência em vários estudos que pode ser influenciada por um conjunto de fatores, tais como os sociais, demográficos e económicos, bem como os recursos financeiros e a situação laboral. Fatores individuais, como por exemplo, o país de origem, o tempo de residência no país de acolhimento, valores e crenças culturais face à sua situação de saúde, assim como a perceção sobre a utilização dos serviços, experiências anteriores, expectativas e o conhecimento sobre estes, têm impacto no acesso aos cuidados de saúde (Dias, Rodrigues, Silva, Horta, & Cargaleiro, 2010).

Acrescentam os mesmos autores que outros fatores relacionados com os profissionais de saúde, como as suas atitudes face aos imigrantes ou falta de competências culturais, relacionados com os próprios serviços, podem, também, determinar a procura de cuidados (Dias, Rodrigues, Silva, Horta, & Cargaleiro, 2010)

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

No ano 2000, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no seu art. 35, consagrou o direito à proteção da saúde, garantindo que todos os indivíduos, sem exceção, têm acesso a cuidados de saúde e tratamento médico, de acordo com as condições estabelecidas pela lei e práticas nacionais (Comissão Europeia, 2020).

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

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais do cidadão, tendencialmente gratuito (...) 3. Para assegurar o direito à proteção

da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a). Garantir o acesso de todos os cidadãos (...); b). Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país (...)
(Diário da República, 2005, p. s.p).

Em 2008, a Assembleia Mundial de Saúde reafirmou o direito à proteção da saúde e à prevenção de doenças, recomendando o fortalecimento das políticas e a igualdade de acesso aos sistemas nacionais de saúde, com o objetivo de melhorar a saúde dos migrantes. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, 2019).

Na Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019 está também explanado que todas as pessoas têm direito:

À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (...) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República , 2019, pp. 56-57).

O mesmo documento acrescenta que o SNS tem como princípios: a Universalidade garantindo prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade; a Generalidade da prestação de cuidados na área da promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação; é Tendencialmente gratuito; existe a Integração de cuidados os quais estão organizados e existe articulação entre as várias instituições; é Equitativo com o acesso aos cuidados por parte de grupos vulneráveis; é de Qualidade com prestação de cuidados segura e eficiente e com base na evidência; de Proximidade no qual existe no país uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde; é Sustentável Financeiramente e Transparente com informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República , 2019)

No âmbito da imigração o Despacho n.º 25 360/2001 de 16 de novembro (2001), estabelece que os cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal têm direito a acesso e tratamento igualitário em relação aos beneficiários do SNS, garantindo-lhes os cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços que o integram.

Em 2023 a (ERS, 2023) emitiu no documento "Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Universalidade" no qual acrescenta que os Cidadãos imigrantes quando

portadores de um documento emitido pela Junta de Freguesia (Atestado de Residência), têm acesso aos Cuidados de Saúde:

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

A saúde de uma comunidade, vai para além da agregação dos fatores de risco e do estado de saúde de cada um, dependendo também das suas próprias características. Reflete-se sob a influência da história social e as suas circunstâncias culturais, materiais e ecológicas. Deste modo, a avaliação da saúde da população é importante para a tomada de decisão, relativamente a áreas prioritárias de intervenção e colaboração, sendo fundamental conciliar conhecimentos geográficos, económicos e sociológicos, promovendo a política como a solução para a transformação do conhecimento em ação (McMichael & Beaglehole, 2000).

Por isso, é responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações, integrar "as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde nacionais e locais, garantindo o acesso não discriminatório e procurando minimizar as barreiras de comunicação" (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, 2019, p. 52).

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

Num estudo realizado em Portugal em 2018, com cerca de 1375 imigrantes, que pretendeu perceber as atitudes e representações face à saúde e doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes, revelou que quanto às barreiras que podem dificultar a utilização dos serviços, que os imigrantes referiram barreiras de nível individual como a falta de recursos económicos (75,6%), o estar há pouco tempo em Portugal (85,1%), o desconhecimento sobre a lei do acesso aos serviços e do seu modo de funcionamento (78,9), o estar sozinho no país e a ausência de suporte social (76,9%), bem como as diferenças culturais (27,7%). As diferenças linguísticas surgem como um importante obstáculo para 59,8% dos imigrantes e 41,9% dos profissionais e as limitadas competências sociais e culturais dos profissionais, acentuadas pelo seu reduzido conhecimento das práticas culturais e religiosas das comunidades imigrantes foram igualmente consideradas como barreira, quer pelos imigrantes (54,2%) quer pelos profissionais (44,9%) (Dias, et al., 2018).

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

Segundo a mesma autora, o tempo de residência no país de acolhimento é outro fator que influencia a perceção dos imigrantes sobre a saúde. Com o tempo, os imigrantes adquirem experiências, ampliam o conhecimento sobre o sistema de saúde e ajustam sua perceção, aproximando-se da visão da população nativa e distanciando-se da comparação inicial com o país de origem (Oliveira, 2023).

O estado de saúde dos migrantes e a acessibilidade aos serviços de saúde são fatores fundamentais para o processo de integração, assegurando a equidade e a defesa dos direitos humanos. A falta de acesso adequado aos cuidados de saúde pode representar um obstáculo significativo, com impacto na vida dos imigrantes. Por isso, torna-se essencial a implementação de medidas políticas que integrem as necessidades de saúde dos migrantes nos planos nacionais e locais, garantindo um acesso não discriminatório e reduzindo as barreiras de comunicação.

De acordo com a OMS (2022) a maioria dos migrantes é saudável, embora possam desenvolver problemas de saúde semelhantes aos da população do país de acolhimento. No entanto esta população encara piores resultados de saúde do que as restantes comunidades, se as condições em que vivem e trabalham não forem conducentes a uma boa saúde. Além disso, correm o risco de contrair doenças não transmissíveis, tendo algumas destas causas significativas de mortalidade prematura, especialmente quando existem barreiras de acesso

aos cuidados de saúde, sendo as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas e o cancro. O aumento da sua prevalência está associado a fatores como os determinantes sociais e ambientais da saúde, a mudança de estilos de vida e o impacto de determinantes comportamentais, como o consumo de tabaco e álcool, alimentação pouco saudável, falta de exercício físico, envelhecimento, exclusão social, baixos níveis de LS e acesso limitado aos cuidados de saúde.

Os migrantes, apesar de tudo, enfrentam as mesmas barreiras no acesso aos serviços de saúde que a população do país de acolhimento (OMS, 2022). O recurso aos serviços de saúde é essencial para a obtenção de ganhos em saúde, sendo influenciado por fatores sociais, demográficos, económicos e laborais.

Num estudo realizado em 2010, no Centro de Saúde da Graça em Lisboa, sobre as práticas e o estado de saúde dos imigrantes em Portugal, bem como as condições de acesso aos serviços de saúde, embora envolvessem outros imigrantes além dos Bangladeshanos, Indianos e Paquistaneses, demonstrou que apesar do empenho das autoridades nacionais em garantir com efetividade um atendimento médico igualitário entre os imigrantes, foram apontados por esses utentes uma série de dificuldades, nas quais se destacaram a falta de informação sobre o acesso ao SNS, a dificuldade de comunicação, a atitude discriminatória de alguns profissionais de saúde, além da dificuldade financeira (Fonseca & Silva, 2010).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, 75,7% dos cidadãos de nacionalidade portuguesa tiveram uma consulta de medicina geral e familiar há menos de 12 meses (anteriores à entrevista), enquanto os cidadãos de naturalidade estrangeira essa percentagem foi menor, situando-se em 69,6% (Oliveira, 2023). É fundamental destacar que as condições sociais e económicas dos imigrantes — como níveis mais baixos de escolaridade, rendimentos reduzidos, piores condições laborais e maior vulnerabilidade à exclusão social — têm um impacto direto na utilização dos serviços de saúde, sendo essencial considerar a influência desses determinantes sociais no acesso aos cuidados de saúde (OCDE, 2015)

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

Identificam-se ainda outros determinantes sociais e de saúde que dificultam a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, como: o desconhecimento das formalidades burocráticas

por falta de informação; dificuldades linguísticas, nomeando a ausência de indivíduos com competência na área da língua materna dos imigrantes, que facilitem a comunicação. De forma a colmatar as dificuldades de informação, os imigrantes recorrem a familiares ou amigos bilingues e à internet, através das redes sociais ou através da participação em grupos de discussão. No entanto, aquando da prestação de cuidados, podem surgir ainda outros constrangimentos, tanto no doente como no intérprete e até mesmo pela dificuldade de diagnóstico do profissional de saúde (Estrela, 2009).

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

Refere Legido-Quigley, et al., (2016) que as necessidades médicas não satisfeitas estão frequentemente associadas a barreiras como a falta de disponibilidade financeira, longos períodos de espera e dificuldades em se ausentar do trabalho para aceder aos cuidados de saúde. Acrescenta-se que da análise de (Oliveira, 2023), quando comparamos o período que decorre entre 2008 e 2022, a principal razão para que os imigrantes e também a população de nacionalidade portuguesa, não tenham as necessidades médicas satisfeitas é a falta de disponibilidade financeira para suportar os custos das consultas médicas. Este motivo é também salientado nos estudos da (OMS, 2022), referindo que os imigrantes gastam menos dinheiro em serviços de saúde do que as populações de acolhimento.

A OMS refere que o acesso aos serviços de saúde é também influenciado pela pobreza, estigma, discriminação, exclusão social, diferenças linguísticas e culturais, separação das normas familiares e socioculturais, obstáculos financeiros e administrativos e falta de estatuto jurídico. Não existem evidências que associem a imigração a um maior risco de doenças infecciosas comuns. No entanto, as precárias condições de vida e trabalho no país de acolhimento podem expor os imigrantes a barreiras adicionais no acesso a diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde oportunos, contribuindo para um aumento da prevalência de determinadas doenças. Além disso, o estigma e a discriminação vivenciados durante as interações com o sistema de saúde podem constituir barreiras significativas, dificultando ainda mais o acesso a esses serviços (OMS, 2022).

4.6 MULTICULTURALIDADE E A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS IMIGRANTES

O crescente fluxo migratório em Portugal constitui um fenómeno que representa um desafio significativo para os cuidados de saúde, com impacto na dinâmica dos serviços de saúde. Perante isso, torna-se essencial a adoção de mecanismos e estratégias inovadoras por parte dos profissionais da área, com vista à obtenção de ganhos em saúde na população estrangeira residente num país.

O aumento do número de imigrantes potenciou a existência de um contacto mais frequente entre profissionais de saúde e pessoas estrangeiras, culturalmente diferentes e com expectativas distintas, no que se refere à prestação de cuidados de saúde.

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

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

As atitudes e competências culturais são essenciais no que determina a procura de cuidados de saúde na população imigrante (Dias, Rodrigues, Silva, Horta, & Cargaleiro, 2010). Assim, os enfermeiros são desafiados com novos tipos de problemas, que decorrem tanto das dificuldades de comunicação em contexto intercultural, relacionadas com especificidades culturais e linguísticas, como por a falta de tempo para guiar uma relação terapêutica que se quer eficaz (Maurício, 2009).

O conceito de Enfermagem Transcultural é concebido e definido como área de estudo focada nos valores, crenças e práticas de cuidados culturais comparativos de culturas distintas e semelhantes, com o objetivo de proporcionar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes que ajudem a obter bem-estar de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições (Leininger, 1994). Já a competência cultural é o processo contínuo de desenvolvimento de autoconsciência, com o objetivo de valorizar a diversidade, tornando-se perito sobre a cultura de cada pessoa (Vilelas & Janeiro, 2012).

Com a evolução destes conhecimentos, o enfermeiro inicia o processo de realizar cuidados culturalmente congruentes, já que procura melhorar a sua comunicação, considerando as características específicas de cada cultura e adequando as suas intervenções a esta realidade (Vilelas & Janeiro, 2012).

Segundo Lopes os enfermeiros reconhecem que a prestação de cuidados culturalmente sensíveis melhora a comunicação, amplia a compreensão das particularidades culturais e facilita a aquisição de conhecimentos sobre as práticas de saúde de diferentes comunidades. Destaca-se a sua capacidade de reconhecer e considerar as diferenças culturais, bem como questões relacionadas com raça, etnia, género, religião e orientação sexual. No entanto, este ainda é um processo em desenvolvimento, pois requer conhecimento especializado sobre diversidade cultural e, sobretudo, um profundo respeito pelas diferenças. O mesmo autor refere que os serviços de saúde não são suficientemente recetivos às necessidades específicas das pessoas de diferentes culturas, prevalecendo ainda uma certa padronização das práticas dos cuidados, que não contribuem para ir ao encontro das necessidades individuais dos cidadãos, tendo em conta as suas diferenças culturais (Lopes, 2022).

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário, será o profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população imigrante, considerando-se que o EESCSP reúne o perfil de competências adequadas à intervenção neste nível, pois, de acordo com Regulamento n.º 428/2018 (2018).

Cabe ao EESCSP promover a saúde dos grupos/comunidades, já que esta é um "direito humano fundamental e se compromete a assegurar o nível mais elevado possível de saúde para todas as pessoas" (ONU, 1948), estando explanado no art. 64 da Constituição da República Portuguesa (Diário da República, 2005), no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Diário da República, 1978), na Lei n.º 95/2019 da Lei de Bases da Saúde (Diário da República, 2019) e na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (ERS, 2023).

Quando se planeia uma intervenção numa população imigrante, é crucial que o EESCSP tenha em consideração as questões relacionadas com as crenças, costumes, valores, ideologias culturais, políticas e religiosas, bem como as barreiras de ordem legislativa, estrutural, económica ou linguística existentes, que podem influenciar tanto a atitude em relação ao estado de saúde-doença, quanto o próprio acesso aos cuidados de saúde por parte desta população.

Ao longo do estágio e da elaboração deste trabalho, foi essencial considerar os conceitos do Modelo de Leininger, que enfatiza a importância de cuidados culturalmente competentes para garantir a satisfação dos utentes e promover ganhos em saúde. O cuidar em enfermagem, de forma holística e individualizada, assente nas necessidades culturais de cada pessoa/comunidade deverá ser encarado como uma estratégia. Para responder às necessidades e desafios mencionados, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, conforme descrito no capítulo seguinte.

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

O EESCSP, para delinear qualquer intervenção ou programa de saúde, necessita de perceber as necessidades e vulnerabilidades da comunidade, olhando-a de uma forma holística. Para tal, a utilização da metodologia do PS segundo Imperatori & Giraldes (1993), é essencial para avaliar o estado de saúde de uma comunidade, nunca esquecendo o referencial teórico para melhor direcionar as intervenções.

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

O PS é definido como “um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23).

Acrescenta Melo (2020, p. 3) que “O planeamento em saúde é um conceito com origem no processo administrativo, que consiste num conjunto de funções, tais como: planear, organizar, dirigir e controlar”.

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

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

A metodologia do PS é uma ferramenta essencial para a análise de políticas e objetivos de saúde, permitindo ações eficazes para o desenvolvimento do setor. Facilita a intervenção comunitária ao estruturar estratégias em função dos principais problemas, otimizando

recursos para alcançar resultados de forma eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992). Não obstante, o processo de PS constitui mais do que uma metodologia de concretização de um plano, programa ou projeto, ele encerra em si mesmo um processo de tomada de decisão clínica.

Desta forma, e para concretizar o processo de tomada de decisão clínica, foi desenvolvido durante os estágios, o projeto “ENGAGE24” - Empoderamento Comunitário dos imigrantes indianos, residentes no Concelho da Marinha Grande, dando-se continuidade ao projeto “ENGAGE23” já iniciado em 2023.

O projeto “ENGAGE24” teve como objetivos gerais: Melhorar o acesso aos cuidados de saúde da comunidade imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande e Melhorar a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da comunidade imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande. O meu projeto em específico irá incidir no 2º objetivo mencionado: Melhorar a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da comunidade imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande.

Este projeto teve início no mês de janeiro de 2025 e terá o seu fim (expectável) em janeiro de 2028, sendo este tempo essencial para investir na promoção do empoderamento da comunidade de imigrantes provenientes da Índia, residentes na Marinha Grande.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido constitui-se um estudo quase-experimental que pretende avaliar o impacto da utilização do MAIEC na promoção do empoderamento comunitário aos imigrantes indianos. Seguidamente, apresentam-se as várias etapas do PS na consecução deste projeto de intervenção comunitária.

5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico de situação de saúde é a primeira etapa do PS. Este representa um processo sistemático e abrangente que 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 (Portugal, Nunes, & Andrade, 2016).

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

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

O diagnóstico de situação de saúde deste projeto surgiu pela identificação das necessidades sentidas por parte da comunidade e pelas que foram percecionadas pelos profissionais de saúde em contexto comunitário (Imperatori & Giraldes, 1993); tendo sido uma das etapas já concluídas no projeto "ENGAGE23". Definiu-se como área de intervenção a comunidade imigrante da Índia, devido ao seu crescimento, no concelho da Marinha Grande, nos últimos anos. A perceção desse aumento tornou-se mais evidente durante a pandemia, com a vacinação, a realização de testes de diagnóstico da Covid-19 e os isolamentos profiláticos, pelos profissionais de saúde.

Melo (2020) já referia que na realização de um diagnóstico de saúde comunitário impõe a identificação destas necessidades e de as validar junto da comunidade.

A pertinência da temática é ainda confirmada através da consulta de documentos, indicadores e dados estatísticos disponíveis; e pelos programas nacionais.

A consulta de fontes de dados estatísticos confirma o aumento do número de imigrantes indianos no concelho da Marinha Grande nos últimos anos (como evidenciado no subcapítulo 4.3).

O Programa do XXIII Governo Constitucional estabeleceu a necessidade de se garantirem condições dignas e inclusivas de integração dos cidadãos estrangeiros, respeitando a sua diversidade, bem como de se assegurar o acolhimento e integração (Governo Constitucional, 2022).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável também assenta no mesmo propósito em que 11 dos 17 dos ODS contêm metas e indicadores que são relevantes para a migração e para a mobilidade. O princípio central da Agenda é "não deixar ninguém para trás", incluindo assim os migrantes. A sua meta 10.7 refere a importância de "facilitar a migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável de pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planeadas e bem geridas" (ONU, s.d).

Formulou-se a seguinte questão de partida para este diagnóstico de situação: Qual o nível de empoderamento da comunidade imigrante indiana quanto a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura?

❖ **População-Alvo/ Amostra**

A população-alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente para seleção (Fortin, 2009). A população-alvo deste projeto foi toda a população proveniente da Índia e residente no concelho da Marinha Grande.

No "ENGAGE24" os critérios de inclusão mantiveram-se alinhados com a amostra de participantes, tendo esta sido uma amostra não-probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Imigrantes indianos com 18 ou mais anos, residentes no concelho da Marinha Grande e que aceitaram participar no estudo.

❖ **Considerações Formais e Éticas**

De acordo com o *International Council of Nurses*, a investigação em enfermagem deve basear-se em seis princípios éticos: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020).

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos (tanto na Deontologia Profissional como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação (Nunes, 2020).

Assim, assegurando os padrões éticos e legais foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ULS RL e ao Conselho de Administração da ULS RL para a realização deste estudo "ENGAGE24" em outubro de 2024, que foi deferido em 18 de dezembro de 2024, e enviado o ofício para as investigadoras em 02/01/2025 (Anexo VIII).

Os dados foram tratados de forma anónima pela equipa de investigação, cumprindo todos os princípios éticos inerentes à realização deste estudo, conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e legislação nacional e internacional.

Para assegurar a confidencialidade e a anonimização dos dados, nenhum dos participantes foi identificado por meio de informações pessoais. Em vez disso, a cada participante foi atribuído um código alfanumérico único, garantindo a proteção da sua identidade e o cumprimento das normas éticas.

Os dados recolhidos foram partilhados apenas entre os investigadores da equipa, assim como o acesso às bases de dados criadas.

Os participantes foram informados sobre todos os aspetos do projeto através do consentimento livre e informado, facultado em linguagem clara e acessível, indicando

inequivocamente que a participação poderia ser revogada a qualquer momento, sem que daí existisse qualquer inconveniente para o participante.

Neste projeto foram utilizados dois consentimentos livres e informados: um consentimento que foi aplicado aos participantes no estudo (imigrantes indianos), onde previamente se explicou em que consistia o projeto, foram explicados todos os procedimentos e os benefícios do seu envolvimento no mesmo. Foi igualmente garantido o direito à recusa em participar no projeto, sem que daí existisse qualquer inconveniente para os próprios. Foi utilizada uma linguagem clara e acessível, com o estabelecimento de confiança e negociação através de uma comunicação franca, honesta, clara e leal ao propósito da pesquisa. Estas condições foram explícitas num documento escrito, consentimento informado, que se encontra no Apêndice XI, tendo sido entregue e explicado todo o seu conteúdo.

O outro consentimento foi aplicado aos participantes da reunião com o grupo focal. No documento constava a explicação do projeto estando também referido que seria efetuada a gravação em registo áudio da reunião, em que os mesmos consentiram (Apêndice XII). Nos próximos capítulos será explicado melhor a aplicação destes documentos.

❖ Instrumentos de colheita de dados

Para Fortin (2009) a recolha de informação com os participantes é um aspeto essencial no processo de investigação, podendo ser colhida de várias formas. Tendo o investigador a responsabilidade de determinar o instrumento de medida que melhor se adapta ao estudo.

No estudo “ENGAGE23” foi aplicada a Escala EAvEC através de um Grupo Focal com *stakeholders* com o intuito de aumentar a confiança e cooperação entre os vários parceiros e apresentação do projeto de intervenção comunitária. Com esta escala foi possível avaliar o empoderamento da comunidade imigrante indiana da Marinha Grande.

Segundo (Almeida, et al., 2023) os *stakeholders* referem-se às pessoas, instituições e comunidades que possam ter interesses diretos no processo e/ou conclusões da implementação de um projeto, isto é, podem influenciar ou ser influenciados diretamente pelas atividades e pelo sucesso da iniciativa, podem ser profissionais de saúde, utentes, organizações ou a própria comunidade-alvo.

Um grupo focal permite explorar as características psicossociais e culturais de uma população, complementar a colheita de dados de outros instrumentos de avaliação e desenvolver intervenções (Bisol, 2012).

Dando seguimento a este projeto, os instrumentos de colheita de dados utilizados no projeto “ENGAGE24” foram os seguintes:

✓ **Entrevista semiestruturada**

Foi realizada uma entrevista semiestruturada a uma informante-chave (perita) da comunidade indiana, que possui um amplo conhecimento sobre a cultura, valores e tradições desta comunidade, além de uma percepção clara da relação destes com a saúde.

A entrevista semiestruturada é um tipo de instrumento qualitativo que combina perguntas pré-definidas com a flexibilidade de explorar novos temas conforme a conversa se desenvolve (Rodrigues, 2021).

Um informante-chave é uma pessoa que possui um conhecimento aprofundado sobre uma determinada comunidade, grupo ou contexto social e que pode fornecer informações valiosas para as pesquisas e intervenções. Acrescenta (Bisol, 2012) que são especialistas da comunidade, com seu conhecimento específico e podem fornecer informações a respeito da natureza dos problemas e dar recomendações para soluções.

Foi previamente elaborado um guião de entrevista contendo questões orientadoras, às quais a entrevistada respondeu. Os temas abordados incluíram a caracterização da comunidade indiana em Portugal, os seus hábitos e costumes, as práticas religiosas e alimentares, a percepção da saúde pelos indianos, a adesão às consultas de vigilância e rastreios, o cumprimento da terapêutica e as doenças crónicas mais prevalentes nesta população.

Os entrevistados são indivíduos bem informados, ou seja, pessoas com amplos contatos e envolvimento ativo na comunidade, ou pessoas que têm um conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre um sistema, serviço ou outro assunto de interesse específico do pesquisador.

✓ **Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário**

Seguindo o referencial teórico MAIEC, no "ENGAGE24" foi aplicada à amostra em estudo o Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC e adaptado ao diagnóstico em estudo. Estando este projeto integrado do MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde e sendo o autor do questionário o Professor Doutor Pedro Melo, um elemento integrante do projeto, daí não ter havido a necessidade de solicitar a autorização para o uso do mesmo.

Este questionário permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, da comunidade imigrante indiana da Marinha Grande: a **Liderança Comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagens de capacidades; a **Participação Comunitária**, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas; e o **Coping Comunitário**,

relacionado com as suas experiências anteriores e forças (Melo, 2020). O questionário é constituído por uma primeira parte com 8 questões que permite realizar a caracterização sociodemográfica dos participantes; seguem-se 3 partes relacionadas com as dimensões de diagnóstico já referidas, com questões de resposta fechada e aberta (Apêndice XIII).

Na dimensão da Liderança Comunitária incluiu-se a versão reduzida do **Questionário Europeu de Literacia em Saúde, na versão portuguesa autorizada (HLS-EU-Q6)** que resultou da tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Foi previamente solicitada a autorização para a utilização desta Escala ao seu autor, Professora Doutora Ana Rita Pedro, que deu parecer positivo (Anexo IX). A aplicação desta escala permitiu avaliar nível de literacia em saúde, dos imigrantes indianos, em três domínios da saúde – cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença – contendo cada domínio 2 questões. A escala de avaliação varia entre 1 e 4 valores (do muito difícil, ao muito fácil), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde.

É importante destacar que o projeto “ENGAGE24” abordou dois diagnósticos distintos – a Atitude face ao estado de saúde-doença e o Acesso aos cuidados de saúde. Embora analisados separadamente, esses temas estão interligados e complementam-se. Por isso, tanto a aplicação dos instrumentos de recolha de dados quanto as intervenções foram realizadas de forma integrada. Assim, o questionário, embora estruturado em questões distintas, contempla ambas as temáticas.

Acrescenta-se que o questionário foi produzido em formato digital através do *Google Forms*, devidamente traduzido em punjabi, de modo a facilitar a comunicação com a comunidade imigrante.

Refere Rodrigues (2021), que a combinação de diferentes tipos de dados pode ser útil e relevante na elaboração do diagnóstico e no planeamento da avaliação.

✓ **Escala EAvEC com o grupo focal**

Outro instrumento utilizado dando continuidade à aplicação do MAIEC, foi a Escala EAvEC através de um Grupo Focal com parceiros da comunidade/*stakeholders*, sendo outra estratégia, que permite a recolha de informação, através da discussão de um assunto de interesse, levando à sua compreensão e respeitando as regras da aplicação da escala, tal como referido no subcapítulo 2.2. Esta estratégia permite a capacitação de grupos e comunidades através da autoperceção do problema e da procura com os *stakeholders* pelas respostas ao mesmo.

Este foi um instrumento aplicado após a fase de execução, ou seja, na fase de avaliação deste projeto, permitindo avaliar o nível de empoderamento comunitário da comunidade indiana.

❖ **Apresentação e Análise dos Resultados**

A entrevista com a informante-chave desta comunidade foi uma mais-valia, permitindo uma compreensão mais profunda dos hábitos culturais da comunidade indiana, o que contribuiu significativamente para orientar este projeto. A entrevista forneceu informações sobre a comunidade indiana em Portugal, particularmente na Marinha Grande, onde se constatou que esta ainda é relativamente recente e que pertence a "castas mais baixas", ou seja, classes económicas mais baixas. Foram identificados alguns hábitos culturais importantes, como o papel central das avós, que são vistas como matriarcas e responsáveis pelo cuidado das crianças. Verifica-se que a maioria dos imigrantes que estão em Portugal não têm cá a restante família (pais, avós), não tendo esse apoio. Também foi observado que a submissão da mulher em relação ao homem é uma prática comum, e muitas mulheres se mostram confortáveis com essa dinâmica. No que diz respeito à convivência, as mulheres costumam interagir entre si, enquanto os homens se reúnem entre eles.

Quanto aos hábitos religiosos, destacou-se a forte influência da religião, especialmente em relação aos hábitos alimentares. Muitos membros da comunidade não consomem carne por acreditarem na reencarnação, o que os leva a evitar sacrificar animais, já que acreditam que, no futuro poderiam reencarnar como animais. No entanto, foi notado que, aqueles que vivem em Portugal há mais tempo, começam a "aculturar-se", introduzindo, de maneira gradual, novos hábitos alimentares, como o consumo de aves e peixe, embora a maioria ainda não consuma carne. Além disso, foi referida alguma resistência em tomar medicamentos (cápsulas) que contenham álcool ou proteína animal na sua constituição, pois o consumo desses constituintes vai contra as ideologias religiosas. Quanto ao acesso a consultas e rastreios, a comunidade tende a ser mais recetiva se houver algum benefício em troca, "se houver contrapartida". No Apêndice XIV encontra-se a análise da entrevista mais detalhada.

O Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário foi aplicado a 5 imigrantes indianos, tendo sido aqueles que aceitaram participar no projeto.

Considera-se pertinente iniciar com uma breve caracterização do grupo em estudo, seguindo-se a análise dos resultados obtidos no questionário.

Parte 1: Caracterização Sociodemográfica

Os questionários foram realizados a 5 indivíduos imigrantes de nacionalidade indiana, 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. No que respeita aos dados sociodemográficos, a média de idades dos participantes foi de 36,4 anos, com uma variação entre 33 e 38 anos de idade (desvio-padrão de 2,1 anos). Os participantes residem em Portugal em média há 3,6 anos (desvio-padrão de 2 anos), e quanto ao nível de escolaridade 2 referiram ter o ensino básico, 2 o ensino secundário e 1 deles o mestrado. Quanto à situação profissional, 4 encontravam-se desempregados e 1 empregado. À questão "considera-se saudável?" todos responderam que sim; à questão "Tem alguma doença crónica?" 4 responderam que não e 1 respondeu que sim (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra do "ENGAGE24"

Variáveis sociodemográficas (n=5)	N	M ± DP
Idade		36,4 ± 2,1
Sexo		
Feminino	4	
Masculino	1	
Nacionalidade		
Indiana	5	
Há quantos anos reside em Portugal		3,6 ± 2,0
Nível de escolaridade		
Ensino Básico	2	
Ensino Secundário	2	
Mestrado	1	
Qual a situação laboral?		
Desempregado	4	
Empregado	1	
Considera-se saudável?		
Sim	5	
Tem alguma doença crónica?		
Sim	1	
Não	4	

Nota. M= Média; DP= Desvio-padrão
Autoria própria

As restantes partes dos questionários abordam as três dimensões de diagnóstico do MAIEC.

Parte 2: Liderança Comunitária

Relativamente à Liderança Comunitária os dados mostram que o nível de conhecimentos que os participantes consideram ter sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, variam entre nenhum conhecimento e algum conhecimento. Quanto questionados sobre onde adquiriram o conhecimento prevalece a resposta "livros e fontes de informação pessoal".

Abordando a questão sobre a realização de um projeto no âmbito da temática em estudo "atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura", em média responderam ser importante; quanto à questão acerca do nível de vontade em participar num projeto destes, a

maioria referiu ser importante (60%), e os fatores apontados que possam potenciar a perceção baixa de motivação foi a falta de tempo.

Ainda respeitante ao tema da atitude face ao estado de saúde-doença e quando questionados sobre a realização de rastreios e da vacinação a maioria dos participantes referiu realizar "às vezes" (60%) e "quase sempre" (20%); quanto à realização de consultas médicas e análises e exames as respostas não foram unânimes variando entre "nunca" e "quase sempre".

Quanto ao **Questionário Europeu de LS**, versão reduzida, importa destacar que 3 participantes consideraram difícil saber quando podem precisar de uma segunda opinião de outro médico; também 60% dos participantes consideraram difícil utilizar as informações que o médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença; 60% dos participantes consideraram fácil encontrar informações sobre como gerir mentalmente o problema de saúde como o stress ou a depressão, 20% referiu ser difícil e outro (20%) respondeu "não sabe"; relativamente à questão acerca da avaliação das informações sobre os riscos para a saúde transmitidas pelos meios de comunicação social, se são confiáveis, 80% dos participantes consideraram difícil; quanto a descobrir atividades que são boas para a saúde mental a maioria referiu fácil (80%) e compreender as informações dos media sobre como ficar mais saudável a maioria referiu ser fácil (80%).

- Após a demonstração destes dados, concluímos que os participantes apresentam relativamente baixos conhecimentos relativos à atitude face ao estado de saúde-doença; reconhecem ser difícil saber quando podem precisar de uma opinião de outro médico ou utilizar as informações que este lhe dão para tomar decisões em saúde; todos os participantes consideram ser difícil ou muito difícil avaliar se as informações sobre saúde obtidas nos meios de comunicação social são confiáveis, e todos consideraram ser importante ou muito importante um projeto no âmbito desta temática, demonstrando motivação em participar. Face à realização de rastreios e cumprimento da vacinação a maioria referiu realizar "às vezes"; já a realização de consultas, análises e exames em média responderam "quase sempre".

Parte 3: Participação Comunitária

No que concerne a esta parte e alusiva à temática da atitude face ao estado saúde-doença, os participantes foram questionados sobre a existência de estruturas organizativas na sociedade em que a maioria considerou não existirem (4), o outro participante referiu que existiam algumas pessoas que ajudavam outras, porque essas têm poucos recursos económicos. Quando questionados sobre a existência de parcerias 4 referiram que não, quando questionados sobre a existência de processos de comunicação eficazes a maioria respondeu que não (4) justificando, "Enfrentamos dificuldades de disponibilidade de médicos

(...) vimos muitas pessoas da nossa cultura irem ao hospital porque não há médico (...) as pessoas da nossa cultura também enfrentam o problema da língua (...) não temos nenhuma comunidade que fale sobre nossos problemas para o sistema de saúde”, outro participante refere que a comunicação é difícil.

- Em suma, a maioria dos participantes refere não existirem nem estruturas organizativas nem parcerias na comunidade, manifestando dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e na comunicação pela diferença de língua.

Parte 4: Coping Comunitário

No que concerne ao coping comunitário os participantes foram questionados se tinham participado noutros projetos ou formações associadas à atitude face ao estado saúde-doença, mas todos negaram. Quando questionados sobre quais as formações realizadas, provavelmente devido à questão linguista não houve um bom entendimento desta questão, pois nenhum fez formação e todos responderam. Considera-se que tenham escolhido as áreas formativas que têm mais interesse, como temas para um projeto/formação sendo: serviços de saúde disponíveis, contactos úteis na área da saúde, hábitos de vida saudáveis e como aceder aos cuidados de saúde. Quando abordados sobre as competências/forças em contribuir para um projeto destes apenas 3 responderam que sim, justificando: “Eu quero saber mais sobre os cuidados de saúde”; outro participante acrescentou “Eu acho importante, pois em Portugal muitas pessoas estão a ficar deprimidas, feridas e doentes há muito tempo, mas têm medo de ir ao hospital ou consultar os médicos porque não têm muito dinheiro e também não têm bons conhecimentos”.

- Conclui-se que os participantes não participaram em projetos nem formações na área da saúde, relacionadas com a temática da atitude face ao estado de saúde-doença, embora tenham demonstrado interesse em algumas áreas da saúde. No final foi dado espaço para sugestões ao qual alguns responderam “Nós queremos um grupo que trabalhe com a comunidade estrangeira que ajude nos nossos problemas de saúde”.

No Apêndice XV encontra-se explanados os resultados do questionário realizado.

Após a análise dos dados verificou-se que as dimensões que se verificaram mais comprometidas foi a participação comunitária e o coping comunitário.

❖ Diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico de situação permite identificar problemas e determinar as necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993), após a implementação dos instrumentos de recolha de dados e sua consequente análise.

Com base na RIL, na análise da Entrevista com a Informante-chave e na análise do Questionário de Literacia em Saúde aplicado, foi possível identificar alguns problemas/diagnósticos na população imigrante indiana considerando-se o conhecimento e a atitude os principais focos de atuação (Quadro 1).

Quadro 1 - Problemas/ Diagnósticos identificados na RIL, entrevista e Questionário de Literacia em Saúde

PROBLEMAS /DIAGNÓSTICOS	JUSTIFICAÇÃO
Conhecimento sobre a saúde insuficiente	Baixos conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis como alimentação, pratica de exercício físico, consumo de tabaco; doenças crónicas mais prevalentes e sua prevenção; vacinação e realização de rastreio e exames; e ainda como aceder aos cuidados de saúde.
Interpretação de saúde alterada	Atitude perante estado de saúde e doença comprometida, relacionados com crenças culturais e religiosas, baixos conhecimentos em saúde e em como aceder aos cuidados de saúde podendo influenciar a procura por cuidados de saúde (consultas, exames), adesão a tratamentos e adoção de comportamentos preventivos (vacinação, rastreios).

Nota: Autoria Própria.

De acordo com a análise do Questionário MAIEC aplicado, e tendo por base a matriz de decisão clínica do MAIEC, já explicitada no subcapítulo 2.2, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE (Quadro 2).

Quadro 2 - Diagnósticos e subdiagnósticos de Enfermagem

FOCO PRINCIPAL	GESTÃO COMUNITÁRIA COMPROMETIDA
Diagnóstico	Liderança Comunitária Comprometida
Subdiagnóstico	<p>Conhecimento sobre a atitude face ao estado de saúde-doença não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos</p> <p>Crenças quanto à importância de se realizar um projeto sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associado à cultura, comprometidas em 17% dos imigrantes indianos</p> <p>Atitude sobre a participação num projeto sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura, comprometida em 17% dos imigrantes indianos</p> <p>Atitude relacionada com a adesão aos rastreios, comprometida em 40% dos imigrantes indianos</p> <p>Atitude relacionada com a adesão à vacinação, comprometida em 40% dos imigrantes indianos</p> <p>Atitude relacionada com a adesão às consultas médicas, comprometida em 20% dos imigrantes indianos</p> <p>Atitude sobre a adesão à realização de análises e exames, comprometida em 28% dos imigrantes indianos</p>
Diagnóstico	Participação Comunitária Comprometida
Subdiagnóstico	Estruturas organizativas formais e não-formais não existentes na comunidade, conforme reportado por 80% dos imigrantes indianos

	Parcerias não existentes na comunidade, conforme reportado por 80% dos imigrantes indianos Comunicação não eficaz em saúde, reportado por 80% dos imigrantes indianos
Diagnóstico	Coping Comunitário Comprometido
Subdiagnóstico	Participação em projetos ou atividades no âmbito da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, não demonstrado em 100% dos imigrantes indianos Participação em formação e/ou treino sobre atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, não demonstrado em 100% dos imigrantes indianos Existência de competências/forças para contribuir para um projeto acerca da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, não demonstrada em 40% dos imigrantes indianos

Nota: Autoria Própria.

Após a análise verifica-se que os diagnósticos mais comprometidos são a Participação Comunitária e o *Coping* Comunitário, no entanto considero que com a minha atuação o diagnóstico que pode obter melhores resultados seja a **Liderança Comunitária**. Neste sentido, e indo se encontro com os problemas identificados na RIL, Entrevista com Informante-chave e Questionário da Literacia em Saúde, será considerado como foco de atuação o diagnóstico **Liderança Comunitária Comprometida**.

Assim, foram considerados para análise os 7 subdiagnóstico comprometimentos, enquadrados no diagnóstico Liderança Comunitária Comprometida do Questionário MAIEC. Subjacentes a estes estão os conhecimento, as crenças e as atitudes, como critérios de diagnóstico onde considero que a minha atuação pode trazer mais resultados e mais ganhos em saúde.

Em seguida, será realizada a priorização dos subdiagnósticos identificados.

5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Na segunda etapa, apresentados os diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, os problemas, é essencial agora priorizá-los e hierarquizá-los, considerando o horizonte temporal e os recursos disponíveis, pois estes podem ser limitados (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta hierarquização deve considerar a percepção que a comunidade tem relativamente a determinado problema e a aceitação de atividades propostas para a resolução desses problemas. Caso contrário, existe o risco de a comunidade não se envolver, ficando comprometida.

Nas comunidades emergem múltiplos diagnósticos de enfermagem onde os recursos, por vezes, são escassos para responder atempadamente; por isso a priorização deve ser desenvolvida com critério e rigor (Melo, 2020). No entanto os problemas que não forem

considerados prioritários poderão esperar por uma ocasião mais propícia para a sua resolução (Rodrigues, 2021).

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

Neste projeto recorreu-se ao critério de priorização do Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS), que é composto por três critérios: magnitude (M), transcendência (T) e vulnerabilidade (V). A magnitude considera a importância do problema, a transcendência é o reconhecimento que a população em estudo dá ao problema, sendo influenciada pela sua gravidade e a vulnerabilidade está relacionada com a possibilidade do efeito provocado pela intervenção seja efetivo (Quadro 3) (Ahumada et al. 1965 citado por Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993).

Quadro 3 - Critérios de priorização do método CENDES/OPAS

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

Nota. Adaptado. de *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (p.21), de Melo, 2020, Lidel.

Foi atribuída uma pontuação de 0 a 3, a cada um dos critérios. De seguida somaram-se as pontuações dos critérios e obteve-se a pontuação final. Posteriormente foram analisados os resultados das ponderações atribuídas a cada subdiagnóstico identificado (Tabela 2).

Tabela 2 - Processo de priorização dos diagnósticos identificados

SUBDIAGNÓSTICOS	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Conhecimento acerca da atitude sobre o seu estado de saúde-doença, associado à cultura, não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos	1	2	3	6
Crenças quanto à importância de se realizar um projeto sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associado à cultura, comprometidas em 17% dos imigrantes indianos	0	2	2	4
Atitude sobre a participação num projeto acerca a atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura, comprometida em 17% dos imigrantes indianos	0	2	2	4

Atitude relacionada com a adesão aos rastreios, comprometida em 40% dos imigrantes indianos	0	2	2	4
Atitude relacionada com a adesão à vacinação, comprometida em 40% dos participantes	0	2	2	4
Atitude relacionada com a adesão às consultas médicas, comprometida em 20% dos imigrantes indianos	0	2	2	4
Atitude sobre a adesão à realização de análises e exames, comprometida em 28% dos imigrantes indianos	0	2	2	4

Nota. Autoria Própria.

Foi definido como critério de inclusão para intervenção, tendo em conta o horizonte temporal e os recursos disponíveis, um valor de ponderação igual ou superior a 6.

Assim, surge como principal subdiagnóstico de enfermagem prioritário:

- Conhecimento acerca da atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura, não demonstrado em 53% dos imigrantes indianos.

5.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa do PS, após o diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades é a fixação dos objetivos (Melo, 2020). Segundo Rodrigues (2021, p. 134) “os objetivos referem-se ao que se pretende atingir e que é fundamental para o planeamento”.

Os objetivos podem ser categorizados como: finalidade, objetivos gerais (foco do projeto), os objetivos específicos (surgem do foco principal) e em metas (temporizam os objetivos específicos) (Melo, 2020). Nesta etapa, devem também ser definidos os indicadores dos problemas de saúde prioritários (utilizando indicadores de atividade e indicadores de resultado) e a tradução em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993). Para elaborar os objetivos, é indispensável ter em consideração que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Relativamente à **finalidade**, este projeto visa: Melhorar o Empoderamento Comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura.

Estabeleceu-se como **objetivo geral** para este projeto de intervenção comunitária: Melhorar a Gestão Comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face à saúde-doença, associada à cultura. E como **objetivos específicos** foram considerados:

- Promover a Liderança Comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura;
- Promover a LS, capacitando os imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1992) um indicador é a conexão entre uma atividade realizada ou resultado esperado e uma população em situação de risco. Assim, para avaliar as mais valias e os ganhos em saúde de um projeto de intervenção é crucial estabelecer objetivos exequíveis, que se possam traduzir em indicadores de atividade ou execução, e de resultado ou de impacto.

Dessa forma, o indicador de atividade ou execução procura avaliar as ações realizadas pelos serviços de saúde, visando alcançar um ou mais indicadores de resultado, ou seja, permite avaliar a pertinência e adesão às atividades desenvolvidas. Por outro lado, um indicador de resultado permite avaliar em que medida houve mudança observada num problema de saúde ou na atual dimensão desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Já as metas caracterizam-se como as "expetativas de percurso e de valores a alcançar" (DGS, 2016, p.8). No Quadro 4 estão demonstrados os indicadores e as metas que foram definidos para este projeto.

Quadro 4 - Objetivos específicos, metas e indicadores definidos de acordo com o diagnóstico de situação

Objetivo específico	Indicador de Atividade	Meta
Promover a Liderança Comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura	Taxa de sessões realizadas aos imigrantes indianos (N.º sessões realizadas / N.º sessões programadas) x 100	Que 100% das sessões programadas se realize, até fevereiro de 2025
	Taxa de participação (assiduidade) nas sessões aos imigrantes indianos (N.º imigrantes indianos presentes na sessão/ N.º de imigrantes convocados) x 100	Que 80% dos imigrantes convocados participem nas sessões, até fevereiro de 2025
	Taxa de distribuição de material educativo em saúde (Guia informativo) (Nº de guias informativos distribuídos/ N.º total de guias informativos programados distribuir) x 100	Que 80% dos imigrantes tenham recebido o guia informativo, até fevereiro de 2025
Promover a Literacia em Saúde, capacitando os imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura	Taxa de participação no grupo focal para avaliação da gestão comunitária (N.º de imigrantes participantes no grupo focal/ N.º de imigrantes convocados para o grupo focal) x 100	Que 60% dos imigrantes convocados participem no grupo focal, até fevereiro de 2025
	Taxa de reuniões com grupo focal (N.º reuniões realizadas/ N.º reuniões agendadas) x 100	Que 100% das reuniões agendadas se realizem, até fevereiro de 2025
	Indicador de Resultado	Meta
	Taxa de melhoria dos conhecimentos em saúde dos imigrantes Aplicação do Questionário de Avaliação de Conhecimentos da sessão de educação para a saúde (Nível de conhecimento no questionário pré-intervenção / Nível de conhecimento no questionário pós-intervenção) x 100	Melhoria em 20% do nível de conhecimentos dos imigrantes, expresso no questionário de Avaliação de Conhecimentos da sessão, até fevereiro de 2025

	<p>Taxa de melhoria da gestão comunitária dos imigrantes</p> <p>Aplicação da EAvEC no qual serão verificados os domínios com um baixo valor de empoderamento</p> <p>(N.º domínios da EAvEC com baixo valor de empoderamento / N.º total de domínios da escala EAvEC) x 100</p>	<p>Melhoria de 20% quanto ao número de domínios da escala EAvEC com baixo valor de empoderamento (face ao "ENGAGE23"), até fevereiro de 2025</p>
--	---	--

Nota: Autoria própria

5.4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Para o sucesso de uma intervenção comunitária é essencial a definição correta das estratégias de intervenção (Melo, 2020) surgindo estas como a quarta etapa do PS.

Estratégia em saúde é definida como o percurso de ação para se alcançar os objetivos definidos, isto é, constitui os processos e intervenções mais adequados através dos quais são satisfeitas as necessidades de saúde (Rodrigues, 2021). "A estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária" (Melo, 2020, p. 28).

As estratégias devem ser selecionadas tendo em conta as relações custo-efetividade e custo benefício, adaptadas à população-alvo, sendo que a sua escolha deve recair em estratégias exequíveis (Rodrigues, 2021). Acrescenta (Melo, 2020) que o papel do EESCSP é delinear estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, com os recursos existentes, que permitam as mudanças desejáveis e consequente, melhoria do estado de saúde da comunidade.

Assim, para a definição das estratégias foi tido em consideração o diagnóstico de enfermagem, as características da comunidade, os objetivos pretendidos, os recursos existentes, as necessidades identificadas e os referenciais teóricos de enfermagem que sustentam o projeto, a TDUCC e o MAIEC.

✓ **Cooperação e Envolvimento das Equipas**

Nesta estratégia o envolvimento das equipas no projeto favorece a partilha de informação, práticas e conhecimentos e também, o estabelecimento de um bom relacionamento entre todos os elementos, aumentando o sentido de pertença e de envolvimento no projeto. Como tal, realizaram-se inicialmente uma reunião com a equipa da UCC MG e USP RL polo MG, com o intuito de explicar o projeto, permitindo assim todos estarem informados e envolvidos no mesmo. Nesta estratégia a cooperação dos vários elementos será fundamental, pois o conhecimento que estes profissionais das unidades detêm acerca da população, podem ser elementos conciliadores e de apoio para o sucesso do projeto.

O trabalho em equipa é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de confronto da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde, que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, quanto da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde (Peduzzi, Agreli, Silva, & Souza, 2018).

Tendo como base o finalidade principal deste projeto, o empoderamento comunitário, este configura-se como ferramenta valiosa na promoção da saúde, pela qual as pessoas adquirem um maior controle sobre suas decisões (Veras, Lacerda, & Forte, 2022), sendo um processo através do qual a pessoa, grupos e comunidade trabalham em conjunto para obter o controlo da sua tomada de decisão. Assim, as relações dinâmicas entre os indivíduos, família e os seus contextos sociais e ambientais tornam-se indispensáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

✓ **Sessões de educação para a saúde**

A transmissão de informação é imprescindível para a aquisição de conhecimento, sendo que a transformação da informação em conhecimento ocorre quando os indivíduos conseguem interpretar, contextualizar e aplicar os conteúdos adquiridos no seu dia a dia.

Importa aqui referir o conceito de LS que segundo a OMS: "é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde" (Almeida, et al., 2019).

A LS não é apenas a transmissão de informações, mas foca-se no desenvolvimento de capacidades que permitem a tomada de decisão informada sobre o estado de saúde. Trata-se de uma reformulação da relação entre a Educação para a Saúde e o Empoderamento (Nutbeam, 2000 em Laverack, 2014).

Acrescenta Rodrigues (2021) que a Educação para a Saúde é uma das estratégias utilizadas, que consiste no ensino e aprendizagem, que levam à aquisição de comportamentos saudáveis, prevenindo os riscos (Rodrigues, 2021).

As sessões de educação para a saúde desempenham um papel fundamental na transmissão de informação e na promoção do conhecimento sobre temas relacionados com a saúde, permitindo que os indivíduos desenvolvam competências que favorecem escolhas informadas e comportamentos saudáveis, tendo sido uma das estratégias escolhidas para este projeto.

Assim, realizou-se uma sessão de educação para a saúde com os imigrantes indianos, onde foram abordadas várias temáticas no âmbito da saúde, dando resposta o foco principal e à dimensão de diagnóstico comprometida do MAIEC, seguindo a sua matriz de decisão clínica.

✓ **Distribuição de material educacional**

Como complemento à sessão de educação para a saúde, foi disponibilizado um guia informativo contendo todos os temas abordados. Este material educativo serve como referência, permitindo que as pessoas consultem as informações sempre que necessário, reforçando assim o conhecimento adquirido. Os guias informativos fornecidos têm como objetivo facilitar o acesso à informação, educando e sensibilizando para as temáticas abordadas.

✓ **Comunicação em Saúde**

Segundo a (DGS, 2019) a comunicação é uma ferramenta essencial quando se trabalha as questões da LS. Além disso, temos de ter em conta a visão holística da pessoa, pois cada uma é única e responde de maneira variada, a divergentes informações e à comunicação.

Para otimizar esse processo, é essencial empregar uma variedade de materiais e estratégias. Pode englobar a criação de documentos e cartazes, tanto em formato físico, como online. Além disso, a utilização de sites e aplicativos confiáveis é crucial para transmitir informações. As redes sociais também desempenham um papel fundamental, permitindo a adaptação da mensagem ao destinatário por meio da personalização, apresentação e interação. Além disso, a aplicação de técnicas de informação transversal é fundamental. Isso envolve garantir um contraste adequado entre a fonte e o fundo do suporte, usar um formato de pergunta e resposta, incluir imagens contextualizadas com a mensagem, destacar as principais ideias e limitar a quantidade de informações apresentadas. O uso de linguagem acessível e a utilização de marcadores (*bullets*) em vez de letras maiúsculas também contribuem para uma comunicação eficaz (DGS, 2019).

Como bem sabemos a comunicação é a ferramenta mais imprescindível que o enfermeiro possui, sendo uma das competências básicas para a prestação e gestão de cuidados, sendo a base que sustenta a LS (Lopes, Filipe, & Esteves, 2019).

A evidência científica demonstra que não basta existir informação e conhecimentos corretos sobre a saúde para conduzir a comportamentos desejáveis. Contudo, os conhecimentos adquiridos podem ancorar a capacitação dos grupos ou comunidades através da obtenção de conhecimentos e tecnologias corretos e atualizados sobre cuidados de saúde, que podem modificar os seus comportamentos, permitindo-lhes a tomada de decisão que proteja a sua saúde, o que se traduzirá em ganhos em saúde, sendo um aspeto fulcral para a aquisição da LS (Nakre & Harikiran; Nutbeam, 2006).

Dado que a população-alvo deste projeto é composta por imigrantes, muitos dos quais apresentam dificuldades na compreensão da língua portuguesa, a comunicação assume um papel essencial. É essencial adaptar o conteúdo para garantir a sua compreensão. Por isso, toda a informação fornecida, tanto nas sessões de educação para a saúde como o guia informativo foi traduzida para a língua dos participantes (punjabi). O guia informativo foi disponibilizado em formato digital *Portable Document Format* (PDF), proporcionando maior acessibilidade e facilidade de consulta. Também os questionários, de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC e de Avaliação de Conhecimentos da Sessão foram devidamente traduzidos em punjabi e produzidos em formato digital (*Google Forms*), com o intuito de facilitar a comunicação.

✓ **Parceiros da comunidade / Stakeholders**

O empoderamento comunitário enquanto estratégia implica a participação ativa dos membros da comunidade, mas envolve também a ação política e das organizações (Laverack, 2014). Assim, faz todo o sentido a envolvimento não só do grupo a quem se pretende intervir (grupo de imigrantes indianos) mas toda a comunidade envolvente, como parceiros, líderes, e organizações da comunidade.

O estabelecimento de parcerias com algumas entidades potência a divulgação do projeto e os recursos, e promove um maior envolvimento da comunidade no mesmo, tal como referido por Dickerson (2002), estas implicam um processo onde existe uma reunião de pessoas com o objetivo de encontrarem soluções, através da avaliação dos recursos presentes, da cooperação e da criação de redes, estimulando a cooperação dos vários *stakeholders* e a própria comunidade, no alcance de um objetivo comum.

A OE através do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, no art. 5º, alínea 4c) do referido regulamento, refere que o enfermeiro deve "orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias" (Decreto-Lei n.º 161/96 da OE, 1996).

Desta forma, foi possível reunir o Grupo Focal com *stakeholders* na fase final do projeto, onde se procedeu à avaliação da Escala EAvEC. A Junta de Freguesia da Marinha Grande revelou-se um parceiro essencial, não apenas pela participação de um dos seus membros na reunião do Grupo Focal, como também pela disponibilização do espaço para a realização do encontro.

O empoderamento comunitário desenvolve comunidades ativas e participativas que levam as pessoas a atuar de forma coletiva, obtendo uma maior influência nos fatores determinantes da saúde e na qualidade de vida (Rodrigues, 2021).

Acrescento ainda que, ao intervir numa comunidade com tradições, crenças culturais e religiosas tão distintas, é fundamental adotar uma abordagem sensível e culturalmente competente, demonstrando respeito e promovendo uma relação de confiança com a comunidade.

Isso só foi conseguido após conhecer melhor quais as tradições e crenças da comunidade indiana, tendo sido imprescindível a entrevista com a informante-chave.

Ao realizar a RIL verificou-se a escassez de estudos sobre o tema, no entanto os resultados conseguidos permitiram identificar áreas-chave para a intervenção. Além disso, possibilitou a extração de algumas informações relevantes sobre estratégias de atuação junto da comunidade imigrante indiana, que se apresentam de seguida.

- Deve ser reforçada a **importância dos profissionais na promoção de comportamentos saudáveis** na população imigrante indiana, com destaque para **ações de sensibilização** (Namratha, et al., 2019).
- Sugere-se uma **abordagem multidisciplinar** envolvendo profissionais de saúde, organizações comunitárias e decisores políticos para **promover a sensibilização** para o cancro oral entre a população imigrante. É também necessário conceber **estratégias preventivas e programas educativos culturalmente relevantes** para encorajar a cessação de hábitos de risco (Saraswat, Pillay, Everett, & George, 2020).
- A **resolução de lacunas de conhecimento, a obtenção de apoio social, a disponibilização de ambientes seguros e confortáveis, culturalmente aceitáveis** para os grupos de imigrantes, com a facilitação da aquisição de competências relevantes no que respeita à eficácia da prática de exercício físico, poderiam promover o envolvimento destes grupos (Maricar, Khan, David, Hyrich, & Barton, 2024).
- Quando apresentada uma **oportunidade que é culturalmente aceitável e apoiada social e psicologicamente pela sociedade**, por meio de uma abordagem centrada na pessoa, esses imigrantes podem desenvolver uma combinação de competências e eficácia no exercício, adotando estilos de vida fisicamente ativos (Maricar, Khan, David, Hyrich, & Barton, 2024).
- Os resultados suportam a necessidade premente de **desenvolver intervenções (programas educativos personalizados)**, destinada a melhorar a vacinação contra o HPV nestas populações. É necessária mais investigação sobre a conceção e avaliação de recursos educativos adaptados aos grupos étnicos minoritários (Nefta, et al., 2020).
- Os **fatores de risco para a saúde precisam de ser compreendidos e abordados no contexto cultural e socioeconómico** dos imigrantes, para se conseguir uma melhor modificação dos comportamentos de saúde. Devem ser implementadas **intervenções**

personalizadas para a promoção de um estilo de vida saudável nos imigrantes do Sul da Ásia (Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022).

5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na quinta etapa, é da competência do EESCSP criar 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.º 428/2018 da OE, 2018).

Considera-se importante fazer a distinção entre programa e projeto. O programa, orientado para médio prazo, é um conjunto de atividades que dão resposta a uma estratégia definida e a objetivos gerais (Melo, 2020). Já o projeto de intervenção comunitária é único e caracteriza-se como um processo contínuo que projeta várias intervenções para atingir um objetivo, sendo específico para uma determinada população e horizonte temporal (Rodrigues, 2021 citando Camargo, 2018).

Segundo, Rodrigues (2021, p.49) “um projeto tem um resultado ou um objetivo a atingir e termina quando esse resultado ou objetivo for alcançado”. Ou seja, um projeto tem início, meio e término, traça um objetivo, clareia as estratégias e movimenta os recursos necessários para atingir os seus objetivos.

O projeto de intervenção comunitária representa uma oportunidade crucial para o EESCSP, pois, ao participar na sua conceção, desenvolve e aperfeiçoa as quatro competências específicas da sua especialidade. Além disso, o seu papel e atuação estão claramente delineados nos diversos documentos oficiais que sustentam a prática clínica, bem como espelhados nos diferentes planos, programas e projetos.

Perante os problemas identificados no diagnóstico de situação, a priorização e o objetivo e metas estabelecidos, surgiu o projeto de intervenção comunitária “ENGAGE24”, dando continuidade do projeto “ENGAGE23”.

Procurou-se com este projeto melhorar o empoderamento comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, melhorando o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, deste grupo de imigrantes, contribuindo assim para ganhos em saúde nesta população. Mais em concreto a minha vertente do projeto dirige-se para a Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, sendo que outra colega mestranda ficou com a vertente do Acesso aos cuidados de saúde.

Este projeto foi realizado em colaboração com os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária da UCC MG, professora supervisora e uma colega mestranda, tendo sido implementado numa amostra de 5 imigrantes indianos.

Após a identificação do problema e a seleção das estratégias, é necessário planificar as intervenções e a execução do projeto. Esta etapa é um estudo fundamental das atividades a desenvolver, num período bem delimitado, para se atingir os objetivos e metas definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, para esta etapa, foi importante criar um plano de ação, onde consta as atividades a desenvolver, as estratégias a adotar e a definição de responsabilidades, locais e prazos de execução. Por fim, o plano também estabelece os critérios e métodos para a avaliação das atividades. O plano de ação delineado para este projeto encontra-se explanado no Apêndice XVI.

Foi ainda elaborado um cronograma que orientou as atividades no horizonte temporal, no entanto, foi sofrendo algumas alterações ao longo da execução do projeto (Apêndice XVII).

Nesta fase, é importante o desenvolvimento dos materiais de informação, educação e comunicação (IEC). Os materiais IEC são ferramentas utilizadas para partilhar informação, educar e promover a comunicação.

Para a sessão de educação para a saúde, foi elaborada uma apresentação em *PowerPoint*, baseada nas recomendações e na literatura mais recente, bem como nas normas e legislação em vigor, tornando a abordagem mais interativa. Além disso, o guia informativo, que reuniu todos os conteúdos abordados na sessão, foi disponibilizado em formato digital (PDF), facilitando o acesso e garantindo a disponibilidade da informação para os participantes.

5.6. EXECUÇÃO DO PROJETO

Na sexta etapa – a execução – são implementadas as atividades programadas, por forma a alcançar os objetivos delineados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a receção do e-mail, no dia 2 de janeiro, contendo o ofício com parecer positivo do conselho de ética e do conselho de administração da ULS RL, foi possível dar início à operacionalidade do projeto.

No dia 7 de janeiro, foi realizada uma reunião com um membro da comunidade indiana que atuou como elo de ligação com o grupo, demonstrando sempre interesse pelas questões de saúde. É uma pessoa que compreende e fala a língua portuguesa e que já possuía alguma ligação com a equipa de saúde, visto já ter participado no projeto "ENGAGE23". Durante o encontro, foi-lhe apresentado o novo projeto "ENGAGE24", incluindo a sua finalidade e objetivos. Esse membro desempenhou um papel fundamental como facilitador, auxiliando na

divulgação do projeto para outros elementos da comunidade indiana. Nesta reunião foi possível obter algumas informações essenciais, como a língua predominante que é o punjabi.

Após essa divulgação, houve um grupo de imigrantes indianos que demonstrou interesse em participar no projeto, composto principalmente por amigos e conhecidos do elemento facilitador. Assim, no dia 9 de janeiro, foi realizada a apresentação do projeto ao grupo.

Seguidamente, em 13 de janeiro, decorreu a entrevista uma informante-chave (perita) desta comunidade. A entrevista decorreu via online, tendo sido gravada com consentimento da entrevistada. A concretização da entrevista foi fundamental para uma compreensão mais aprofundada dos hábitos culturais da comunidade indiana, contribuindo significativamente para a orientação da intervenção. Desta forma, possibilitou a adaptação de estratégias que respeitassem e valorizassem a identidade cultural da comunidade, tornando a abordagem mais sensível e eficaz.

Após a aceitação do grupo em participar no projeto "ENGAGE24", procederam à assinatura do consentimento livre e informado, conforme já detalhado no subcapítulo 5.1.

Em seguida, foi aplicado o Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC (pré-intervenção) por meio das redes digitais (*Google Forms*). Foi escolhido esse método por proporcionar maior acessibilidade e rapidez na transmissão da informação, além de facilitar a compreensão da informação transmitida, essencialmente devido à questão linguística. Todo o questionário estava disponível nas línguas português e punjabi. Os participantes preencheram o questionário entre os dias 12 e 21 de janeiro utilizando um link de acesso (Apêndice XVIII).

Com os resultados do questionário MAIEC e os dados da entrevista delineou-se a intervenção. Realizou-se uma sessão de educação para a saúde que decorreu nas instalações da UCC MG, no dia 21 de janeiro de 2025, tendo sido dinamizada pelas duas mestrandas e onde estiveram presentes 2 enfermeiras especialistas em saúde comunitária e o grupo constituído por 5 imigrantes, 4 eram mulheres e que estiveram presencialmente e 1 homem via online. Foi proporcionada a possibilidade de transmitir a sessão utilizando uma plataforma digital (via online), visando promover uma maior adesão dos participantes, no entanto apenas se conseguiu mais um participante.

Como forma de avaliar o conhecimento dos participantes em relação aos conteúdos abordados na sessão de educação para a saúde, foi elaborado um Questionário de Avaliação de Conhecimentos, com base nos temas discutidos. Este questionário foi aplicado aos participantes antes e após a sessão, sendo composto por 7 questões, cada uma com duas

opções de resposta, nas quais o participante deveria selecionar a mais correta (Apêndice XIX).

A sessão de educação para a saúde abordou algumas temáticas que foram de encontro aos diagnósticos de enfermagem identificados no projeto. Foi realizada uma intervenção conjunta que desse resposta à área da Atitude face ao estado de saúde-doença e ao Acesso aos cuidados de saúde, pois estas duas temáticas também se complementam. Assim, foram abordadas as seguintes temáticas na sessão de educação para a saúde:

1. Informação em Saúde: como obter informação em saúde confiável, estruturas organizativas e de saúde existentes;
2. Acesso aos Serviços de Saúde: quais os serviços existentes e como aceder;
3. Hábitos de Vida Saudáveis: Alimentação saudável (no ciclo de vida e na gravidez); Alimentação e as principais doenças crónicas (diabetes, dislipidémia e hipertensão arterial); Atividade Física e Hábitos tabágicos;
4. Vacinação: importância da vacinação, cumprimentos do PNV e cuidados a ter após vacinação;
5. Programas de Saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos.

Dada a dificuldade do grupo em se deslocar às instalações, foi programada apenas uma sessão de educação para a saúde, com uma duração mais prolongada para garantir a abordagem de todas as temáticas previstas.

No Apêndice XX encontra-se o plano da sessão de educação para a saúde e respetiva apresentação da mesma.

Foi também entregue material educacional aos imigrantes participantes, um guia informativo, em formato digital (PDF) que continha toda a informação abordada na sessão de educação para a saúde (Apêndice XXI).

Cerca de uma semana após a sessão os participantes responderam novamente ao Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC avaliando as 3 dimensões de diagnóstico (Liderança Comunitária, Participação Comunitária e *Coping* Comunitário), novamente através das redes digitais.

Ainda foi possível concretizar, 5 semanas após a intervenção com o grupo de indianos, a realização de uma reunião com o Grupo Focal que teve como objetivo avaliar o nível de Empoderamento Comunitário da comunidade dos imigrantes em estudo, com recurso à aplicação da Escala EAVEC, tendo esta reunião decorrido em 26 de fevereiro de 2025.

O empoderamento comunitário relaciona-se com a participação dos membros da comunidade e com o desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma (Laverack, 2005 como citado em Melo et al., 2018).

Para a realização desta reunião, foi necessário contactar um dos parceiros do projeto, a Junta de Freguesia da Marinha Grande, para solicitar autorização para o uso de suas instalações, as quais foram gentilmente cedidas. No Anexo X encontra-se o e-mail com a solicitação e a correspondente autorização por parte da Sra. Presidente da Junta de Freguesia.

Foram convocados por telefone os mesmos participantes presentes na reunião do Grupo Focal realizada em 2024 (no “ENGAGE23”), onde apenas 1 imigrante indiano não compareceu. Antes do início da reunião, o grupo foi informado sobre seu propósito e que a reunião seria gravada. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento aceitando essa condição, tendo este sido elaborado em conformidade com as recomendações éticas e legais estabelecidas, conforme detalhado no subcapítulo 5.1 deste relatório.

A reunião com o Grupo Focal contou com 8 participantes, entre eles alguns *stakeholders* que intervêm com a comunidade imigrante indiana, tendo conhecimentos sobre esta, nomeadamente: assistente social da Junta de Freguesia, EESCSP da UCC MG e da USP RL polo MG, médica de saúde pública, um professor de língua portuguesa e elemento da Igreja Batista e ainda imigrantes indianos.

A reunião iniciou-se com uma breve apresentação em *power-point* sobre o projeto “ENGAGE24”, na qual foram compartilhadas com o grupo as atividades desenvolvidas com a comunidade imigrante, desde a última reunião realizada há um ano (Apêndice XXII). Posteriormente passou-se à discussão em grupo acerca dos vários domínios da escala EAvEC, tendo-se encontrado um consenso entre os participantes quanto à pontuação atribuída em cada domínio. A análise detalhada da Reunião com o Grupo Focal encontra-se no Apêndice XXIII.

Os resultados revelaram que o empoderamento desta comunidade, no que se refere à Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, é particularmente baixo nos domínios da Participação Comunitária, Liderança Local e Estruturas Organizativas. O domínio que apresentou uma pontuação mais alta (4) foi as Ligações a Outros.

Assim, foi elaborado um gráfico radar (Gráfico 6), com a representação dos vários domínios e o nível atribuído a cada um, ilustrando o empoderamento da comunidade indiana em relação à Atitude face à ao estado de Saúde-Doença, associada à cultura.

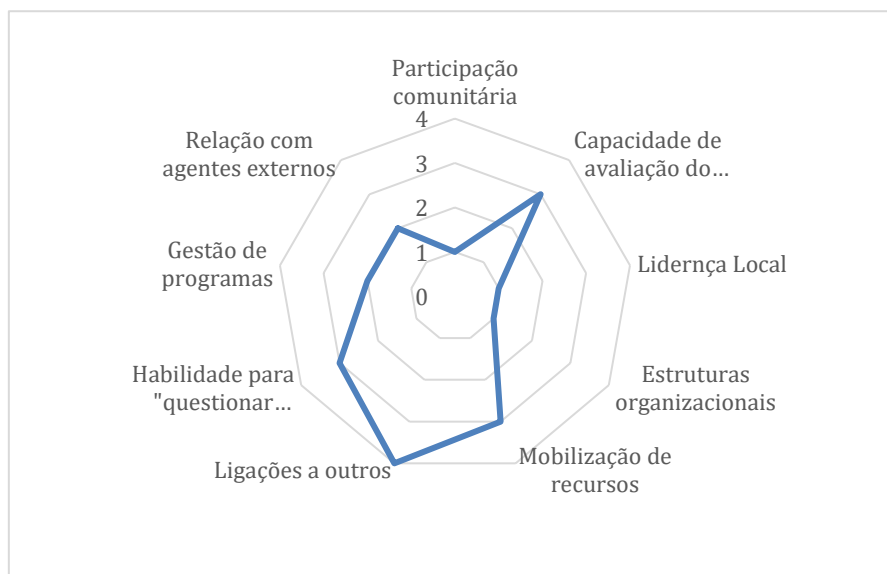


Gráfico 6 - Avaliação do Empoderamento da Comunidade Imigrante Indiana quanto à Atitude face à ao estado de Saúde-Doença, associada à cultura.
Nota. Autoria Própria.

5.7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A sétima e última etapa do PS corresponde à avaliação do projeto e consiste na comparação dos resultados com o diagnóstico de situação ou com os objetivos traçados, tendo como finalidade a melhoria ou a correção da operacionalização do programa ou projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação é um instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas permitindo compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas. A avaliação ajuda a compreender o efeito das atividades implementadas e das estratégias estabelecidas (Rodrigues, 2021).

A avaliação deste projeto de intervenção comunitária foi realizada tendo por base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidos; sendo considerada um processo contínuo, assumindo um carácter concomitante e retrospectivo (Rodrigues, 2021).

Para sistematizar esta etapa, foi realizada, primeiramente, uma avaliação dos indicadores de atividade e resultado, com base nas metas previamente estabelecidas, que se encontra exposto no Quadro 5.

Quadro 5 - Avaliação dos indicadores de atividade e resultado do Projeto "ENGAGE24"

Nota. Autoria Própria.

Indicador de atividade	Meta	Avaliação
N.º sessões realizadas / N.º sessões programadas x 100	Que 100% das sessões programadas se realize, até fevereiro de 2025	1 sessão programada / 1 sessão realizada x 100 = 100%
(N.º imigrantes indianos presentes na sessão/ N.º de imigrantes convocados) x 100	Que 80% dos imigrantes convocados participem nas sessões, até fevereiro de 2025	5 imigrantes presentes / 5 imigrantes convocados x 100 = 100%
Nº de guias informativos distribuídos/ N.º de guias informativos programados distribuir x 100	Que 80% dos imigrantes tenham recebido o guia informativo, até fevereiro de 2025	5 imigrantes indianos receberam o guia informativo/ 5 guias informativos programados distribuir x100 = 100%
N.º de imigrantes participantes no grupo focal/ N.º de imigrantes convocados para o grupo focal x 100	Que 60% dos imigrantes convocados participem no grupo focal, até fevereiro de 2025	2 imigrantes participantes/ 3 imigrantes convocados x100 = 66,7%
N.º reuniões grupo focal realizadas/ N.º reuniões com o grupo focal agendadas x 100	Que 100% das reuniões agendadas se realizem, até fevereiro de 2025	1 reunião realizada /1 reunião agendada x 100 = 100%
Indicador de Resultado	Meta	Avaliação
Nível de conhecimento no questionário pré-intervenção face ao Nível de conhecimento no questionário pós-intervenção	Melhoria em 20% do nível de conhecimentos dos imigrantes, expresso no questionário de Avaliação de Conhecimentos da sessão, até fevereiro de 2025	Nível de conhecimentos no questionário pré = 60% Nível de conhecimentos no questionário pós = 85,7 85,7% - 60 % = 25,7%
N.º domínios da EAveC com baixo valor de empoderamento/ N.º total de domínios da escala EAveC) x 100	Melhoria de 20% quanto ao número de domínios da escala EAveC com baixo valor de empoderamento (face ao "ENGAGE23"), até fevereiro de 2025	3domínios com baixo valor / 9 domínios x 100 = 33,3% No "ENGAGE23" foram 4 domínios com baixo valor (44,4%) 44,4% - 33,3% = 11,1%

Nota. Autoria Própria.

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

Quanto às sessões de educação para a saúde a meta foi atingida em 100%, pois foi efetuada uma sessão de educação para a saúde programada.

Quanto aos imigrantes indianos presentes na sessão de educação para a saúde, também se obteve 100% nesta meta, pois os 5 imigrantes que assinaram o consentimento para participar no projeto e preencheram o questionário MAIEC (pré-intervenção), estiveram presentes na sessão de educação para a saúde.

De igual forma, também os 5 imigrantes receberam o guia informativo, obtendo-se 100% nesta meta.

Quanto ao número de imigrantes participantes no grupo focal, dos 3 imigrantes que participaram na reunião no "ENGAGE23" e que foram convocados, apenas um não compareceu. Apesar disso, conseguiu-se cumprir a meta visto a presença destes corresponder a mais de 60%.

Relativamente às reuniões com o grupo focal atingiu-se 100% nessa meta, pois a única reunião planeada foi concretizada.

Quanto aos indicadores de resultado, e referente ao indicador que avaliou o nível de conhecimentos em saúde dos imigrantes, pela aplicação do **Questionário de Avaliação de Conhecimentos da Sessão de Educação para a Saúde**, pode verificar-se que este indicador foi atingido, pois conseguiu-se uma melhoria do nível de conhecimento superior a 20% (25,7%). Conclui-se que através da sessão de educação para a saúde foi possível transmitir informações de forma eficaz, permitindo que os participantes ampliassem os seus conhecimentos sobre os diversos aspetos da saúde abordados, o que se verificou através dos resultados do questionário. No Gráfico 7 encontram-se os resultados do questionário de avaliação de conhecimentos (pré e pós sessão).

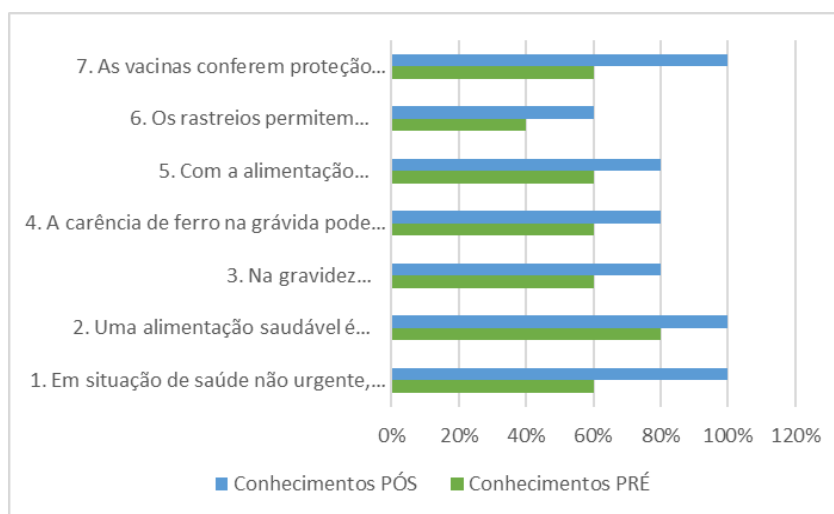


Gráfico 7 - Avaliação de conhecimentos pré e pós sessão de educação para a saúde
Nota: Autoria Própria.

Quanto ao último indicador de resultado, referente à melhoria dos domínios de baixo valor da EAvEC, este não foi atingido, pois apenas se conseguiu uma melhoria de 11,1% face aos valores obtidos no "ENGAGE23". No Apêndice XXIV estão expostos os gráficos radar do "ENGAGE23" e "ENGAGE24", confirmando os dados referidos anteriormente.

❖ **Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC**

Fazendo uma análise aos resultados obtidos pela Aplicação do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário MAIEC pré e pós, pode verificar-se que houve uma discreta

melhoria dos resultados essencialmente ao nível da Liderança Comunitária, o que considero ser justificada pela participação do grupo na sessão de educação para a saúde, onde adquiriu novos conhecimentos em saúde; e também uma discreta melhoria ao nível do *Coping* Comunitário o que depreendeu pela participação do grupo neste projeto. No que concerne ao subdiagnóstico "Conhecimento sobre a Atitude face ao estado de saúde-doença, associado à cultura não demonstrado", definido para o projeto "ENGAGE24", verificou-se uma discreta melhoria representava do Gráfico 8. De uma forma global, a perceção quanto ao nível de conhecimentos sobre a atitude face ao estado de saúde-doença no questionário pré-intervenção era de 53% dos conhecimentos não demonstrados, e no questionário pós-intervenção esse valor reduziu para 47% de conhecimentos não demonstrados.

No Apêndice XXV encontram-se os resultados dos questionários pré e pós intervenção.

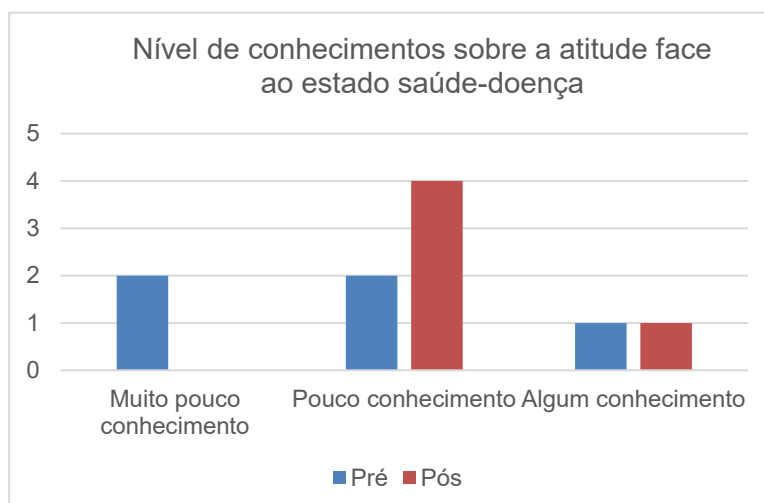


Gráfico 8 – Representação dos conhecimentos sobre a atitude face ao estado saúde-doença (pré e pós-intervenção)

Nota. Autoria Própria.

❖ Questionário Europeu da Literacia em Saúde

A aplicação deste questionário revelou uma discreta melhoria no nível de conhecimentos, essencialmente na questão "Para si, quão fácil ou difícil é avaliar se as informações sobre os riscos para a sua saúde transmitidas nos meios de comunicação social (ex: televisão, internet...) são confiáveis?", que se pode observar no Gráfico 9.

Essa melhoria pode ser atribuída à participação do grupo na sessão de educação para a saúde, que possibilitou a aquisição de conhecimentos sobre diversas temáticas. Uma das

temáticas abordadas foi a "Informação em saúde confiável", diretamente relacionada com a questão colocada no questionário.

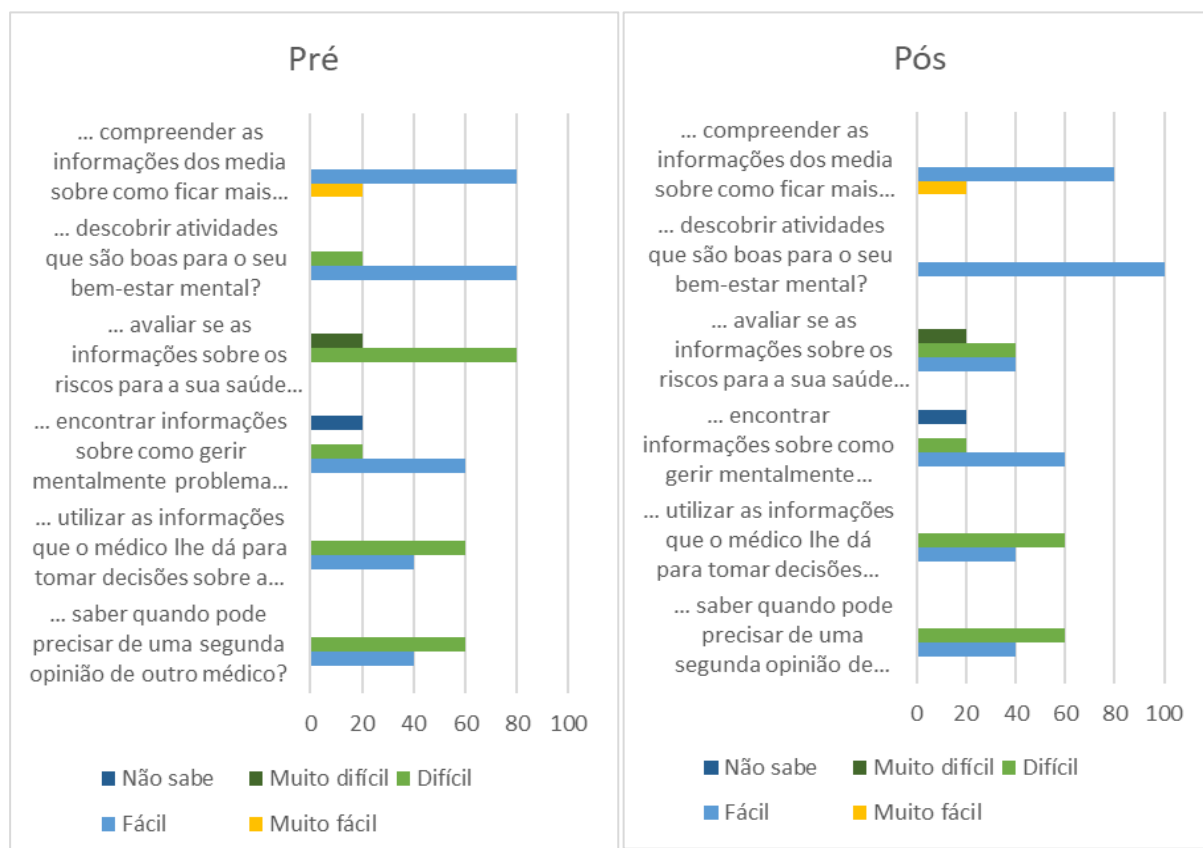


Gráfico 9 – Resultados do Questionário Europeu da Literacia em Saúde, pré e pós-intervenção
Nota: Autoria Própria.

❖ Escala EAveC

A aplicação da escala EAveC revelou uma ligeira melhoria do nível de empoderamento da comunidade indiana em relação ao "ENGAGE23", ou seja, face ao ano anterior. No entanto sabe-se, que a aplicação desta escala deve ocorrer, idealmente, pelo menos um ano após a intervenção (Melo, 2020).

No entanto, considero que a reunião com o Grupo Focal foi uma mais-valia, mesmo tendo passado apenas cinco semanas da intervenção com o grupo de imigrantes, pois foi um momento de partilha entre os *stakeholders* onde se debateram questões relacionadas com esta comunidade de imigrantes.

A realização desta reunião permitiu apresentar ao grupo de participantes o projeto "ENGAGE24", destacando a intervenção realizada junto da comunidade imigrante. Além disso, proporcionou um espaço para debater esta problemática, discutir os desafios

enfrentados desta comunidade e a evolução neste último ano, reforçando-se o envolvimento dos *stakeholders* na continuidade de ações que possam promover o empoderamento desta comunidade.

Percebeu-se que tem aumentado a procura de ajuda por parte dos imigrantes, não apenas por mulheres, mas também por homens, em necessidades como bens alimentares e vestuário (segundo a assistente social da Junta de Freguesia), sendo que eles já criam mais relações com a comunidade envolvente (domínio da escala mais pontuado com o nível 4 – **Ligações a outros**).

Já os domínios menos pontuados (nível 1) foram a: **Participação Comunitária**, tendo sido referido que esta comunidade ainda é uma comunidade “muito fechada”, pois nem todos os seus membros da comunidade são participativos (em reuniões/atividades); **Liderança Local**, onde foi referido não existir nenhum líder na comunidade e as **Estruturas Organizativas**, que foi mencionado também não existirem. A única referência a uma estrutura que dá algum apoio é a igreja batista, no entanto esse apoio não abrange todos os indianos, uma vez que nem todos compartilham a mesma religião.

Com esta reunião foi igualmente importante compreender a perceção dos imigrantes que estavam presentes, essencialmente quanto ao acesso aos cuidados de saúde, sendo a falta de médicos de família uma das principais dificuldades mencionadas. Foi também destacada a barreira linguística como um obstáculo evidente, tanto no acesso à saúde como em outras áreas.

Além disso, foram abordadas algumas questões culturais, religiosas, desta comunidade, que influenciam diretamente as atitudes, perceções e comportamentos em relação à saúde desta comunidade.

Foi enfatizado por todos, em especial pelos imigrantes, a importância do projeto “ENGAGE”, destacando-se a necessidade da sua continuidade, com vista à promoção do empoderamento desta comunidade no que diz respeito à saúde.

Foi ainda possível realizar uma análise dos achados da reunião do Grupo Focal, com base no Modelo *Sunrise* de Madeleine Leininger (Apêndice XXVI). Através dessa análise, foi possível identificar os fatores que exercem maior influência no cuidado em saúde. Dessa forma, o EESCSP pode refletir sobre sua atuação, considerando que, para prestar cuidados culturalmente congruentes à pessoa ou grupo, é essencial ter em conta um conjunto de fatores interligados, todos eles com impacto direto na saúde. De seguida encontra-se expresso na Figura 6 o diagrama representativo do Modelo *Sunrise*, com base na análise da reunião do

Grupo Focal onde constam os vários fatores que influenciam o processo saúde-doença da comunidade indiana.

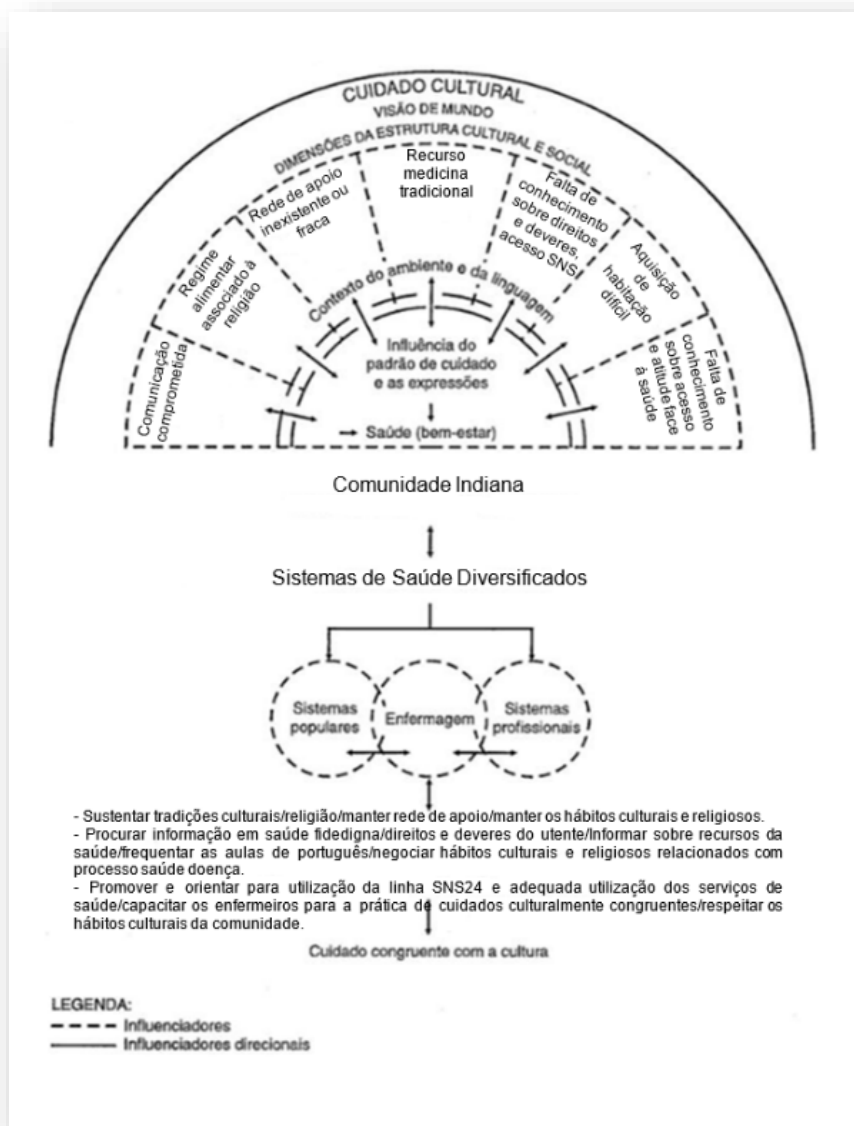


Figura 6 - Diagrama representativo do Modelo Sunrise, adaptado da TDUCC de Leininger
Nota: Adaptado de Leininger (1994). Quality of life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), pp. 22-28. (doi:https://doi.org/10.1177/0894318494007001)

Um dos fatores que tem muita influência é a cultura, que vai de encontro ao tema deste projeto, influenciando a atitude dos imigrantes perante a saúde. É essencial o enfermeiro conheça a cultura, as crenças e os valores da comunidade para conseguir prestar cuidados culturalmente congruentes e adequados. O cuidado transcultural será favorável somente quando o enfermeiro conhecer seu paciente e valorizar sua essência (Almeida, Nascimento, Silva, Bello, & Fontes, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

No que concerne aos objetivos do projeto, e refletindo sobre a Matriz de Decisão Clínica do MAIEC não se pode concluir que existiu uma melhoria da gestão comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, uma vez que a amostra do projeto foi extremamente reduzida, não sendo representativa da comunidade indiana da Marinha Grande. Contudo, para este grupo específico de participantes, constatou-se uma ligeira melhoria nos conhecimentos em saúde, constatado pelos resultados dos questionários, tendo-se promovido assim, a literacia em saúde neste grupo de imigrantes.

A análise da Escala EAvEC aplicada ao Grupo Focal revelou que o empoderamento da comunidade imigrante ainda é relativamente baixo, no entanto, observou-se uma ligeira melhoria em relação ao ano anterior. Isso pode justificar-se não apenas pela implementação do projeto "ENGAGE24", como pelo facto da comunidade imigrante começar gradualmente a estabelecer mais ligações com as várias estruturas da sociedade.

De salientar que no contexto do empoderamento comunitário, o trabalho em rede e as parcerias têm sido identificados como fundamentais, pois é através destes que a comunidade pode reforçar as redes sociais, tornando-se mais forte na partilha de recursos e no apoio e participação nos interesses de outras organizações (ou comunidades) (Melo, 2020).

Outra teoria onde assentou este projeto, foi a TDUCC de Leininger, pois sendo a temática do projeto a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, está intimamente relacionada com os valores culturais, religiosos, modos de vida e tradições da comunidade indiana. É fulcral que os EESCSP adquiram conhecimentos e desenvolvam competências específicas para que consigam assegurar cuidados culturalmente adequados e ajustados às reais necessidades da comunidade. Com base nisto, procurei conhecer melhor a cultura indiana para poder adequar a minha intervenção neste projeto.

Uma das limitações identificadas na realização deste projeto depreendeu-se com o processo moroso e burocrático de aprovação do mesmo, por parte do Conselho de Ética e do Conselho de Administração, o que atrasou o início da sua implementação para janeiro de 2025, resultando num período muito reduzido para a concretização de toda a parte operacional.

Aponto como fator facilitador a existência de um membro da comunidade indiana motivado para integrar o projeto, que atuou como elo de ligação ajudando a estabelecer o contacto com o restante grupo de indianos. O efeito do "passa a palavra" por alguém conhecido revelou ser o método de *marketing* social em saúde mais eficaz, para a divulgação deste projeto.

Acrescento também o facto de alguns participantes no projeto, no dia da sessão de educação para a saúde, trazerem questões de saúde para fazer à equipa de saúde (sobre medicação

que faziam ou algum problema de saúde em específico) o que comprova o que foi referido na entrevista com a informante-chave "Eles são mais recetivos se houver uma contrapartida".

Foi notório que a comunidade indiana é bastante "fechada", sendo necessário tempo para estabelecer confiança e fortalecer a relação entre a equipa de saúde e os membros da comunidade. Esse vínculo era essencial para garantir maior envolvimento e adesão ao projeto, no entanto o curto horizonte temporal do projeto não facilitou.

Nas semanas seguintes à sessão de educação para a saúde, outras mulheres da comunidade indiana procuraram a equipa da UCC solicitando ajuda para questões relacionadas com a sua saúde. Aqui comprova-se novamente o "passa a palavra" e a criação de uma relação de confiança que se vai construindo gradualmente, tornando-se progressivamente mais fácil intervir nestas comunidades.

O cuidado transcultural favorece a prática da educação em saúde e pode proporcionar condições para maior adesão da população às ações de enfermagem (Almeida, Nascimento, Silva, Bello, & Fontes, 2021).

A barreira linguística revelou-se um desafio, uma vez que a maioria dos membros da comunidade indiana apresenta dificuldades na compreensão da língua portuguesa. No entanto, a presença do elo de ligação do grupo foi uma mais-valia, pois ao auxiliar na tradução, facilitou a comunicação entre os imigrantes e a equipa de saúde. O seu apoio foi particularmente relevante durante a sessão de educação para a saúde, tornando esse momento ainda mais enriquecedor, ao possibilitar um diálogo entre todos e a partilha de vivências e experiências pessoais.

O recurso à metodologia do Planeamento em Saúde foi fundamental, uma vez que os recursos são escassos e é necessário intervir nas causas dos problemas. Priorizar para otimizar recursos e ser custo-efetivo são fatores que se revelam fundamentais para planear em saúde. Sendo um processo dinâmico e contínuo, seria importante a continuidade deste projeto.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

O presente relatório de mestrado permitiu expor, de forma crítico-reflexiva o desenvolvimento das competências adquiridas, destacando a distinção entre as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESCSP. Além disso, evidenciou a capacidade de integrar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares lecionadas no primeiro ano deste mestrado.

Ao longo deste percurso, reconheci a importância fundamental da aplicação prática dos modelos teóricos que sustentam a profissão. Nesse sentido, os principais referenciais que orientaram a prática da enfermagem especializada foram a TDUCC de Madeleine Leininger e o MAIEC de Pedro Melo, cuja aplicabilidade foi aprofundada e compreendida com este projeto.

Os campos de estágio proporcionaram uma valiosa partilha de experiências tanto a nível profissional, como pessoal. Além disso, ofereceram uma excelente oportunidade para aplicar os conhecimentos adquiridos, especialmente nas áreas de análise, reflexão, planeamento, comunicação e trabalho em equipa.

Os fluxos migratórios são uma realidade cada vez mais presente em todo o mundo, e Portugal não é exceção. Estes movimentos populacionais têm um impacto significativo na Saúde Pública, influenciando tanto a saúde das comunidades migrantes como a da população do país de acolhimento, além de exercerem pressão sobre a dinâmica e capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Face aos novos desafios, é fundamental que os enfermeiros sejam capazes de adquirir competências, cada vez mais especializadas, com o intuito de acompanhar as mudanças e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, promovendo assim o reconhecimento da Enfermagem enquanto disciplina profissional.

O desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, enquanto projeto de investigação ação, e a elaboração de uma RIL permitiram desenvolver a compreensão e a tomada de decisão na resolução de problemas complexos, que implicam reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas do EESCSP.

Para este trajeto foi essencial o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária "ENGAGE24" como continuidade do projeto "ENGAGE23" já iniciado em 2023, que apesar de estar incluído na competência específica do planeamento em saúde permitiu-me desenvolver também as outras competências específicas do EESCSP.

Este projeto teve como finalidade promover o empoderamento comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, quanto à atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura e, para tal, foi fundamental ter em conta as crenças, costumes, valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, que influenciam diretamente a atitude e, consequentemente, o comportamento destes imigrantes em relação à saúde.

Com a implementação deste projeto não se pode concluir que existiu uma melhoria da Gestão Comunitária dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, quanto à atitude face ao estado de saúde-doença, uma vez que a amostra foi extremamente reduzida (apenas 5 participantes), não sendo representativa desta comunidade. Contudo, para este grupo específico de participantes, constatou-se uma ligeira melhoria dos conhecimentos em saúde, demonstrado pelos resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos da sessão de educação para a saúde (melhoria de 25,7%), tendo-se promovido assim, a literacia em saúde neste grupo de imigrantes.

A análise da Escala EAvEC aplicada ao Grupo Focal revelou que o empoderamento da comunidade imigrante ainda é relativamente baixo, no entanto, observou-se uma ligeira melhoria em relação ao ano anterior ("ENGAGE23"). Apesar da reunião do Grupo Focal ter ocorrido pouco tempo após a intervenção com os imigrantes, considero que foi um momento importante, pois promoveu o desenvolvimento de ligações entre os *stakeholders* e proporcionou um espaço de debate para a identificação de soluções que facilitem a integração dos imigrantes e garantam a continuidade de ações que promovam o empoderamento desta comunidade.

Quanto aos fatores facilitadores neste estágio, aponto a disponibilidade e a partilha dos enfermeiros orientadores, que desempenharam um papel essencial na minha integração nos contextos da USP e da UCC, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento. Eles criaram oportunidades que procurei aproveitar, o que possibilitou a concretização dos objetivos do estágio e enriqueceu consideravelmente o meu percurso de aprendizagem.

Uma das limitações na execução do projeto de intervenção comunitária foi o fator tempo, que restringiu a aplicação das várias etapas do PS a um curto período. Para intervir numa comunidade imigrante como a indiana, o tempo seria um aliado importante para criar laços, estabelecer confiança e promover uma maior adesão do grupo ao projeto.

Como sugestão, realço a importância da continuidade deste projeto, com foco na intervenção junto dos enfermeiros. É essencial sensibilizar os profissionais para a influência que têm na melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde, por parte das comunidades imigrantes, destacando-se a importância de conhecerem a cultura de cada comunidade. Apenas desta

forma é possível prestar cuidados culturalmente congruentes, que promovam a melhoria dos níveis de literacia em saúde na população imigrante, e uma maior adesão às estratégias de prevenção e de promoção da saúde.

No fim deste percurso considero que este foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, ampliando conhecimentos, competências e ferramentas, especialmente numa área que não é a minha realidade profissional diária. Reconheço a sua importância para meu desenvolvimento, permitindo-me exercer a prática clínica com maior rigor e excelência.

Em suma, considero ter adquirido as competências de natureza profissional que regem os cuidados especializados do EESCSP, bem como as competências académicas do 2º ciclo do ensino superior, conducentes ao grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência da ONU para os refugiados [ACNUR]. (2024). Refugee Data Finder. Obtido de <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>
- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral. (2022). *Perfil Local de Saúde - ACES Pinhal Litoral*. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf
- AIMA. (2025). Obtido de Agência para Integração, Migrações e Asilo: <https://aima.gov.pt/pt>
- Albuquerque, A. (2009). A Perspetiva Multicultural do Cuidar em Enfermagem. Em J. Lopes, M. Santos, M. Matos, & O. Ribeiro, *Multiculturalidade - Perspetivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar* (pp. 131-146). Loures: Lusociência.
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Mirnada, D., Oliveira, D., Mata, F., . . . Lorangeira, J. (2019). *Manual em Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2019-manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude.pdf>
- Almeida, G., Nascimento, T., Silva, R., Bello, M., & Fontes, C. (2021). Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(esp)(e20200209). doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200209>
- Almeida, L., Belotti, L., Eshriqui, I., Sousa, A., Vesga-Varela, A., Nunes, G., . . . Bonfim, D. (14 de agosto de 2023). Envolvimento dos *stakeholders* na definição de prioridades para pesquisa de implementação sobre a Planificação da Atenção à Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36 *supl1*. doi:<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE01964>
- Amann, G., Monteiro, H., & Leal, P. (Julho de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. (D. G. Saúde, Ed.) *Pela norma 015/2015*. Obtido de https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- ARS Centro. (2022). *Perfil Regional de Saúde - Região Centro*. SNS, Saúde Pública. ARS Centro. Obtido de <https://www.arscentro.min-saude.pt/saude-publica/perfil-regional-de-saude/>
- Associação para o Planeamento da Família. (2021). *Guia Prático de Educação para a Sexualidade*. Grupo de Trabalho de Saúde Sexual e Reprodutiva . Obtido de https://apf.pt/wp-content/uploads/2023/09/guia_pratico_de_edsex_-_final.pdf
- Aviso n.º 6702/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (13 de abril de 2021). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária. *Diário da República*, 2ª série - Parte E(71), 124-131. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2021/04/071000000/0012400131.pdf>
- Bisol, C. (dezembro de 2012). Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estud. Psico.*, 29 (*supl 1*). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500008>
- Comissão Europeia. (2020). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Obtido de https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental*. Obtido de https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Barbieri-Figueiredo, M. (novembro de 2014). Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: Análise segundo o Método Sintético de McEwen e Wills. Obtido de file:///C:/Users/User/Downloads/Crespoetal2014_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health - Levelling up Part 2*. WHO.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (6 de junho de 2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, Série I -A(N.º 109), pp. 3856 a 3865. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (7 de setembro de 2023). Proceda à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República, 1ª série*(N.º 215). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde. (7 de outubro de 2013). Proceda à 5ª alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, e à 1ª alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009. *Diário da República, 1ª série*(N.º 193), pp. 6050-6061. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Decreto-Lei n.º 161/96 da Ordem dos Enfermeiros. (04 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, Séria I -A; art. 4º*(N.º 205). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (22 de fevereiro de 2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1ª série*(N.º 38). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 37-A/2024 da Presidência do Conselho de Ministros. (3 de junho de 2024). Altera a Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, procedendo à revogação dos procedimentos de autorização de residência assentes em manifestações de interesse. *Diário da República, 1ª série*(N.º 106). Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/06/10601/0000200003.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (4 de agosto de 2022). Aprovação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1ª série*(N.º 150), pp. 5-52. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Departamento de Saúde Pública. (2024). *Carteira de Serviços 2024*. Leiria: Departamento de Saúde Pública Região de Leiria.
- Despacho n.º 25 360/2001. (12 de dezembro de 2001). (M. d. Saúde, Ed.) pp. 20597 - 20598. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>
- Diário da República. (1978). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Obtido de https://gdcc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_d_o_homem.pdf
- Diário da República. (2005). Constituição da República Portuguesa. *Lei Constitucional n.º 1/2005*. Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Diário da República. (04 de Setembro de 2019). Lei de Bases da Saúde. *Lei 95/2019*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Dias, S., & Gonçalves, A. (Setembro de 2007). Migração e Saúde. pp. 15-26. Obtido de https://www.uc.pt/fluc/gjgs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf
- Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. (2018). *Atitudes e Representações face à Saúde, Doença e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Populações Imigrantes*. Observatório das Migrações. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações.
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., & Cargaleiro, H. (2010). Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. *Arquivos de Medicina*(24[6]), 253-259. Obtido de https://www.academia.edu/7088977/Procura_de_Cuidados_e_Acesso aos Servi%C3%A7os de Sa%C3%BAde em Comunidades Imigrantes Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Sa%C3%BAde
- Dickerson, L. (2002). *Creating healthy communities : the process of community discovery*. Alaska: Cooperative Extensio Service.
- Direção-Geral da Educação. (s.d). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Obtido de <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Saúde; Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (12 de agosto de 2015). Norma 015/2015 - Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Manual orientador dos planos locais de saúde. Lisboa: DGS. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma 015/2018 - Rastreio Saúde Visual Infantil. Diário da República. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/rastreio-saude-visual-infantil.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual das boas práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Lisboa. doi:<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Saúde da Visão - Revisão e Extensão 2020*. Ministério da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Obtido de file:///C:/Users/User/Downloads/content%20(16).pdf
- Dubois, H., & Molinuevo, D. (31 de outubro de 2014). *Access to healthcare in times of crisis*. (L. Publications Office of the European Union, Ed.) Obtido de <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2014/access-healthcare-times-crisis>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde, Porto. Obtido de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (12 de Janeiro de 2023). Carta dos Direitos aos Cuidados de Saúde pelos Utentes. Obtido de <https://ers.pt/media/mobbrutl/direito-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-regras-de-acesso-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-no-sns-carta-de-acesso.pdf>
- ESSLei. (setembro de 2024). Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final. Leiria.
- Estrela, P. (2009). A Saúde dos Imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Vol. 25(N.º 1). doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10590>
- Eurostat. (2024). Demography of Europe – 2024 edition. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024#population-diversity>
- Ferreira, P. (2020). Portugal e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Plataforma Portuguesa das ONGD. <https://arquivo.animar-dl.pt/documentacao/pdf/111-doutrinarios-politicos-e-estrategicos/3722-portugal-e-a-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>
- Fonseca, M., & Silva, S. (2010). Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de influência do Centro de Saúde da Graça. (A.-C. P. INTERCULTURAL, Ed.) Lisboa. Obtido de https://books.google.pt/books?id=c40qqcBs1owC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (setembro de 2024). Concelho da Marinha Grande. Obtido de <https://www.gee.gov.pt/pt/documentos/publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/leiria/marinha-grande/3171-marinha-grande/file>
- Góis, P., Abecasis, F., Alfaiate, J., Hancock, M., & Lozano, L. (2019). *Casa Comum - Migrações e Desenvolvimento em Portugal*. Cáritas Portuguesa. Obtido de <https://www.plataformaongd.pt/uploads/subcanais2/casa-comum-pt-digital.pdf>
- Gordis, L. (2011). Epidemiologia. Obtido de https://books.google.pt/books?id=n-JDDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Governo Constitucional. (7 de abril de 2022). Governo da República Portuguesa. *Programa do XXIII Governo Constitucional 2022-2026*. Obtido de <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>
- Heideman, I., Souza, J., Davydson, S., Oliveira, D., & Marques, L. (2021). Empoderamento: Reflexões no contexto das vulnerabilidades e das práticas de Enfermagem. *Revista Baiana em Enfermagem*, vol. 35. doi:<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.36399>

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2025). Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População*. Loures: LUSODIDATA - Soc. port. de Material Didático, Lda.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health promotion* <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.179>
- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde. Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta. 1ª Ed
- Laverack, G. (2014). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. (P. Melo, Trad.) Universidade Católica.
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., . . . McKee, M. (7 de julho de 2016). Efeitos da crise financeira e das medidas de austeridade da Troika na saúde e no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. *Política de Saúde*, 120, 833-839. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (16 de setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1ª série(N.º 181), pp. 8059-8105. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lei n.º 19/2014 da Assembleia da República. (14 de Abril de 2014). Bases da Política de Ambiente. *Diário da República*, 1ª série(N.º 73), pp. 2400-2404. Obtido de [hhttps://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/04/07300/0240002404.pdf](https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/04/07300/0240002404.pdf)
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República . (4 de setembro de 2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1ª série(N.º 169). Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Leininger, M. (1994). Quality of life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), pp. 22-28. doi:<https://doi.org/10.1177/0894318494007001>
- Lopes, A., Filipe, B., & Esteves, S. (2019). Literacia em Saúde: A Segurança no comunicar - Um instrumento de orientação pedagógica para profissionais de saúde. Em C. Lopes, & C. Almeida, *Literacia em Saúde na Prática*. Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Lopes, J. (27 de março de 2022). A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados de saúde. *Açoriano Oriental*. Obtido de https://ordemenfermeiros.pt/media/25776/ao_mar22.pdf
- Lopes, S., & Sousa, A. (2024). *Relatório Migrações e Asilo 2023*. Agência para a Integração Migrações e Asilo, Direção de Planeamento, Estudos e Estatística. Lisboa: AIMA. Obtido de <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- Machado, C., Borges, L., & Robban, S. (2023). Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger. *vol. 27(N.º 1)*, pp. 38-44. doi:<https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>
- Maricar, N., Khan, B., David, T., Hyrich, K. L., & Barton, A. (Maio de 2024). Factors facilitating and hindering South Asian immigrant adults from engaging in exercise and physical activity - a qualitative systematic review. (B. P. Health, Ed.) Obtido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11102233/pdf/12889_2024_Article_18288.pdf
- Maurício, I. (2009). Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(1), 56-64. Obtido de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10591/10327>
- McMichael, A., & Beaglehole, R. (5 de agosto de 2000). The changing global context of public health. (I. 9. Volume 356, Ed.) pp. 495-499. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02564-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02564-2/abstract)
- Melo et al. (fevereiro de 2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Rev ROL Enfermeria*, 43(1)(441-446). Obtido de [file:///C:/Users/User/Downloads/ARTIGOEAVEC_MELOETAL2020_RROLENF%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ARTIGOEAVEC_MELOETAL2020_RROLENF%20(1).pdf)

- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª edição ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(N.º 19). doi:10.12707/RIV18045
- Merino, M., Silva, P., Carvalho, M., Pelloso, S., Baldissera, V., & Higarashi, I. (2018). Teorias de Enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. (U. F. Ceará, Ed.) *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste*, 19. doi:<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
- Mesquita, R. M. (4 de Junho de 2024). A imigração, questão fraturante dos europeus em cinco números-chave. Obtido de https://www.rtp.pt/noticias/mundo/a-imigracao-questao-fraturante-dos-europeus-em-cinco-numeros-chave_n1574345
- Migration Data Portal. (3 de março de 2025). Migration and Human Mobility: Key Global Figures. *World*. Obtido de <https://www.migrationdataportal.org/key-figures>
- Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021- 2030, Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Ministério da Saúde. (2025a). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*. Obtido de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2025b). *Unidade de Saúde Pública da Região Leiria*. Obtido de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2100484/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2025c). *Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande*. Obtido de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101151/Pages/default.aspx>
- Mosler Vidal, E., & Laczko, F. (2022). *Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume*. International Organization for Migration, Suíça. Obtido de <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
- Município Marinha Grande. (9 de outubro de 2024). *Marinha Grande inaugura gabinete de apoio aos migrantes*. Obtido de Município da Marinha Grande: https://www.cm-mgrande.pt/pages/5?news_id=4393
- Nakre, P., & Harikiran, A. (s.d.). Effectiveness of oral health education programs: a systematic review. *Journal of International Society of Community Dentistry*, 3(2), pp. 103-114. doi:<https://doi.org/10.4103/2231>
- Namratha, K., Munerah, A., Sunita, D., Gupta, L., Hore, P., Kanaya, A., . . . Gany, F. (Agosto de 2019). Cardiovascular Disease & Cancer Risk Among South Asians: Impact of Sociocultural Influences on Lifestyle and Behavior. (J. I. Health, Ed.) Obtido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7646689/pdf/nihms-1602955.pdf>
- Nefta, F., Tashani, M., Booy, R., King, C., Rashid, H., & Skinner, S. (9 de Abril de 2020). Knowledge, Attitudes and Perceptions of Immigrant Parents Towards Human Papillomavirus (HPV) Vaccination A Systematic Review. 5,58. doi:10.3390/tropicalmed5020058
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. (6 de Fevereiro de 2022). Cost, culture and circumstances': Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. (H. a. Community, Ed.) doi: 10.1111/hsc.13759
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Obtido de file:///C:/Users/User/Downloads/content%20(17).pdf
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259-267. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OCDE. (2015). *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling I, OCDE Publishing*. Obtido de https://www.oecd.org/en/publications/indicators-of-immigrant-integration-2015-settling-marinhain_9789264234024-en.html
- Oliveira, C. (2022). *Relatório Estatístico Anual - Indicadores de Integração de Imigrantes*. Observatório das Migrações. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações. Obtido de

- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2ª série(N.º 135). Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2ª série - Parte E(184), 128-155. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros (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>
- Reis, A. (2015). Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes. Obtido de https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2001/1/Cap%C3%ADtulo%20Final%20ACM_RE
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019. (20 de agosto de 2019). Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações. *Diário da República*, Série I(N.º 141). Obtido de <https://www.acm.gov.pt/-/plano-nacional-de-implementacao-do-pacto-global-das-migracoes-pnpgm>
- Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade* (1ª edição ed.). (R. Costa, Ed.) Lisboa: Lisbon Internacional Press.
- Saraswat, N., Pillay, R., Everett, B., & George, A. (10 de Maio de 2020). Knowledge, attitudes and practices of South Asian Immigrants in developed countries regarding oral cancer: an integrative review. Obtido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7251750/pdf/12885_2020_Article_6944.pdf
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras - SEF. (2022). População estrangeira residente em Portugal. Obtido de <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- Serrão, D. (1996). *"Consentimento Informado" in Bioética*. (J. B. coord: Luís Archer, Ed.) Lisboa: Editorial Verbo.
- Silva, A., & Nascimento, S. (1 de Julho de 2023). Teoria do Conforto de Kolcaba no Cuidar de Enfermagem: uma Revisão Integrativa. *Revista RRG de Estudos Académicos*, vol. VI(N.º 13). doi:10.5281/zenodo.8065092
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(N.º 16), pp. 147-154.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d). Sistema Nacional de Vigilância Edipémiológica. Obtido de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sinave-2/>
- Taffner, V., & Freitas, G. (18 de fevereiro de 2022). Teoría y Método. *Posibilidades, desafíos y recomendaciones para la enseñanza de las teorías de enfermería*. Obtido de file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PossibilitiesChallengesAndRecommendationsForTeachi-8555903.pdf
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. .
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª edição ed.). Lisboa: Ministério da Saúde, Cadernos de Formação.
- Unidade de Cuidados na Comunidade MG. (2023). Manual de Acolhimento (Aluno/Profissional). Marinha Grande: Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande
- Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. (2025). Unidade Local de Saúde da Região de Leiria. *Instituição*. (SPMS, Ed.) Leiria, Portugal. Obtido de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/instituicao/area-de-influenza/>
- Veras, D., Lacerda, G., & Forte, F. (2022). Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. *Interface* (26 (Supl. 1)). Obtido de <https://doi.org/10.1590/interface.210528>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (Vol. 3ª edição). Edições Sílabo.
- Vilelas, J., & Janeiro, S. (jan-mar de 2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Rev. Min. Enferm*, 16(1), pp. 120-127. Obtido de <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v16n1/17.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo “Outubro Rosa, Novembro Azul” publicado no Jornal da Marinha Grande

TEMA

Outubro Rosa, Novembro Azul

No passado dia 28 de novembro realizou-se no Centro Empresarial da Marinha Grande a última de 4 sessões intituladas de "Cancro Falar para Prevenir", onde se fez ênfase à prevenção do cancro e menção aos movimentos "Outubro Rosa" e "Novembro Azul". As sessões foram promovidas pela Liga Portuguesa Contra o Cancro em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande, e direcionadas aos jovens que frequentam clubes desportivos da Marinha Grande. O "Outubro Rosa" originado do "Pink October" é um movimento que nasceu nos Estados Unidos da América, em 1990, com o intuito de mobilizar a sociedade para a luta contra o cancro da mama. Desde então, por todo o mundo, a cor rosa é utilizada para homenagear as mulheres com cancro da mama.

O "Novembro Azul" ou "Blue November" é um movimento que surgiu em Melbourne, na Austrália em 2003, e que pretende chamar a atenção para a saúde do homem. Este movimento nasceu através de dois amigos que decidiram associar o crescimento do bigode à consciencialização para o cancro da próstata. "November" resulta da mistura da palavra moustache (bigode) com november (novembro). A cor azul simboliza a luta contra o cancro da próstata.

Ambos os movimentos pretendem consciencializar sobre estas doenças, sensibilizar para a prevenção e diagnóstico, bem como apoiar a investigação nestas áreas. Em Portugal, estes movimentos têm forte ligação com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, que desempenha um papel essencial na mobilização da sociedade, divulgação de informações e apoio a pessoas afetadas pelo cancro. Cancro ou tumor maligno é caracterizado por um crescimento anormal e descontrolado das células e que, na maioria das vezes, formam uma massa chamada tumor. No entanto, alguns cancros, como os que ocorrem no sangue, não formam massas tumorais. Os tumores malignos diferem dos benignos por invadir e destruir os tecidos e órgãos vizinhos, espalhando-se para outras partes do corpo (metástase). Os tumores benignos podem crescer em volume, mas não metastizam. O cancro é uma doença genética, ou seja, está sempre associado a alterações genéticas. No entanto, é raramente hereditário, pois essas alterações geralmente não são transmitidas de geração em geração, mas sim provocadas por fatores relacionados com os nossos comportamentos e estilo de vida. O cancro é, em parte, uma doença cuja probabilidade de desenvolvimento pode ser reduzida com a adoção de hábitos de vida saudáveis. Nesse contexto, torna-se essencial abordar os fatores de risco que podem impactar a autogestão da saúde e a qualidade de vida das pessoas. Muitos fatores de risco associados ao cancro começam na juventude, como o tabagismo, sedentarismo e dietas ricas em alimentos ultraprocessados, sendo então necessário sensibilizar os jovens sobre os impactos dessas escolhas. É crucial atuar-se na educação precoce para a saúde nas faixas etárias jovens, já que é uma fase de formação de hábitos, e ensinar sobre prevenção pode incentivar a escolhas saudáveis, tais como, não fumar, evitar o consumo excessivo de álcool, praticar exercício físico, adotar uma alimentação equilibrada e manter uma vigilância adequada da saúde. O investimento na prevenção primária é essencial, pois ajuda a promover a consciencialização e a adoção de hábitos saudáveis desde cedo, contribuindo para a redução do risco de desenvolvimento da doença ao longo da vida. Por outro

lado, a prevenção secundária com a realização de rastreios, permite o diagnóstico e intervenção precoces, identificando a doença numa fase inicial, ainda assintomática.

Em Portugal existem 3 programas de rastreio instituídos, sendo eles, o rastreio do cancro do colo do útero, o rastreio do cancro da mama e o rastreio do cancro colorretal. Atendendo que nos últimos anos se tem verificado um aumento do número de casos de cancro, em especial em pessoas mais novas, a União Europeia definiu recentemente um alargamento das idades para a realização de alguns rastreios, sendo que Portugal seguiu essa orientação. Assim, deverá entrar em vigor brevemente o aumento da idade para o rastreio do cancro da mama dos 50 para os 45 anos, e já foi publicada pela DGS a norma 9/2024, de 17 de outubro de 2024, para o rastreio do cancro do colo do útero aumentar dos 60 para os 55 anos. Conclui-se que falar de cancro com os jovens é, sem dúvida, trazer uma realidade que afeta a todos e que é essencial compreender. Por isso, é fundamental capacitá-los, promovendo uma geração mais consciente sobre sua saúde e a importância da prevenção de doenças.

Ana Bastos e Carolina Luis,
Mestradas em Enfermagem Comunitária

**Freguesia da Marinha Grande**

Rua 25 de Abril, 3 - Marinha Grande

244 502 568 | 910 551 548 | gera@freg-mgrande.pt



**A Junta de Freguesia da Marinha Grande
agradece a todos os profissionais de saúde
o cuidado que têm com a nossa população!**

APÊNDICE II – Apresentação do Projeto “ENGAGE24”

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

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

ENGAGE



Ana Rita Bastos, Nº 5230042
Carolina Luís, Nº 5230046



Março, 2025

1

ÍNDICE

ENGAGE23

ENGAGE24

2

ENGAGE23

Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante da Marinha Grande



3

JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

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

O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde.

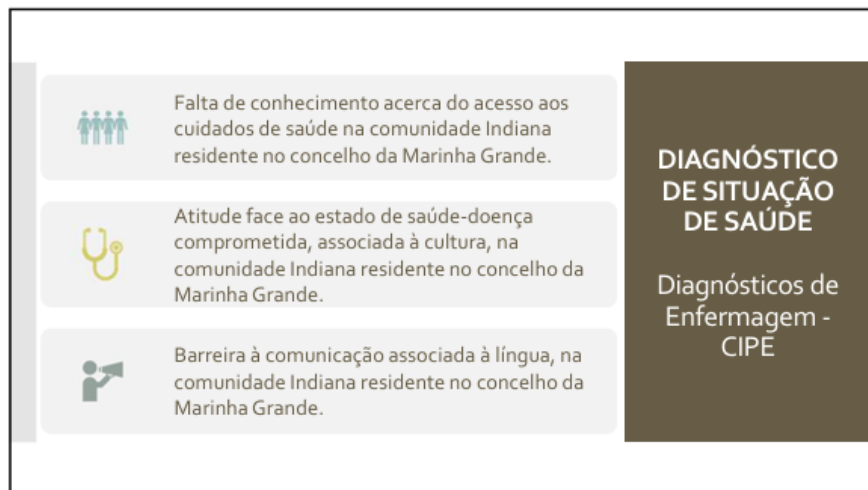
4



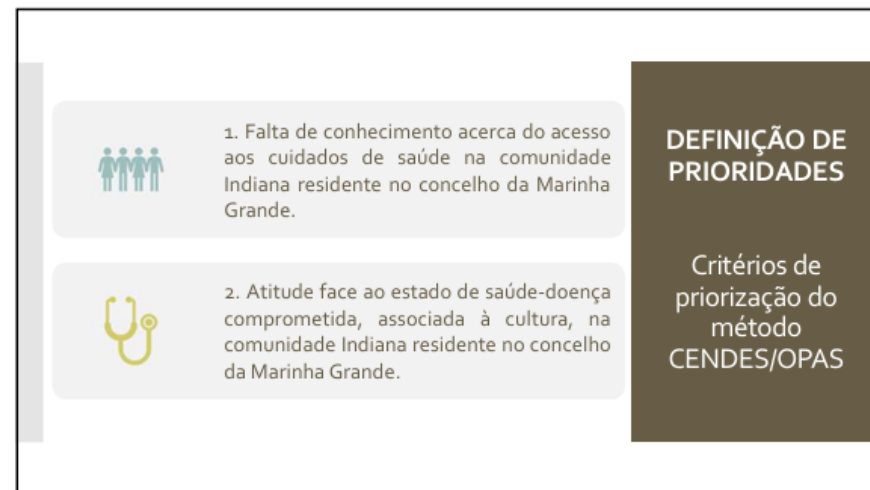
5



6



7



8

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Escala EAveC
Grupo Focal com Stakeholders

The diagram shows a grid of items and their corresponding scores. The items are organized into three main sections: 'Empoderamento da Comunidade', 'Acesso aos Serviços de Saúde', and 'Atitude face ao Estado Saúde-Doença'. Each item is assigned a score from 1 to 5, with 5 being the highest score.

9

ENGAGE24

Empoderamento Comunitário da Comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande

The image shows two hands shaking, symbolizing partnership or agreement. One hand is wearing a blue watch and a gold ring.

10

MODELOS DE REFERÊNCIA PARA TOMADA DE DECISÃO

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
Madeleine Leininger

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)
Pedro Melo

11

OBJETIVO GERAL

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

12

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

53

13

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Grupo de Imigrantes Indianos
Questionário MAIEC



14

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Entrevista semi-estruturada: pessoa de nacionalidade indiana

Sessões de Educação para a Saúde com os imigrantes

Desenvolvimento de Parcerias

Empoderamento Comunitário com o MAIEC

Aplicação EAvEC Grupo Focal

15

PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO



Sessão de Educação para a Saúde



Guia Informativo



16

1. Informação em Saúde → (Acesso)

2. Acesso aos Serviços de Saúde → (Acesso)

3. Hábitos de Vida Saudáveis → (Atitude)

4. Vacinação → (Acesso e Atitude)

5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos → (Acesso e Atitude)

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

17

1. Informação em Saúde

Fontes de informação fidedigna em saúde

Estruturas organizativas parceiras

Estruturas de saúde parceiras

Direitos dos utentes



18

2. Acesso aos Serviços de Saúde

Contactos em situação de saúde:

- Não urgente
- Urgente
- Emergente



19

3. Hábitos de Vida Saudáveis

Alimentação saudável

Alimentação ciclo de vida (com ênfase na grávida)

Complicações da carência de ferro

Doenças crónicas mais frequentes e a sua relação com a alimentação

Prática de atividade física

Fumar: consequências para a saúde




20

4. Vacinação

Importância do cumprimento do programa nacional de vacinal → **Vacinação na criança**

Vacinação no Adulto: vacina VASPR (sarampo, parotidite epidêmica, rubéola) e vacina Td (tétano e difteria). → **Cuidados a ter após a vacinação**



21


5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos

Consultas de Vigilância:

- O que são
- Como aceder

Rastreios oncológicos:

- Rastreo do cancro da mama
- Rastreo do cancro do colo do útero
- Rastreo do cancro colorretal



22

AVALIAÇÃO



Grupo de Imigrantes Indianos
- Questionário MAIEC



Grupo Focal com Stakeholders
- Escala EAvEC

23

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Grupo de Imigrantes Indianos
Questionário MAIEC



Identificação do elemento em análise

Nome do elemento analisado (NOME) - Localização (LOCALIDADE)

Data de avaliação do nível de empoderamento comunitário	Mês				
	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

24

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

Escala EAveC
Grupo Focal com Stakeholders

25

Participação Comunitária

Participação em...

- Grupos de Trabalho
- Reuniões
- Projetos

26

Capacidade de avaliação do problema

- Avaliação/ Identificação dos problemas, ações e/ou soluções

27

Liderança Local

- Líderes nas organizações comunitárias

28

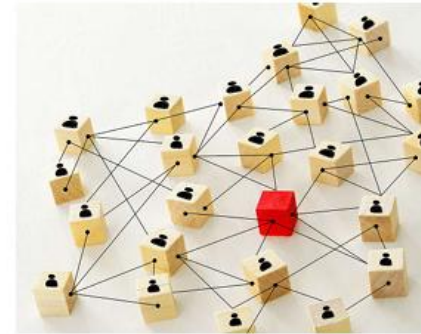
Estruturas organizacionais



29

Mobilização de recursos

- Existência de Recursos e sua distribuição



30

Ligações a outros

- Ligações a outras organizações
- Ligações que permitem o desenvolvimento da comunidade



31

Habilidade para "questionar porquê"

- Existem grupos que identificam os problemas e fazem a sua análise



32

Gestão de programas

- Desenvolvimento de programas e projetos



33

Relação com agentes externos

- A relação com agentes externos facilita a tomada de decisão pela comunidade



34

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA COMUNIDADE

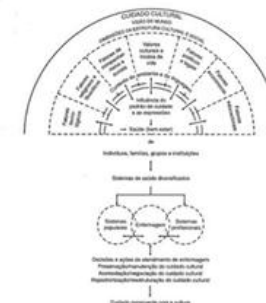
Escala EAveC (MAIEC) Grupo Focal com Stakeholders



35

ANÁLISE

SUNRISE (Leininger) Grupo Focal com Stakeholders



36

APÊNDICE III – Revisão Integrativa da Literatura

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De que forma a cultura influencia a atitude da comunidade imigrante indiana, face ao estado de saúde e doença?

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Os estudos que integram a revisão foram selecionados de acordo com critérios de inclusão: estudos que abordem a atitude relativa à saúde e doença, de imigrantes indianos e tendo em conta o contexto cultural, estudos num intervalo temporal nos últimos 5 anos, redigidos em português e inglês, de acesso integral acessível de forma gratuita. Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa livre no Google Académico a fim de aprofundar a temática.

A questão de investigação foi elaborada de acordo com a mnemónica “PiCo” – população (P), fenómeno de interesse (I) e contexto (Co). Neste caso, a população refere-se a imigrantes indianos, o fenómeno de interesse remete-nos para a atitude face à saúde e à doença e o contexto a cultura (Quadro 1).

Quadro 1 - Mnemónica PiCo

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO	COMPONENTE DA QUESTÃO EM ESTUDO
P	População	Imigrantes indianos
I	Fenómeno de interesse	Atitude para a saúde e para a doença
CO	Contexto	Cultura

Nota: Autoria própria.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA E IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS

A estratégia de pesquisa tem como objetivo localizar todos os estudos que cumpram com os critérios de inclusão acima referidos. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa no dia 2 de dezembro de 2024, limitada na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) (via PubMed) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)

(via EBSCOhost) de forma a possibilitar a identificação de artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCOhost).

O mapa de conceitos utilizados encontra-se exposto no Quadro 2.

Quadro 2

Mapa de Conceitos

	POPULAÇÃO	AND	CONCEITO	AND	CONTEXTO
Palavras-chave	Asian immigrant* South asian immigrant* Asian indian immigrant*		Attitude to health Disease attitude		Culture
OR					
Descritores MESH	South Asian people		Attitude to health		Culture
Termos CINAHL	South Asian People Immigrants		Attitude to health		Popular culture

Nota: Autoria própria.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a pesquisa, todos os estudos identificados foram recolhidos e exportados para o Mendeley, um software bibliográfico que elimina os artigos duplicados. Os títulos e resumos foram analisados com base nos critérios de inclusão estabelecidos para a revisão, e os documentos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra.

A pesquisa identificou 13 estudos potencialmente relevantes, tal como exposto na Figura seguinte através do fluxograma PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews). Nenhum destes estudos se encontrava em duplicado; após avaliação do título 6 foram excluídos e 3 foram excluídos após avaliação do resumo; dos 4 estudos selecionados, 1 foi excluído após leitura integral do texto por não cumprir os critérios de inclusão e não responder à questão de investigação. Assim, foram incluídos nesta revisão 3 estudos.

Procedeu-se também a uma pesquisa livre na plataforma de pesquisa Google Académico, onde foram analisados 10 documentos, dos quais 3 artigos foram incluídos e que complementam este trabalho. De seguida apresenta-se a identificação

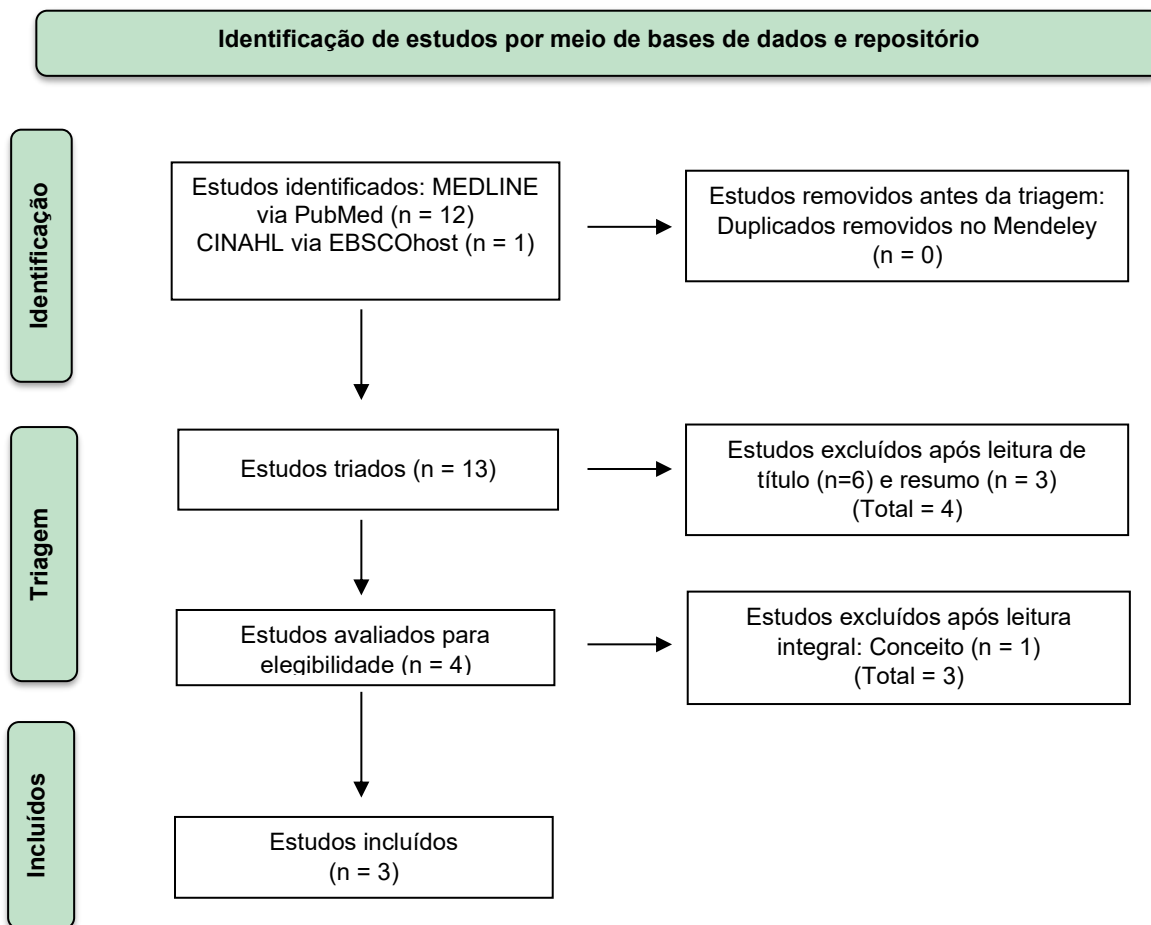


Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 adaptado

Nota: De acordo com Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Houffmann, T., Mulrow, C., & Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. doi:10.1136/bmj.n71

Quadro 3

Grelha de artigos selecionados

ARTIGO N.º 1	
Base de dados	Pubmed
Título	Doenças cardiovasculares e risco de cancro entre os sul-asiáticos: impacto das influências socioculturais no estilo de vida e no comportamento <i>[Cardiovascular Disease & Cancer Risk Among South Asians: Impact of Sociocultural Influences on Lifestyle and Behavior]</i>
Autor(es)	Namratha Kandula, Munerah Ahmed, Sunita Dodani, Leena Gupta, Paromita Hore, Alka Kanaya, Aijaz Khowaja, Ashish Mathur, Darshan Mehta, Ranjita Misra, Muhammad Paracha, Nazleen Bharmal, Mira Aghhi, Jennifer Lang e Francisca Gany.
Ano de publicação	Agosto de 2019
Origem	Estados Unidos da América
Palavras-chave	Sul da Ásia; Risco de doenças cardiovasculares; Risco de cancro; Cultura; Estilo de vida; Comportamento

Objetivos	Examinar o impacto dos comportamentos específicos comuns na população do Sul da Ásia residente dos EUA, relacionados com atividade física, dieta, jejum, aculturação, religiosidade, privação de sono, migração circular e medicina alternativa, sobre doenças cardiovasculares, diabetes e cancro.
População/ Amostra	Imigrantes do Sul da Ásia: Índia, Bangladesh, Paquistão, Sri Lanka
Métodos	Revisão integrativa da literatura
Intervenção	Foi realizada pesquisa nas bases de dados NCBI PubMed e Scopus; adicionados documentos relacionados com o estilo de vida e os fatores de risco comportamentais para a doença cardiovascular e para o cancro (em livros brancos e resumos) e que partilhassem programas e organizações.
Resultados	<p><u>Atividade física:</u> Constatou-se que os imigrantes do Sul da Ásia têm níveis significativamente mais baixos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa face aos outros grupos raciais/étnicos. Demonstrou-se que algumas das causas eram as crenças e práticas culturais (ex: a participação individual em atividade física é frequentemente vista como uma violação da norma cultural de colocar a família antes de si mesmo); os papéis de género, em que as mulheres participam menos em atividades físicas recreativas; vários imigrantes referiram que a família, a escola e a sociedade em geral não apoiavam a participação em exercícios/atividade física.</p> <p><u>Dieta:</u> Há uma variedade significativa nos padrões alimentares dos imigrantes do Sul da Ásia dependendo da região, religião e geração de imigrantes. Nalguns estudos realizados evidenciou-se que as dietas dos imigrantes do Sul da Ásia incluem uma alta ingestão de pastas gordurosas, como manteiga e margarina e frango frito, e usam mais sal, o que pode estar relacionado com a valores de tensão arterial mais elevada e consequentemente mais riscos de doenças cardiovasculares. É importante ter em conta que o vegetarianismo é comum no sul da Ásia e que um grande número destes imigrantes jejuia regularmente.</p> <p><u>Religiosidade e espiritualidade:</u> Estudos demonstraram que a espiritualidade, a religiosidade e as práticas de meditação estão frequentemente associadas a menor prevalência de hipertensão, níveis mais baixos de colesterol e níveis mais baixos de hormonas de stress.</p> <p><u>Privação de sono:</u> tem sido associada ao aumento do risco de doenças cardiometabólicas (ex. diabetes e hipertensão). Pesquisas na população em geral também mostraram que a privação do sono contribui para a interrupção circadiana repetida e comprometimento do sistema imunológico, e está potencialmente associada a mecanismos biológicos promotores de cancro (ex: trabalhadores por turnos noturnos, sendo que vários destes imigrantes trabalham neste regime, como o caso dos taxistas).</p> <p><u>Medicina Complementar e Alternativa (MCA):</u> Evidenciou-se que os imigrantes continuam frequentemente a seguir práticas de cura tradicionais após a migração; o seu comportamento de procura de saúde, combina frequentemente métodos de tratamento alternativos com a medicina ocidental. Muitos imigrantes utilizam medicamentos fitoterápicos importados que contêm metais nocivos, como o chumbo, o arsénio e o mercúrio. O papel da religião no uso de MCA é frequentemente significativo, sendo que alguns grupos de imigrantes participam em práticas de cura tradicionais baseadas em textos religiosos e toleradas pelos líderes religiosos.</p>
Conclusões	<p>Recomenda-se uma investigação mais aprofundada sobre cada comportamento e estilo de vida analisado no estudo. Os métodos de investigação envolvidos na comunidade, que reúnem investigadores, partes interessadas, doentes e membros da comunidade, podem ser utilizados para testar modelos de intervenção novos ou existentes destinados a iniciar e/ou manter comportamentos saudáveis entre as populações do Sul da Ásia.</p> <p>Os potenciais agentes incluem formadores, agentes de saúde comunitários, colegas e famílias; os cenários potenciais incluem centros religiosos, sistemas de saúde,</p>

	<p>organizações comunitárias, restaurantes e locais de trabalho; e o público potencial pode variar entre géneros, gerações, línguas, crenças e estatuto socioeconómico.</p> <p>Recomenda-se que futuras pesquisas de intervenção foquem na melhoria dos níveis de atividade física, visando reduzir o risco de doenças cardiovasculares e outros riscos associados</p> <p>Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção de comportamentos saudáveis nessa população, com destaque para a conscientização sobre essas questões (ações de sensibilização).</p>
--	---

ARTIGO N.º 2

Base de dados	Pubmed
Título	Conhecimento, atitudes e práticas dos imigrantes do Sul da Ásia nos países desenvolvidos em relação ao cancro oral: uma revisão integrativa <i>[Knowledge, attitudes and practices of South Asian immigrants in developed countries regarding oral cancer: an integrative review]</i>
Autor(es)	Nidhi Saraswat, Rona Pillay, Bronwyn Everett e Ajesh George
Ano de publicação	Maio de 2020
Origem	Sydney, Austrália
Palavras-chave	Cancro oral, Sul-asiáticos, Imigrantes, Conhecimentos, Atitudes, Práticas, Revisão integrativa.
Objetivos	Este estudo pretende sintetizar as evidências existentes sobre o conhecimento, as atitudes e as práticas dos imigrantes do sul da Ásia, em países desenvolvidos, em relação ao cancro oral.
População/ Amostra	Imigrantes do Sul da Ásia (Índia, Paquistão, Nepal, Sri Lanka, Bangladesh) - 4.772 participantes.
Métodos	Revisão Integrativa da literatura.
Intervenção	Realizada pesquisa em 5 bases de dados, tendo sido utilizado o PRISMA para reportar os resultados obtidos. A pesquisa pretendeu identificar artigos originais em língua inglesa centrados nos conhecimentos, atitudes e práticas sobre o risco de cancro oral dos imigrantes do Sul da Ásia, nos países desenvolvidos. Foram incluídos todos os estudos que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: realizados entre imigrantes do Sul da Ásia nos países desenvolvidos; explorou pelo menos um resultado do estudo (conhecimentos ou atitudes ou práticas); utilizaram métodos qualitativos, quantitativos ou mistos. Não foi colocada qualquer restrição quanto à data de publicação, qualidade e local do estudo. Revistos estudos entre 1994 e 2018.
Resultados	Foram revistos um total de 16 estudo realizados principalmente nos EUA, Reino Unido, Itália e Nova Zelândia. Os resultados foram categorizados nos seguintes temas: conhecimentos, atitudes e práticas sobre o cancro oral. <u>Conhecimento:</u> 14 estudos exploraram o conhecimento dos imigrantes do Sul da Ásia sobre o risco de cancro oral. Estes estudos avaliaram o nível de informação, bem como a sensibilização dos participantes relativamente ao risco de cancro oral associado ao consumo de álcool, tabaco e preparações de noz de areca. Foi relatada uma falta geral de conhecimento do risco de cancro oral (43-76%) entre os participantes. No entanto, poucos estudos encontraram uma associação entre os níveis de conhecimento e a religião/etnia. <u>Atitudes:</u> 9 estudos exploraram as atitudes dos imigrantes do Sul da Ásia em relação ao risco de cancro oral. Os itens de atitude relevantes estavam principalmente relacionados com crenças relativas à associação de produtos de risco com cancro oral, benefícios percebidos, bem como danos de práticas de risco de cancro oral e o contexto do uso destas substâncias de risco. Foram relatadas crenças fracas entre os participantes (17–41%) em relação a comportamentos preventivos de saúde e modificação de práticas de risco. Alguns

	<p>participantes consideraram o hábito de mascar libras/pan/gutka de bétel bons para a saúde (12–43,6%), referindo que tornava “os dentes e as gengivas mais fortes”, e acreditavam que isso os ajuda a reduzir o stress (11,6–51%) e a aliviar o tédio com sensação refrescante (22–44%). Noutros estudos, foram referidos benefícios específicos para a saúde do betel quid/ pan/gutka percebidos pelos participantes incluíram o auxílio na digestão (11–33,6%) e o alívio da dor (6–34,1%).</p> <p><u>Práticas de cancro oral:</u> Todos os estudos exploraram os aspetos das práticas relacionadas com o risco de cancro oral e as razões por detrás do início destes hábitos, entre os imigrantes do Sul da Ásia. Até 50% dos participantes foram considerados envolvidos numa ou mais práticas negativas relacionadas com o risco de cancro oral, como fumar, beber álcool, mascar bétel e tabaco. Mascar quid Pan/Betel revelou-se a prática mais popular (40-97%), seguida de fumar e mascar gutka. Os seguidores do Islão (8–23%) eram menos propensos a consumir álcool quando comparados com as comunidades Sikh (43–100%) e Hindu (27,6–64%). Considerando que o uso de noz de areca e de panela foi considerado mais comum entre os participantes muçulmanos (24–69%), juntamente com os participantes hindus (32–71%) e sikhs (0–95%).</p>
Conclusões	<p>Esta revisão integrativa mostra que os imigrantes do Sul da Ásia nos países desenvolvidos têm conhecimentos inadequados relacionados com o risco de cancro oral, atitudes pobres em relação ao risco de cancro oral e uma forte inclinação para práticas negativas de risco de cancro oral.</p> <p>Esta revisão sugere que há uma falta de informação adequada sobre os riscos à saúde associados ao uso de produtos de risco, especialmente tabaco e noz de areca, e que essas pessoas não estão a receber informações adequadas nesta área.</p> <p>Perante isto, sugere-se uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde, organizações comunitárias e decisores políticos para promover a sensibilização para o cancro oral entre esta população. É também necessário conceber estratégias preventivas e programas educativos culturalmente relevantes para encorajar a cessação de hábitos de risco entre os sul-asiáticos.</p>

ARTIGO N.º 3	
Base de dados	Pubmed
Título	Fatores que facilitam e dificultam a prática de exercícios e atividades físicas por adultos imigrantes do sul da Ásia - uma revisão sistemática qualitativa. <i>[Factors facilitating and hindering South Asian immigrant adults from engaging in exercise and physical activity - a qualitative systematic review]</i>
Autor(es)	Nasimah Maricar, Behram Khan, Trixy David, Kimme L Hyrich e Anne Barton
Ano de publicação	Maio 2024
Origem	Manchester, Reino Unido
Palavras-chave	Exercício, Atividade física, Sul-asiático, Qualitativo, Revisão Sistemática.
Objetivos	Determinar as barreiras e facilitadores do exercício e da atividade física nas comunidades do sul da Ásia que migram e vive em países ocidentais, em especial aqueles que sofrem de doenças músculo-esqueléticas reumáticas.
População/ Amostra	Imigrantes no Sul da Ásia residentes em países ocidentais (Canadá, EUA, Reino Unido e Austrália).
Métodos	Revisão sistemática da literatura.
Intervenção	Foram identificados estudos qualitativos, publicados entre 1999 e 2021 que incluíam a avaliação de barreiras e/ou facilitadores do exercício ou do comportamento de atividade física em pessoas de comunidades adultas do Sul da Ásia que migraram e/ou viveram em países ocidentais. Foram realizadas pesquisas a partir de Embase, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Google Scholar e também pesquisa manual.
Resultados	Foram incluídos 30 estudos que discutiam as barreiras e os facilitadores da atividade física nas comunidades do Sul da Ásia que migraram e viveram em países ocidentais, no entanto não foram identificados estudos que se focassem especificamente nas pessoas com doença musculoesquelética. Os facilitadores e as barreiras à prática

	<p>de atividade física foram categorizados em termos gerais em fatores extrínsecos e intrínsecos.</p> <p><u>Fatores extrínsecos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores ambientais como o clima (em que o bom tempo promovia a participação) e a falta de segurança contra danos físicos e abusos diminuía a participação. - Fatores socioeconómicos como a educação, a língua e a literacia parecem afetar a prática de exercício físico; os baixos níveis de literacia foram relatados como tendo um impacto negativo na capacidade das pessoas imigrantes do Sul da Ásia se envolverem na prática de atividade física. A falta de apoio dos amigos, família e profissionais de saúde foi associada ao facto de se trabalhar muitas horas e ter pouco tempo para lazer. O encorajamento verbal e a supervisão do exercício pelo profissional de saúde foram um facilitador do envolvimento. A disponibilidade de recursos, como a acesso gratuito a ginásios, a possibilidade de se deslocar ou de ter um local para aulas /programas de exercícios foram fatores importantes para melhorar a atividade física. <p><u>Fatores intrínsecos</u></p> <p>A cultura, a crença e os conhecimentos são 3 fatores fundamentais que influenciam a forma como um indivíduo se envolve na prática da atividade física, destes a cultura parece desempenhar um papel proeminente. Os compromissos familiares foram fatores de desencorajamento. Em termos culturais, a aceitabilidade da prática do exercício física é colocada em questão, podendo ser mais aceitável quando vista como atividade familiar e a caminhada parecem ser opções preferidas. A prática de exercício físico pode ser influenciada pelo sistema de crenças, sendo dada prioridade às necessidades da família. O medo de lesões ou exacerbação de doenças crónicas funcionou como uma barreira. Também o conhecimento surgiu como um ponto importante influenciando as atitudes e a aquisição de competências.</p>
Conclusões	<p>Esta revisão sintetizou a evidência de barreiras ou facilitadores e identificou fatores potencialmente modificáveis que influenciam a atividade física e a participação no exercício, que podem constituir a base de intervenções baseadas na evidência, para promover a participação em mudanças de comportamento saudáveis.</p> <p>A resolução de lacunas de conhecimento, a obtenção de apoio social, a disponibilização de ambientes seguros e confortáveis, culturalmente aceitáveis para os grupos de imigrantes, com a facilitação da aquisição de competências relevantes no que respeita à eficácia da prática de exercício físico, poderiam promover o envolvimento destes grupos.</p> <p>Quando apresentada uma oportunidade que é culturalmente aceitável e apoiada social e psicologicamente pela sociedade, por meio de uma abordagem centrada na pessoa, esses imigrantes podem desenvolver uma combinação de competências e eficácia no exercício, adotando estilos de vida fisicamente ativos.</p>

ARTIGO A	
Base de dados	Google Académico
Título	Hábitos e Costumes da comunidade Hindu de Lisboa quanto à Saúde e ao tratamento das Doenças
Autor(es)	Grishma Dramce
Ano de publicação	2020
Origem	Lisboa, Portugal
Palavras-chave	Hinduísmo, competência cultural, ayurvédica, alimentos, especiarias
Objetivos	Perceber os hábitos e costumes da comunidade Hindu em Lisboa no que diz respeito à saúde e tratamento da doença. Os objetivos secundários incluem a investigação específica do comportamento dos Hindus na adesão à terapêutica e os alimentos/especiarias mais utilizados para tratar sintomas e doenças.
População / Amostra	Comunidade Hindu residente na zona de Lisboa. Foram inquiridos 113 hindus.
Métodos	Estudo de natureza exploratória

Intervenção	Realização de um questionário dividido em 3 partes: dados sociodemográficos incluindo hábitos e convicções religiosas; questões relativas aos comportamentos na saúde e na doença; questões sobre a utilização de plantas medicinais e alimentos mais utilizados pela cultura Hindu e medicina Ayurvédica.
Resultados	<p>Principais resultados obtidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os participantes apresentaram valores de IMC baixo (IMC < 18.5) em 3,7%, normal (IMC 18,5-24,9) em 40,7% dos casos, excesso de peso (IMC 25-29,9) em 44,4% e, com algum grau de obesidade (IMC >30) em 11,1%. No que diz respeito ao consumo de tabaco, 95,6% afirmou não fumar e dos 4,4% que fumam, 80% fuma até 20 cigarros por dia. As doenças crónicas mais prevalentes foram hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes. Os medicamentos mais utilizados pelos inquiridos foram: os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (n=18), os produtos anti-inflamatórios e reumáticos (n=10) e agentes modificadores de lípidos (n=10). 93.4% da amostra com uma ou mais doenças crónicas indicou seguir a administração dos medicamentos prescritos; 72,5% referiu que tomava a forma farmacêutica em cápsula de gelatina de origem animal, 66,7% indicou que tomavam medicamentos que na sua composição poderiam conter álcool. Na presença de alguma doença crónica, 89,9% não cumpre com os jejuns religiosos, enquanto no que diz respeito à toma dos medicamentos em caso de jejum, as respostas não foram conclusivas. Acerca do uso de plantas ou alimentos (incluindo especiarias) que para o tratamento ou prevenção de algum sintoma ou doença, os mais utilizados são o gengibre (n=106), a curcuma (n=103) e o cominho (n=83). No geral, os participantes sabiam os efeitos dos alimentos/especiarias consumidos, apesar de não se poder comprovar se a quantidade ingerida/aplicada é a necessária para obter o efeito desejado, sendo por isso, necessários mais estudos.
Conclusões	<p>Este estudo demonstrou que grande parte da população estudada adere à terapêutica prescrita pelo médico, mesmo esta interferindo com as suas crenças religiosas, como por exemplo a prática de jejuns e toma de cápsulas ou medicamentos com álcool.</p> <p>A população Hindu de Lisboa utiliza muito plantas, alimentos e especiarias para tratamento, tanto de situações ligeiras de saúde como doenças crónicas como hipertensão e diabetes.</p> <p>Os nutracêuticos mais utilizados foram o gengibre, cominho e curcuma por serem mais acessíveis e terem propriedades profiláticas e curativas de sintomas ligeiros.</p> <p>No geral, os participantes do inquérito sabiam os efeitos de quase todos os alimentos, mas não se pode dizer que a quantidade utilizada para tratar seja ou não suficiente, para obter o efeito pretendido.</p> <p>É importante sensibilizar os profissionais de saúde, em especial os farmacêuticos, para a diversidade de culturas e religiões, para promover o uso correto de medicamentos alopáticos e também, melhorar o seu conhecimento no que toca aos efeitos das plantas, alimentos e especiarias, utilizados pela comunidade hindu. As opções ayurvédicas podem complementar a terapêutica e favorecer a obtenção de melhores resultados.</p> <p>Sugere-se a realização de mais estudos, de forma a obter-se mais material de qualidade, para entender a diversidade cultural existente.</p>

ARTIGO B

Base de dados	Google Académico
Título	Conhecimento, atitudes e perceções dos pais imigrantes em relação à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV): uma revisão sistemática. <i>[Knowledge, Attitudes and Perceptions of Immigrant Parents Towards Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: A Systematic Review]</i>

Autor(es)	Faeza Netfa, Mohamed Tashani, Robert Booy, Catherine King, Harunor Rashid e Susan R. Skinner
Ano de publicação	2020
Origem	Austrália
Palavras-chave	Cancro cervical; Papilomavírus humano; Vacina contra o HPV; Conhecimento; Atitudes e percepções.
Objetivos	Identificar lacunas no conhecimento, atitudes e percepções sobre a infecção pelo papilomavírus (HPV) e sua vacina, entre pais imigrantes, em países ocidentais.
População/ Amostra	Pais imigrantes originários de vários países (inclui indianos). Foram incluídos 19 estudos, correspondendo a um total de 2.206 participantes.
Métodos	Revisão sistemática da literatura
Intervenção	Realizada pesquisa nas bases de dados biomédicas: Medline, Embase, Scopus e PsycINFO. Foram considerados para a pesquisa estudos entre 1946 e 2019. Foram incluídos na revisão 19 estudos.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento dos participantes foi explorado em 16 estudos e variou entre nenhum e um conhecimento limitado. A maioria dos participantes em 12 estudos incluídos não tinha conhecimento sobre a vacina contra o HPV, um terço dos participantes de dois estudos referiu não ter recebido informação sobre a vacina contra o HPV. • As atitudes relativamente à vacinação contra o HPV foram avaliadas em 13 estudos e foram mistas: 4 relataram atitudes negativas temendo que isso encorajasse a atividade sexual; no entanto, esta atitude mudou frequentemente quando os pais receberam informação sobre a vacina. • As percepções foram relatadas em 10 estudos; maioria tinha conceitos errados e preocupações em relação à vacinação contra o HPV, influenciadas principalmente pelos valores culturais (crenças e cultura religiosa).
Conclusões	<p>O conhecimento e as atitudes dos pais em relação à vacina contra o HPV foram examinados em muitos estudos recentes e foi documentada uma menor adesão à vacina contra o HPV entre imigrantes, refugiados e minorias étnicas.</p> <p>Os resultados suportam a necessidade premente de desenvolver uma intervenção (programas educativos personalizados), destinada a melhorar a vacinação contra o HPV nestas populações.</p> <p>É necessária mais investigação na conceção e avaliação de recursos educativos adaptados aos grupos étnicos minoritários, especialmente no âmbito do programa de vacinação.</p>

ARTIGO C	
Base de dados	Google Académico
Título	Custo, cultura e circunstâncias': Barreiras e facilitadores de comportamentos de saúde em imigrantes do Sul da Ásia na Austrália <i>[Cost, culture and circumstances': Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia]</i>
Autor(es)	Mehwish Nisar; Asaduzzaman Khan; Tracy L. Kolbe-Alexander
Ano de publicação	2022
Origem	Austrália
Palavras-chave	Austrália, comportamentos de saúde, acesso à saúde, imigrantes, sul-asiáticos.
Objetivos	Obter uma compreensão sobre os comportamentos de saúde e acesso aos cuidados de saúde na população imigrante do sul da Ásia na Austrália.
População/ Amostra	29 participantes (11 sexo masculino e 18 sexo feminino) imigrantes do sul da Ásia
Métodos	Discussões em Grupos Focais 5 participantes em cada grupo e duração entre 55 e 85 minutos. Em inglês Foram Gravados em áudio

Intervenção	Cinco discussões em grupos Focais. Em grupos separados consoante o sexo. Questões guiadas semiestruturadas relacionadas à percepção, barreiras e facilitadores de comportamentos de saúde
Resultados	<p>Nos grupos focais foram abordados os seguintes temas: Atividade Física, Dieta Saudável, Fumar, Álcool e Acesso aos cuidados de Saúde tendo sido analisadas as barreiras e os facilitadores para cada um.</p> <p>Atividade física</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Barreiras à não realização</u>: Crenças culturais, falta de tempo, falta de conhecimentos sobre exercício, os custos associados aos ginásios, a indolência pessoal e o stress no trabalho; falta de motivação e dedicação, comportamentos de intimidação, ameaças e insultos. • <u>Facilitadores à realização</u>: Ambiente físico (parques), realização de exercício com amigos da mesma cultura. <p>Dieta saudável</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Barreiras</u>: Desconhecimento sobre diretrizes para dieta saudável. Tradicionalmente, os sul-asiáticos utilizavam uma grande quantidade de óleo/ghee na preparação de caril de legumes e carne e na preparação de pão. Preferência por alimentos fritos em vez de grelhados. Os participantes mencionaram as redes sociais e familiares como fatores de motivação para fazerem escolhas alimentares saudáveis. Referem o sabor dos legumes e fruta ser diferente e por isso consomem mais carne, assim como, o elevado custo das frutas e legumes é um obstáculo importante para uma alimentação saudável. • <u>Facilitadores</u>: Colegas de trabalho influenciaram os seus hábitos alimentares, com este aprenderam a cozinhar com azeite e a medir a ingestão calórica. <p>Fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Barreiras</u>: A falta de dinheiro como fator de motivação para evitar ou diminuir o consumo de tabaco. • <u>Facilitadores para fumar</u>: Stress após a migração fez com que começassem a fumar ou a continuar a fumar. Os participantes explicaram que, devido a restrições espirituais, preferiam fumar em vez de consumir álcool. <p>Álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Barreiras para consumir</u>: Contexto social foi um fator determinante para o início do consumo de álcool após a migração, sendo mais frequente no sexo masculino. As práticas secretas de consumo de álcool ocorreram para evitar constrangimentos culturais e religiosos. A religião, a cultura e as sanções por condução sob o efeito do álcool foram reveladas como as principais barreiras ao consumo de álcool. Nalguns grupos religiosos (como o Islão, o Budismo e o Sikhismo) o álcool é proibido, enquanto noutros grupos (como o Cristianismo e o Hinduísmo) é parcialmente aceitável. As penas de condução sob o efeito do álcool funcionam como um potencial obstáculo ao seu consumo de álcool em reuniões sociais. • <u>Facilitadores ao consumir</u>: A pressão dos pares e o stress relacionado com o trabalho; a influência dos pares e as ofertas diretas para beber. Em particular, os imigrantes que sofriam de ansiedade social começaram a beber para se tornarem mais aceites pelos seus pares. Os participantes também mencionaram que o álcool era frequentemente utilizado como um mecanismo de sobrevivência em alturas em que as pessoas estavam a lidar com o stress e a solidão. O fácil acesso ao álcool na Austrália, em comparação com o seu país de origem, devido à não aceitação social, é um dos principais fatores que facilitam o consumo de álcool. <p>Acesso aos cuidados de Saúde</p> <p>Os profissionais de saúde devem ter capacidades de comunicação e a sensibilidade cultural. Em relação à prescrição de antibióticos muitos participantes referiram que na Austrália a relutância na sua prescrição o que na sua opinião atrasa a</p>

	<p>recuperação. Também como constrangimento na utilização dos serviços de saúde surge as crenças nos remédios caseiros e na auto- medicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barreiras: Uso de remédios caseiros como tratamento de primeira linha antes de se consultar um médico, assim poupam dinheiro e tempo. Baixos conhecimentos sobre a importância de realização de rastreios, associado a crenças culturais sobre a participação em rastreios como sendo uma fonte de más notícias, referindo que só é importante a sua realização se existirem sintomas. • Facilitadores: Referências positivas em relação ao médico de família por parte de amigos; Preocupação quanto à capacidade compreender as indicações médicas relacionada com a língua, preferindo um médico de família compreenda a sua língua materna
Conclusões	<p>Este estudo demonstra que as crenças culturais, os custos elevados e as circunstâncias sociais, estão ligados aos comportamentos de saúde nos imigrantes do Sul da Ásia. Os fatores de risco precisam de ser compreendidos e abordados no contexto cultural e socioeconómico dos imigrantes para uma melhor modificação dos comportamentos de saúde. As conclusões deste estudo podem informar a conceção e implementação de intervenções personalizadas para a promoção de um estilo de vida saudável nos imigrantes do Sul da Ásia.</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A existência de fatores que influenciam os estilos de vida e os comportamentos de saúde dos imigrantes, aliados ao contexto cultural, com os seus valores, crenças e tradições, irá afetar diretamente a forma como a saúde e a doença são compreendidas e vivenciadas.

Os comportamentos e estilos de vida, tais como os hábitos alimentares, a prática de atividade física, a religiosidade e espiritualidade, a privação do sono, e o uso da medicina complementar e alternativa dos imigrantes do Sul da Ásia, apresentam tanto barreiras quanto facilitadores (Namratha, et al., 2019).

Foi demonstrado que algumas das causas da baixa prática de atividade física eram as crenças e práticas culturais, como a participação individual ser considerada uma violação da norma cultural e o papel de género, em que a mulher participa menos (Namratha, et al., 2019). Reforça Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander (2022), que as principais restrições relatadas para a participação em atividades físicas foram as crenças culturais, a falta de tempo, o stress no trabalho e as elevadas taxas de atividades físicas.

De acordo com Namratha et al., (2019) foi evidenciado que as dietas dos imigrantes do Sul da Ásia incluem uma alta ingestão de pastas gordurosas, como manteiga e margarina e frango frito, e usam mais sal, o que pode estar relacionado com a valores de tensão arterial mais elevada e, conseqüentemente, mais riscos de doenças cardiovasculares.

Foi demonstrado que o clima e a segurança são fatores ambientais que interferem com a prática de atividade física, tal como a educação, a língua e a literacia, como fatores

socioeconómicos que parecem também afetar. Por outro lado, fatores intrínsecos a cada imigrante, como aspetos culturais, tais como as fases da vida, influências familiares, crenças e conhecimentos, impactam as suas atitudes e competências relacionadas com os comportamentos de saúde (Maricar, Khan, David, Hyrich, & Barton, 2024).

O papel da religião é significativo, sendo que a sua prática, tal como da espiritualidade e prática de meditação estão frequentemente associadas a menor prevalência de hipertensão, níveis mais baixos de colesterol e níveis mais baixos de hormonas de stress (Namratha, et al., 2019). As ligações culturais e religiosas, o custo dos cigarros e as penalizações para a condução sob o efeito do álcool foram os facilitadores mais mencionados para um estilo de vida saudável (Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022).

Saraswat, Pillay, Everett, & George (2020) fazem a sua evidencia relativamente ao cancro oral, demonstrando que mais de 50% dos imigrantes do Sul da Ásia foram encontrados envolvidas numa ou mais práticas de risco de cancro oral, como fumar, mascar libras/panelas/gutka de bétel. Alguns dos participantes consideraram o hábito de mascar libras/pan/gutka de bétel bons para a saúde (12–43,6%).

Os conhecimentos, atitudes e práticas em relação a uma doença representam a compreensão que os indivíduos possuem sobre ela, as suas perceções e crenças, bem como os comportamentos adotados para prevenção, tratamento e controlo.

Quanto às atitudes, relativamente à vacinação contra o HPV dentro de 13 estudos analisados por Nefta, et al., (2020), 4 deles relataram atitudes negativas temendo que essa vacina encorajasse à atividade sexual; no entanto, esta atitude mudou frequentemente quando os pais dos jovens receberam informação sobre a vacina. As perceções foram relatadas em 10 estudos, em que a maioria tinha conceitos errados e preocupações em relação à vacinação contra o HPV, influenciadas principalmente pelos valores culturais.

As perceções da comunidade e as barreiras linguísticas foram também reconhecidas como os principais fatores para a diminuição do acesso aos serviços de saúde. As crenças culturais, o alto custo dos alimentos e das instalações saudáveis, assim como as condições sociais, estão diretamente relacionados aos comportamentos de saúde e ao acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes do Sul da Ásia (Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022).

Uma das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde são os baixos conhecimentos sobre a importância de realização de rastreios, associado a crenças culturais, associando a participação em rastreios como sendo uma fonte de más notícias, referindo que só é importante a sua realização se existirem sintomas. Reforça que, como facilitador para o acesso aos cuidados de saúde são as referências positivas em relação ao médico de família,

por parte de amigos, e a preocupação quanto à capacidade compreender as indicações médicas relacionada com a língua (Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022).

Em Portugal, segundo um estudo realizado as doenças crónicas mais prevalentes na comunidade hindu residente em Lisboa são hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes. Já a medicina alternativa mais utilizada é a ayurvédica e as especiarias/alimentos mais utilizados são o gengibre, curcuma e o cominho. Este estudo demonstrou que grande parte da população estudada adere à terapêutica prescrita pelo médico, mesmo esta interferindo com as suas crenças religiosas, como por exemplo a prática de jejuns e toma de cápsulas ou medicamentos com álcool (Dramce, 2020).

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção de comportamentos saudáveis nas populações imigrantes, sendo fulcral conceber estratégias preventivas e programas educativos culturalmente sensíveis e adequados, sendo fulcral conhecer a população com quem estão a trabalhar.

Quadro 4

Dimensões segundo o Modelo SUNRISE face às atitudes dos imigrantes indianos quanto à saúde-doença, associada à cultura.

ARTIGO	DIMENSÕES SEGUNDO O MODELO SUNRISE	DADOS DOS ARTIGOS
<p align="center">Artigo 1 <i>Cardiovascular Disease & Cancer Risk Among South Asians: Impact of Sociocultural Influences on Lifestyle and Behavior</i></p>	<p align="center">Valores Culturais e Modos de Vida</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <p>Atividade Física</p> <ul style="list-style-type: none"> - A participação individual é frequentemente vista como uma violação da norma cultural (colocar a família antes de si mesmo). - Papel de género: a mulher não é bem vista a realizar estas atividades (questão cultural). - Falta de apoio da família, da escola e da sociedade. <p>Alimentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tradições: é frequente o vegetarianismo e os jejuns. - Dietas ricas em alta ingestão de pastas gordurosas, como manteiga e margarina e frango frito, e usam mais sal (aumenta o risco da doença cardiovascular).
	<p align="center">Fatores Religiosos</p>	<p><u>Facilitadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A espiritualidade, a religiosidade e as práticas de meditação estão frequentemente associadas a menor prevalência de hipertensão, níveis mais baixos de colesterol e níveis mais baixos de hormonas de stress. <p><u>Barreiras:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - O uso da Medicina Complementar e Alternativa é frequentemente significativo nestes imigrantes, sendo que alguns participam em práticas de cura tradicionais baseadas em textos religiosos e toleradas pelos líderes religiosos, não aderindo à medicina ocidental. - Dieta condicionada pela religião: vegetarianismo e jejuns.
	<p align="center">Fatores Económicos</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Privação do sono condicionada pelas questões laborais (muitos destes imigrantes trabalham por turnos) contribui para a interrupção circadiana repetida e comprometimento do sistema imunológico (aumento do risco de doenças cardiometabólicas e está potencialmente associada a mecanismos biológicos promotores de cancro)
<p align="center"><u>Artigo 2</u> <i>Knowledge, attitudes and practices of South Asian immigrants in developed countries regarding oral cancer: an integrative review</i></p>	<p align="center">Valores Culturais e Modos de Vida</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <p>Tradição cultural associada ao consumo de álcool, tabaco e preparações de noz de areca.</p> <p>Tradição cultural associada ao hábito de mascar libras/pan/gutka de bétel.</p>
	<p align="center">Fatores Educacionais</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento quanto ao risco de cancro oral associado ao consumo de álcool, tabaco e noz de areca. - Falta de conhecimento quanto aos riscos para a saúde, associado ao hábito de mascar libras/pan/gutka de bétel (alguns imigrantes consideravam ser benéfico para a saúde).
<p align="center"><u>Artigo 3</u> <i>Factors facilitating and hindering South Asian immigrant adults from engaging in exercise and physical activity – a qualitative systematic review</i></p>	<p align="center">Valores Culturais e Modos de Vida</p>	<p><u>Facilitadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatores ambientais como o clima (ex. bom tempo). <p><u>Barreiras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Os compromissos familiares foram considerados fatores de desencorajamento. - Aceitabilidade da prática do exercício física: é mais aceite como atividade familiar e a caminhada. - A prioridade são as necessidades da família. - O medo de lesões ou exacerbação de doenças crónicas.
	<p align="center">Fatores Políticos</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de segurança contra danos físicos e abusos.
	<p align="center">Fatores Parentesco e Sociais</p>	<p><u>Barreiras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Língua materna. - Falta de apoio dos amigos, família e profissionais de saúde. <p><u>Facilitadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O encorajamento verbal e a supervisão do exercício pelo profissional de saúde.

	Fatores Educacionais	Barreiras: - Baixo nível educação/ baixa literacia.
	Fatores Económicos	Barreiras: - Extensa carga horária laboral. Facilitadores: - Disponibilidade de recursos (ex: acesso gratuito a ginásios, a possibilidade de se deslocar ou de ter um local para aulas /programas de exercícios).
Artigo A Hábitos e Costumes da comunidade Hindu de Lisboa quanto à Saúde e ao tratamento das Doenças	Valores Culturais e Modos de Vida	Facilitadores: - Baixo número de fumadores (95,6% da amostra). - Cumprimento do regime terapêutico (93.4% da amostra com uma ou mais doenças crónicas indicou seguir a administração dos medicamentos prescritos; 72,5% referiu que tomava a forma farmacêutica em cápsula de gelatina de origem animal, 66,7% indicou que tomavam medicamentos que na sua composição poderiam conter álcool).
	Fatores Religiosos	Facilitadores: - Não cumprimento dos jejuns religiosos perante doença crónica (89,9% da amostra).
	Fatores educacionais	Facilitadores: - Conhecimento demonstrado: no geral, os participantes sabiam os efeitos dos alimentos/especiarias consumidos.
Artigo B <i>Knowledge, Attitudes and Perceptions of Immigrant Parents Towards Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: A Systematic Review</i>	Valores Culturais e Modos de Vida Fatores Religiosos	Barreiras: - Perceções: maioria dos participantes imigrantes tinha conceitos errados e preocupações em relação à vacinação contra o HPV, influenciadas principalmente pelos valores culturais (crenças e cultura religiosa).
	Fatores Educacionais	Barreiras: - Baixo conhecimento: a maioria dos participantes imigrantes não demonstrava conhecimento sobre a vacina contra o HPV. - Atitudes negativas face à vacinação (receio que isso encorajasse a atividade sexual quando não informados)
Artigo C <i>Cost, culture and circumstances': Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia</i>	Valores Culturais e Modos de Vida	Atividade Física Barreiras: mulheres devem ficar em casa, devido a cultura/crenças, não permitindo elas envolverem-se neste tipo de atividade, falta de tempo devido a responsabilidade de trabalho e familiares, sofrem de bullying nos locais para a prática de AF. Os usos de determinadas roupas pelas mulheres, para determinadas atividades físicas não são toleradas. Facilitadores: ambiente propício para a atividade física e a interação social.

		<p>Dieta saudável</p> <p>Barreiras: Alimentação tradicional da sua cultura é diferente da do país recetor, não havendo conhecimento sobre qual é a dieta saudável.</p> <p>Existe uma ligação de prazer e comida. Utiliza-se remédios caseiros e automedicação.</p> <p>Facilitadores: Refeições comunitárias, ou seja, quando os imigrantes almoçam nos locais de trabalho e observam os hábitos alimentares dos residentes, sendo influenciados.</p> <p>Álcool</p> <p>Barreiras: pode ser barreira na socialização já que é proibido na sua cultura.</p>
	Fatores Religiosos e Filosóficos	<p>Fumar</p> <p>Facilitadores: o processo de imigração leva ao início ou manutenção de fumar, sendo um meio preferível ao álcool, já que não é proibido na sua religião.</p>
	Fatores Parentesco e Sociais	<p>Álcool: Facilitadores: stress no trabalho, influência dos pares, usado como mecanismo de coping.</p>
	Fatores Económicos	<p>Barreiras:</p> <p>Atividade física: baixos recursos financeiros.</p> <p>Alimentação: custos associados a alimentação saudável (ex. frutas e legumes).</p> <p>Fumar: custo.</p>
	Fatores Educacionais	<p>Barreiras: língua/forma de comunicação, cultura de saúde (usam antibióticos muito cedo no processo de diagnóstico, usam remédios caseiros e automedicam-se; custo; realizar check-ups é mau agouro, já que são presságio de doença). Falta de conhecimento.</p> <p>Facilitadores: Opinião dos seus pares sobre determinados profissionais leva-os a recorrerem aos serviços. Preferem profissionais que os compreendam já que manifestam dificuldade em manifestar os seus sintomas.</p>

Nota: Autoria Própria.

CONCLUSÃO

A imigração traz benefícios aos países recetores como a dinamização do mercado de trabalho e representa uma oportunidade de vida melhor para os imigrantes (Engler, MacDonald, Piazza, & Sher, 2020).

No entanto, também surgem desafios para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde quanto à melhoria da qualidade de vida, não só da população já residente no país, como também daqueles que agora chegam à procura de novas oportunidades.

Os desafios das políticas sociais de saúde são complexos e multifacetados, exigindo soluções integradas e uma abordagem colaborativa entre governos, organizações internacionais, profissionais de saúde e a sociedade.

A saúde é um direito universal, sendo um princípio fundamental reconhecido internacionalmente, que garante a todas as pessoas o acesso a serviços de saúde de qualidade, sem discriminação (ERS, 2023).

Para garantir cuidados de saúde de qualidade e culturalmente congruentes, é essencial conhecer a população imigrante e identificar estratégias para melhorar a atitude destes perante a saúde, promovendo o conhecimento e a adesão a boas práticas.

A atitude perante a saúde e a doença está diretamente ligada ao conhecimento e às práticas adotadas pelos indivíduos, sendo também profundamente influenciada pelo contexto cultural, que determina como as pessoas percebem e respondem às questões de saúde. Dessa forma, entender como a cultura influencia a atitude perante a saúde e a doença, permite criar abordagens mais eficazes para a promoção da saúde e a adesão a tratamentos, melhorando o bem-estar das populações.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção de comportamentos saudáveis nas populações imigrantes, com destaque para a conscientização para a promoção de hábitos de vida saudáveis (atividade física, alimentação, não fumar) e adesão aos cuidados de saúde (consultas de vigilância, rastreios, vacinação) por parte da população imigrante, através de estratégias preventivas e programas educativos culturalmente adequados (como sessões de educação para a saúde a grupos de imigrantes, adequando as questões culturais e a linguagem) (Namratha, et al., 2019; Saraswat, Pillay, Everett, & George, 2020).

Estas estratégias são corroboradas por Ragavan, Li, Elwy, Cowden, & Bair-Merritt, (2017) que reforça que é importante questionar os pais imigrantes sobre experiências anteriores e fornecer-lhes informações sobre as consultas de vigilância de forma a promover a adesão às mesmas; e por Cuevas, et al., (2018) que refere que as intervenções devem ser sensíveis às normas culturais, enfatiza a importância da linguagem utilizada, e das intervenções envolvendo a comunidade, de forma a superar as barreiras culturais e promover a adesão dos imigrantes aos rastreios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cuevas, R., Saini, P., Roberts, D., Beaver, K., Chandrashekar, M., Jain, A., . . . Brown, S. (2018). A systematic review of barriers and enablers o South Asian women´s attendance for asymptomatic screening of breast and cervical cancers in emigrant countries. doi:10.1136/bmjopen-2017-020892
- Dramce, G. (2020). Hábitos e Costumes da comunidade Hindu de Lisboa. (U. d.-F. Farmácia, Ed.) Obtido de https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/52152/1/MICF_Grishma_Dramce.pdf
- Engler, P., MacDonald, M., Piazza, R., & Sher, G. (18 de junho de 2020). A migração para economias avançadas pode acelerar o crescimento. (I. Blog, Ed.) Obtido de <https://www.imf.org/pt/Blogs/Articles/2020/06/19/blog-weo-chapter4-migration-to-advanced-economies-can-raise-growth>
- ERS. (12 de janeiro de 2023). Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde –. (E. R. Saúde, Ed.) Obtido de https://ers.pt/media/3srpjude/consolidada-direito-%C3%A0-prote%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde_sns_universalidade.pdf
- Maricar, N., Khan, B., David, T., Hyrich, K. L., & Barton, A. (Maio de 2024). Factors facilitating and hindering South Asian immigrant adults from engaging in exercise and physical activity - a qualitative systematic review. (B. P. Health, Ed.) Obtido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11102233/pdf/12889_2024_Article_18288.pdf
- Namratha, K., Munerah, A., Sunita, D., Gupta, L., Hore, P., Kanaya, A., . . . Gany, F. (Agosto de 2019). Cardiovascular Disease & Cancer Risk Among South Asians: Impact of Sociocultural Influences on Lifestyle and Behavior. (J. I. Health, Ed.) Obtido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7646689/pdf/nihms-1602955.pdf>
- Nefta, F., Tashani, M., Booy, R., King, C., Rashid, H., & Skinner, S. (9 de Abril de 2020). Knowledge, Attitudes and Perceptions of Immigrant Parents Towards Human Papilomavirus (HPV) Vaccination A Systematic Review. 5,58. doi:10.3390/tropicalmed5020058
- Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. (6 de Fevereiro de 2022). Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. (H. a. Community, Ed.) doi: 10.1111/hsc.13759
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Houffmann, T., Mulrow, C., & Moher, D. (2021). Tre PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. doi:10.1136/bmj.n71
- Ragavan, M., Li, W., Elwy, R., Cowden, J., & Bair-Merritt, M. (12 de novembro de 2017). Chinese, Vietnamese anda Asian Indian Parent´s perspectives about well-child visits: A Qualitative Analysis. Obtido de [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(17\)30564-8/abstract](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(17)30564-8/abstract)
- Saraswat, N., Pillay, R., Everett, B., & George, A. (10 de Maio de 2020). Knowledge, attitudes and practices of South Asian Immigrants in developed countries regarding oral cancer: an integrative review. Obtido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7251750/pdf/12885_2020_Article_6944.pdf

APÊNDICE IV – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros na Escola e Suporte Básico de Vida”

PLANO DA SESSÃO – “PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA”

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

PLANO DA SESSÃO – “SUPORTE BÁSICO DE VIDA”

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

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAUDE UNIDADE LOCAL DE SAUDE REGIÃO DE LEIRIA UCC



PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA

Enfermeira ██████████
Enfermeira Ana Rita Bastos
Enfermeira Carolina Luís

Novembro de 2024

1

ÍNDICE

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

2

2

1. PRIMEIROS SOCORROS

3



O QUE SÃO OS PRIMEIROS SOCORROS?

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

Fonte: DG5, 2015

4

4

PRINCÍPIOS DO SOCORRISMO



Fonte: SRPCBA, 2023

5

5

QUEM PODE REALIZAR PRIMEIROS SOCORROS?

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

Fonte: INEM, 2017a



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

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

Fonte: SRPCBA, 2023

6

6

QUEM PODE REALIZAR PRIMEIROS SOCORROS?

REGRA DE OURO

"Não sabe, não mexe."

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

Fonte: INEM, 2017

Primeiros Socorros na Escola

7

7

2. EPISTAXIS

8

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



O que é?

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

Como atuar?

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

O que não fazer...

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

Fonte: Almeida, 2021

9

3. SÍNCOPE

10

SÍNCOPE (DESMAIO)

O que é?

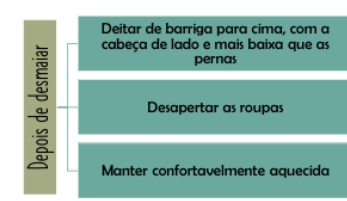
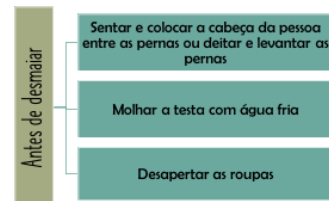
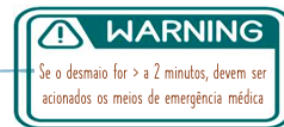
- "Desmaiar" ou "Desfalecer"
- Falta de oxigénio ou açúcar no cérebro
- O organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda do corpo.



Fonte: ESC, 2018

11

Como atuar?



Fonte: ESC, 2018

12

12

4. CONVULSÃO

13

CONVULSÃO

O que é?

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

Fonte: CHLeiria, 2024a



14

CONVULSÃO

Como atuar?

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

Fonte: CHLeiria, 2024a

15

15

CONVULSÃO

O que não fazer...

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

Fonte: CHLeiria, 2024a



16

16

5. ACIDENTES NA PELE

Feridas
Queimaduras
Picadas
Mordeduras

17

FERIDAS

+ Como atuar?

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

Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

18

FERIDAS

⊘ O que não fazer?

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

Fonte: Ferreira, 2021a

19

19

QUEIMADURAS

📎 O que é?

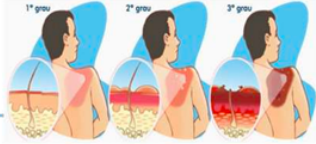


Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

20

20

QUEIMADURAS




+ Como atuar?

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

Fonte: INEM, DFEM, & DEM, 2024

21

QUEIMADURAS




⊘ O que não fazer?

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


Fonte: Ferreira, 2021b

22


PICADAS



+ Como atuar?

ABELHAS E VESPAS 

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

PEIXES VENENOSOS/ALFORRECAS 

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


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

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

Fonte: Ferreira, 2021c; Beirão, 2020

23

MORDEDURAS



📎 O que é?

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

+ Como atuar?

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

⊘ O que não fazer...

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

Fonte: INEM, 2017b

24

6. ACIDENTES DO ESQUELETO

Entorses
Fraturas

25

ENTORSES

O que é?

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

Como atuar?

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



Fonte: CHLeiria, 2024b

26

FRATURAS



O que é?

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

Como atuar?

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



Fonte: Reis, 2023

27

27

7. INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

28

INTOXICAÇÕES E ENVENENAMENTOS

📌 O que é?

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

Digestiva

Respiratória

Cutânea

Ocular

Retal

Picada de Animal

Fonte: SNS24, 2023a

29

29



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



Envenenamento por Via Digestiva

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



Como atuar?

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

Fonte: SNS24, 2023a

30

30



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



Envenenamento por Via Digestiva

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



O que não fazer?

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

Fonte: SNS24, 2023a

31

31



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



Envenenamento por Via Respiratória

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



Como atuar?

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

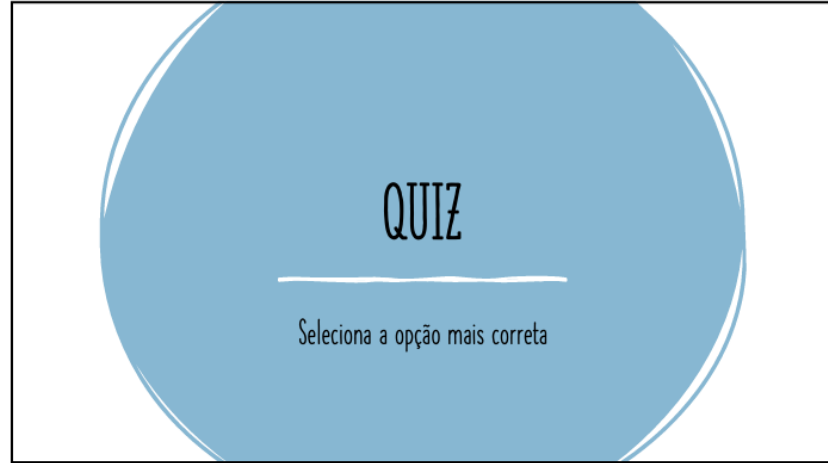
Fonte: SNS24, 2023a

32

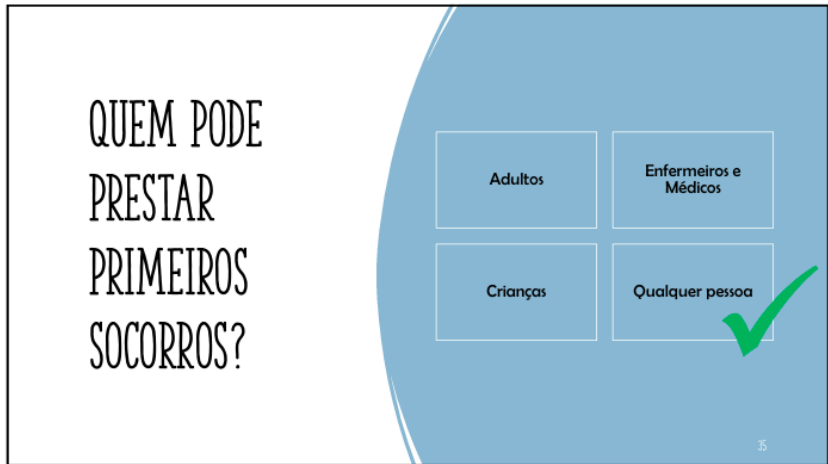
32



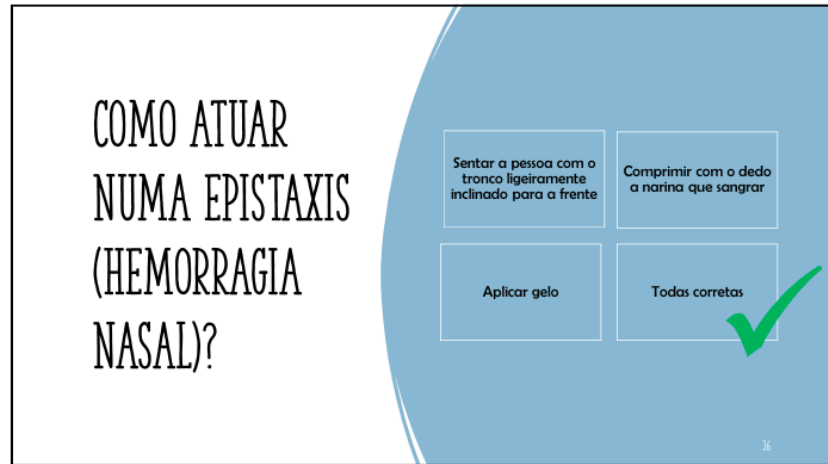
33



34



35



36

COMO ATUAR NUMA SÍNCOPE (DESMAIO)?



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

Apertar as roupas

Arrefecer a pessoa

Todas

37

37

COMO ATUAR NUMA CONVULSÃO?

Afastar todos os objetos onde a pessoa se possa magoar

Não colocar os dedos na boca da vítima durante a crise

Acabada a fase de movimentos bruscos colocar a pessoa em PLS

Todas corretas



38

38

COMO ATUAR PERANTE UMA FERIDA?

Lavar as mãos e calçar luvas

Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão

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

Todas corretas



39

39

COMO ATUAR PERANTE UM ENTORSE?

Movimentar a articulação lesionada

Elevar o membro lesionado

Aplicar calor

Todas corretas



40

40





SUORTE BÁSICO DE VIDA

Enf. [Redacted]
 Enf. Ana Rita Bastos
 Enf. Carolina Luís
 Novembro de 2024

41

ÍNDICE

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

42

42

1. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

43

Situação muito grave, deve intervir-se rapidamente!

ASFIXIA

Asfixia por corpo estranho

OBJETO NO NARIZ

OBJETO NA BOCA

O que é?

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

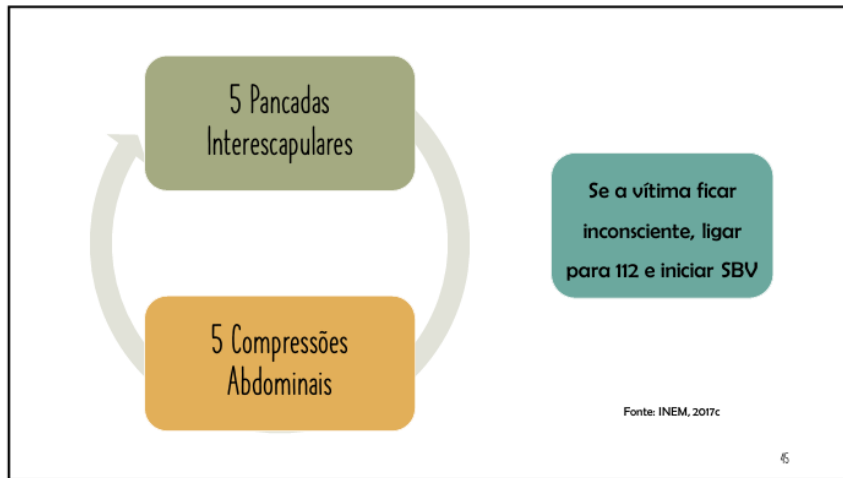
Peça à criança para se assoar com força, comprimindo com o dedo a outra narina.



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

Fonte: CHLeiria, 2024c

44



45

5 PANCADAS INTERESCAPULARES

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

Fonte: INEM, 2017c

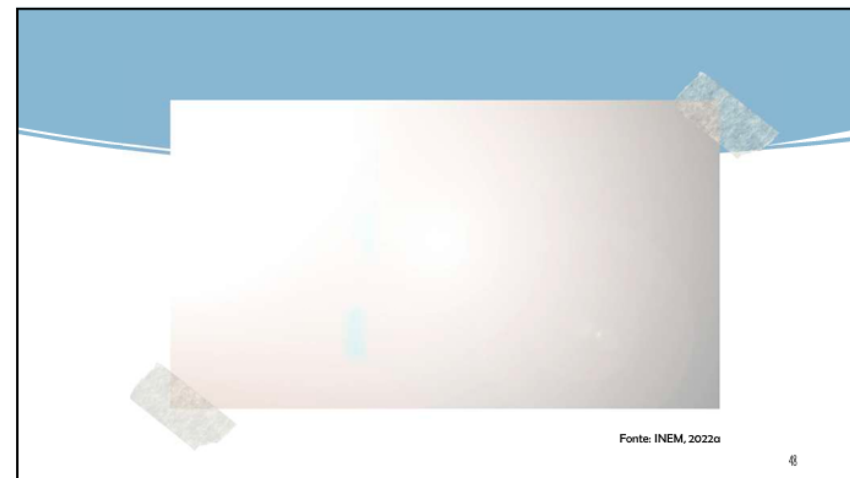
46

MANOBRA DE HEIMLICH

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

Fonte: INEM, 2017c

47



48

2. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

49

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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



Fonte: INEM, 2024

50

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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



Fonte: INEM, 2024

51

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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



Fonte: INEM, 2024

52

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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



Fonte: INEM, 2024

53

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

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



Fonte: INEM, 2024

54



Não realizar PLS se a pessoa:

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



Fonte: INEM, 2024

55

55

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)



Fonte: INEM, 2022b

56

3. SUPORTE BÁSICO DE VIDA

57



SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

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

Fonte: SNS 24, 2023b

58

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Fonte: INEM, 2021

59

4. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

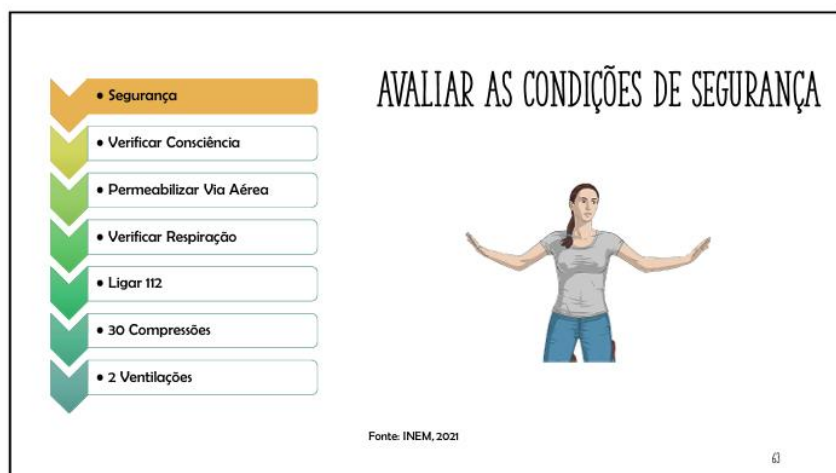
60



61

5. ALGORITMO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

62



63



64

PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

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



Fonte: INEM, 2021

65

VERIFICAR RESPIRAÇÃO

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

VOS até 10 segundos:

- ✓ **V**er os movimentos torácicos;
- ✓ **O**uvir os sons respiratórios saídos da boca/ nariz;
- ✓ **S**entir o ar expirado na face do reanimador.



Fonte: INEM, 2021

66

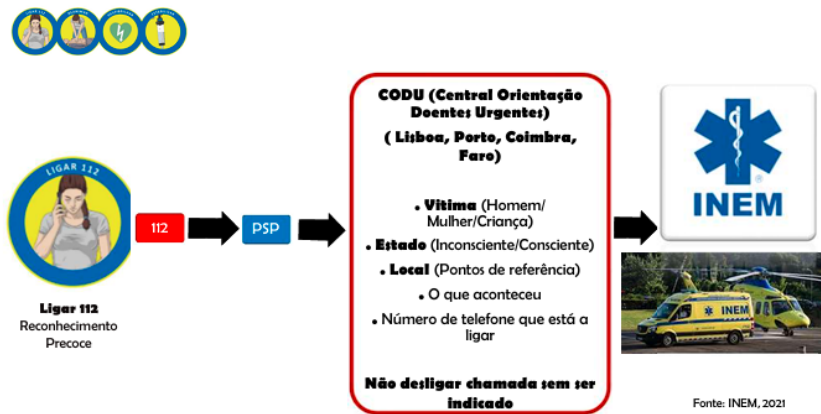
LIGAR 112

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



Fonte: INEM, 2021

67



Ligar 112
Reconhecimento Precoce

112 → **PSP** → **CODU (Central Orientação Doentes Urgentes)**
(Lisboa, Porto, Coimbra, Faro)

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

Não desligar chamada sem ser indicado


INEM

Fonte: INEM, 2021

68

INICIAR COMPRESSÕES TORÁCICAS

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




Fonte: INEM, 2021

69

INICIAR VENTILAÇÕES

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



Fonte: INEM, 2021

70

ALGORITMO DO SBV

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

Fonte: INEM, 2021

71

VAMOS TREINAR!



72

NA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA COMO ATUAR?

5 pancadas interscapulares	5 compressões
5 pancadas interscapulares e 5 compressões	Todas incorretas

73

73

A PLS UTILIZA-SE QUANDO?

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

74

74

MOMENTOS CHAVE DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA?

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

75

75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. (4 de Abril de 2020). *Hemorragia Nasal: Como deve Agir*. Obtido de Clínica ORL. <https://exclinicas.pt/hemorragia-nasal-como-devo-agir/>
- Beirão, L. (14 de Agosto de 2020). *Picada de peixe-aranha: o que fazer*. Obtido de Hospital da Luz. <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/picada-peixe-aranha-que-fazer>
- CHLeiria. (2024a). *Convulsão*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria. <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/convulsoes-10/>
- CHLeiria. (2024b). *Éntese*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria. <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/entese-18/>
- CHLeiria. (2024c). *Corpos Estranhos*. Obtido de Centro Hospitalar de Leiria. <https://www.chleiria.pt/saude/o-que-faz-em-caso-de/-/corpos-estranhos-14/>
- DGS. (12 de Agosto de 2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. (DGS, Ed.) *Norma dts/2015*. Obtido de file:///C:/Users/ibm/OneDrive/Documents/ANAMESTRADO/HAND_2SEMESTRE/Ensino%20C%3%AADNico%20BIPESQUISAS/OUTRAS/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf
- ESC. (2018). *Siñcope - Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síncopa*. Sociedade Europeia de Cardiologia. Obtido de https://ipc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket_Sincopa_compressed.pdf
- Ferreira, C. (22 de Julho de 2021a). *Tratar em casa esfoladelas, arranhões e pequenos golpes na pele*. Obtido de Hospital da Luz. <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/tratar-em-casa-esfoladelas-arranhoes-pequenos-golpes-na-pele>
- Ferreira, C. (2 de Agosto de 2021b). *Como tratar queimaduras em casa*. Obtido de Hospital da Luz. <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/como-tratar-queimaduras-em-casa>
- Ferreira, C. (9 de Agosto de 2021c). *Picadas de insetos: o que fazer*. Obtido de Hospital da Luz. <https://www.hospitaldalu.pt/pt/saude-e-bem-estar/picadas-insetos-que-fazer>
- INEM. (2017a). *SN5 - INEM*. Obtido de <https://www.inem.pt/2017/05/23/quale-qualquer-pessoa-pode-saprender-a-socorrer/>
- INEM. (22 de Agosto de 2017b). *Picada ou mordedura de animal. O que fazer?*. Obtido de INEM. <https://www.inem.pt/2017/08/22/picada-ou-mordedura-de-animal-e-que-fazer/>

76

76

APÊNDICE V – Sessão de Educação para a Saúde “Violência”

PLANO DA SESSÃO – “Violência”

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



VIOLÊNCIA

DEZEMBRO, 2024

Mestrandas:
Ana Rita Bastos
Carolina Luís

Enfermeira Orientadora:

1



2



Relações Saudáveis vs Violência

3



Relações Saudáveis

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

Fonte: SNS24, 2023

4

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



Fonte: SNS24, 2023

VIOLÊNCIA

5



Fonte: AMCV, S/D

6

Quais os tipos de violência?

7

Violência Física

Existe a intenção de magoar, aleijar, ferir.

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

Fonte: AMCV, S/D

8



Violência Psicológica



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

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

Fonte: AMCV, S/D

9



Violência Sexual



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

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

Fonte: AMCV, S/D

10



Violência Económica



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

Fonte: AMCV, S/D

11

Stalking

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



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

Fonte: AMCV, S/D

12



Bullying

13

Bullying

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

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

Fonte: AMCV, S/D

14

Alguns comportamentos de Bullying...

- 1

Empurrar, pontapear, bater, beliscar ou fazer outro tipo de agressão física
- 2

Chamar nomes, inventar histórias sobre ti, ou gozar com alguma característica particular ("gordo", "calva de óculos", "trinca-espinhas")
- 3

Ofensas sobre a cor da pele, diferenças culturais, étnicas ou religiosas
- 4

Excluir (não te deixar participar nas atividades de um grupo), atormentar, ameaçar, manipular, aterrorizar (fazer coisas com o objetivo de causar medo), chantagear, ridicularizar, ignorar (não responder quando falas com alguém ou passarem por ti e fingirem que não te veem).
- 5

Contactos sexuais não consentidos (apalpações), comentários abusadores (sobre as mamas ou rabo, por exemplo).
- 6

Utilizar tecnologias de informação e comunicação (ex: internet) para te maltratar de forma propositada e repetida - Cyberbullying

Fonte: AMCV, S/D

15

Estarei a ser vítima de Bullying?

16

Se és vítima...

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

Fonte: AMCV, S/D




17

Se és vítima de bullying

- ✓ Procura andar sempre com amigos/as, evitando andar sozinho
- ✓ Fala com um adulto de confiança
- ✓ Não mantendas a situação em segredo

Fonte: AMCV, S/D




18

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


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

Fonte: AMCV, S/D



19

Violência no Namoro



20

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

Agência Lusa - LUC
29 fev, 09:41

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

Mais de dois terços dos adolescentes legitimam pelo menos uma forma de violência no namoro, como o controlo ou a violência sexual, mostra o Estudo Nacional sobre Violência no Namoro da UMAR.

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

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

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

Fonte: RTP NOTÍCIAS, Agência Lusa, JN, P

21

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

Proibir alguém de vestir determinada roupa é violência, sim!

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

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

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

Fonte: JN, P

22

THE MIS+

ESTUDO NACIONAL SOBRE VIOLÊNCIA NO NAMORO 2024

UMAR

IDADE DAS/OS PARTICIPANTES

MAX: 23 ANOS
MÉDIA: 15 ANOS
MIN: 12 ANOS

COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

6152 JÓVENS

Fonte: UMAR, 2024

23

LEGITIMAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO NAMORO

54,6% Violência Contínua
33,5% Violência Psicológica
31,1% Perseguição
30% Violência Sexual
18,9% Violência antes dos 24 anos
9,7% Violência Física

ATOS DE VIOLÊNCIA MAIS LEGITIMADOS POR FORMA DE VIOLÊNCIA

37,1% (n=2285) Não se deve responsabilizar a vítima por não ter usado métodos contraceptivos
31,1% (n=1912) Procurar ajuda profissional
28,6% (n=1759) Profissional para ajudar
27,9% (n=1710) Procurar ajuda online (chatbots)
14,7% (n=903) Visitar o médico das vítimas (ginecologista)
8,9% (n=456) Empurrar ou esbofetear sem deixar marcas

Fonte: UMAR, 2024

24



Violência no namoro

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

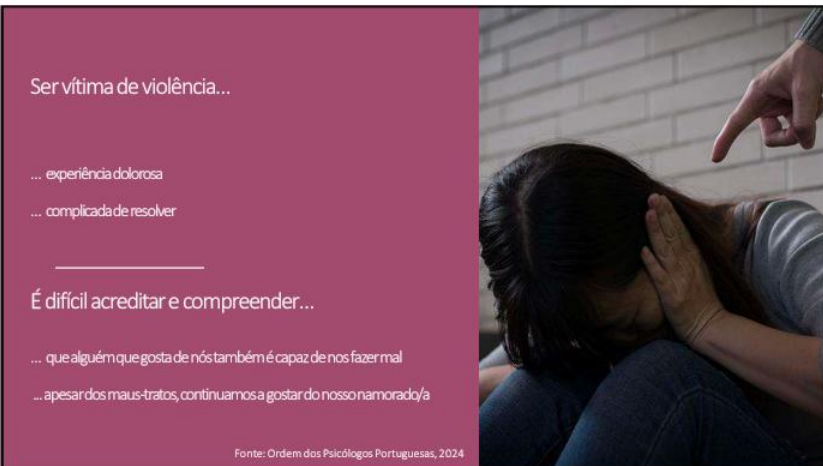
Numa fase inicial assume formas de dominação mais discretas que, com o passar do tempo, se vão tornando mais graves e frequentes.

Fonte: AMCV, S/D

25



26



Ser vítima de violência...

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

É difícil acreditar e compreender...

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

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portuguesas, 2024

27



Sentimos medo...

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

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portuguesas, 2024

28



Solidão
Medo
Vergonha
Culpa
Insegurança
Confusão
Tristeza
Ansiedade

Fonte: Ordem dos Psicólogos Portuguesas, 2024

29

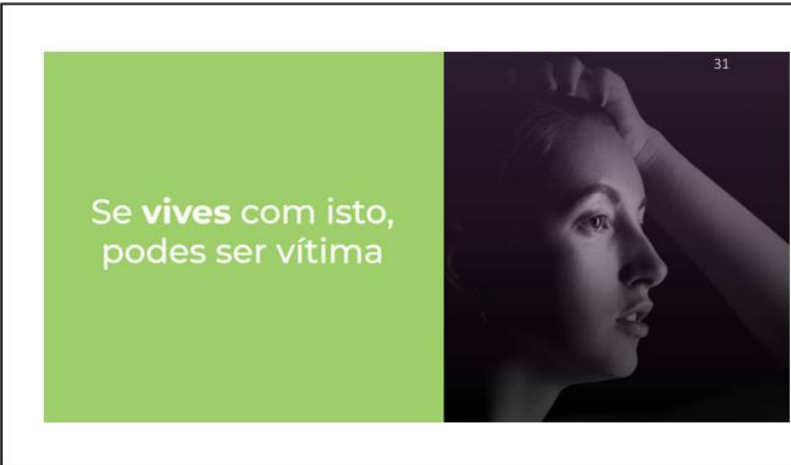


NUNCA, sob qualquer motivo, alguém tem o direito de ser violento/a connosco!

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

Violência NUNCA é aceitável

30



Se vives com isto, podes ser vítima

31

31

Se fores vítima, o que fazer?

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

Fonte: AMCV, S/D

não toleres atitudes abusivas

Respeito



32




ISTO NÃO É AMOR!

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

Fonte: AMCV, S/D

33

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



- Ouvir sem julgar ou responsabilizar
- Não pressionar a contar detalhes que não deseje
- Dar tempo para tomar as suas próprias decisões
- Não abandonar a pessoa se não terminar a relação
- Ajudar a identificar que está a viver uma relação violenta (violência é crime)

Fonte: AMCV, S/D

34

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



- Incentivar a pessoa a pedir ajuda
- Se parecer que a pessoa corre perigo iminente, dizer que irás procurar ajuda de alguém de confiança
- É fundamental pedir apoio técnico e sair do segredo no qual a vítima se encontra
- Continua a apoiar a pessoa mesmo depois do fim da relação porque, muitas vezes, o fim da relação não significa o fim da violência

Fonte: AMCV, S/D

35



VÍDEO

36

Pede ajuda...

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



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



AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência
Whatsapp: 962048272



Linha de emergência
Tel: 112



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

37

Pede ajuda...



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



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



Associação ILGA – Apoio à Homossexualidade
Tel: 969367005

38

Projetos...

Jogo digital, de sensibilização e prevenção da violência no namoro



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



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

Projeto "Adolescer com Sentido"

"Escola Segura"

PSP

39



40

- ✓ AMCV. (S/D). *Violência*. (A. d. Violência, Editor) Obtido de Violência: <https://www.amcv.org.pt/jovens/violencia>
- ✓ APAV. (2012). *Corta com a Violência: Quem não te respeita não te merece*. Obtido de youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=b8vXfb80gF4>
- ✓ Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Violência no Namoro*. Obtido de Escola Saudável Mente: <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/violencia-no-namoro>
- ✓ SNS24. (13 de 10 de 2023). *Emoções, relações e violência*. Obtido de Emoções, relações e violência: <https://www.sns24.gov.pt/guia/emocoes-relacoes-e-violencia/#o-que-e-a-violencia>
- ✓ UMAR. (2024). *Violência No Namoro Em Portugal: Vitimização E Condições Juvenis - 2024*. Lisboa: UMAR. Obtido de https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf

Referência Bibliográficas

41



42

Se és Vítima, Pede Ajuda...



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



AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência
Whatsapp: 962048272



Linha de emergência
Tel: 112



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



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



Associação ILGA – apoio à Homossexualidade
Tel: 969367005



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

Violência NUNCA é aceitável



Elaborado por:

- Ana Bastos e Carolina Luís - Alunas Mestrado Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria.
- [Redacted] - Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na UCC [Redacted]



Violência

Não Ignore os sinais...



Violência, o que é?

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

Fonte: SNS24, 2023



Tipos de Violência

- 🔔 **Física** - Dar bofetadas, puxar os cabelos, atirar objetos à outra pessoa, dar beliscões, dar empurrões, agarrar com muita força.
- 🔔 **Psicológica** - Insultar/difamar, gritar ou ameaçar, impedir os contactos com outras pessoas, não deixar sair com os amigos/as, ver telemóvel/e-mail sem consentimento, partir ou danificar intencionalmente objetos.



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

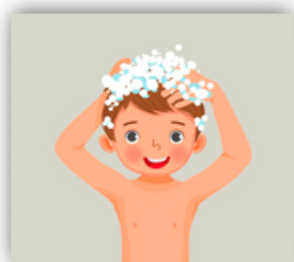
- 🔔 **Económica** - Utilizar o telemóvel sem consentimento, roubar dinheiro, pressionar para pagar despesas pessoais, entre outras.

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

Fonte: AMCV, S/D



APÊNDICE VI – Folheto Informativo “Pediculose”



Aconselhamos que se proceda de igual modo com todas as roupas e brinquedos/ objetos de risco utilizados no jardim de infância/ escola.



**A MELHOR FORMA DE PREVENIR É
INSPECIONAR REGULARMENTE A CABEÇA
DAS CRIANÇAS**

- Deve inspecionar o couro cabeludo, tendo especial atenção às zonas húmidas e quentes, tal como a nuca e atrás das orelhas.
- Uma forma eficaz de fazer a inspeção é colocar uma toalha branca nos ombros da criança e pentear com um pente fino, averiguando se surgem piolhos sobre a toalha.

Não se recomendam tratamentos preventivos!

Elaborado por:

- Ana Bastos e Carolina Luís – Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ESSLei.
- [Redacted] – Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP [Redacted]

OUTUBRO DE 2024

Unidade de Saúde Pública
Região de Leiria

PEDICULOSE



**Orientações para o seu
controlo**

O QUE É A PEDICULOSE?

É uma doença causada por piolhos, que são insetos parasitas exclusivos do ser humano e vivem no couro cabeludo.

Os piolhos não voam nem saltam, mas propagam-se rapidamente através do contato direto entre cabeças, partilha de pentes, chapéus, gorros, peluches ou almofadas infestadas.

COMO SE DESENVOLVEM OS PIOLHOS?

Os piolhos alimentam-se em intervalos de 3 a 6 horas, exclusivamente de sangue, injetando depois a sua saliva, o que provoca comichão. As fêmeas pilho põem diariamente cerca de 10 ovos, que se fixam aos fios de cabelo, em pequenos saquinhos microscópicos brancos, chamados de lêndeas.



Os piolhos não são sinónimo de falta de higiene, É essencial não ter vergonha de falar deste assunto!



A infestação de piolhos é desagradável, quer pelo aspeto, quer pela comichão que provoca. A comichão e irritação da pele podem aparecer só 15 dias depois da infestação.

SE IDENTIFICAR PIOLHOS OU LÊNDEAS DEVE RAPIDAMENTE ADOPTAR AS SEGUINTE MEDIDAS :

Aplicar um produto antiparasitário apropriado. Cumpra as recomendações do produto.

Depois do tratamento deve pentear o cabelo ainda húmido com um pente apropriado (pente de dentes finos).

É aconselhável aplicar o antiparasitário nos restantes membros da família.

Deve lavar a 60°C escovas, pentes e todas as peças de vestuário vestidas e tolhas usadas, antes do tratamento, (Ex: roupa de cama, toalha de banho, etc.).

Deve aspirar a casa e o carro (cadeiras auto) deitando fora o saco do aspirador.

Repetir o tratamento dentro de 7 a 10 dias.

Sugerimos que, na altura do contágio, quem tem o cabelo comprido o deva usar preso.

Deve aconselhar as crianças a não partilharem chapéus, escovas ou pentes.

APÊNDICE VII – Formação sobre “Programa Nacional de Vacinação”



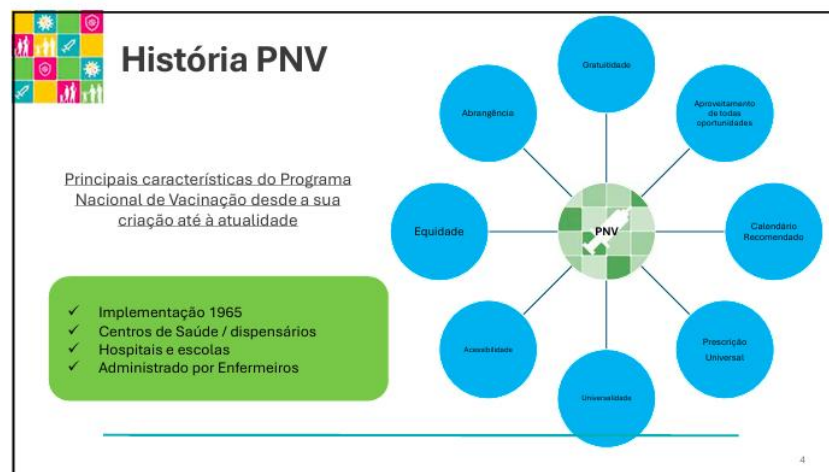
1



2




3



4

História PNV



Objetivo

Proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual, e para as quais há proteção eficaz através da vacinação.

Esquemas de vacinação efetivos, adequados à epidemiologia das doenças no país e de aplicabilidade e aceitabilidade reconhecidas.

↓

Direito e dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar um ato de cidadania.

5

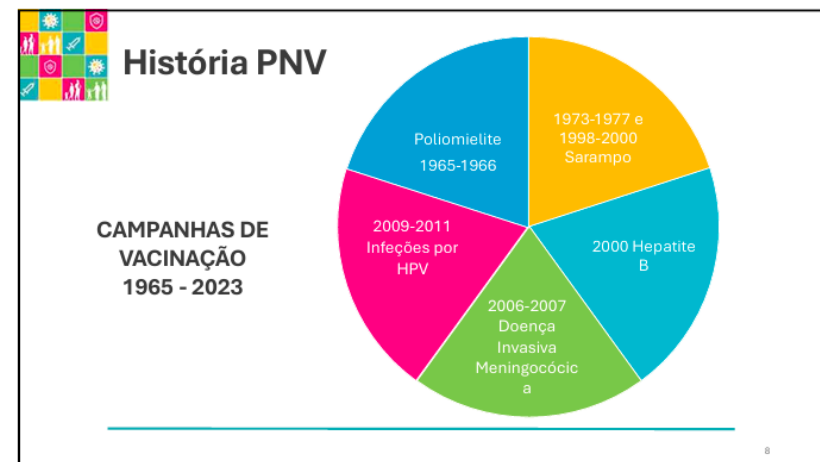
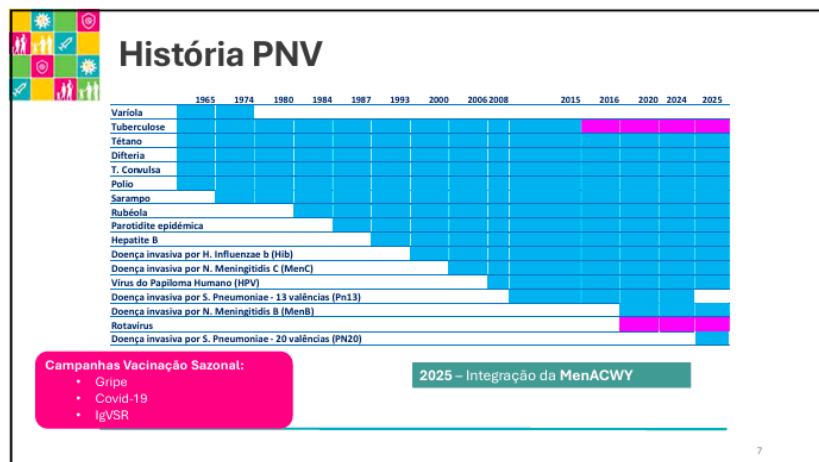
Modelo de Governação do PNV

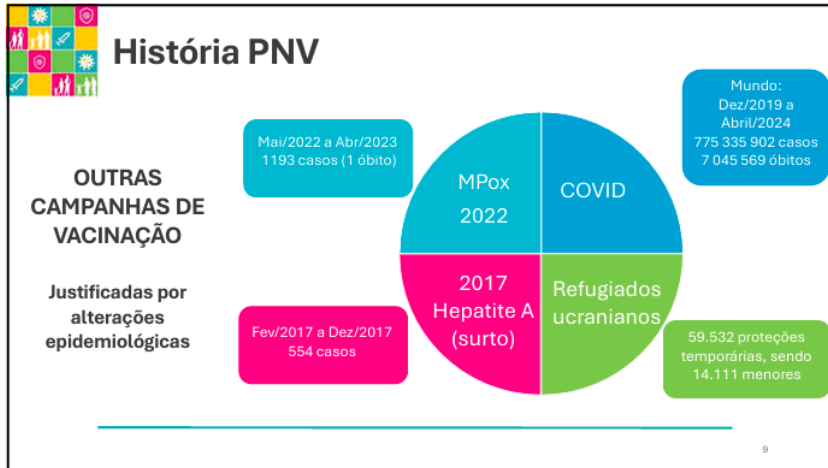
Portaria nº114/2024/1



DGS	• Coordenação nacional
SOSP	• Coordenação regional
ULS	• Coordenação local
SPMS	• Aquisição centralizada, Registo Central de Vacinas • Coordenação de campanhas de comunicações
ACSS	• Financiamento
SUCH	• Prestação centralizada serviços logísticos de receção, armazenamento, expedição e distribuição
Infarmed	• Concretização da política do medicamento
INSA	• Vertente laboratorial da vigilância epidemiológica • Controlo das doenças alvo do PNV e realização inquéritos serológicos nacionais

6





PNV 2020

Norma 018/2020

10

PNV 2020

NORMAS ACESSÓRIAS

Norma 007/2021
Atualização a 18/10/2021
(Vacina contra Rotavírus)

Norma 006/2016
Atualização a 24/03/2023
(Vacina BCG)

Norma 013/2024
(Vacina PN20)


11

PNV 2020

Quadro I - PNV: Esquema geral recomendado

Vacina Doença	Idade											
	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	15 anos	45 anos	60 anos	100/110 anos
Hepatite B	HB1	HB2		HB3								
Haemophilus influenzae b		HI1	HI2	HI3		HI4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4		DTPa 5				
Poliomielite		VP1	VP2	VP3		VP4		VP5				
Streptococcus pneumoniae		PPu 1	PPu 2		PPu 3							
Neisseria meningitidis B		NeuB 1	NeuB 2		NeuB 3							
Neisseria meningitidis C						MenC						
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					SGP1		SGP2					
Vírus Papiloma humano										HPV 12		
Tétano, difteria e tosse convulsa											Tt1	Tt2
Tétano e difteria											Td	Td


12



Vacinas do PNV




PROTEÇÃO DOS VACINADOS
(EFEITO DIRETO)



PROTEÇÃO DOS NÃO VACINADOS
(IMUNIDADE DE GRUPO)

13

13



Vacinas do PNV

IMUNIDADE DE GRUPO


Agente	Patamar bruto de imunidade de grupo (%)
Difteria	80-85
Sarampo	95-98
Parotidite epidémica	90-92
Tosse convulsa	92-95
Poliomielite	80-86
Rubéola	85-87
Varicela	80-85

Nem sempre é possível obter imunidade de grupo

- Características da doença (ex: tétano)
- Características da vacina (ex: tuberculose)
- Perfil de imunidade (ex: rotavírus)
- Grupos-alvo da vacinação (ex: tuberculose e rotavírus)

14

14





Tipos de Vacinas

VIVAS ATENUADAS		INATIVADAS					
Virais	Bacterianas	Agente inteiro	Toxoide	Polissacarídica	Conjugada	Outras subunidades	Recombinante
Sarampo Parotidite epidémica Rubéola	Tuberculose	Poliomielite (injetável)	Tétano Difteria	Pneumocócica (23 serotipos)	Haemophylus influenza tipo b	B. pertussis (acelular)	Hepatite B
Rotavírus		Hepatite A			Meningocócica C	Gripe	Vírus do papiloma humano
Poliomielite (oral)		B. pertussis (completa)			Meningocócica (ACWY)		Meningocócica B
Febre amarela		Raiva			Pneumocócica (13 serotipos)		COVID-19
Varicela					Pneumocócica (20 serotipos)		

15

15

2. PNV 2020 - Vacinação e Esquemas Vacinais


16

16

PNV 2020 - Vacinação e Esquemas Vacinais

Abrangência

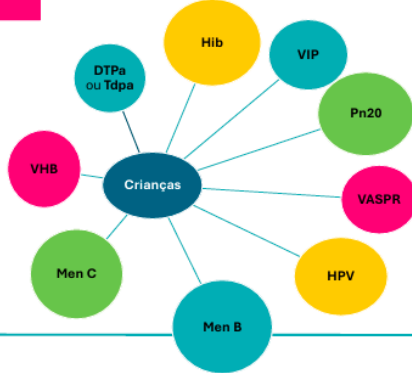
- Gratuito para todas as pessoas presentes em Portugal;
- Recomendam-se diferentes esquemas vacinais gerais:
 - Em função da idade;
 - Estado vacinal anterior;
 - Esquemas vacinais específicos para grupos de risco ou em circunstâncias especiais.



17

PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais


Abrangência



18

PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais

Abrangência



- Td**
- VASPR**
 - Dependendo do número de doses anteriores
 - Da idade
 - Do risco acrescido
- VIP**
 - Dependendo do número de doses anteriores
 - Da idade
 - Do risco acrescido

19

PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais

Abrangência

- A Grupos com risco acrescido para determinadas doenças recomendam-se ainda, para além de várias das vacinas recomendadas à população em geral, as vacinas contra:
 - Tuberculose (BCG)
 - Infeções por Streptococcus pneumoniae de 23 serotipos (PN23)
 - Doença invasiva por Neisseria meningitidis dos grupos ACWY (MenACWY)
 - Hepatite A (VHA)
 - Rotavírus

→ Quando expressamente referidas no PNV 2020 como recomendadas e gratuitas


20

17

18

19


20



PNV 2020- Vacinação e Esquemas Vacinais


Regras gerais

As pessoas que não tenham registo vacinal de determinada vacina, são consideradas não vacinadas.



21



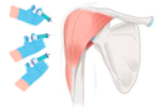
21



PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais

Regras gerais

- Todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal.
- Todas as doses são válidas, mesmo que a idade recomendada tenha sido ultrapassada.
- Podem ser administradas várias vacinas, em simultâneo, em locais anatómicos diferentes

22

22



PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais


Regras gerais



O profissional que vacina tem a obrigação de esclarecer previamente, de forma clara, sobre as vacinas que vão ser administradas.

23

23




PNV 2020 - Vacinação e Esquemas Vacinais

Regras gerais

- O consentimento próprio para a vacinação aplica-se a pessoas de mais de 16 anos de idade (artigo 38º do código penal).
- Em pessoas < 16 anos de idade, as vacinas podem ser administradas, desde que esteja presente:
 - Pessoa que tenha a guarda do menor ;
 - Pessoa a quem o menor tenha sido confiado.

24


24




PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais

Regras gerais

As pessoas que recusam a vacinação, com todas ou alguma vacina, deverão expressá-lo claramente, de preferência, por escrito, ficando a informação registada e arquivada na Unidade de Saúde.



25



PNV 2020-Vacinação e Esquemas Vacinais

Regras gerais

Deve registar-se a recusa também no sistema VACINAS.



Como proceder:

Aceder à Plataforma VACINAS ⇒ Mais ações ⇒ Registrar não vacinação ⇒ Escolhe-se qual a vacina ⇒ Motivo ⇒ Detalhe do Motivo

CONSENTIMENTO DA ULS RL

- Original - processo do utente e no serviço (pasta de recusas)
- Cópia - utente

26



3. VACINAÇÃO:

3.1 De Adultos

3.2 De Grupos de Risco ou em Circunstâncias Especiais

3.3 De Profissionais de Saúde

27

3.1 VACINAÇÃO DE ADULTOS

28

Vacinação de Adultos

Adultos (≥ 18 anos)

Dependendo do número de doses anteriores e da idade

Se não tiverem sido vacinados na infância ou se houver fatores de risco acrescido

29

29

Vacinação de Adultos

Td - Vacina contra tétano e difteria

- Nunca foram vacinados contra o tétano e difteria
- Estado vacinal desconhecido
- Primovacinação

Td adultos

Primovacinação 3 doses de Td

- Intervalo de 4 a 6 semanas entre a 1ª e a 2ª dose
- 6 a 12 meses entre a 2ª e a 3ª dose (Quadro IX)

Reforços

- Continuação dos reforços, ao longo da vida de acordo com a idade

30

30

Vacinação de Adultos

Td - Vacina contra tétano e difteria

Quadro IV – PNV: Esquema vacinal de reforços da vacina Td, ao longo da vida

Idade da última dose da primovacinação ou do último reforço	Próxima dose de Td
18 - 44 anos	20 anos depois
45 - 55 anos	65 anos de idade
≥ 56 anos	10 anos depois

Quadro IV

31

31

Vacinação de Adultos

Td - Vacina contra tétano e difteria

- Vacina combinada:
 - Toxide tetânico (T)
 - Toxide diftérico (d)
- Recomendada ≥ 7 anos (durante toda a vida)
- Intramuscular** (ou sc profunda, se alterações da coagulação)
- Administração no **braço esquerdo**

32

32

Vacinação de Adultos

VASPR - Vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola

• Sem história credível de sarampo
• Estado vacinal desconhecido
• Que nunca foram vacinados

VASPR adultos nascidos ≥ 1970

Primovacinação adultos nascidos ≥ 1970

• 1 dose de VASPR

• 2 doses de vacina contra a rubéola

Mulheres em idade fértil

Profissionais de saúde

• 2 doses independentemente do ano de nascimento (Quadro V)

33

33

Vacinação de Adultos

VASPR - Vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola

Quadro V – PNV: Esquema vacinal da vacina VASPR para adultos, sem história credível de sarampo

População-alvo	Número de doses de VASPR recomendadas
nascidos ≥ 1970	1 dose ¹
nascidos < 1970	0 doses
Profissionais de saúde	2 doses (independentemente do ano de nascimento) ²

¹ As mulheres em idade fértil devem ter 2 doses de vacina contra a rubéola (VAR/VASPR) (2.2.4.1 Mulheres em idade fértil)
² Intervalo mínimo de 4 semanas entre doses

34

34

Vacinação de Adultos

VASPR - Vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola

- Vacina combinada contendo vírus vivos atenuados (sarampo, parotidite epidémica e rubéola)
- Recomendada ≥ 12 meses (toda a vida; excepcionalmente ≥ 6 meses = dose 0)
- Subcutânea ou Intramuscular
- Administração no **braço direito**
- Precauções:
 - Intolerância hereditária à frutose (contém sorbitol)
 - Não engravidar durante 1 mês após a vacinação

35

35

Vacinação de Adultos

VIP – Vacina contra a poliomielite

• Adultos com risco acrescido de exposição ao vírus da poliomielite
• Esquema pode ser iniciado ou completado em qualquer idade

VIP

Primovacinação 3 doses de VIP

• Intervalo de 4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose
• 6 meses entre a 2ª e a 3ª dose (Quadro IX)

• Devem receber 4 doses, mesmo que a 3ª tenha sido administrada ≥ 4 anos de idade

Esquemas Mistos VAP e VIP

36

36



3.2 VACINAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO OU EM CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS



37

37



Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais


Os doentes com asplenia anatómica ou funcional, hipoesplenismo, défice congénito do complemento ou terapêutica com inibidores do complemento (ex. eculizumab ou ravulizumab) têm maior risco de infeção grave por bactérias capsuladas.

↓

Esplenectomias

38

38



Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Esplenectomias


VACINAS

<p>MenACWY</p> <p>Vacina contra a doença meningocócica causada pelos sorogrupos A, C, W e Y</p>	<p>MenB</p> <p>Vacina contra Meningite do grupo B (<50 anos)</p>	<p>Hib</p> <p>Vacina contra o haemophilus tipo b</p>	<p>PN20</p> <p>Vacina contra 20 tipos da bactéria Streptococcus pneumoniae (se não fez na idade recomendada)</p>	<p>PN23</p> <p>Vacina contra 23 tipos da bactéria Streptococcus pneumoniae (segundo norma específica)</p>
--	--	---	---	--

⇒ Vacina contra a gripe e a Covid-19 (conforme orientações)

39

39



Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina MenACWY

- Vacina de oligossacáridos ou polissacáridos de *Neisseria meningitidis* dos grupos A, C, W, Y (conjugada com proteína tetânica ou diftérica)
- Prevenção de doença invasiva por *N. meningitidis* ACWY
- Intramuscular
- Administração no braço esquerdo (no adulto)

Nº de Doses em função da marca e da idade ≥12 meses de idade 1 dose

Outros grupos de risco

Pessoas transplantadas com células estaminais medulares ou periféricas
Se ≥12 meses de idade 1 dose- 6 a 12 meses após o transplante



40

40

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina MenB (<50 anos)

Vacina de proteínas recombinantes de *Neisseria meningitidis* do grupo B

- Prevenção de doença invasiva por *Neisseria meningitidis* B
- Pode ser administrada a partir das 8 semanas de vida e <50 anos (ausência de estudos acima desta idade)
- **Intramuscular**
- Administração no **braço esquerdo (no adulto)**



Nº de Doses em função da idade: 2 ou 3 doses, dependendo da idade de início (Quadro II) com intervalo de 8 semanas entre doses.

41

41

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina HIB

- Vacina de polissacárido capsular de *H. influenzae* do serotipo b (conjugada com proteína tetânica)
- Prevenção de doença invasiva por *Haemophilus influenzae b*
- **Intramuscular**
- Administração no **braço direito (no adulto)**



Esquema vacinal de 3 Doses: (esquema 0, 2, 12 meses)


42

42

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina PN20 (se não fizeram na idade recomendada)

- Composta por polissacáridos capsulares, conjugados com uma proteína idêntica à toxina diftérica
- Vacina conjugada contra infecções por *Streptococcus pneumoniae* de 20 serotipos (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F e 33F)
- **Intramuscular** (ou sc, se alterações da coagulação)
- Administração no **braço direito (no adulto)**



43

43

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina PN20 / PN23 - NORMA N.º 13/2024 de 19/12/2024

B - Imunocomprometidos (ou risco acrescido de meningite bacteriana)		
Fistulas de LCR	Sim	(Ver situações especiais no Ponto 12.)
Implantes cocleares (candidatos e portadores)	Sim	
Asplenia e défice do complemento	Sim	Pn20 (Min 8 semanas) ↓ 6-12 meses após última dose! Pn23
Imunodeficiências primárias	Sim	Pn23

Gratuita

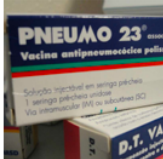
44

44

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Vacina PN23

- Vacina de polissacarídeos capsulares de *Streptococcus pneumoniae* (serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F)
- Prevenção de doença invasiva e pneumonia
- Recomendada a **grupos de risco** (≥2 anos de idade)
- **Intramuscular**
- Administrar no **braço direito**



45

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Quando Vacinar?

- ✓ **Esplenectomias eletivas:** vacinar em qualquer altura, idealmente **2 semanas antes da cirurgia** (recomenda-se a administração de vacinas inativadas até 2 semanas antes da intervenção e vacinas vivas 4 semanas antes da intervenção).
- ✓ **Esplenectomias de urgência:** vacinar **2 semanas após a cirurgia**
 - No hospital se utente ainda internado;
 - No Centro de Saúde se utente já com alta – necessária prescrição médica com a indicação das vacinas;
- ✓ O doente submetido a esplenectomia à data da alta fica com encaminhamento para a **Consulta de Hematologia**.

46

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Alterações da coagulação

- Nas pessoas sob terapêutica anticoagulante (varfarina), se o INR for >3 ou o anti-XA, 4h após a toma, for >0,5 UI/mL **não deve ser usada a via intramuscular**.
- Se a terapêutica anticoagulante for de curta duração é preferível adiar a vacinação para permitir a vacinação por via intramuscular.

47

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Alterações da coagulação



A vacinação por via subcutânea profunda nas vacinas:

↓

Hib, Pn20, Pn23, VASPR e Td

- ✓ Maior frequência de reações locais
- ✓ Resposta imunitária pode ser inferior à obtida com a via IM

48

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Alterações da coagulação

Por decisão e prescrição do médico assistente, as vacinas **MenB**, **MenACWY**, podem ser administradas **por via intramuscular**.

↓

Deve ser utilizada uma agulha de 23 Gauge (0,6mm x 25mm) ou mais fina e deve ser exercida pressão firme no local da injeção (sem friccionar) durante, pelo menos, cinco minutos. A pessoa vacinada deve diminuir a mobilidade do membro inoculado durante 24 horas.



49 28

49

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Feridas - Pós-exposição

Quadro XXVII - PNV: Vacinação recomendada (Td/Tdpa) e administração de imunoglobulina contra o tétano em pós-exposição (feridas), de acordo com a história vacinal

História vacinal	Feridas sem potencial tetanogénico		Feridas potencialmente tetanogénicas	
	Vacina	Imunoglobulina	Vacina	Imunoglobulina
Desconhecida ou <3 doses	Sim	Não	Sim	Sim ^{1,2}
≥ 3 doses e a última há:				
<5 anos	Não ³	Não	Não ⁴	Não ⁴
5 a 10 anos	Não ³	Não	Sim	Não ⁴
>10 anos	Sim	Não	Sim	Não ^{4,2}

50

50

3.3 VACINAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE



51

51

Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais


Profissionais de Saúde

Devem ter o **PNV atualizado**, com destaque para a vacinação com:


- **VHB** - todos os profissionais dos serviços de saúde que não tenham funções estritamente administrativas, têm direito à vacinação contra a hepatite B;
- **VASPR** - todos devem ter 2 doses de vacina contra sarampo e rubéola;
- **VIP** - recomenda-se aos profissionais de saúde suscetíveis, nomeadamente: profissionais do laboratório e profissionais que prestam cuidados a pessoas potencialmente excretoras do vírus pelas fezes e pela saliva, nomeadamente as provenientes de áreas de risco.

52

52




CASO PRÁTICO



53

53





Vacinação de Grupos de Risco ou em circunstâncias especiais

Caso Prático

PROBLEMA	RESOLUÇÃO
<p>Homem de 50 anos, imigrante (nacionalidade Guiné) residente em Portugal há 1 mês, recorreu ao Serviço de Urgência a 12/02/2025, apresentando uma ferida traumática, potencialmente tetanogénica. Não se conhece o registo vacinal.</p> <p>Que vacina/as devem ser administradas e em que altura?</p>	<p>Deve ser administrada:</p> <p>1º contacto 12/02/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar imunoglobulina humana antitetânica (IHT) antes de tratar a ferida e 1 dose de vacina Td; • Verificar se tem história credível de sarampo, caso contrário administrar VASPR; • Registrar no Vacinas a Ig H antiT e a Td. Registrar ainda a eventual imunização ao sarampo, ou a vacina administrada. <p>Email para CV.pl@... para encaminhamento do utente para continuidade de vacinação.</p>

54


54

4. SESSÃO VACINAL

55

55



Sessão Vacinal

Locais anatómicos de administração de vacinas


- ✓ Pode administrar-se mais do que uma vacina no mesmo membro, desde que as injeções sejam distanciadas $\geq 2,5$ cm;
- ✓ Podem administrar-se vacinas e imunoglobulinas em simultâneo, desde que em locais anatómicos diferentes.

56

56

Sessão Vacinal

Verificar Local e via certa de administração



TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS POR VIA INTRAMUSCULAR:

- Num movimento único, rápido e firme, inserir a agulha no tecido muscular, num ângulo de 90° em relação à superfície epidérmica;
- Se massa muscular pouco desenvolvida pode fazer-se a elevação do músculo, puxando-o entre o polegar e os restantes dedos, ou utilizar a técnica em Z;
- Remover a agulha num movimento único e rápido, na mesma angulação com que foi inserida, comprimindo de imediato o local da punção com a compressa seca que está na mão não dominante (sem massajar).

57

57

Sessão Vacinal

Administração das Vacinas

Informar o utente sobre quais os efeitos secundários possíveis para as vacinas administradas e as medidas a tomar em caso de reação local e/ou geral:

- Em caso de febre (Temp. >38° C) e/ou dor local a toma de paracetamol;
- Em caso de reação local (edema ou rubor) colocar gelo apenas 24h após a administração da vacinas, sem massajar.

Vigilância de reações adversas

- Vigiar o utente durante 15 min

58

58

Sessão Vacinal

Administração das Vacinas

CONTROLO DA DOR:

- Recomenda-se **não aspirar o conteúdo da seringa** durante a administração da vacina intramuscular, em todas as idades (Recomendação com grau elevado de evidência).
- Recomenda-se a **administração da vacina mais dolorosa em último lugar**, em todas as idades (Recomendação com grau elevado de evidência) -----Pn20, VASPR e HPV.

59

59

Sessão Vacinal

Reações adversas

NOTIFICAÇÃO DE REAÇÕES ADVERSAS:

- Importante contributo para a melhoria da segurança dos medicamentos.
- É fundamental que os enfermeiros sejam ativos nesta matéria.

INFARMED

Portal RAM
Notificação de Reações Adversas a Medicamentos



60

60

Sessão Vacinal

Anafilaxia

- Compromisso pele e/ou mucosas**
 - Urticária, eritema ou prurido geral, angioedema, edemas, exantema morbiliforme, lacrimejo
- Compromisso respiratório**
 - Congestão nasal, prurido, dispneia, taquipneia, sibilância, estridor e cianose
- Hipotensão ou disfunção de órgão terminal**
 - Palpitações, incontinência, disritmia, síncope, dor retroesternal, hipotonia, paragem cardíaca
- Compromisso GI**
 - dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia
- Compromisso SNC**
 - agitação, alterações mentais ou de comportamento, cefaleia, confusão, tonturas

61

Sessão Vacinal

Anafilaxia

HOSPITAL
Contactar
Emergência
Médica Interna
Adultos - 2222

Procedimentos a adotar em caso de reação anafilática

Sinais de alergia

Avaliar "ABDCE"

Compromisso via aérea superior ou sinais de choque? **SIM** **NÃO**

Tem sibilância? **SIM** **NÃO**

Administrar:
- Salbutamol por CE ou
- adrenalina por nebulização e
- prednisolona oral
- Oxigénio, se necessário.

Ante-histamínicos orais.
Ata p/ domicílio,
o/ informação
sobre sinais de
alerta

Melhora?
SIM **NÃO**

Anafilaxia = alergia + compromisso cardiorespiratório
- Urticária, prurido, edema da face, tosse
- Dor abdominal, diarreia e vômitos
Mais qualquer um dos seguintes sinais:
- Difusão, estridor
- Cianose, sibilância, aumento do trabalho respiratório
- Taquicardia, choque

• Pedir ajuda (112)
• Adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mL/kg (máximo 0,5 mL), por via IM
Na ausência de resposta, repetir adrenalina, a cada 5 minutos (até 3 administrações)
Oxigénio 100%
• Obter acesso endovenoso
- Iniciar bolus EV de soro fisiológico para tratar choque - 20 mL/kg (crianças)
- Reavaliar ABC, ponderar repetir bolus de soro
- Ponderar nebulização com salbutamol em 0,03 mL/kg (máximo 1mL) ou adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL, diluir 1 mL em 4 mL de soro fisiológico)

62

61

62

Sessão Vacinal

Registo na plataforma Vacinas



63

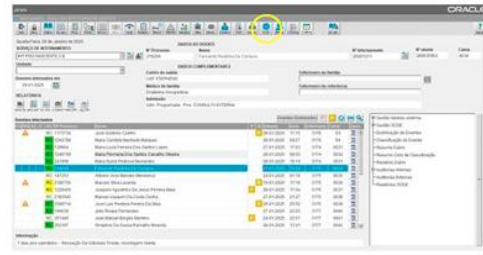
Sessão Vacinal

Registo na plataforma Vacinas

Doente internado no Serviço de Cirurgia

S Clínico

RSE



64

63

64

Sessão Vacinal
Registo na plataforma Vacinas

RSE

Vacinas

Calendário de Vacinação

65

Sessão Vacinal
Registo na plataforma Vacinas

Calendário de vacinação

Registrar inoculação

66

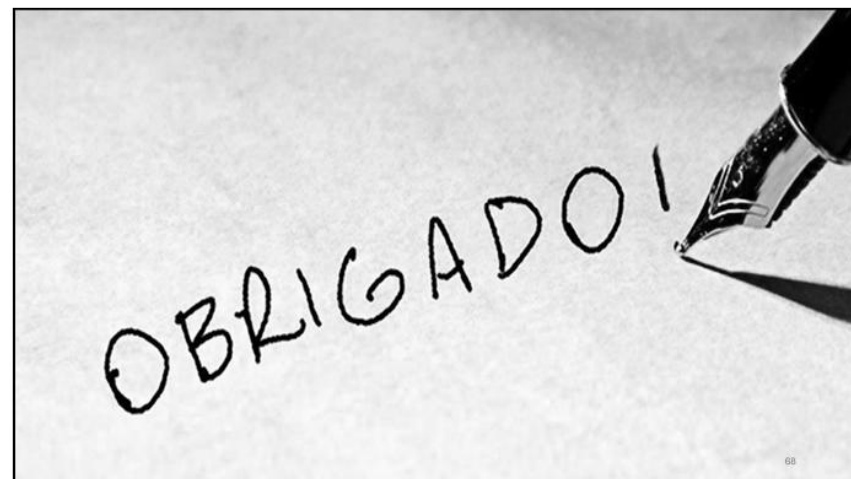
Sessão Vacinal
Registo na plataforma Vacinas

O QUE PREENCHER?

- Selecionar a vacina
- Designação comercial
- Lote
- Unidade
- Via de administração
- Local anatómico
- Lateralidade

(Alguns campos já aparecem pré-preenchidos)

67



APÊNDICE VIII – Folheto informativo “Cuidados a ter após a vacinação”

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2	VHB 3	VHB 3								
Haemophilus influenzae b		Hb1	Hb2	Hb3		Hb4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pr13 1	Pr13 2		Pr13 3							
Neisseria meningitidis B		MenB 1			MenB 3							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano							HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa									Td	Td	Td	Td
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td

Referências Bibliográficas:

- Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



Elaborado por:

- Ana Bastos e Carolina Luís — Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria.
- [Redacted] — Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP [Redacted]



Folheto Informativo

VACINAÇÃO



Cuidados a ter após a vacinação

Unidade de Saúde Pública
Região de Leiria



VACINAS

Têm como objetivo desenvolver de forma eficaz e segura proteção contra doenças, protegendo a saúde individual e pública.

As vacinas do Plano Nacional de Vacinação são gratuitas.

PARACETAMOL E VACINAÇÃO

Não é recomendada a administração preventiva de paracetamol, por rotina, antes ou durante a vacinação, uma vez que pode haver interferência com a resposta imunológica.

Quando for previsível a ocorrência de febre após a vacinação, poderá ser administrado paracetamol preventivamente, após a administração da vacina. Esta recomendação é especialmente importante para a administração da MenB em crianças com menos de 2 anos de idade, particularmente se administrada simultaneamente com outras vacinas.

EM CASO DE:

Febre

- O seu filho tem febre quando a temperatura, avaliada com termómetro, for superior a 38°C;
- Durante a subida da temperatura (quando há arrepios, calafrios e quando as mãos e os pés estão frios) deve agasalhar a criança;
- Durante a descida da temperatura, há que permitir a libertação de calor, logo retirar a roupa;
- Reforce a ingestão de líquidos;
- O paracetamol pode ser administrado como forma de tratamento da febre e de sintomas locais que ocorram após a vacinação.

Dor, Calor, Edema (Inchaço), Rubor

Se necessário:

- Colocar gelo num saco de plástico, envolvê-lo num pano e aplicar no local da vacina, várias vezes ao dia, fazendo movimentos circulares (apenas 24 horas após a administração da vacina).



Idade	Vacina	Reações Adversas
Nascimento	VHB 1	Nas primeiras 24 horas surge eritema e tumefação. Reações mais frequentes: febre, cefaleias, irritabilidade e fadiga.
2 meses	VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn 13; MenB 1	Reações locais: dor, rubor e tumefação até 3 dias. Pode aparecer um nódulo indolor no local de injeção, sendo reabsorvido ao longo de várias semanas. Nas primeiras 24 horas: febre ($\geq 38^\circ$), choro persistente (durante ≥ 1 hora); agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias. A administração concomitante com a Pn13 pode provocar um aumento da ocorrência, transitória de febre, convulsões e de episódios de hipo-reatividade e hipotonia. Pode ocorrer diminuição de apetite e perturbações do sono (reação da Pn13)
4 meses	Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13 2; MenB 2	
6 meses	VHB 3; Hib 3; DTPa 3; VIP 3	Reações locais: dor, vermelhidão e tumefação; Reações sistémicas: febre, irritabilidade, diminuição do apetite e perturbações do sono, diarreia, vômitos, perturbações alimentares, sonolência, choro anormal e erupção cutânea; Na vacina VASPR – primeiras 24 horas: dor, vermelhidão, tumefação e sensibilidade, que duram 2 a 3 dias; Reações sistémicas: 6 a 12 dias – febre $> 39,4^\circ$ C e exantema; 10 a 14 dias após a vacinação pode surgir inchaço dos gânglios do pescoço; Estas reações são menos frequentes após a segunda dose.
12 meses	Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1	
18 meses	Hib 4; DTPa 4; VIP 4	
5 anos	DTPa 5; VIP 5; VASPR 2	Ver reações adversas descritas anteriormente
10 anos	HPV 1; Td	Reações locais: dor, rubor/ vermelhidão e edema (inchaço) no local da injeção. Pode ainda surgir febre, tonturas ou dor de cabeça, cefaleias, fadiga, arrepios e mal-estar.

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2	VHB 3	VHB 3	VHB 3	VHB 4						
<i>Haemophilus influenzae</i> b	Hib 1	Hib 2	Hib 3	Hib 3	Hib 3	Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa	DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3	DTPa 3	DTPa 3	DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite	VP 1	VP 2	VP 3	VP 3	VP 3	VP 4	VP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Pr13 1	Pr13 2	Pr13 3	Pr13 3	Pr13 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> B	MenB 1	MenB 2	MenB 3	MenB 3	MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> C			MenC									
Sarampo, paróidite epidémica, rubéola			VASFR 1	VASFR 1	VASFR 1							
Vírus Papiloma humano							VASFR 2					
Tétano, difteria e tosse convulsa							HPV 1,2					
Tétano e difteria								Tdpa - Grávidas	Td	Td	Td	Td

Bibliographic References:

- Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



Prepared by:

- Ana Bastos e Carolina Luís — Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria.
- [Redacted] — Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP [Redacted]



Information Leaflet

VACCINATION



Post-Vaccination Care

Leiria Region Public Health Unit



VACCINES

Vaccines aim to effectively and safely develop protection against diseases, safeguarding individual and public health. Vaccines under the National Vaccination Plan are provided free of charge.

PARACETAMOL AND VACCINATION

Preventive administration of paracetamol is not recommended as a routine before or during vaccination, as it may interfere with the immune response.

When fever is expected after vaccination, paracetamol may be administered preventively after the vaccine is given. This recommendation is especially important for the administration of MenB in children under 2 years of age, particularly if given concurrently with other vaccines.

IN CASE OF:

Fever

- Your child has a fever when the temperature, measured with a thermometer, is above 38°C;
- During the rise in temperature (when there are chills, shivering, and cold hands and feet), you should dress the child warmly;
- During the decrease in temperature, it is necessary to allow heat to escape, so remove clothing;
- Increase fluid intake.
- Paracetamol can be administered as a treatment for fever and local symptoms occurring after vaccination.

Pain, Heat, Swelling, Redness

If necessary:

Put ice in a plastic bag, wrap it in a cloth, and apply it to the vaccination site several times a day, (only 24 hours after vaccine administration).



Age	Vaccine	Adverse Reactions
Birth	VHB 1	In the first 24 hours, erythema and swelling appear. Most common reactions: fever, headache, irritability and fatigue.
2 months	VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn 13; MenB 1	Local reactions: pain, redness and swelling for up to 3 days. A painless nodule may appear at the injection site and reabsorb over several weeks.
4 months	Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13 2; MenB 2	In the first 24 hours: fever ($\geq 38^\circ$), persistent crying (for ≥ 1 hour), agitation, drowsiness, anorexia, irritability, vomiting, headache and myalgia.
6 months	VHB 3; Hib 3; DTPa 3; VIP 3	Concomitant administration with Pn13 may cause a transient increase in the occurrence of fever, convulsions and episodes of hypoactivity and hypotonia. Decreased appetite and sleep disturbances may occur (Pn13 reaction).
12 months	Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1	Local reactions: pain, redness and swelling; Systemic reactions: fever, irritability, decreased appetite and sleep disturbances, diarrhea, vomiting, eating disorders, drowsiness, abnormal crying and skin rash; In the VASPR vaccine – first 24 hours: pain, redness, swelling and sensitivity, which last 2 to 3 days; Systemic reactions: 6 to 12 days – fever > 39.4 °C and rash; 10 to 14 days after vaccination, swelling of the lymph nodes in the neck may appear; These reactions are less frequent after the second dose.
18 months	Hib 4; DTPa 4; VIP 4	See adverse reactions described previously.
5 years	DTPa 5; VIP 5; VASPR 2	
10 years	HPV 1; Td	Local reactions: pain, flushing/redness and edema (swelling) at the injection site. Fever, dizziness or headache, headache, fatigue, chills and malaise may also occur.

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2	VHB 3	VHB 3	VHB 3	VHB 4						
<i>Haemophilus influenzae b</i>	HB 1	HB 2	HB 3	HB 3	HB 3	HB 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa	DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3	DTPa 3	DTPa 4	DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite	VP 1	VP 2	VP 3	VP 3	VP 4	VP 4	VP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	PH13 1	PH13 2	PH13 2	PH13 3	PH13 3							
<i>Neisseria meningitidis B</i>	MenB 1	MenB 2	MenB 2	MenB 3	MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>				MenC	MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola				VAGPR 1	VAGPR 1		VAGPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Td	Td	Td	Td
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td

ਬਿਬਲੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਹਵਾਲੇ:

- Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ:

- Ana Bastos e Carolina Luis — Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria.
- [Redacted] — Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP [Redacted]



ਟੀਕਾਕਰਨ ਆਮ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ

ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਫਲੈੱਟ



ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ

ਲੀਰੀਆ ਰੀਜਨ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ

ਯੂਨਿਟ



ਟੀਕੇ

ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਸੰਕੀਰਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਜੋ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਦੀਆਂ ਵੈਕਸੀਨਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੇਲ ਅਤੇ ਟਿਕਾਕਰਨ

ਟਿਕਾਣੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਟਿਕਾਣੂ ਦੌਰਾਨ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੇਲ ਦੀ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂਹਕ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਯਾਤਮਿਕ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਦਖਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਟਿਕਾਣੂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੀਵਰਤਾ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਟਿਕਾਣੂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੇਲ ਨੂੰ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂਹਕ ਤੌਰ ਤੇ ਦੇਣਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰੂਪ ਨਾਲ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ 2 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬੱਚੇ ਵਿੱਚ ਮੈਂਬੀ ਦੀ ਵਿੱਠੀਆਈ ਦੀ ਟਿਕਾਣੂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਖਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਮੱਧਮ ਦੂਸਰੇ ਟਿਕਾਣੂ ਨਾਲ ਸਮਾਣਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ:

ਬੁਖਾਰ:

- ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਤਾਪਮਾਨ ਥਰਮਾਮੀਟਰ ਨਾਲ ਮਾਪ ਕੇ 38°C ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਤਾਪਮਾਨ ਵਧਦੇ ਸਮੇਂ (ਜਦੋਂ ਕੰਪਕਾਂ, ਠੰਡ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਅਤੇ ਪੈਰ ਠੰਡੇ ਹੋਣ) ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਠੰਡ ਤੇ ਅਰਮਾਨੀ ਕਪੜੇ ਪਹਿਨਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਤਾਪਮਾਨ ਘਟਦੇ ਸਮੇਂ, ਗਰਮੀ ਦਾ ਬਾਹਰੀ ਬਣਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕਪੜੇ ਹਟਾਉਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।;

- ਪਾਣੀ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਾਓ।

- ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੇਲ ਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਦੀ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਟਿਕਾਣੂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਥਾਨਿਕ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਸਮਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ, ਗਰਮੀ, ਸੁਜਨ (ਫੂਲਾਂ), ਲਾਲੀ

ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ:

ਪੁਲਾਸਟਿਕ ਦੀ ਥੈਲੀ ਵਿੱਚ ਬਰਫ ਰੱਖੋ, ਉਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕੱਪੜੇ ਵਿੱਚ ਲਪੇਟੋ ਅਤੇ ਟਿਕਾਣੂ ਦੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਲਾਗੂ ਕਰੋ (ਟਿਕਾਣੂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕੇਵਲ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਹੀ)।



ਉਮਰ	ਟੀਕਾ	ਉਲਟ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ
ਜਨਮ	VHB 1	ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ, erythema ਅਤੇ ਸੋਜ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆਵਾਂ: ਬੁਖਾਰ, ਸਿਰ ਦਰਦ, ਚਿੜਚਿੜਾਪਨ ਅਤੇ ਥਕਾਵਟ।
2 ਮਹੀਨੇ	VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn13 1; MenB 1	ਸਥਾਨਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ: 3 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਦਰਦ, ਲਾਲੀ ਅਤੇ ਸੋਜ। ਇੱਕ ਦਰਦ ਗਰਿਡ ਨਿਓਲੂਟਿਕ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੇ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਜਜ਼ਬ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
4 ਮਹੀਨੇ	Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13 2; MenB 2	ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਬੁਖਾਰ (0.3.8°C), ਲਗਾਤਾਰ ਰੋਟਾ (01 ਘੰਟੇ ਲਈ); ਅੰਦੋਲਨ, ਸੁਸਤੀ, ਐਨੋਰਕਸੀਆ, ਚਿੜਚਿੜਾਪਨ, ਉਲਟੀਆਂ, ਸਿਰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮਾਇਲਜੀਆ।
6 ਮਹੀਨੇ	VHB 3; Hib 3; DTPa 3; VIP 3	Pn13 ਦੇ ਨਾਲ ਇਕਸਾਰ ਪ੍ਰਯਾਸਨ ਬੁਖਾਰ, ਕੜਵੱਲ ਅਤੇ ਹਾਈਪੋਐਕਟੀਵਿਟੀ ਅਤੇ ਹਾਈਪੋਟੈਨੀਆ ਦੇ ਐਪੀਸੋਡਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਥਾਈ ਵਾਧਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਘਟੀ ਹੋਈ ਭੁੱਖ ਅਤੇ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ (Pn13 ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
12 ਮਹੀਨੇ	Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1	ਸਥਾਨਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ: ਦਰਦ, ਲਾਲੀ, ਸੋਜ; ਪ੍ਰਣਾਲੀਗਤ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆਵਾਂ: ਬੁਖਾਰ, ਚਿੜਚਿੜਾਪਨ, ਭੁੱਖ ਅਤੇ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ, ਦਸਤ, ਉਲਟੀਆਂ, ਖਾਣ ਵਿੱਚ ਵਿਕਾਰ, ਸੁਸਤੀ, ਅਸਥਾਰਨ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਚਮੜੀ ਦੇ ਧੱਫ਼ੜ। VASPR ਵੈਕਸੀਨ ਵਿੱਚ - ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ: ਦਰਦ, ਲਾਲੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ, ਜੋ 2 ਤੋਂ 3 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਗਰਿੱਦੀ ਹੈ; ਪ੍ਰਣਾਲੀਗਤ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆਵਾਂ: 6 ਤੋਂ 12 ਦਿਨ - ਬੁਖਾਰ > 39.4°C ਅਤੇ ਧੱਫ਼ੜ; ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ 10 ਤੋਂ 14 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ, ਗਰਦਨ ਦੀਆਂ ਨੋਡਾਂ ਦੀ ਸੋਜ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਇਹ ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਆਮ ਹਨ। ਪਹਿਲਾਂ ਦਸ ਗੱਦ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮਾਂ ਨੂੰ ਦੱਖੋ।
18 ਮਹੀਨੇ	Hib 4; DTPa 4; VIP 4	
5 ਸਾਲ	DTPa 5; VIP 5; VASPR 2	
10 ਸਾਲ	HPV 1, 2; Td	ਸਥਾਨਿਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ: ਟੀਕੇ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੇ ਦਰਦ, ਫਲੀਸਿੰਗ/ਲਾਲੀ ਅਤੇ ਸੋਜ (ਸੋਜ)। ਬੁਖਾਰ, ਚੱਕਰ ਆਉਣੇ ਜਾਂ ਸਿਰ ਦਰਦ, ਥਕਾਵਟ, ਨੱਚ ਅਤੇ ਬੇਚੈਨੀ ਵੀ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ।



ВАКЦИНИ

Вона спрямована на розробку ефективного та безпечного захисту від хвороб, захисту індивідуального та громадського здоров'я. Вакцини згідно з Національним планом вакцинації безкоштовні.

ПАРАЦЕТАМОЛ І ЩЕПЛЕННЯ

Звичайне профілактичне застосування парацетамолу до або під час вакцинації не рекомендується, оскільки це може перешкоджати імунній відповіді.

Якщо очікується поява лихоманки після щеплення, можна профілактично ввести парацетамол після введення вакцини.

Ця рекомендація особливо важлива для введення МепВ дітям віком до 2 років, особливо якщо це вводиться одночасно з іншими вакцинами.



В ВИПАДКУ:

Лихоманка:

- У вашої дитини лихоманка, коли температура, виміряна термометром, перевищує 38°C;
- Під час підвищення температури (при появі мурашок, ознобу, холодних рук і ніг) дитину потрібно тепло укутати.;
- Під час зниження температури необхідно дати вивільнитися теплу, а потім зняти одяг.;
- Збільште споживання рідини;

Парацетамол можна застосовувати для лікування лихоманки та місцевих симптомів, які виникають після щеплення.

Біль, жар, набряк (припухлість), почервоніння:

- Помістіть лід у поліетиленовий пакет, загорніть його в тканину та прикладайте його до місця вакцини кілька разів на день, використовуючи кругові рухи (лише через 24 години після введення вакцини).

Вік	Вакцина	Побічні реакції
народження	VHB 1	У перші 24 години з'являється еритема і набряк. Найпоширеніші реакції: лихоманка, головний біль, дратівливість і втома.
2 місяців	VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn 13; MемB 1	Місцеві реакції: біль, почервоніння та набряк до 3 днів. У місці ін'єкції може з'явитися безболісний вузлик, який розсмоктується протягом кількох тижнів.
4 місяців	Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13.2; MемB 2	У перші 24 години лихоманка ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), постійний плач (протягом ≥ 1 години); збудження, сонливість, анорексія, дратівливість, блювання, головний біль і міалгія.
6 місяців	VHB 3; Hib 3; DTPa 3; VIP 3	Одночасне застосування з Pn13 може спричинити тимчасове посилення лихоманки, судом та епізодів гіперреактивності та гіпотонії. Можуть спостерігатися зниження апетиту та порушення сну (реакції Pn13).
12 місяців	Pn13.3; MемB 3; MемC; VASPR 1	Місцеві реакції: біль, почервоніння, набряк. Системні реакції: лихоманка, дратівливість, зниження апетиту та порушення сну, діарея, блювання, розлади харчової поведінки, сонливість, ненормальний плач та висипання на шкірі. У вакцині VASPR – перші 24 години: біль, почервоніння, набряк і чутливість, які тривають 2-3 дні; Системні реакції: 6-12 днів – гарячка $>39,4^{\circ}\text{C}$ і висип; через 10-14 днів після щеплення може з'явитися набряк шийних вузлів; Вони менш поширені після другої дози.
18 місяців	Hib 4; DTPa 4; VIP 4	Див. побічні реакції, описані раніше.
5 років	DTPa 5; VIP 5; VASPR 2	
10 років	HPV 1; Td	Місцеві реакції: біль, припливи/почервоніння та набряк (припухлість) у місці ін'єкції. Також може з'явитися лихоманка, запаморочення або головні болі, втома, озноб і нудювання.

APÊNDICE IX - Folheto informativo “Vacina BCG”

E, não se esqueça que as crianças são o reflexo do seu adulto cuidador. Por isso é importante que dê o exemplo vacinando-se também!

And don't forget that children are a reflection of the caregiver. That's why it's important for you to set an example by getting vaccinated too!

ਅਤੇ ਭੁੱਲ ਨਾ ਕਰੋ ਕਿ ਬੱਚੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਸਤੁਤ ਵੱਲੋਂ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੀ ਟਿਕਾ ਲਵੇਣ ਦੀ ਉਦਾਹਰਣ ਦੇਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

Referências Bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde (2022) (Número 006/2016, com atualização de 2023). Estratégia de Vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Disponível em <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>



Elaborado por:

- Ana Bastos e Carolina Luís — Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria.
- [Redacted] — Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP [Redacted]



Folheto Informativo

VACINA BCG



Cuidados a ter após a
Vacinação

Care to be taken after vaccination

ਟੀਕਾ ਪਿਛੋਕੜ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਲ
ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ:

Unidade de Saúde Pública
Região de Leiria





O que é a BCG?

É uma vacina viva atenuada, para prevenção de formas graves de tuberculose, administrada numa dose única.

Reações locais mais frequentes:

A vacina não provoca febre.

Possibilidade de formação de um nódulo vermelho que evolui para uma vesícula.

Após 2 a 4 semanas pode aparecer uma pequena úlcera no local de administração da vacina.

Esta reação desaparece depois de 2 a 5 meses, deixando uma cicatriz superficial.

Cuidados com o local da administração da vacina

Preste os cuidados de higiene habituais ao seu bebé.

Não necessita de medicação, nem de penso aplicados no local.

Em caso de dúvida ou de qualquer alteração no estado de saúde do bebé, procure o médico/enfermeiro de família.

What is BCG?

It is a live attenuated vaccine, to prevent severe forms of tuberculosis, administered in a single dose

Most common local reactions:

The vaccine does not cause fever.

Possibility of the formation of a red nodule that progresses to a blister.

After 2 to 4 weeks, a small ulcer may appear at the vaccination site.

This reaction disappears between 2 to 5 months, leaving a superficial scar.

Care for the vaccination site

Provide your baby with regular hygiene care.

No dressing or medication is required at the site.

If in doubt or if there are any changes in your baby's health condition, seek your family doctor/nurse.



ਬੀਸੀਜੀ ਕੀ ਹੈ?

ਇਹ ਟੀ.ਬੀ. ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਇੱਕ ਲਾਈਵ ਐਟੈਨਿਊਏਟਿਡ ਵੈਕਸੀਨ ਹੈ, ਇੱਕ ਖੁਰਾਕ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਥਾਨਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ:

ਵੈਕਸੀਨ ਤਾਪ ਨਹੀਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ।

ਇੱਕ ਲਾਲ ਬੁੰਦੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਸੂਜਨ ਵਜੋਂ ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

2 ਤੋਂ 4 ਹਫ਼ਤੇ ਬਾਅਦ, ਟੀਕਾ ਦੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੱਟ ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਪ੍ਰਤੀਕਰਮ 2 ਤੋਂ 5 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗਾਇਬ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਸੂਪਨਿਵੀ ਛੱਡ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਵੈਕਸੀਨ ਦੀ ਦਿੱਖਣ ਸਥਾਨ ਦੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ।

ਆਪਣੇ ਬੇਬੇ ਨੂੰ ਮਾਮੂਲੀ ਹਾਈਜੀਨ ਦੇ ਸੰਭਾਲ ਦੇਣ।

ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਡਰੈਸਿੰਗ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦਵਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਸੰਦੇਹ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੇਬੇ ਦੇ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਡਾਕਟਰ/ਨਰਸ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

APÊNDICE X – Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção da Diabetes”

PLANO DA SESSÃO – “PREVENÇÃO DA DIABETES”

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

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE
SNS
CENTRO NACIONAL DE SAÚDE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA
UGG
Município da
Marinha Grande
POLITÉCNICO
DE LEIRIA

Dia Mundial da Diabetes - 14 novembro de 2024

**Prevenção da
Diabetes**

Mestranda:
Ana Rita Bastos
Carolina Luís

Enfermeira Orientadora:
[Redacted]

Novembro, 2024

1

Quem já contactou
com alguém com
Diabetes Mellitus?

Sabem o que é a
Diabetes Mellitus?

Que cuidados devemos
ter para prevenir esta
doença?

2

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

CEP: 2021

3

7 Pilares do Autocuidado

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

Fonte: IGP, 2019

4

1


Conhecimento e Informação em Saúde

5

1

Conhecimento e Literacia em Saúde

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



6

1

Conhecimento e Literacia em Saúde

Como obter informação?



7

1

Conhecimento e Literacia em Saúde

O que é a Diabetes Mellitus?

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

Fonte: ULSMIL, 2024

8

1

Conhecimento e Literacia em Saúde

Sintomas da Diabetes Mellitus...

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

Fonte: ULSRL, 2024

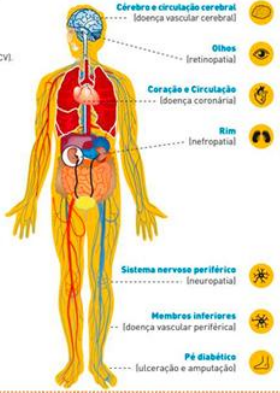
9

1

Conhecimento e Literacia em Saúde

As principais complicações crônicas da Diabetes são:

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



Fonte: SFD, 2019

10

2

Bem-estar Mental

11

2

Bem-estar Mental

O que compromete o seu bem estar?

Como se sentem quando surge algum acontecimento mais negativo?

Acham que os valores da glicémia alteram?

12

2
Bem-estar Mental

Impacto da Diabetes Mellitus na Saúde Mental...

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

Fonte: GADIP, 2023

13

2
Bem-estar Mental

Dicas para manter a Saúde Mental...

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

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

Fonte: Merck, 2022

14


3
Atividade Física

15

3
Atividade Física

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

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




Fonte: SPEDM, S/D

16

3
Atividade Física

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

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



Fonte: SPEDM, S/D


17

3
Atividade Física

Que cuidados ter com prática de exercício físico?

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

Ter consciência dos limites!



Fonte: SPEDM, S/D

18



4
Alimentação Saudável

19

4
Alimentação Saudável

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

☺ Beber 1,5Lts a 2Lts de água por dia

Fonte: AFDP, 2023

20

5

Evitar Hábitos de Risco


21

5

Evitar Hábitos de Risco

Fatores de risco da Diabetes Mellitus...

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



Fonte: ULSRL, 2024

22

5

Evitar Hábitos de Risco


Hábitos Tabágicos

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

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

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

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



Fonte: Diabetes 365°, 2024

23

5


Evitar Hábitos de Risco

Consumo de Álcool

Efeitos do álcool no organismo:

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

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



Fonte: Diabetes 365°, 2024

24

6
Boas Práticas Higiene

Lavar diariamente os seus pés com água morna e sabão.


Secar bem, especialmente entre os dedos.

Aplicar creme hidratante (exceto entre os dedos).

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

Nunca andar descalço (mesmo em casa).

Fonte: Bayer, S/D



29


6
Boas Práticas Higiene

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

Evitar usar jóias e bijuteria nos pés.

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

Fonte: Bayer, S/D



30

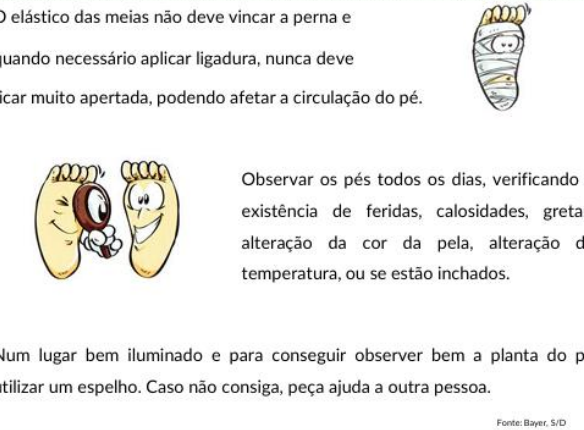
6
Boas Práticas Higiene

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

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

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

Fonte: Bayer, S/D



31

6
Boas Práticas Higiene

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

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

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

Fonte: Bayer, S/D



32

6
Boas Práticas
Higiene

Manter a Diabetes controlada.




Fonte: Bayer, S/D

33

6
Boas Práticas
Higiene

Higiene do sono

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



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


alterações nos ciclos de sono → aumentam a resistência à insulina → aumento da pressão arterial

Fonte: Diabetes360°, 2024

34

6
Boas Práticas
Higiene

Higiene do sono – Dicas Para Dormir Melhor




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

Fonte: Diabetes360°, 2024

35

6
Boas Práticas
Higiene

Higiene do sono – Dicas Para Dormir Melhor



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

Fonte: Diabetes360°, 2024

36

7


Uso Racional dos Serviços de Saúde

37

7

Uso Racional dos Serviços de Saúde

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



38

Referências Bibliográficas

- APDP. (2023). Alimentação e diabetes. Obtido de APDP: <https://apdp.pt/diabetes/nutricao/alimentacao-e-diabetes/>
- APDP. (20 de março de 2024). Saúde oral na diabetes. Obtido de APDP: <https://apdp.pt/saude-oral-na-diabetes/>
- Bayer. (S/D). Cuidados com os pés. Conselhos práticos para a pessoa com diabetes e seu cuidador. Carnaxide, Portugal: Bayer.
- Diabetes 365°. (2024). Dormir bem pode ajudar a controlar a glicemia? Obtido de Diabetes 365°: <https://www.diabetes365.pt/prevenir/dormir-bem-glicemia/>
- Diabetes 365°. (2024). O consumo de álcool influencia a diabetes? Obtido de Diabetes 365°: <https://www.diabetes365.pt/saber/o-consumo-de-alcool-influencia-a-diabetes/>
- Diabetes365°. (2024). O impacto do tabagismo na diabetes. Obtido de Diabetes365°: <https://www.diabetes365.pt/prevenir/o-impacto-do-tabagismo-na-diabetes-2/>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto: ESEP. Obtido de <https://comum.caaap.pt/bitstream/10400.26/39415/1/AUTOCUIDADO%20UM%20FOCO%20CENTRAL%20PARA%20A%20ENFERMAGEM.pdf>
- GADIP. (14 de novembro de 2023). Diabetes e saúde mental. Obtido de GADIP: <https://www.gadip.pt/blog/diabetes-e-saude-mental>
- ISF. (2024). International Self-care Foundation. Obtido de Seven Pillars of Self-care: <https://isfglobal.org/>
- Merck. (31 de outubro de 2022). Cuide da sua saúde mental. Obtido de Merck: <https://www.everystepindiabetes.com/pt-pt/o-que-possa-fazer/cuide-da-sua-saude-mental/#lud>
- SPD. (2023). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
- SPEDM. (S/D). Diabetes tipo 2 e Atividade Física. Obtido de SPEDM: <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/diabetes-tipo-2-e-atividade-fisica>
- ULSRL. (13 de novembro de 2024). Diabetes: Informações sobre a doença, os seus sintomas e fatores de risco. Obtido de CHLeiria: <https://www.chleiria.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/diabetes-informacoes-sobre-a-doenca-os-seus-sintomas-e-fatores-de-risco-15/>

39



40

APÊNDICE XI – Consentimento Informado para participação no Projeto “ENGAGE24”

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Do consentimento informado deve constar:

<p>1. Estudo: Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)</p>
<p>2. Justificação do Estudo: No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.) que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos. O estudo ENGAGE teve o seu início em 2023 (ENGAGE23) onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a percepção destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura. O ENGAGE24 pretende dar continuidade ao ENGAGE23, tendo como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.</p>
<p>3. Objetivos: Objetivos gerais: Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande. Objetivo(s) específico de aplicação: 1. Avaliar o Processo Comunitário para o acesso aos cuidados de saúde e para a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande, para identificar a dimensão diagnóstica prioritária, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC (liderança comunitária, participação comunitária e coping comunitário); 2. Intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do empoderamento comunitário no âmbito do acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Ásia Central e Meridional, residente no concelho da Marinha Grande.</p>
<p>4. Metodologia: Trata-se de um estudo quase experimental com desenho antes e depois, sem grupo de controlo, utilizando instrumentos de medida e o Grupo Focal. O estudo será dividido em três fases: Fase Diagnóstica: <u>Grupo Focal com stakeholders</u> • Medição do nível de empoderamento comunitário, relacionado com a identificação da percepção dos membros da comunidade face aos domínios do empoderamento comunitário – Escala EAVeC. <u>Amostra em estudo:</u> • Identificação do Processo Comunitário para o Acesso aos cuidados de saúde e para a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, através da aplicação do Questionário MAIEC adaptado à população imigrante da Ásia Central e Meridional. Este questionário permite avaliar o nível de conhecimento dos participantes sobre o acesso aos cuidados de saúde e a influência da cultura sobre a atitude face ao estado saúde-doença e identificar novas necessidades formativas. Neste, está incluída a versão curta do questionário da literacia em saúde (na dimensão "Liderança Comunitária: Conhecimentos"), sendo aplicado antes e depois das sessões de educação para a saúde. Fase de Intervenção: Em função dos resultados obtidos na Fase Diagnóstica, prepararemos e implementaremos as intervenções abaixo indicadas e/ou outras: • Formação • Folhetos Informativos • Guias Orientadores Traduzidos • Sessões de Educação para a Saúde Fase de Avaliação dos resultados: <u>Grupo Focal com stakeholders:</u> • (Re)Avaliação do Empoderamento Comunitário, relacionado com o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, com recurso à EAVeC; <u>Amostra em estudo:</u> • (Re)Avaliação do Processo Comunitário para identificar alterações no(s) foco(s) comunitários para o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura com o questionário MAIEC.</p>
<p>5. Informação sobre a duração previsível do estudo completo: 3 anos</p>
<p>6. Este estudo não comportará riscos, constrangimentos, danos físicos ou psíquicos para os participantes. O benefício deste estudo é aquisição de ganhos em saúde para os imigrantes da Ásia central e meridional, através da promoção da literacia em saúde.</p>

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

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

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

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

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

Parte declarativa da pessoa que consente:

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

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

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

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

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

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

Pai/Mãe Filho/Filha Cônjuge Tutor Outro (especificar) _____

Nome _____

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

Assinatura _____ Data ____/____/____

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

APÊNDICE XII – Consentimento Informado para o Grupo Focal

Consentimento Informado Relativo aos Grupos Focais

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

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

Título do estudo: Projeto “ENGAGE24”: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande

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

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

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

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

Condições e financiamento: Este estudo é de participação voluntária e sem custos para os envolvidos, não existindo qualquer prejuízo assistencial ou outro com o seu envolvimento, sendo possível desistir a qualquer momento. Este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética

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

Disponibilidade:

Agradecemos a sua colaboração.

No caso de alguma dúvida por favor pode contactar para o e-mail teresa.kraus@ipleiria.pt

Enfermeira Ana Rita Bastos – ULS Região de Leiria

Enfermeira Carolina Luís – Davita Alcobaça

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

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

Assinatura de quem pede consentimento: _____

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Projeto ENGAGE24: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome:

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

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

Nome:

BI/CC N.º: _____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / _____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

APÊNDICE XIII – Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário – MAIEC



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO

DO PROCESSO COMUNITÁRIO

Baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020 e Melo, in Press)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquadramento: O projeto de investigação - Empoderamento Comunitário da População Imigrante, residente no concelho da Marinha Grande (ENGAGE24): Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (Continuação do Estudo ENGAGE23), integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tem como Investigador Principal o Professor Doutor Pedro Melo e como Investigadora Responsável a Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Explicação do estudo: Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo identificar o diagnóstico de enfermagem no foco “**Processo Comunitário**” para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Marinha Grande.

Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar este questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo in Press), que permite identificar 3 dimensões de diagnóstico relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde e da atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, da população imigrante da Marinha Grande: a **liderança comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão; a **participação comunitária**, relacionada com a comunicação, parcerias e existência de estruturas organizativas e o **coping comunitário**, relacionado com as suas experiências anteriores e forças.

A sua participação no estudo, implica que, responda a este questionário, cujo tempo de resposta ronda os 10 min, onde terá oportunidade de partilhar as suas perceções e conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá à sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ESEP e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O Investigador Principal, o Professor Doutor Pedro Melo, MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: 916725122 | Endereço eletrónico: pedromelo@esenf.pt

A Investigador Responsável local, a Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros - Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria | Contacto Tlm: 939667254 | Endereço eletrónico: teresa.kraus@ipleiria.pt

As Investigadoras Colaboradoras, Mestrandas, Enfermeira Ana Rita Carreira Bastos e Enfermeira Carolina Raquel Marques Luís.

Considera-se informado(a) e aceita participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

- () SIM
() NÃO

Preencha todo o questionário e seja o mais sincera possível, assinalando com uma cruz (x) a opção que melhor se adequa a si. Não há respostas certas ou erradas em nenhuma das questões.

Desde já um Muito Obrigada pela sua participação!

1. Qual a sua idade? _____ anos
2. Género: Feminino Masculino
3. Qual a sua nacionalidade? _____
4. Há quantos anos reside em Portugal? _____ anos
5. Qual a sua escolaridade:
 - Ensino básico
 - Secundário
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - outro: _____
6. Qual a sua situação laboral?
 - Empregado
 - Desempregado
 - Baixa médica/licença
 - Reformado
 - outro: _____
7. Considera-se saudável? Sim Não
8. Tem alguma doença crónica? Sim Não

Se sim, qual? _____

LIDERANÇA COMUNITÁRIA

A. Qual é o nível de conhecimentos que considera ter sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhum conhecimento	0	1	2	3	4	5	Muito conhecimento

B. Qual é o nível de conhecimentos que considera ter sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura:

Nenhum conhecimento	0	1	2	3	4	5	Muito conhecimento

Marque uma cruz sobre a resposta mais adequada para o seu caso: A, B ou ambas A e B:

Onde adquiriu esses conhecimentos?

Num curso. (A), (B) ou (A e B)

Qual curso: _____

Numa ou mais formações. (A), (B) ou (A e B)

Enumere até três: _____

Em livros e fontes de formação pessoal (por exemplo tutoriais na internet) (A), (B) ou (A e B)

Outros (A), (B) ou (A e B).

Quais _____

Questionário da Literacia em Saúde:

Numa escala de muito fácil a muito difícil:

Para si, quão fácil ou difícil é...	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
... saber quando pode precisar de uma segunda opinião de outro médico?					
... utilizar as informações que o médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?					
... encontrar informações sobre como gerir mentalmente problema de saúde como o stress ou a depressão?					
... avaliar se as informações sobre os riscos para a sua saúde transmitidas nos meios de comunicação social (ex: televisão, internet...) são confiáveis?					
... descobrir atividades que são boas para o seu bem-estar mental?					
... compreender as informações dos <i>media</i> sobre como ficar mais saudável?					

Fonte: Pedro, AR; Et al, Versão Portuguesa do Questionário HLS-EU-Q6 e HLS-EU-Q16:Psicométrico (2023)

VOLIÇÃO (QUERER)

C. Que importância considera ter um projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhuma importância	0	1	2	3	4	5	Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potencializar a sua percepção de baixa importância:

- Não é relevante para a minha vida
- Não vai acrescentar valor
- Não está alinhado com os meus valores pessoais
- Outros. Quais: _____

D. Que importância considera ter um projeto sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura:

Nenhuma importância	0	1	2	3	4	5	Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potencializar a sua percepção de baixa importância:

- Não é relevante para a minha vida
- Não vai acrescentar valor
- Não está alinhado com os meus valores pessoais
- Outros. Quais: _____

E. Qual é o seu nível de vontade (motivação) para participar neste projeto sobre o acesso aos cuidados de saúde:

Nenhuma importância	0	1	2	3	4	5	Muita importância

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potencializar a sua percepção baixa motivação:

- Falta de tempo
- Falta de recursos humanos
- Falta de recursos materiais. Indique o recurso em falta que considera mais importantes:

Falta de recursos financeiros

Outros. Quais: _____

F. Qual é o seu nível de vontade (motivação) para participar neste projeto sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à sua cultura:

Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua percepção baixa motivação:

- () Falta de tempo
- () Falta de recursos humanos
- () Falta de recursos materiais. Indique o recurso em falta que considera mais importantes: _____
- () Falta de recursos financeiros
- () Outros Quais: _____

G. No que respeita aos temas de acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à sua cultura (2)s, costuma realizar: Coloque 1 ou 2 no respetivo espaço abaixo

Tarefa	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Rastreios (ex: do cancro da mama, do colo do útero, do colorretal, glicemia capilar, tensão arterial...)					
Vacinação					
Consultas médicas					
Análises e exames complementares de diagnóstico					

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

H. No que respeita os temas de acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que existem, na comunidade em que se integra, *estruturas organizativas* formal ou informal (como grupos de trabalho ou outras comissões) relacionada com estes assuntos (1 e 2)?

- () SIM
- () NÃO

Se respondeu sim indique quais as estruturas organizativas formais ou informais que considera existirem e a qual dos temas (1 e/ou 2) se referem:

I. No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que existem na comunidade em que se integra, uma ou mais *parcerias* relaciona(s) com estes temas (1 e/ou 2)?

- () SIM
- () NÃO

Se respondeu sim indique quais as parcerias formais ou informais que considera existirem e a qual dos temas (1 e/ou 2) se referem:

J. No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e à atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), considera que na comunidade em que se integra há *processos de comunicação eficazes* (para procura de informação, referências, reclamações, etc)?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim, indique que estratégias de comunicação existem e a qual dos temas (1 e 2) se referem:

Se respondeu não, indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação sobre os dois temas (1 e 2):

COPING COMUNITÁRIO

K. No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (1) e de atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2), já teve experiências anteriores na *participação em projetos ou atividades*?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim, indique as experiências que teve, de forma sucinta e 1 ou 2 de acordo com a situação:

L. Já teve formação e/ou treino sobre o acesso aos cuidados de saúde (1) e a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2)?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim, indique o tema (1 e/ou 2), qual a formação/treino, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva “ -1 ano”)

Formação	Contexto (ex. nome do curso ou formação em serviço)	Há quanto tempo
Hábitos vida saudáveis (ex: alimentação saudável, exercício físico...)		
Vacinação		
Serviços de saúde disponíveis		
Direitos dos utentes		
Procedimentos para aceder aos cuidados de saúde		
Contactos uteis na área da saúde		

M. Independentemente de ter ou não experiências anteriores sobre o acesso aos cuidados de saúde (1) e atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura (2) considera que tem competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?

() SIM

() NÃO

Justifique a sua resposta de forma sucinta e indique o nº do tema (1 e/ou 2) a que se refere:

N. Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

APÊNDICE XIV - Entrevista com Informante-Chave

ENTREVISTA COM A INFORMANTE-CHAVE

Data: 13 de janeiro de 2025

Entrevistadoras: Ana Bastos e Carolina Luís

Tipo de entrevista: Semiestruturada, online e gravada (com consentimento)

DADOS DO ENTREVISTADO

- **Habilitações literárias:** Mestrado
- **Profissão:** Enfermeira
- **Nacionalidade:** Indiana

OBJETIVOS DA ENTREVISTA:

- Melhorar o conhecimento sobre a cultura indiana.
- Compreender como os fatores da cultura indiana influenciam as percepções, práticas e comportamentos em relação à saúde.
- Capacitar para a comunicação com a comunidade indiana.

1. Apresentação

2. Questões / Respostas

Dados sobre a entrevistada

“Sou indiana, da zona de Goa, católica”.

“É diferente da cultura hindu e da cultura muçulmana”.

“Como sou de uma zona da Índia que foi colonizada por Portugal sofremos de influência europeia, mas a minha família (tios e primos) que vivem na Índia estão completamente envolvidos na cultura Hindu. Já não falam português. A partir de 1960 os hindus entraram em Goa e atualmente o hinduísmo domina a Índia”.

Como caracteriza a comunidade indiana em Portugal?

“A comunidade indiana de Leiria é proveniente do estado de Punjabi. As castas são as mais baixas, era o esperado pela qualidade da imigração deles. Não são pessoas de grandes posses financeiras, nem grande cultura intelectual”.

“Esta comunidade é muito recente em Leiria, a comunidade que está em Lisboa há 30 anos, é diferente”.

“Com a aculturação da comunidade hindu, que está implementada em Portugal, desde 1974 (que vieram das colónias), formou-se uma grande comunidade Hindu em Portugal. Eles não deixam a base deles, mas aos pouco já vão introduzindo algumas

coisas da cultura ocidental, vão-se aculturando. Complementam as tradições ocidentais com as deles”.

“Em Lisboa tem-se trabalhado com um grupo de hindus, eles próprios criam muitas barreiras”.

Pode referir alguns hábitos e costumes da cultura indiana?

“Na comunidade Hindu as avós têm muita influência na educação dos netos. Elas dão o primeiro banho e elas fazem a educação com os valores Hindu. Eles têm milhares de deuses e crenças relacionadas com esses deuses. A avó é quem introduz no templo hindu a criança. As avós representam a família, são as matriarcas. Elas cuidam das crianças desde que nascem”.

“Os hindus descalçam-se à porta, não entram em casa com os sapatos”.

“Eles comem com a mão direita. Misturam a comida e levam a comida à boca com a mão direita. Nunca comem com a mão esquerda. A mão esquerda é usada para limpeza dos genitais”.

“Na cultura indiana, mulher só fala com mulher e não pode falar com homem, a menos que se apresente com o marido. Homem com homem e mulher com mulher. Se tiverem em casal, podem falar homem com o casal ou mulher com o casal. Para elas é um prazer a submissão. O que o marido diz é palavra de ordem”.

Pode referir alguns hábitos religiosos da comunidade indiana?

“Na cultura deles o homem acredita na reencarnação então não matam os animais para não sofrer, pois acreditam que um dia podem reencarnar como animais e podem sofrer”.

Quais os hábitos alimentares da comunidade indiana? Algumas restrições alimentares?

“Eles não consomem carne de uma forma geral. Alguns já introduziram as aves e peixe, mas a maioria não come. Eles não podem comer a carne por causa de não poderem matar os animais, por causa do carma, ligado à religião. Isso traz sofrimento para os animais (...) mas consomem laticínios”.

“Eles usam muitas especiarias (...) as mais usadas são a curcuma, cominhos e linhaça”. “Usam muito açúcar na comida”.

“Eles consomem muito arroz, farinha de trigo integral e também manteiga purificada”.

“O Hindu não consome álcool nem produtos provenientes de animais, portanto a medicação eles vão ver antes de tomar, vão ler o que é uma cápsula, e se é de origem animal. Eles têm uma certa resistência à toma de cápsulas. Alguns medicamentos referem que podem conter álcool. Pela lei hindu eles não podem tomar”.

Na sua opinião, como é vista a saúde pelos indianos. Procuram os serviços de saúde de forma preventiva ou quando a doença está implementada?

“O significado de doença para eles, não é considerado um mal absoluto, faz parte do ciclo da vida”.

“Já aceitam melhor a medicina ocidental. Consideram que a medicina ocidental trata melhor da cura da doença”.

Em termos de doenças crónicas, quais as mais prevalentes na população indiana?

“As doenças mais frequentes dos indianos são a hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e gota”.

A comunidade indiana cumpre as consultas de vigilância e os rastreios de saúde existentes?

“Eles são mais recetivos se houver uma contrapartida (...) como por exemplo ir à comunidade e levar um aparelho para avaliar a tensão arterial ou diabetes (...) sentem-se acolhidos”.

APÊNDICE XV - Resultados do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário (pré-sessão)

LIDERANÇA COMUNITÁRIA	Pré intervenção	
	N (%)	% demonstrada
Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura		47
Nenhum conhecimento	1 (20)	
Muito pouco conhecimento	1 (20)	
Pouco conhecimento	1 (20)	
Algum conhecimento	2 (40)	
Onde adquiriu esse conhecimento?		-
Livros e fontes de formação pessoal	3 (60)	
Numa ou mais formações	1 (20)	
Outros "VAIC Ciência"	1 (20)	
Que importância considera ter um projeto sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura		83
Alguma importância	2 (40)	
Importância	1 (20)	
Muita importância	2 (40)	
Qual é o seu nível de motivação para participar neste projeto sobre a atitude face à saúde doença, associada à cultura		83
Alguma importância	1 (20)	
Importância	3 (60)	
Muita importância	1 (20)	
Se respondeu um valor igual ou menor a 3 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua perceção de baixa motivação.		-
Falta de tempo	2 (40)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: rastreios		60
Quase nunca	1 (20)	
Às vezes	3 (60)	
Quase sempre	1 (20)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: vacinação		60
Quase nunca	1 (20)	
Às vezes	3 (60)	
Quase sempre	1 (20)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: consultas médicas		80
Às vezes	2 (40)	
Quase sempre	1 (20)	
Sempre	2 (40)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: análises e exames complementares de diagnóstico		72
Quase nunca	1 (20)	
Às vezes	2 (40)	
Sempre	2 (40)	
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA		
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que existem na comunidade em que se integra, estruturas organizativas formais ou informais		20
Sim	1 (20)	

Não	4(80)	
Se respondeu que sim, indique quais as estruturas que considera que existem		-
“Muitos grupos estão a ajudar pessoas necessitadas que precisam de tratamento, mas não têm dinheiro ou são financeiramente fracas.”	1 (20)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que existem na comunidade em que se integra, uma ou mais parcerias		20
Sim	1 (20)	
Não	4 (80)	
Se respondeu que sim, indique quais as parcerias		-
Fornecem exames a baixo custo ou gratuitamente	1 (20)	
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que na comunidade em que se integra há processos de comunicação eficazes		20
Sim	1 (20)	
Não	4 (80)	
Se respondeu não, indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação.		-
“Verifica-se falta de médico. Muitas pessoas da nossa cultura vão ao hospital porque não há médico no centro de saúde. Também enfrentam o problema da língua. Não existe quem fale dos nossos problemas para o sistema de saúde”	1 (20)	
COPING COMUNITÁRIO		
No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, já teve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades		0
Não	5 (100)	
Se respondeu sim, indique as experiências que teve.		-
		-
Já teve formação e/ou treino sobre a Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura		0
Não	5 (100)	
Se não, quais os temas de interesse		-
Contactos uteis na área da saúde	1 (20)	
Hábitos de vida saudáveis	1 (20)	
Procedimentos para aceder aos cuidados de saúde	1 (20)	
Serviços de saúde disponíveis	2 (40)	
Independentemente de ter ou não experiências anteriores sobre a Atitude face ao estado de saúde-doença associada à cultura, considera que tem competência/ forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?		60
Sim	3 (60)	
Não	2 (40)	
Se sim, justifique a resposta		-
“Eu quero falar mais sobre o acesso aos cuidados de saúde”	1 (20)	
“Temos de adquirir bons conhecimentos sobre saúde, porque em Portugal há muitas pessoas que estão a ficar deprimidas, feridas e doentes, mas têm medo de ir ao hospital ou consultar médicos porque não têm muito dinheiro e também não têm bons conhecimentos”.	1 (20)	
Gostaria de deixar alguma questão ou comentário		-
“Queremos um grupo orientado para a comunidade estrangeira que tenha acesso aos nossos problemas de cuidados de saúde. Gostei deste projeto”.	1 (20)	

N – Número; (%) – Percentagem. Nota: Autoria Própria.

APÊNDICE XVI - Plano de Ação

		Atividades/Estratégias	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Recursos
Projeto "Engage24"	Divulgação do Projeto junto da UF e população alvo	Reunião com a equipa multidisciplinar da UCC, USP e com a professora orientadora para apresentação do projeto (continuidade do "ENGAGE23")	Mestranda, EESCSP, e equipas UCC MG, USP RL polo MG e Professora orientadora	Outubro 2024	USP RL polo MG	Método expositivo	Computador
		Reunião com elo de referência da comunidade indiana e apresentação do projeto	Mestrandas, EESCSP e Elo de referência	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo	Computador
		Divulgação do projeto à comunidade indiana	Mestranda, EESCSP, Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método digital	Telemóvel
		Preenchimento do Consentimento Informado	Mestranda, EESCSP, Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo	Documento do consentimento informado, canetas
	Identificação das necessidades de intervenção	Entrevista com informante-chave da comunidade indiana	Mestrandas, Informante-chave	Janeiro 2025	Residência das intervenientes	Método digital	Telemóvel/ Computador
		Aplicação dos instrumentos de colheita de dados: Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário - MAIEC	Mestrandas, EESCSP, Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método digital	Telemóvel
	Implementação do projeto	Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos (antes da sessão)	Mestranda, EESCSP Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo e digital	Telemóvel
		Sessões de Educação para a saúde aos imigrantes indianos	Mestranda, EESCSP Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo e demonstrativo	Computador, Projetor
		Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos (após a sessão)	Mestranda, EESCSP Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo e digital	Telemóvel
		Entrega de material educativo (guia informativo)	Mestranda, EESCSP, Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método digital	Telemóvel
	Estabelecimento Parcerias	Contacto com a Junta de freguesia para pedido de colaboração	Mestrandas, elemento da Junta de Freguesia da Marinha Grande	Janeiro 2025	UCC MG	Método expositivo	Computador
	Avaliação do Projeto	Aplicação do instrumento de colheita de dados: Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário - MAIEC	Mestrandas, EESCSP, Imigrantes indianos	Janeiro 2025	UCC MG	Método digital	Telemóvel
		Reunião com o grupo focal e avaliação da Escala EAVEC e preenchimento do consentimento informado	Mestranda, Professora supervisora, Grupo Focal	Fevereiro 2025	Junta de Freguesia MG	Método expositivo/ demonstrativo	Computador, projetor, documento com escala EAVEC, documento do consentimento e canetas

Nota: Autoria Própria

APÊNDICE XVII - Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
ATIVIDADES	2024								2025		
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Reunião da equipa da USP com a Prof. Orientadora			Férias								
Revisão da literatura											
Reunião com equipa da USP e da UCC com a Prof. Orientadora							25				
Pedidos de autorização para concretização do Projeto à CE e CA da ULS RL										2	
Reunião com elemento ligação com a comunidade indiana										7	
Apresentação do projeto ao grupo de imigrantes										9	
Entrevista com informante-chave										13	
Questionário MAIEC Pré-intervenção										12/21	
Sessão de Educação para a Saúde e entrega de material educativo										21	
Questionário MAIEC Pós-intervenção										27/31	
Reunião do grupo focal, aplicação da EAveC											26
Tratamento de dados											
Avaliação do projeto											
Entrega do relatório de Final de Estágio											

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

APÊNDICE XVIII – Questionário Diagnóstico do Processo Comunitário – MAIEC (Link de acesso)



https://docs.google.com/forms/d/1aL1i-jkxvBDZoR23prjKfSOoLA01J9S_BRqFmvkOHjk/prefill

APÊNDICE XIX – Questionário de Avaliação de Conhecimento pré e pós-sessão

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DA SESSÃO ENGAGE

ਰਝੇਵੇਂ ਸੈਸ਼ਨ ਗਿਆਨ ਮਲਾਂਕਣ

Data: 21-01-2025

- Este questionário é anónimo ਇਹ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਗੁਮਨਾਮ ਹੈ।
- Selecione a resposta que considera mais correta ਉਹ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

1. Em situação de saúde não urgente, vou...

1. ਇੱਕ ਗੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਮੈਂ...

- a) Ao Hospital ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ
- b) Ao Centro de Saúde ਅ) ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ

2. Uma alimentação saudável é...

2. ਇੱਕ ਸਿਹਤਮੰਦ ਖੁਰਾਕ ਹੈ...

- a) Uma alimentação completa, equilibrada e variada ਇੱਕ ਸੰਪੂਰਨ, ਸੰਤੁਲਿਤ ਅਤੇ ਵਿਭਿੰਨ ਖੁਰਾਕ
- b) Uma alimentação completa, equilibrada, rica em hidratos de carbono (açúcares) ਇੱਕ ਸੰਪੂਰਨ, ਸੰਤੁਲਿਤ ਖੁਰਾਕ, ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ (ਸ਼ੱਕਰ) ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ।

3. Na gravidez...

3. ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ...

- a) O Organismo produz mais sangue e haverá um consumo maior de ferro ਸਰੀਰ ਵਧੇਰੇ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਇਰਨ ਦੀ ਖਪਤ ਵਧੇਰੇ ਹੋਵੇਗੀ।
- b) O Organismo produz mais sangue e haverá um consumo menor de ferro ਸਰੀਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਆਇਰਨ ਦੀ ਖਪਤ ਘੱਟ ਹੋਵੇਗੀ।

4. A carência de ferro na grávida pode trazer complicações...
4. ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ...
 - a) Para o bebé ਬੱਚੇ ਲਈ
 - b) Para a mãe e para o bebé ਮਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਲਈ

5. Com a alimentação...
5. ਭੋਜਨ ਦੇ ਨਾਲ...
 - a) Não trato a diabetes e tensão arterial alta, mas ajudo a controlar
ਮੈਂ ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਪਰ ਮੈਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।
 - b) Posso tratar a diabetes e tensão arterial alta
ਕੀ ਮੈਂ ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ?

6. Os rastreios permitem...
6. ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ... ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ...
 - a) Detetar as doenças numa fase precoce, quando não existem sintomas
ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਾ ਹੋਣ ਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ 'ਤੇ ਹੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਓ
 - b) Vigiar a evolução das doenças ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ

7. As vacinas conferem proteção contra doenças?
7. ਟੀਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ
 - a) Verdadeiro ਸੱਚ ਹੈ
 - b) Falso ਗਲਤ

APÊNDICE XX – Sessão de Educação para a Saúde “ENGAGE24”

PLANO DA SESSÃO – “Projeto ENGAGE24”

Sessão	Projeto “ENGAGE24”
Local	Sala de reuniões UCC da [REDACTED] e online (via teams)
Data e Horário	21 de janeiro de 2024 às 14h
Duração	90 minutos
Formadores/ Enfermeiros orientadores	Mestrandas em ESCSP: Ana Rita Bastos e Carolina Luís; e EESCSP [REDACTED]
Destinatários	Imigrantes indianos
Metodologia/ Métodos	Expositivo e Demonstrativo
Material necessário	Sala, Cadeiras, Computador, Projetor
Objetivos	<p><u>Geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande. <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar onde obter informação em saúde confiável. Informar sobre os serviços de saúde existentes e como aceder. Explicar sobre a importância de ter uma alimentação saudável, no ciclo de vida. Explicar sobre a importância de uma alimentação cuidada e a sua relação com as principais doenças crónicas (diabetes, dislipidémia e hipertensão). Elucidar para a importância da prática regular de atividade física. Elucidar sobre as consequências para a saúde associadas à prática de fumar. Explicar sobre a importância da vacinação e o cumprimento do programa nacional de vacinação. Informar sobre os programas de saúde existentes (consultas de vigilância e rastreios oncológicos).
Justificação	<p>Esta sessão surge no seguimento do projeto de investigação “ENGAGE24”, correspondendo especificamente à fase interventiva deste estudo.</p> <p>No Concelho da Marinha Grande reside um elevado número de imigrantes provenientes Ásia Central e Meridional, em especial da Índia, que pela evidência apresentam barreiras (linguísticas, culturais, etc.) que comprometem a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos mesmos. O estudo “ENGAGE” teve o seu início em 2023 onde se identificou os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia central e meridional residentes no concelho da Marinha Grande e avaliou a perceção</p>

	<p>destes imigrantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde. Sendo que, foram identificados dois diagnósticos de saúde prioritários: falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura. Este estudo tem como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura, da população imigrante indiana, residente no concelho da Marinha Grande. O EESCSP desempenha um papel essencial nesse contexto, não apenas identificando as necessidades e dificuldades relacionadas à saúde, mas também, capacitando grupos, tais como os imigrantes, intervindo através da implementação de programas e projetos específicos, como este estudo.</p>
Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> • Informação em Saúde (como obter informação em saúde confiáveis, estruturais organizativas e saúde existentes); • Acesso aos Serviços de Saúde (quais os serviços existentes e como aceder); • Hábitos de Vida Saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação saudável (no ciclo de vida, na gravidez); alimentação e as principais doenças crónicas (diabetes, dislipidémia e hipertensão arterial); - Atividade Física; - Fumar; • Vacinação (importância da vacinação, cumprimentos do PNV e cuidados a ter após vacinação); • Programas de Saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos.
Avaliação	<p>Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos antes e após a sessão.</p>

Projeto ENGAGE

Elaborado por: Ana Rita Bastos, Carolina Luís e

Janeiro de 2025

1

Avaliação de conhecimentos...

ਗਿਆਨ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ...

Click to download as image

<https://www.menti.com/alz4p7czgeub>

2

Índice ਸੂਚਕਾਂਕ

1. Informação em Saúde
1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

2. Acesso aos Serviços de Saúde
2. ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

3. Hábitos de Vida Saudáveis
3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ

4. Vacinação
4. ਟੀਕਾਕਰਨ

5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos
5. ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਅਤੇ ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

3

1. Informação em Saúde

1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

4

Onde pode obter informação confiável em saúde? ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?



ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (SNS) ਸੰਕਟ ਦੇ ਇੱਕ ਪਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੇ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ।



SNS 24 – ਵੈੱਬਸਾਈਟ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਲਾਈਨ, ਮੋਬਾਈਲ ਐਪ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਦੇ ਕਾਊਂਟਰ 'ਤੇ



ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ

Fonte: SNS24, 2025

5

Parceiros – Estruturas Organizativas ਭਾਈਵਾਲ - ਸੰਗਠਨਾਤਮਕ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਿਕ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ



Câmara Municipal da Marinha Grande



Junta da Freguesia da Marinha Grande e Moita



Polícia de Segurança Pública



Bombeiros Voluntários da Marinha Grande

6

Parceiros – Estruturas de Saúde ਭਾਈਵਾਲ - ਸਿਹਤ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

Centro de Saúde da Marinha Grande

Centro Hospitalar de Leiria

Bombeiros da Marinha Grande

Farmácias Comunitárias

7

Direitos dos Utentes ਉਪਭੋਗਤਾ ਅਧਿਕਾਰ

"(...) qualquer pessoa estrangeira que se sinta doente ou precise de qualquer tipo de cuidados de saúde, tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou hospital."

Fonte: gov.pt, 2025



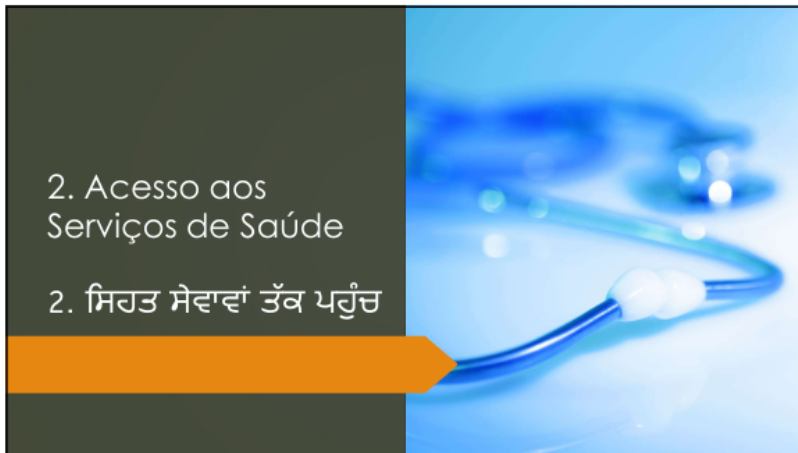
www.ers.pt

"(...) ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।"



www.sns24.gov.pt

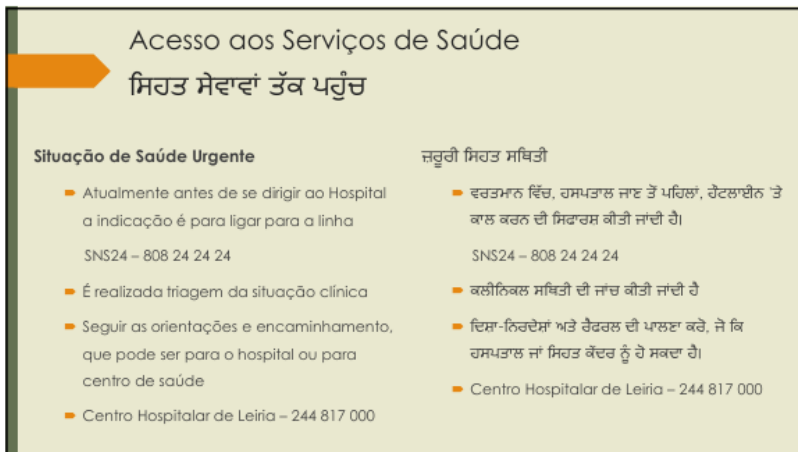
8



9



10



11



12

3. Hábitos de Vida Saudáveis

3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ



13

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Os alimentos fornecem nutrientes que são substâncias químicas, utilizadas pelo organismo para o seu crescimento, manutenção e fornecimento de energia.
- 7 tipos nutrientes: água, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, sais minerais e fibras.
- ਭੋਜਨ ਪੋਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਰਸਾਇਣਕ ਪਦਾਰਥ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਾਸ, ਰੱਖ-ਰਖਾਅ ਅਤੇ ਊਰਜਾ ਸਪਲਾਈ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
- 7 ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਪੋਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ: ਪਾਣੀ, ਪ੍ਰੋਟੀਨ, ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ, ਲਿਪਿਡ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਖਣਿਜ ਲੂਣ ਅਤੇ ਰੇਸ਼ੋ।

Fonte: Bhupathiraju & Hu, 2023a

14

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Água



- A água presente nos alimentos não é suficiente para as necessidades que o organismo precisa diariamente.
- Recomenda-se a ingestão de 1,5 a 3 litros de água por dia.
- Além da água pode beber-se outros líquidos sem adição de açúcar, álcool ou cafeína (por exemplo: cevada, chá ou infusões).

ਪਾਣੀ

- ਭੋਜਨ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਪਾਣੀ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
- ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 1.5 ਤੋਂ 3 ਲੀਟਰ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਾਣੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਸੀਂ ਖੰਡ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਕੈਫੀਨ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਜੌਂ, ਚਾਹ ਜਾਂ ਇਨਫਿਊਜ਼ਨ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਪੀ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Almeida, 2021

15

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Proteínas



- Importância:** são necessárias para a manutenção, reparação, funcionamento e crescimento dos tecidos.
- Benefícios do seu consumo:** formam algumas hormonas e têm uma função importante na manutenção do equilíbrio hídrico.
- Alimentos ricos em proteínas:** carne, peixe, ovos, alguns frutos secos, leguminosas.

ਪ੍ਰੋਟੀਨ

- ਮਹੱਤਵ: ਇਹ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਰੱਖ-ਰਖਾਅ, ਮੁਰੰਮਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਸੇਵਨ ਦੇ ਫਾਇਦੇ: ਇਹ ਕੁਝ ਹਾਰਮੋਨ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪਾਣੀ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮਾਸ, ਮੱਛੀ, ਅੰਡੇ, ਕੁਝ ਗਿਰੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ।

Fonte: Bhupathiraju & Hu, 2023b

16


Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Hidratos de carbono (Açúcares)

- Nutriente preferencial das células, principalmente as que integram o nosso cérebro e restante sistema nervoso.
- Fornece energia de forma rápida e cria reservas quando não é imediatamente necessário.
- Alimentos ricos em hidratos de carbono: pão, batata, arroz, feijão, beterraba, frutas, cereais, vegetais, mel.

Fonte: Feliciano, 2021



ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ (ਖੰਡ)

- ਸੌਲਾ ਲਈ ਪਸੰਦੀਦਾ ਪੋਸਟਿਕ ਤੱਤ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜੋ ਸਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦਿਮਾਗੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ;
- ਜਲਦੀ ਊਰਜਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਰੰਤ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਤਾਂ ਭੰਡਾਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਰੋਟੀ, ਆਲੂ, ਚੌਲ, ਬੀਨਜ਼, ਚੁਕੰਦਰ, ਫਲ, ਅਨਾਜ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸ਼ਹਿਦ।

Fonte: Feliciano, 2021

17

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Lípidos (Gorduras)

- Tipo de gordura natural.
- Importante para a manutenção do equilíbrio e funcionamento adequado do organismo.
- Alimentos ricos em lípidos: peixes, óleos vegetais, frutos secos (nozes, avelãs), chia, abacate.

Fonte: Unilever, 2023



ਲਿਪਿਡ (ਚਰਬੀ)

- ਕੁਦਰਤੀ ਚਰਬੀ ਦੀ ਕਿਸਮ;
- ਸਰੀਰ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ;
- ਲਿਪਿਡ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮੱਛੀ, ਬਨਸਪਤੀ ਤੇਲ, ਗਿਰੀਦਾਰ (ਅਖਰੋਟ, ਹੇਜ਼ਲਨਟ), ਚੀਆ, ਐਵੋਕਾਡੋ

Fonte: Unilever, 2023

18

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Vitaminas

- Existem 13 tipos de vitaminas que desempenham diferentes funções no organismo, promovendo essencialmente o fortalecimento do nosso sistema imunitário.
- A carência de vitaminas pode originar problemas graves de saúde que necessitam de acompanhamento médico.

Fonte: Silva A., 2024



ਵਿਟਾਮਿਨ

- ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ 13 ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਟਾਮਿਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਇਮਿਊਨਿਟੀ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿਟਾਮਿਨਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

Fonte: Silva A., 2024

19

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Sais Minerais

- Exemplos: cálcio, ferro, sódio, potássio e magnésio.
- Importantes para a formação de tecidos, cicatrização e eficácia do sistema imunitário.
- Exemplo de fontes de sais minerais: leite, carnes, frutas e vegetais.

Fonte: MSD, 2025



ਖਣਿਜ ਲੂਣ

- ਉਦਾਹਰਨਾਂ: ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ, ਆਇਰਨ, ਸੋਡੀਅਮ, ਪੋਟਾਸ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਮੈਗਨੀਸ਼ੀਅਮ
- ਟਿਸੂ ਦੇ ਗਠਨ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਇਮਿਊਨਿਟੀ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ।
- ਖਣਿਜ ਲੂਣਾਂ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਦੁੱਧ, ਮਾਸ, ਫਲ ਅਤੇ ਸਬਜ਼ੀਆਂ।

Fonte: MSD, 2025

20

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Fibras

ਰੋਸ਼ੇ

- Contribuem para o bom funcionamento do trânsito intestinal.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras solúveis: aveia, cevada, verduras, leguminosas, maçãs e citrinos.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras insolúveis: os vegetais de folha verde, cereais integrais e farelo de trigo.

ਉਹ ਅੰਤਰੀਆਂ ਦੇ ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ;

ਘੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਵਿੱਚ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਜਵੀ, ਜੌਂ, ਹਰੀਆਂ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ, ਸੋਬ ਅਤੇ ਖੱਟੇ ਫਲ।

ਅਘੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਦੇ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਬਤ ਅਨਾਜ ਅਤੇ ਕਣਕ ਦਾ ਛਾਣ।

Fonte: PNPAS, 2020

21

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Alimentação deve ser completa, variada e equilibrada (que proporcione os nutrientes necessários);
- Refeições diárias;
- Ingerir água ou chá não açucarado, ao longo do dia;
- Evitar o consumo de sal e açúcar;
- Reduzir a ingestão de gorduras.

ਭੋਜਨ ਸੰਪੂਰਨ, ਵਿਭਿੰਨ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (ਜਰੂਰੀ ਪੋਸਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ);

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਭੋਜਨ;

ਦਿਨ ਭਰ ਪਾਣੀ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਮਿੱਠੇ ਵਾਲੀ ਚਾਹ ਪੀਓ;

ਲੂਣ ਅਤੇ ਖੱਡ ਦੀ ਖਪਤ ਘਟਾਓ;

ਚਰਬੀ ਦਾ ਸੇਵਨ ਘਟਾਓ।

Fonte: SNE24, 2023a

22

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ




Grávidas – Muito frequente haver um consumo superior de ferro para a gestação do bebé

ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ - ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਇਰਨ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

Organismo produz mais sangue para suportar o bebé

ਸਰੀਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

Maior risco de anemia (hemoglobina baixa)

ਅਨੀਮੀਆ (ਘੱਟ ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ) ਦਾ ਵੱਧ ਖਤਰਾ

Aumentar os níveis de ferro (alimentação e suplementação)


ਆਇਰਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਵਧਾਓ (ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਪੂਰਕ)

Fonte: Empire, 2022

23

Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?



- Carnes brancas;
- Peixe (sardinha, carapau e cavala);
- Espécies de peixe com concha;
- Ovos;
- Frutos secos (nozes e avelãs) e oleaginosos (damascos, uvas e ameixas desidratados);
- Leguminosas (feijão e lentilha são os mais ricos, mas também grão-de-bico, a soja, o feijão-verde, a ervilha, o tremçoço e o amendoim);
- ਚਿੱਟਾ ਮੀਟ;
- ਮੱਛੀ (ਸਾਰਡੀਨ, ਘੋੜਾ ਮੈਕਰੇਲ ਅਤੇ ਮੈਕਰੇਲ);
- ਸੌਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਮੱਛੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ;
- ਅੰਡੇ;
- ਸੁੱਕੇ ਮੇਵੇ (ਅਖਰੋਟ ਅਤੇ ਹੋਜਲਨਟ) ਅਤੇ ਤੇਲ ਬੀਜ (ਸੁੱਕੇ ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਗੂਰ ਅਤੇ ਆਲੂਬੁਖਾਰੋ);
- ਫਲੀਦਾਰ (ਬੀਨਜ਼ ਅਤੇ ਦਾਲਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਮੀਰ ਹਨ, ਪਰ ਛੋਲੇ, ਸੋਇਆਬੀਨ, ਹਰੀਆਂ ਫਲੀਆਂ, ਮਟਰ, ਲੂਪਿਨ ਅਤੇ ਮੂੰਗਫਲੀ ਵੀ ਹਨ);

Fonte: Silva A. R., 2024

24

Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?

- Vegetais de folha verde escura;
- Cereais: aveia, amaranto e quinoa - trigo integral dificulta absorção do ferro;
- Fruta: Abacate, ananás, alperce, manga, ameixa, amora, banana, figo, cereja, kiwi, laranja, limão, tangerina, maçã, morango, pêra, pêssego, uvas;
- Algas marinhas;
- Sementes: cacau, gérmen de trigo, sésamo, girassol ou pevides de abóbora;

- ਗੂੜ੍ਹੇ ਹਰੇ ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ;
- ਅਨਾਜ: ਜਵੀ, ਅਮਰੂਦ ਅਤੇ ਕੁਇਨੋਆ - ਪੂਰੀ ਕਣਕ ਲੋਹੇ ਨੂੰ ਜਜ਼ਬ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ;
- ਫਲ: ਐਵੋਕਾਡੋ, ਅਨਾਨਾਸ, ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਬ, ਆਲੂਬੁਖਾਰਾ, ਬਲੈਕਬੇਰੀ, ਕੇਲਾ, ਅੰਜੀਰ, ਚੇਰੀ, ਕੀਵੀ, ਸੰਤਰਾ, ਨਿੰਬੂ, ਟੈਂਜਰੀਨ, ਸੇਬ, ਸਦ੍ਰਾਬੇਰੀ, ਨਾਸਪਾਤੀ, ਆੜੂ, ਅੰਗੂਰ;
- ਸਮੁੰਦਰੀ ਘਾਹ;
- ਬੀਜ: ਕੇਕੇ, ਕਣਕ ਦੇ ਕੀਟਾਣੂ, ਤਿਲ, ਸੂਰਜਮੁਖੀ ਜਾਂ ਕੱਦੂ ਦੇ ਬੀਜ;


Fonte: Silva A. R., 2024

25

Carência de Ferro – Complicações

ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ - ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ

Mãe/Grávida	M / ਕਰਤਵਤੀ	Bebé	ਬੱਚਾ
Parto prematuro	ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਨਮ	Baixo peso ao nascer	ਘੱਟ ਜਨਮ ਵਜਨ
Infeção	ਲਾਗ	Defeitos congénitos	ਜਨਮ ਨੁਕਸ
Mortalidade materna	ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ	Anormalidades do tubo neural	ਨਿਊਰਲ ਟਿਊਬ ਅਸਥਾਨਤਾਵਾਂ



Fonte: Empire, 2022

26

Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Diabetes


Deve evitar-se o consumo excessivo de hidratos de carbono e calorias

Preferir os vegetais, frutas, leguminosas (feijão, grão, ervilhas) ricos em fibras, vitaminas e sais minerais

ਸ਼ੂਗਰ

ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ ਅਤੇ ਕੈਲੋਰੀ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਪਤ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਫਾਈਬਰ, ਵਿਟਾਮਿਨ ਅਤੇ ਖਣਿਜਾਂ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲ, ਫਲੀਂਦਾਰ (ਬੀਨਜ਼, ਛੋਲੇ, ਮਟਰ) ਚੁਣੋ।



Fonte: Saraiva, 2024

27

Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Hipertensão

Evitar o consumo excessivos de sal

Preferir as frutas, vegetais, cereais integrais (arroz, aveia), os frutos secos, laticínios e leguminosas (feijão, grão...).


ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਮਕ ਦੇ ਸੇਵਨ ਤੋਂ ਬਚੋ।

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਬਤ ਅਨਾਜ (ਚਾਵਲ, ਜਵੀ), ਗਿਰੀਆਂ, ਡੇਅਰੀ ਉਤਪਾਦ ਅਤੇ ਫਲੀਂਦਾਰ (ਬੀਨਜ਼, ਛੋਲੇ, ਆਦਿ) ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ



Fonte: Vieira & Brito, 2024

28

Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Colesterol Alto / Gordura no sangue

ਉੱਚ ਕੋਲੇਸਟ੍ਰੋਲ/ਖੂਨ ਦੀ ਚਰਬੀ

Evitar o consumo de alimentos com muitas gorduras

ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਰਬੀ ਵਾਲੇ ਭੋਜਨ ਖਾਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।

Preferir o consumo de frutas, vegetais, leguminosas, frutos secos, cereais integrais.

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਆਂ, ਗਿਰੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਬਤ ਅਨਾਜ ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Fernandes, 2023

29

Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Doenças Cardiovasculares (ex: Enfarte Agudo do Miocárdio)
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ)

- É a principal causa de morte na Índia em adultos, que corresponde a 1/4 da mortalidade
- ਇਹ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੌਤ ਦਰ ਦਾ 1/4 ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

Fonte: ApolloHospitals, 2024

30

Atividade Física pode...

ਸਰੀਰਕ ਗਤੀਵਿਧੀ...

... prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e cancro.

... reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o pensamento, a aprendizagem e o bem-estar geral.

... ser realizado em casa (por exemplo: pilates, ginástica).

... ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਟਾਈਪ 2 ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

... ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸੋਚ, ਸਿੱਖਣ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

... ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਪਾਈਲੇਟਸ, ਜਿਮਨਾਸਟਿਕ)।

Para benefícios adicionais à saúde: **300** minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade ou **150** minutos de atividade física aeróbica de alguma intensidade.

Para benefícios adicionais à saúde: **2** dias de exercícios de fortalecimento muscular de resistência, intermediário ou maior que envolvam as principais partes musculares.

Para benefícios adicionais à saúde: **150** minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade ou **75** minutos de atividade física aeróbica de alguma intensidade.

Fonte: WHO, 2020

31

Fumar

ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ

Consequências para a saúde:

- Doenças Respiratórias
- Doenças do Cérebro e Cardiovasculares (Enfarte agudo do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral)
- Cancro (ex. cancro oral)
- Diabetes
- Diminuição da fertilidade

ਸਿਹਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ:

- ਸਾਹ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ
- ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸਟ੍ਰੋਕ)
- ਕੈਂਸਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੂੰਹ ਦਾ ਕੈਂਸਰ)
- ਸ਼ੂਗਰ
- ਘਟੀ ਹੋਈ ਉਪਜਾਊ ਸ਼ਕਤੀ

Fonte: SNS24, 2024

32




4. Vacinação

4. ਟੀਕਾਕਰਨ

33

Vacinação

ਟੀਕਾਕਰਨ



- Objetivo:** Proteger a população em geral contra doenças que possam ameaçar a saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz da vacinação.
- आम आबादी ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣਾ ਜੋ ਜਨਤਕ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਖਤਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਹੈ.

Fonte: SNS24, 2023b

34

Vacinação

ਟੀਕਾਕਰਨ



- Na criança:** é importante cumprir o plano nacional de vacinação, **nas idades recomendadas.**
- ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ:** ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਕਿਡਿਊਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

Fonte: SNS24, 2023b

Vacina / Doença	Idade												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Atenuado B													
Atenuado (Difteria)													
Difteria, tétano, coqueluche													
Polio													
Opportuna pneumónica													
Atenuado varicela													
Atenuado varicela													
Atenuado varicela													
Atenuado varicela (opcional)													
Atenuado varicela (opcional)													
Atenuado varicela (opcional)													
Atenuado varicela (opcional)													
Atenuado varicela (opcional)													

Fonte: SNS24, 2023b

35

Vacinação

ਟੀਕਾਕਰਨ

- No adulto:** é importante cumprir o plano nacional de vacinação, em especial as vacinas:
 - VASPR** – **sarampo**, parotidite epidémica e rubéola
 - Td** - **tétano** e difteria
- ਬਾਲਗ਼ਾਂ ਵਿੱਚ** - ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਕਿਡਿਊਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਟੀਕੇ:
 - ਐਮਐਮਆਰ** - ਖਸਰਾ, ਕੰਨ ਪੌੜੇ ਅਤੇ ਰੁਬੇਲਾ
 - ਟੀਡੀ** - ਟੈਟਨਸ ਅਤੇ ਡਿਫਟਰੀਆ



Fonte: SNS24, 2023b

36

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Sarampo	ਖਸਰਾ
Doença viral	ਵਾਇਰਲ ਬਿਮਾਰੀ
Muito contagiosa	ਬਹੁਤ ਫੂਤਕਾਰੀ
Transmite-se pela via aérea, por gotículas (espirros ou tosse)	ਇਹ ਰਵਾ ਰਾਹੀਂ, ਸੁੱਟਾਂ (ਛਿੱਕ ਜਾਂ ਖੰਘ) ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
Previne-se – VACINAÇÃO	ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੇਕੇ - ਟੀਕਾਕਰਨ
Imunidade Grupo	ਝੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ

Fonte: Cunha, 2022

37

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Tétano	ਟੈਟਨਸ
Doença causada por bactéria – Clostridium Tetani	ਬੈਕਟੀਰੀਆ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ - ਕਲੋਸਟ੍ਰਿਡੀਅਮ ਟੈਟਾਨੀ
Transmite-se através de feridas na pele	ਇਹ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਜ਼ਖਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।
A bactéria pode estar no meio ambiente, solo, excrementos de animais, etc..	ਇਹ ਬੈਕਟੀਰੀਆ ਵਾਤਾਵਰਣ, ਮਿੱਟੀ, ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੇ ਮਲ-ਮੂਤਰ ਆਦਿ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
Previne-se – VACINAÇÃO	ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੇਕੇ - ਟੀਕਾਕਰਨ
Pessoas que tenham tido tétano não ficam imunizadas	ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੈਟਨਸ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।
Não há imunidade de grupo	ਝੁੰਡ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।
Doença Grave e potencialmente fatal	ਗੰਭੀਰ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਘਾਤਕ ਬਿਮਾਰੀ।

Fonte: Bekko, 2022

38

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ



- Cuidados a ter após a vacinação:**
 - Se tiver dor, calor, rubor ou inchaço na zona onde fez a vacina pode aplicar gelo por períodos (colocar o gelo num saco e envolver num pano), aplicar apenas 24 horas após a administração da vacina.
 - Se fizer febre (temperatura >38°C), pode administrar Paracetamol.
- ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਭਾਲ**
 - ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਦਰਦ, ਗਰਮੀ, ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਵਾਰੀ ਲਈ ਬਰਫ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਬਰਫ ਨੂੰ ਇੱਕ ਬੈਗ ਵਿੱਚ ਪਾਓ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕੱਪੜੇ ਵਿੱਚ ਲਪੇਟੋ), ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਹੀ ਲਗਾਓ।
 - ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ (ਤਾਪਮਾਨ >38°C): ਤੁਸੀਂ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੋਲ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Cabral, 2020

39

5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos

5. ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਅਤੇ ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ



40

Programa de saúde: Consultas de Vigilância

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- São consultas que servem para vigiar e acompanhar a pessoa saudável ou em situação de doença.
- Gratuitas desde que:
 - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
 - tenha número de SNS atribuído
 - tenha os dados atualizados (contato e morada)
- ਇਹ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਮੁਫਤ ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ:
 - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
 - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
 - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।

Fonte: SHS24, 2023c

Fonte: SHS24, 2023c

41

Programa de saúde: Consultas de Vigilância

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- Cumprir as marcações das consultas, quando não podem comparecer devem avisar que não podem vir.
- Devem pedir para remarcar a consulta.
- Exemplos de algumas consultas:
 - Saúde infantil e juvenil
 - Saúde reprodutiva e planeamento familiar
 - Saúde materna (mulheres grávidas)
 - Diabetes
 - Hipertensão arterial
- ਅਪੈਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਰੱਖੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਆ ਸਕਦੇ।
- ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੁਬਾਰਾ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ :
 - ਬਾਲ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ
 - ਪੁਨਨਨ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ
 - ਮਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ (ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ)
 - ਸ਼ੂਗਰ
 - ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ

Fonte: SDM, 2025

Fonte: SDM, 2025

42

Programas saúde: Rastreios Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- São exames de diagnóstico precoce onde se podem identificar doenças em pessoas que não têm sintomas.
- Gratuitos desde que:
 - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
 - tenha número de SNS atribuído
 - tenha os dados atualizados (contato e morada)
 - são convocados automaticamente quando têm a idade (por carta ou sms)
- ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
- ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ ਮੁਫਤ:
 - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
 - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
 - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।
 - ਜਦੋਂ ਉਹ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਬੁਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (ਪੱਤਰ ਜਾਂ SMS ਦੁਆਰਾ)।

Fonte: SHS24, 2023a

Fonte: SHS24, 2023d

43

Programas saúde: Rastreios Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- Rastreios existentes em Portugal:
 - **Cancro da Mama** – exame radiológico que se realiza à mama, em unidades móveis. Mulheres entre os 45 até aos 74 anos de idade (2 em 2 anos).
- ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ :
 - ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ - ਮੋਬਾਈਲ ਯੂਨਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਛਾਤੀ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀਕਲ ਜਾਂਚ। 45 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ (ਹਰ 2 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ)।

Fonte: SHS24, 2023d

Fonte: SHS24, 2023d



44

Referências Bibliográficas

ਗ੍ਰੰਥ ਸੂਚੀ ਹਵਾਲੇ

- Saraiva, C. (2024). Alimentação para diabéticos. (Lusiadas, Ed.) Obtido de <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/alimentacao-para-diabeticos>
- SDM. (2025). Metainformação - Especificação. Obtido de https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89
- Silva, A. (2024). Vitaminas: o que são e para que servem? (Lusiadas, Ed.) Obtido de <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/nutricao-dieta/vitaminas-que-sao-para-que-servem>
- Silva, A. R. (2024). Alimentos ricos em ferro: quais são? (Lusiadas, Ed.) Obtido de <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/nutricao-dieta/alimentos-ricos-em-ferro-qualis-sao>
- SNS24. (2023a). Alimentação Saudável. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/>
- SNS24. (6 de outubro de 2023b). Programa Nacional de Vacinação. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/>
- SNS24. (10 de agosto de 2023c). Marcação de Consultas. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/servico/marcacao-de-consultas/>
- SNS24. (04 de outubro de 2023d). Rastreamentos oncológicos. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreamentos-oncologicos/#o-que-e-um-rastreamento>
- SNS24. (2024). Tabagismo. (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/dependencias/tabagismo/#quais-sao-as-consequencias-do-consumo-de-tabaco>
- SNS24. (2025). (SNS24, Ed.) Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/>
- Unilever. (2023). Macronutrientes. (U. F. Solutions, Ed.) Obtido de <https://www.unileverfoodsolutions.pt/inspiracao/cozinha-vegetariana/alimentacao-vegetariana-equilibrada/macronutrientes.html>
- Vieira, B., & Brito, C. (2024). Dieta DASH e a Hipertensão Arterial. (Lusiadas, Ed.) Obtido de <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/nutricao-dieta/dieta-dash-hipertensao-arterial>
- WHO. (25 de novembro de 2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

49

Obrigado 😊

Thank you 😊

ਧੰਨਵਾਦ 😊



50

APÊNDICE XXI – Guia informativo “ENGAGE24”

1. Informação em Saúde

1. ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ



Onde pode obter informação confiável em saúde?
ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿੱਥੋਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?



ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (SNS) ਸੰਕਟ ਦੇ ਇੱਕ ਪਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੇ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ।



SNS 24 – ਵੈੱਬਸਾਈਟ, ਟੈਲੀਫੋਨ ਲਾਈਨ, ਮੋਬਾਈਲ ਐਪ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਦੇ ਕਾਊਂਟਰ 'ਤੇ



ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ

Fonte: SNS24, 2025

Parceiros – Estruturas Organizativas

ਭਾਈਵਾਲ - ਸੰਗਠਨਾਤਮਕ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਿਕ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ



Câmara Municipal da Marinha Grande



Junta da Freguesia da Marinha Grande e Moita



Polícia de Segurança Pública



Bombeiros Voluntários da Marinha Grande

Parceiros – Estruturas de Saúde

ਭਾਈਵਾਲ - ਸਿਹਤ ਢਾਂਚੇ

ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ

Centro de Saúde da Marinha Grande

Centro Hospitalar de Leiria

Bombeiros da Marinha Grande

Farmácias Comunitárias

Direitos dos Utentes

ਉਪਭੋਗਤਾ ਅਧਿਕਾਰ

"(...) qualquer pessoa estrangeira que se sinta doente ou precise de qualquer tipo de cuidados de saúde, tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou hospital."

Fonte: gov.pt, 2025

"(...) ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।"



www.ers.pt



www.sns24.gov.pt

2. Acesso aos Serviços de Saúde

2. ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

Acesso aos Serviços de Saúde

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

Situação de Saúde Não Urgente - ਗੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- Centro de Saúde – 244 572 920
- Unidades de Cuidados na Comunidade – 244 572 934
- Unidade de Saúde Pública – 244 572 923
- USF Semear – 244 572 924
- USF Vitrinus – 244 572 938
- USF Stephens – 244 572 932
- UCSP Atlântica – 244 695 266

Acesso aos Serviços de Saúde

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

Situação de Saúde Urgente

- Atualmente antes de se dirigir ao Hospital a indicação é para ligar para a linha SNS24 – 808 24 24 24
- É realizada triagem da situação clínica
- Seguir as orientações e encaminhamento, que pode ser para o hospital ou para centro de saúde
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਹੌਟਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। SNS24 – 808 24 24 24
- ਕਲੀਨਿਕਲ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ
- ਇਸ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ, ਜੋ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

Acesso aos Serviços de Saúde

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ

Situação de Saúde Emergente ou de Risco de Vida

- Ligar para o 112
 - Referir que é uma urgência em saúde
 - Referir a localização onde se encontra
 - Responder às questões que lhe são colocadas
 - Seguir as orientações e/ou encaminhamento, para o hospital
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

ਊੱਭਰ ਰਹੀ ਜਾਂ ਜਾਨਲੇਵਾ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ

- ਕਾਲ ਕਰੋ 112
 - ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਸਿਹਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ
 - ਉਹ ਸਥਾਨ ਦੱਸੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਤ ਹੋ।
 - ਰੁਹਾਣੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭੇ ਗਏ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।
 - ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਫੈਰਰ ਕਰੋ।
- Centro Hospitalar de Leiria – 244 817 000

3. Hábitos de Vida Saudáveis

3. ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਦੀਆਂ ਆਦਤਾਂ



Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

- Os alimentos fornecem nutrientes que são substâncias químicas, utilizadas pelo organismo para o seu crescimento, manutenção e fornecimento de energia.
- 7 tipos nutrientes: água, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, sais minerais e fibras.

Fonte: Shupatiriqui & Ili, 2022a



- ਫੋਜਨ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਰਸਾਇਣਕ ਪਦਾਰਥ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਾਸ, ਰੱਖ-ਰਖਾਅ ਅਤੇ ਊਰਜਾ ਸਪਲਾਈ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
- 7 ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ: ਪਾਣੀ, ਪ੍ਰੋਟੀਨ, ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ, ਲਿਪਿਡ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਖਣਿਜ ਲੂਣ ਅਤੇ ਫੋਲੋ।

Fonte: Shupatiriqui & Ili, 2022a

Alimentação Saudável

ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ

Água

- A água presente nos alimentos não é suficiente para as necessidades que o organismo precisa diariamente.
- Recomenda-se a ingestão de 1,5 a 3 litros de água por dia.
- Além da água pode beber-se outros líquidos sem adição de açúcar, álcool ou cafeína (por exemplo: cevada, chá ou infusões).

Fonte: Almeida, 2021



ਪਾਣੀ

- ਫੋਜਨ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਪਾਣੀ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਚੋਜ਼ਾਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।
- ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 1.5 ਤੋਂ 3 ਲੀਟਰ ਪਾਣੀ ਪੀਣ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਪਾਣੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਸੀਂ ਖੰਡ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਕੈਫੀਨ (ਊਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਚਾਹ ਜਾਂ ਇਨਫਿਊਜ਼ਨ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਪੀ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Almeida, 2021

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Proteínas

- **Importância:** são necessárias para a manutenção, reparação, funcionamento e crescimento dos tecidos.
- **Benefícios do seu consumo:** formam algumas hormonas e têm uma função importante na manutenção do equilíbrio hídrico.
- **Alimentos ricos em proteínas:** carne, peixe, ovos, alguns frutos secos, leguminosas.

ਪ੍ਰੋਟੀਨ

- ਮਹੱਤਵ: ਇਹ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਰੱਖ-ਰਖਾਅ, ਮੁਰੰਮਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਸੇਵਨ ਦੇ ਫਾਇਦੇ: ਇਹ ਰੁਝ ਚਾਰਮੇਨ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪਾਣੀ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮਾਸ, ਮੱਛੀ, ਅੰਡੇ, ਰੁਝ ਗਿਰੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ।

Fonte: Shupatiróji & Iju, 2023b

Fonte: Shupatiróji & Iju, 2023b

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Hidratos de carbono (Açúcares)

- Nutriente preferencial das células, principalmente as que integram o nosso cérebro e restante sistema nervoso.
- Fornece energia de forma rápida e cria reservas quando não é imediatamente necessário.
- Alimentos ricos em hidratos de carbono: pão, batata, arroz, feijão, beterraba, frutas, cereais, vegetais, mel.

ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ (ਖੰਡ)

- ਸੈੱਲਾਂ ਲਈ ਪਸੰਦੀਦਾ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ। ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜੋ ਸਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦਿਮਾਗੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਜਲਦੀ ਊਰਜਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਰੰਤ ਊਰਜਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਤਾਂ ਭੰਡਾਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਕਾਰਬੋਹਾਈਡਰੇਟ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਚੌਠੀ, ਆਰੂ, ਚੌਲ, ਬੀਨਜ਼, ਦੁਕੰਦਰ, ਫਲ, ਅਨਾਜ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸ਼ਹਿਦ।

Fonte: Nelício, 2021

Fonte: Nelício, 2021

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Lípidos (Gorduras)

- Tipo de gordura natural.
- Importante para a manutenção do equilíbrio e funcionamento adequado do organismo.
- Alimentos ricos em lípidos: peixes, óleos vegetais, frutos secos (nozes, avelãs), chia, abacate.

Fonte: Unilever, 2023

ਲਿਪਿਡ (ਚਰਬੀ)

- ਕੁਦਰਤੀ ਚਰਬੀ ਦੀ ਕਿਸਮ:
- ਸਰੀਰ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:
- ਲਿਪਿਡ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਭੋਜਨ: ਮੱਛੀ, ਬਨਜਪਤੀ ਤੇਲ, ਗਿਰੀਦਾਰ (ਅਖਰੋਟ, ਹੇਜ਼ਲਨਟ), ਚੀਆ, ਐਵੋਕਾਡੋ

Fonte: Unilever, 2023

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Vitaminas

- Existem 13 tipos de vitaminas que desempenham diferentes funções no organismo, promovendo essencialmente o fortalecimento do nosso sistema imunitário.
- A carência de vitaminas pode originar problemas graves de saúde que necessitam de acompanhamento médico.

Fonte: Silva A., 2024

ਵਿਟਾਮਿਨ

- ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ 13 ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਟਾਮਿਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਵਿਟਾਮਿਨਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਗੰਭੀਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

Fonte: Silva A., 2024

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Sais Minerais

- Exemplos: cálcio, ferro, sódio, potássio e magnésio.
- Importantes para a formação de tecidos, cicatrização e eficácia do sistema imunitário.
- Exemplo de fontes de sais minerais: leite, carnes, frutas e vegetais.

ਖਣਿਜ ਲੂਣ

- ਉਦਾਹਰਨਾਂ: ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ, ਆਇਰਨ, ਸੋਡੀਅਮ, ਪੋਟਾਸ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਮੈਗਨੀਸ਼ੀਅਮ
- ਟਿਸੂ ਦੇ ਗਠਨ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ।
- ਖਣਿਜ ਲੂਣਾਂ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਦੁੱਧ, ਮਾਸ, ਫਲ ਅਤੇ ਸਬਜ਼ੀਆਂ।

Fonte: MSD, 2025

Fonte: MSD, 2025

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Fibras

- Contribuem para o bom funcionamento do trânsito intestinal.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras solúveis: aveia, cevada, verduras, leguminosas, maçãs e citrinos.
- Exemplos de fontes mais ricas em fibras insolúveis: os vegetais de folha verde, cereais integrais e farelo de trigo.

ਕੇਸੇ

- ਊਹ ਅੰਤਰੀਆਂ ਦੇ ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਸਹੀ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ;
- ਭੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਵਿੱਚ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਜੜੀ, ਜੌਂ, ਹਰੀਆਂ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਦਾਰ, ਸੇਕ ਅਤੇ ਖੰਟੇ ਫਲ।
- ਅਭੁਲਣਸ਼ੀਲ ਫਾਈਬਰ ਦੇ ਅਮੀਰ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ: ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਬਤ ਅਨਾਜ ਅਤੇ ਕਣਕ ਦਾ ਛਾਣ।

Fonte: PNPAS, 2020

Fonte: PNPAS, 2020

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



- Alimentação deve ser completa, variada e equilibrada (que proporcione os nutrientes necessários);
- Refeições alianas;
- Ingerir água ou chá não açucarado, ao longo do dia;
- Evitar o consumo de sal e açúcar;
- Reduzir a ingestão de gorduras.

- ਭੋਜਨ ਸੰਪੂਰਨ, ਵਿਭਿੰਨ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ);
- ਚੋਲਾ ਚੋਲਨ;
- ਦਿਨ ਭਰ ਪਾਣੀ ਜਾਂ ਕਿਨਾਂ ਮਿੱਠੇ ਵਾਲੀ ਚਾਹ ਪੀਓ;
- ਲੂਣ ਅਤੇ ਖੰਡ ਦੀ ਖਪਤ ਘਟਾਓ;
- ਚਰਬੀ ਦਾ ਸੇਵਨ ਘਟਾਓ।

Fonte: SNG24, 2023a

Fonte: SNG24, 2023a

Alimentação Saudável ਸਿਹਤਮੰਦ ਖਾਣਾ



Grávidas – Muito frequente haver um consumo superior de ferro para a gestação do bebé

ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ - ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਇਰਨ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

Organismo produz mais sangue para suportar o bebé

ਸਰੀਰ ਥੋੜੇ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਖੂਨ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

Maior risco de anemia (hemoglobina baixa) aterosclerose) ਦਾ ਵੱਧ ਖਤਰਾ

Aumentar os níveis de ferro (alimentação e suplementação) ਆਇਰਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਵਧਾਓ (ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਪੂਰਕ)

Fonte: Emplika, 2022

Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?



- Carnes brancas;
- Peixe (sardinha, carapau e cavala);
- Espécies de peixe com concha;
- Ovos;
- Frutos secos (nozes e avelãs) e oleaginosos (damascos, uvas e ameixas desidratadas);
- Leguminosas (feijão e lentilha são os mais ricos, mas também grão-de-bico, a soja, o feijão-verde, a ervilha, o tremçoço e o amendoim);
- ਚਿੱਟਾ ਮੀਂਹ;
- ਮੱਛੀ (ਸਾਰਡੀਨ, ਕੇਜਾ ਮੈਕਰੇਲ ਅਤੇ ਮੈਕਰੇਲ);
- ਸੈੱਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਮੱਛੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ;
- ਅੰਡੇ;
- ਸੁੱਕੇ ਮੇਵੇ (ਅਖਰੋਟ ਅਤੇ ਹੇਜ਼ਲਨਟ) ਅਤੇ ਤੇਲ ਬੀਜ (ਸੁੱਕੇ ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਗੂਰ ਅਤੇ ਆਬੂਰੁਖਾਰੇ);
- ਫਲੀਦਾਰ (ਬੀਨਜ਼ ਅਤੇ ਦਾਲਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਮੀਰ ਹਨ, ਪਰ ਛੋਲੇ, ਸੋਇਆਬੀਨ, ਹਰੀਆਂ ਫਲੀਆਂ, ਮਟਰ, ਫੂਪਿਨ ਅਤੇ ਮੂੰਗਫਲੀ ਵੀ ਹਨ);

Fonte: Silva A.R., 2024

Fonte: Silva A.R., 2024

Alimentação: Quais os alimentos mais ricos em ferro?

ਭੋਜਨ: ਕਿਹੜੇ ਭੋਜਨ ਆਇਰਨ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ?

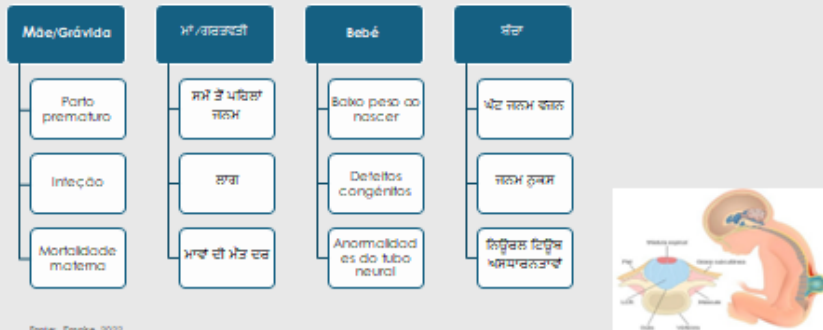
- Vegetais de folha verde escura;
- Cereais: aveia, amaranto e quinoa - trigo integral dificulta absorção do ferro;
- Fruta: Abacate, ananás, alperce, manga, ameixa, amora, banana, figo, cereja, kiwi, laranja, limão, tangerina, maçã, morango, pêra, pêssego, uvas;
- Algas marinhas;
- Sementes: cacau, grémén de trigo, sésamo, girassol ou pevides de abóbora;
- ਰੂੜ੍ਹੇ ਹਰੇ ਪੱਤੇਦਾਰ ਸਬਜ਼ੀਆਂ;
- ਅਨਾਜ: ਜਵੀ, ਅਮਰੂਰ ਅਤੇ ਕੁਇਨੋਆ - ਪੂਰੀ ਕਣਕ ਲੋਹੇ ਨੂੰ ਸਜ਼ਕ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਕਣਕਉਂਦੀ ਹੈ;
- ਫਲ: ਐਵੋਕਾਡੋ, ਅਨਾਨਾਸ, ਖੁਰਮਾਨੀ, ਅੰਕ, ਆਬੂਰੁਖਾਰਾ, ਕਲੈਕਬੇਰੀ, ਕੋਲਾ, ਅੰਜੀਰ, ਚੈਰੀ, ਕੀਵੀ, ਸੰਤਰਾ, ਨਿੰਬੂ, ਟੈਂਜੀਨ, ਸੇਕ, ਸਟ੍ਰਾਬੇਰੀ, ਨਾਸ਼ਪਤੀ, ਆਰੂ, ਅੰਗੂਰ;
- ਸਮੁੰਦਰੀ ਖਾਹ;
- ਬੀਜ: ਕੋਕੋ, ਕਣਕ ਦੇ ਕੀਟਾਫੂ, ਤਿਲ, ਸੂਰਜਮੁਖੀ ਜਾਂ ਕੰਢੂ ਦੇ ਬੀਜ;

Fonte: Silva A.R., 2024

Fonte: Silva A.R., 2024

Carência de Ferro – Complicações

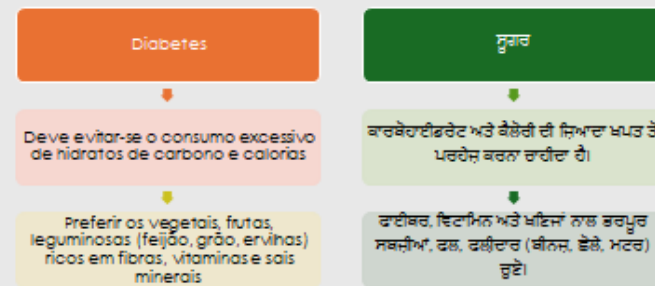
ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ - ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ



Fonte: Emília, 2022

Doenças Crónicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Fonte: Saraiva, 2024

Doenças Crônicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Hipertensão

ਰਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ

Evitar o consumo excessivos de sal

ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਮਕ ਦੇ ਸੇਵਨ ਤੋਂ ਬਚੋ।

Preferir as frutas, vegetais, cereais integrais (arroz, aveia), os frutos secos, laticínios e leguminosas (feijão, grão...).

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ (ਚਾਵਲ, ਜਵੀ), ਗਿਰੀਆ, ਫੇਅਰੀ ਉਤਪਾਦ ਅਤੇ ਫਲੀਦਾਰ (ਕੀਨਜ, ਛੋਲੇ, ਆਦਿ) ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Vieira & Brito, 2024

Doenças Crônicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ



Colesterol Alto / Gordura no sangue

ਉੱਚ ਕੋਲੈਸਟ੍ਰੋਲ / ਖੂਨ ਦੀ ਚਰਬੀ

Evitar o consumo de alimentos com muitas gorduras

ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਰਬੀ ਵਾਲੇ ਭੋਜਨ ਖਾਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।

Preferir o consumo de frutas, vegetais, leguminosas, frutos secos, cereais integrais.

ਫਲ, ਸਬਜ਼ੀਆਂ, ਫਲੀਆਂ, ਗਿਰੀਆ ਅਤੇ ਸਾਕਤ ਅਨਾਜ ਚੁਣੋ।

Risco de Doenças Cardiovasculares

ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਜੋਖਮ

Fonte: Fernandes, 2023

Doenças Crônicas - mais frequentes

ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ - ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ

Doenças Cardiovasculares (ex: Enfarte Agudo do Miocárdio)
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੀਬਰ ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫਾਰਕਸ਼ਨ)

- É a principal causa de morte na Índia em adultos, que corresponde a 1/4 da mortalidade
- ਇਹ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਮੌਤ ਦਰ ਦਾ 1/4 ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

Fonte: ApolloHospitals, 2024

Atividade Física pode...

ਸਰੀਰਕ ਗਤੀਵਿਧੀ...

... prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e cancro.

... ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਟਾਈਪ 2 ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਅਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

... reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o pensamento, a aprendizagem e o bem-estar geral.

... ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਖਟਾਓ ਅਤੇ ਸੋਚ, ਸਿੱਖਣ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰੋ।

... ser realizado em casa (por exemplo: pilates, ginástica).

... ਘਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ: ਪਾਈਲੇਟਸ, ਜਿਮਨਾਸਟਿਕ)।



Fonte: WHO, 2020

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

- No adulto - é importante cumprir o plano nacional de vacinação, em especial as vacinas:
 - VASPR – sarampo, parotidite epidémica e rubéola
 - Ta - tétano e difteria

Fonte: OMS, 2020b



- ਸਾਲਗਾ ਵਿੱਚ - ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਕਿਮਜ਼ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਟੀਕੇ:
 - ਐਮਐਮਆਰ - ਖਸਰਾ, ਖੰਠ ਪੇਤੇ ਅਤੇ ਕੁਝੋਲਾ
 - ਟੀਟੀ - ਟੈਟਨਸ ਅਤੇ ਡਿਪਥੈਰੀਆ

Fonte: OMS, 2020a

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Sarampo

Doença viral

Muito contagiosa

Transmite-se pela via aérea, por gotículas (espirros ou tosse)

Previne-se - VACINAÇÃO

Imunidade Grupo

ਖਸਰਾ

ਵਾਇਰਲ ਸਿਮਰੀ

ਸਹੂਤ ਫੂਟਕਾਰੀ

ਇਹ ਹਵਾ ਰਾਹੀਂ, ਖੁੰਢਾਂ (ਫਿੱਕ ਜਾਂ ਖੰਧ) ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।

ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੇਕੇ - ਟੀਕਾਕਰਨ

ਖੁੰਢ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ

Fonte: Cunha, 2022

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ

Tétano

Doença causada por bactéria - Clostridium Tetani

Transmite-se através de feridas na pele

A bactéria pode estar no meio ambiente, solo, excrementos de animais, etc.

Previne-se - VACINAÇÃO

Pessoas que tenham tido tétano não ficam imunizadas

Não há imunidade de grupo

Doença Grave e potencialmente fatal

ਟੈਟਨਸ

ਸ਼ੈਕਟੀਰੀਆ ਕਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਿਮਰੀ - ਕਲੋਸਟ੍ਰੀਡੀਅਮ ਟੈਟਾਨੀ

ਇਹ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਜਖਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਫੈਲਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸ਼ੈਕਟੀਰੀਆ ਵਾਤਾਵਰਣ, ਮਿੱਟੀ, ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੇ ਮਲ-ਮੂਤਰ ਆਦਿ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੇਕੇ - ਟੀਕਾਕਰਨ

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੈਟਨਸ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।

ਖੁੰਢ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਗੰਭੀਰ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਖਾਤਮ ਸਿਮਰੀ।

Fonte: Bairão, 2022

Vacinação ਟੀਕਾਕਰਨ



Cuidados a ter após a vacinação:

- Se tiver dor, calor, rubor ou inchaço na zona onde fez a vacina pode aplicar gelo por períodos (colocar o gelo num saco e envolver num pano), aplicar apenas 24 horas após a administração da vacina.
- Se fizer febre (temperatura >38°C), pode administrar Paracetamol.

Fonte: Coimbra, 2020

ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਭਾਲ

- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਦਰਦ, ਗਰਮੀ, ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਹੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਹਵਾਈ ਲਈ ਬਰਫ਼ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਬਰਫ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਥੈਲੇ ਵਿੱਚ ਪਾਓ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕੱਪੜੇ ਵਿੱਚ ਲਪੇਟੋ), ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਹੀ ਲਗਾਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ (ਤਾਪਮਾਨ >38°C): ਤੁਸੀਂ ਪੈਰਾਸੀਟਾਮੋਲ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

Fonte: Coimbra, 2020

5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos

5. ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਅਤੇ ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ



Programa de saúde: Consultas de Vigilância

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- São consultas que servem para vigiar e acompanhar a pessoa saudável ou em situação de doença.
- Gratas desde que:
 - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
 - tenha número de SNS atribuído
 - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
- ਇਹ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਮੁਫਤ ਸਿੰਨਾ ਚਿਰ:
 - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
 - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
 - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।

Fonte: SNSA, 2023c

Fonte: SNSA, 2023c

Programa de saúde: Consultas de Vigilância

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਨਿਗਰਾਨੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ

- Cumprir as marcações das consultas, quando não podem comparecer devem avisar que não podem vir.
- Devem pedir para remarcar a consulta.
- Exemplos de algumas consultas:
 - Saúde infantil e juvenil
 - Saúde reprodutiva e planeamento familiar
 - Saúde materna (mulheres grávidas)
 - Diabetes
 - Hipertensão arterial
- ਅਪੌਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਚੱਖੇ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਆ ਸਕਦੇ।
- ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੁਬਾਰਾ ਤਹਿ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ:
 - ਬਾਲ ਅਤੇ ਖਿੱਸੇ ਸਿਹਤ
 - ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੰਤਰਨ
 - ਮਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ (ਗਰਬਵਤੀ ਔਰਤਾਂ)
 - ਸ਼ੂਗਰ
 - ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ

Fonte: SDMA, 2023

Fonte: SDMA, 2023

Programas saúde: Rastreamentos Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

- São exames de diagnóstico precoce onde se podem identificar doenças em pessoas que não têm sintomas.
- Gratas desde que:
 - a pessoa esteja inscrita no centro de saúde
 - tenha número de SNS atribuído
 - tenha os dados atualizados (contacto e morada)
 - são convocados automaticamente quando têm a idade. (por carta ou sms)
- ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
- ਸਿੰਨਾ ਚਿਰ ਮੁਫਤ:
 - ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹੈ।
 - ਇੱਕ SNS ਨੰਬਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ
 - ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਡਾਟਾ (ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਪਤਾ) ਹੈ।
 - ਜਦੋਂ ਉਹ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਸੁਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (ਪੱਤਰ ਜਾਂ SMS ਦੁਆਰਾ)।

Fonte: SNSA, 2023a

Fonte: SNSA, 2023a

Programas saúde: Rastreios Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro da Mama** – exame radiológico que se realiza à mama, em unidades móveis. Mulheres entre os 45 até aos 74 anos de idade (2 em 2 anos).

Fonte: 94624, 2023a

■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- ਫਾਤੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ - ਮੋਬਾਈਲ ਯੂਨਿਟਾਂ ਵਿੱਚ ਫਾਤੀ 'ਤੇ ਖੋਜੀ ਗਈ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀਕਲ ਜਾਂਚ। 45 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ (ਹਰ 2 ਸਾਲਾਂ ਸ਼ਾਮਲ)।

Fonte: 94624, 2023a



Programas saúde: Rastreios Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro do colo do útero** – colheita de células do colo do útero, feita pela equipa médica. Mulheres dos 30 até aos 69 anos de idade.

Fonte: 94624, 2023a

■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਸਰਵਾਈਕਲ ਡੈਸਟ** - ਡਾਕਟਰੀ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ ਸਰਵਿਕਸ ਤੋਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ। 30 ਤੋਂ 69 ਸਾਲ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ।

Fonte: 94624, 2023a



Programas saúde: Rastreios Oncológicos

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਓਨਕੋਲੋਜੀ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ

■ Rastreios existentes em Portugal:

- **Cancro colorretal** – colheita de fezes, feita pela própria pessoa. Mulheres e homens entre os 50 aos 74 anos de idade.

Fonte: 94624, 2023a

■ ਪੁਰਤਗਾਲ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗਾਂ:

- **ਫੋਲੋਰੈਕਟਲ ਡੈਸਟ** - ਮਲ ਟਿਕੌਣਾ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। 50 ਤੋਂ 74 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਮਰਦ।

Fonte: 94624, 2023a



APÊNDICE XXII – Apresentação do projeto “ENGAGE24” ao Grupo Focal



Grupo Focal de stakeholders



Fevereiro 2025



1

ÍNDICE

1. Projeto ENGAGE
2. Fase Diagnóstica
3. Fase de Intervenção
4. Fase de Avaliação

2

Projeto ENGAGE

Empoderamento Comunitário da Comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande

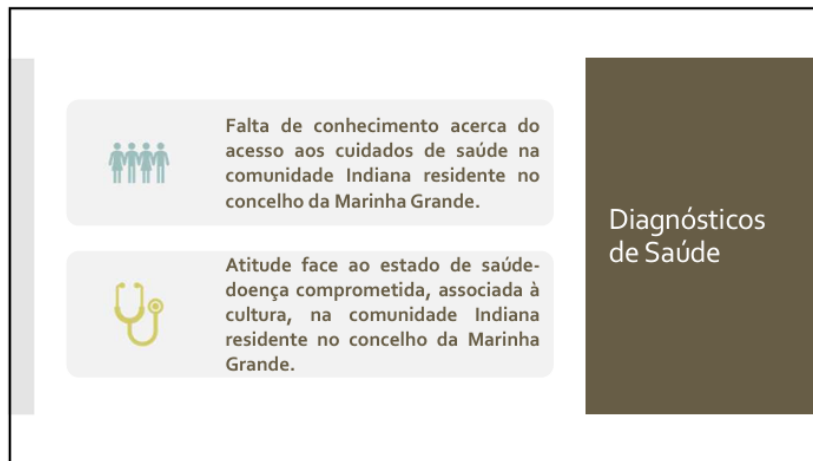


3

FASE DIAGNÓSTICA

- Entrevistas semi-estruturadas
- Grupo Focal com Stakeholders - Escala EAVEC

4



Diagnósticos de Saúde

- Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.
- Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

5



ANTES DA INTERVENÇÃO

Grupo de Imigrantes Indianos

Questionário MAIEC



6



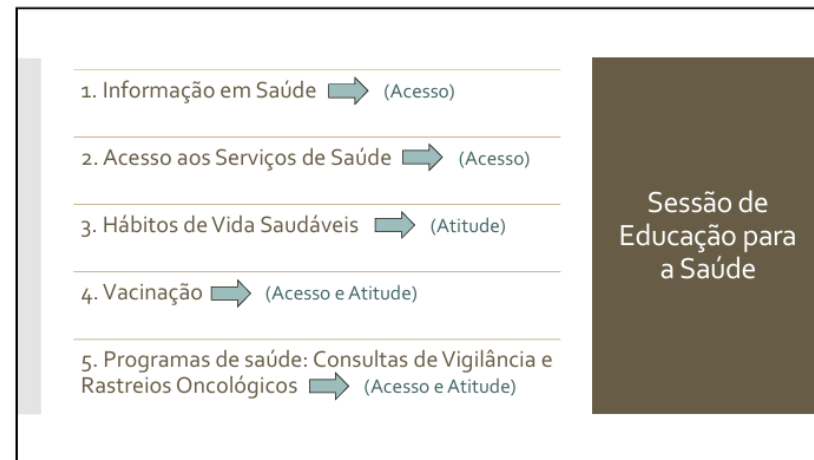
FASE DE INTERVENÇÃO

Sessão de Educação para a Saúde

Folhetos Informativos



7



Sessão de Educação para a Saúde

1. Informação em Saúde → (Acesso)
2. Acesso aos Serviços de Saúde → (Acesso)
3. Hábitos de Vida Saudáveis → (Atitude)
4. Vacinação → (Acesso e Atitude)
5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreios Oncológicos → (Acesso e Atitude)

8

1. Informação em Saúde

Fontes de informação fidedigna em saúde

Estruturas organizativas parceiras

Estruturas de saúde parceiras

Direitos dos utentes



9

2. Acesso aos Serviços de Saúde

Contactos em situação de saúde:

- Não urgente
- Urgente
- Emergente



10

3. Hábitos de Vida Saudáveis

Alimentação saudável

Alimentação ciclo de vida (com ênfase na grávida)

Complicações da carência de ferro

Doenças crónicas mais frequentes e a sua relação com a alimentação

Prática de atividade física

Fumar: consequências para a saúde



11

4. Vacinação

Importância do cumprimento do programa nacional de vacinal

Vacinação na criança

Vacinação no Adulto: vacina VASPR (sarampo, parotidite epidémica, rubéola) e vacina Td (tétano e difteria).

Cuidados a ter após a vacinação



12


5. Programas de saúde: Consultas de Vigilância e Rastreamentos Oncológicos

Consultas de Vigilância:

- O que são
- Como aceder


Rastreamentos oncológicos:


- Rastreamento do cancro da mama
- Rastreamento do cancro do colo do útero
- Rastreamento do cancro colorretal



13

FASE DE AVALIAÇÃO

 Grupo de Imigrantes Indianos
- Questionário MAIEC

 Grupo Focal com Stakeholders
- Escala EAveC

14



Escala EAveC

15

Participação Comunitária

Participação em...

- Grupos de Trabalho
- Reuniões
- Projetos



16

1. Nem todos os membros e grupos da minha comunidade estão a participar em atividades e reuniões (ex. grupos de trabalho que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes).	2. Os membros da minha comunidade participam em atividades e reuniões que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde de saúde dos imigrantes, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	3. Os membros da minha comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos, que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	4. Os membros da minha comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação de projetos que promovam a melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	5. A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Participação Comunitária				

17

1. Nem todos os membros e grupos da minha comunidade estão a participar em atividades e reuniões (ex. grupos de trabalho que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes).	2. Os membros da minha comunidade participam em atividades e reuniões que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	3. Os membros da minha comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos, que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes.	4. Os membros da minha comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e na implementação de projetos que promovam a melhoria da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	5. A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Participação Comunitária				

18

Capacidade de avaliação do problema

- Avaliação/ Identificação dos problemas, ações e/ou soluções



19

1. Não existe avaliação da problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, desenvolvida pela comunidade.	2. A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação, acerca do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	3. A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	4. A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	5. A comunidade continua a avaliar a problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Capacidade de avaliação do problema				

20


1. Não existe avaliação da problemática da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes, desenvolvida pela comunidade.	2. A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação acerca da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes.	3. A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura, dos imigrantes são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	4. A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na melhoria da atitude face ao estado saúde-doença associada à cultura, dos imigrantes. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	5. A comunidade continua a avaliar a problemática da atitude face ao estado saúde-doença dos imigrantes, e é a "dona" dos problema, soluções e ações.
---	---	--	--	---

Capacidade de avaliação do problema

21

Liderança Local

- Líderes nas organizações comunitárias



22

1. Existem organizações comunitárias, no entanto estas não têm um líder.	2. Existem líderes para as organizações comunitárias, no entanto algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	3. As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	4. Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	5. Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
--	---	---	--	---

Liderança Local

23

Estruturas organizacionais



24

1. A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	2. As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	3. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	4. Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	5. As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
---	---	--	--	--

Estruturas organizacionais

25

Mobilização de recursos

- Existência de Recursos e sua distribuição



26

1. Os recursos existentes para dar resposta problemática do acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, não estão a ser mobilizados pela comunidade.	2. Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	3. A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	4. Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	5. São criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
---	--	---	--	--

Mobilização de recursos

27

1. Os recursos existentes para dar resposta da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, não estão a ser mobilizados pela comunidade.	2. Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	3. A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	4. Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	5. São criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
--	--	---	--	--

Mobilização de recursos

28

Ligações a outros

- Ligações a outras organizações
- Ligações que permitem o desenvolvimento da comunidade



29

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 1. Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas problemáticas do acesso aos cuidados de saúde, associada à cultura dos imigrantes. | 2. A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido. | 3. A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade. | 4. Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo. | 5. As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade. |
|---|--|--|---|---|

Ligações a outros

30

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| 1. Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas problemáticas da atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes. | 2. A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido. | 3. A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade. | 4. Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo. | 5. As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade. |
|--|--|--|---|---|

Ligações a outros

31

Habilidade para "questionar porquê"

- Existem grupos que identificam os problemas e fazem a sua análise



32

1. Não existem discussões de grupo para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes.	2. São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, e desafiar o conhecimento adquirido.	3. Foi criado um grupo(s) para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	4. Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	5. Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
Habilidade para "questionar porquê"				

33

1. Não existem discussões de grupo para questionar sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes.	2. São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, e desafiar o conhecimento adquirido.	3. Foi criado um grupo(s) para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	4. Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	5. Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
Habilidade para "questionar porquê"				

34

Gestão de programas

- Desenvolvimento de programas e projetos



35

1. Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, desenvolvido pela comunidade; ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	2. É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	3. É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	4. É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	5. Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
Gestão de programas				

36


1. Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura dos imigrantes, desenvolvido pela comunidade; ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	2. É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	3. É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	4. É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	5. Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
---	---	--	---	---

Gestão de programas

37

Relação com agentes externos

- A relação com agentes externos facilita a tomada de decisão pela comunidade

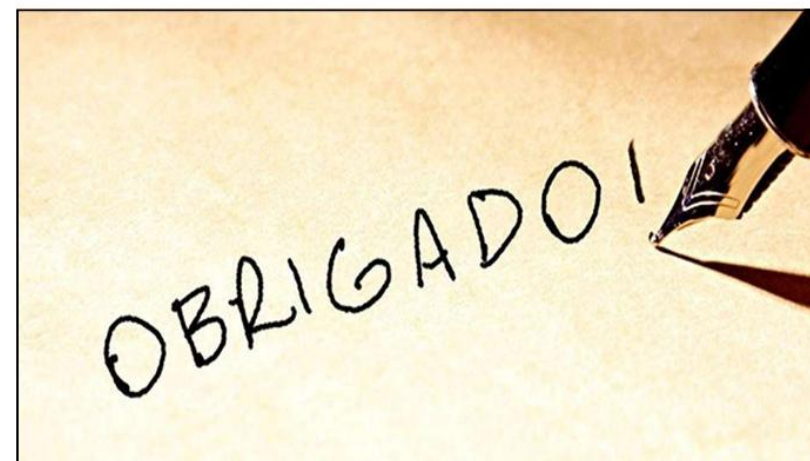


38

1. Existem agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas, mas sem qualquer relação com a comunidade.	2. Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	3. Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.	4. A comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	5. Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.
---	--	--	---	---

Relação com agentes externos

39



40

APÊNDICE XXIII – Análise da Reunião do Grupo Focal

ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

(Avaliação do nível de Empoderamento Comunitário da Comunidade Imigrante)

Enquadramento

O projeto “ENGAGE23” - Empoderamento comunitário dos imigrantes indianos residentes no concelho da Marinha Grande, teve início em 2023, no qual foi realizada a fase de diagnóstico do planeamento em saúde, com a identificação de 2 diagnósticos de saúde: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

Nesta primeira fase foi realizado uma reunião com um grupo focal, onde foi realizada avaliação da escala EAvEC, com o objetivo de avaliar o nível de empoderamento comunitário desta comunidade.

Nesta fase do projeto “ENGAGE24” (2024/2025) procedeu-se à fase de intervenção e de avaliação do projeto. Para dar resposta a esta última fase procedeu-se à reavaliação da Escala EAvEC com o grupo focal, como forma de avaliação dos resultados obtidos.

Análise da Reunião

A reunião do grupo focal teve o seu início com a apresentação dos intervenientes, sendo que de seguida foi realizado um resumo do projeto “ENGAGE” abordando todas as suas etapas: fase de diagnóstico, fase de intervenção e fase de avaliação. Foi dado ênfase ao trabalho realizado no “ENGAGE24”, nomeadamente a aplicação do questionário MAIEC e a intervenção ao grupo de imigrantes com referência às temáticas abordadas.

Foi realizada a avaliação da Escala EAvEC para os 2 diagnósticos de saúde identificados: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande.

A reunião começou com uma breve abordagem das problemáticas associadas às questões de saúde e socioeconómicas dos imigrantes.

Nas questões de saúde foi mencionada a falta de médicos de família e a vigilância da saúde por parte da comunidade indiana, no entanto foi referido que este é um problema que abrange também muitos portugueses.

Ao nível da situação socioeconómica também já foi sentida pelos *stakeholders* presentes, um aumento dos pedidos de ajuda de produtos alimentares, roupa, produtos/equipamentos para os bebés e crianças e, atualmente, também para adultos. Foi também referido que inicialmente esta procura era efetuada na sua maioria por mulheres e atualmente já é mista.

E: “Nesta comunidade funciona muito o passa a palavra, aqui na Junta inicialmente eram poucos os indianos que nos procuravam, para outras coisas que não fossem os atestados de residência. Posso dizer que agora, neste momento, procuram tanto mulheres como homens, fazem questões que antes não faziam. Por exemplo: “Estou grávida de 3 meses”, partilham os serviços que já procuraram, isto para nós que lidamos com estas pessoas dá-nos outra perspetiva e a forma como falamos e abordamos às vezes as pessoas, acaba por ser diferente”.

E: “Percebe-se que, cada vez mais, a comunidade indiana consegue avaliar as suas necessidades e procurar respostas às mesmas na comunidade envolvente”.

Uma das barreiras que foi muito evidenciada e que interfere tanto no acesso aos cuidados de saúde, como na atitude face à saúde-doença foi a questão da língua, pois muitos indianos não percebem a língua portuguesa e poucos falam corretamente o inglês.

Foi evidenciada a importância deste tipo de reuniões, para discussão das problemáticas associadas à comunidade imigrante, pois permite aos *stakeholders* estarem atentos aos problemas da mesma.

E: “Ao ter participado na outra reunião passei a estar mais atenta a alguns sinais relativamente a esta comunidade, que antes não estava (...) permite a nós técnicos entrar na comunidade, estarmos mais próximos”.

De seguida encontra-se a análise quando aos vários domínios da Escala EAvEC:

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Este domínio trouxe alguma discussão sobre o envolvimento da comunidade imigrante na problemática em análise. Após a exposição dos vários intervenientes, optou-se por

considerar o **depoimento 1** da EAvEC, pois a percepção presente era que ainda não existia uma participação da comunidade em que os membros participem nas decisões.

A: Às vezes as pessoas não conseguem falar português nem compreender (...) por causa da barreira linguística”.

A: “Há pessoas que estão a trabalhar por exemplo e outras estão em casa, mas com crianças, filhos. As pessoas têm pouca disponibilidade para participar neste tipo de atividades porque têm crianças, e então não querem”.

A: “Na Índia participam, mas aqui não, questionam logo qual é o benefício em participar nestas atividades”.

E: “Já há melhorias, mas ainda há muito a fazer, mas pela abordagem deles e as questões que colocam percebe-se que está a melhor, há algo feito, no entanto ainda há muito a fazer”.

Face à avaliação da escala EAvEC anterior verificou-se uma diminuição da pontuação de 3 para 1, o que se pode justificar pela existência de um projeto já existente direcionado à comunidade imigrante, que no ano anterior se encontrava mais ativo.

CAPACIDADE DE AVALIAR O PROBLEMA

Durante a avaliação deste domínio foi referido que a comunidade identifica os seus problemas e já procura como os resolver, ou seja, as soluções. No entanto verifica-se que ainda não envolve todos os setores da comunidade. Foi eleito o **depoimento 3**.

L: “A baixa adesão foi justificada, segundo os indianos por não terem uma boa relação com o centro de saúde, por não terem médico”.

L: “Houve algo muito importante, que após a intervenção do “ENGAGE”, embora esta tenha sido muito reduzida (...) vieram duas pessoas, e com problemáticas muito próprias da pessoa, procurar o que poderia fazer naquela situação, como poderiam aceder aos cuidados de saúde. Portanto aumentou a consciência e a procura. Portanto o esclarecimento é importante, para saberem onde ir e que tipo de resposta ter”.

L: “Nós estamos numa fase terrível, que não temos resposta em termos de médicos de família, não há médicos”.

L: “Há uma maior consciência e uma maior confiança”.

Face à avaliação da escala anterior a pontuação da escala EAvEC passou de 2 para 3.

LIDERANÇA LOCAL

Neste domínio discutiu-se a presença de um líder comunitário ou de uma organização que atuasse como intermediário entre os diversos membros da comunidade indiana da Marinha Grande. Compreendeu-se que tais não existiam.

O tema mais discutido foi a questão da língua, destacando-se que muitos indianos não falam português nem demonstravam interesse em aprendê-lo. Essa falta de interesse pode justificar a ausência de motivação para a criação de uma organização e de uma liderança dentro da comunidade.

Foi escolhido o **depoimento 1**.

E: “Eles não estão fechados em relação a outra comunidade. Eles na questão da língua, não sentem necessidade de aprender, de desenvolver competências”.

E: “Há esta resistência por exemplo quando questionados por não falarem português:

- No meu trabalho eu não preciso de português porque são quase todos indianos
- Mas eu agora podia estar a enganá-lo e você não percebe.

Pois também há esta resistência em aprender o português, no entanto as crianças aprendem muito fácil na escola. Mas depois em casa não falam o português. Esta desconstrução da necessidade de falar português também é preciso ser feita porque nos serviços estamos todos a adaptar-nos”.

J: “Tive de aprender português por causa dos negócios. Muito indiano diz que os seus chefes também são indianos, não precisam do português. Eu aprendi a falar português, mas a minha mulher nunca aprendeu. Ela diz que se o marido sabe falar ela não precisa”.

A: “Há muitas pessoas que vão à escola porque precisam do certificado da língua nível 1. Tenho uma amiga que quer aprender o português e que sente esta necessidade, no entanto o marido não aceita que ela aprenda o português”.

J: “Todo o indiano precisa de 3 coisas, trabalhar 6 anos, levar a nacionalidade e ir para Inglaterra por que se fala em inglês”.

J: “Eu fico aqui porque já estou aqui há 15 anos, não quero Inglaterra nem Alemanha, tenho 3 negócios e está a ficar melhor. Os filhos precisam do curso e não preciso de ir”.

R: “Esse é o grande problema, estão cá provisoriamente, por isso é que não têm interesse em aprender a língua”.

R: “Há alguns que estão cá há 7 anos e não têm documentos”.

R: “Acho que quando houver indianos legalizados (por exemplo filhos de indianos) acaba por ser diferente”.

Relativamente à avaliação da escala EAvEC anterior a pontuação manteve-se.

ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS

Quanto a este domínio foi referido que a única estrutura organizativa seria a igreja (Evangélica Baptista), no entanto ela não está disponível para todos, isto porque nem todos são da mesma religião. Por este motivo foi eleito o **depoimento 1**.

L: “Já chegou a haver na Marinha Grande um projeto de intervenção com a Comunidade Imigrante em parceria com a Câmara Municipal, mas não se sabe como está em vigor...”

J: “Abri há 4 meses a “igreja” e ainda são poucas pessoas que recorrem. Mais para a frente posso fazer alguma coisa para as ajudas.”

E: “Era uma excelente estratégia utilizar a igreja para passar estas mensagens”.

J: “Quando alguém precisa de ajuda, vai lá e eu ajudo. Quem não tem dinheiro para comer, pode comer e depois paga quando tiver “.

A: “Há pessoas que não pedem ajuda porque têm medo do SEF”.

A: “Neste momento a comunidade indiana tem como organização a igreja.”

A: “Só há organizações que são ligadas à igreja, mas nem todos os indianos são da mesma religião”.

R: “A igreja sikh costuma reunir só uma vez por mês, quando há festas, também ajudam quem precisa, quando uma pessoa precisa de coisas relacionadas com a saúde, também ajudam (...) não é um ritual, mas a instituição está disponível para ajudar”.

A: “Há alguém que acaba por assumir essa responsabilidade, mas não é um líder definido, pelo menos para convocar as pessoas quando há os eventos”.

Face à avaliação da escala anterior a pontuação da escala EAvEC manteve-se.

MOBILIZAÇÕES DE RECURSOS

Este domínio não teve muita discussão, chegando-se rapidamente à resposta, no **depoimento 3**. Foi referido que se mantêm as respostas ao nível da saúde e sociais.

E: “Os recursos sociais sempre estiveram disponíveis, a procura nos últimos tempos é que aumentou”.

Relativamente à avaliação da escala EAvEC anterior a pontuação da escala manteve-se.

LIGAÇÕES A OUTROS

O **depoimento** escolhido foi o **4**. Foi evidenciada a existência de ligações envolvidas e desenvolvidas na comunidade, em especial a ligação da comunidade imigrante com a Junta de Freguesia.

D: “Eu concordo porque eles têm ligações informais e acabam por mobilizar os recursos”.

E: “Já existem organizações e ligações formais e informais. Aqui as relações são cada vez mais próximas e a funcionar”.

L: “Tenho dúvidas (...) porque estas pessoas já se deslocam à Junta, têm uma pessoa de referência, sabem com quem têm de falar e se articular. Já sabem que aqui têm uma boa resposta”.

E: “Sabem o nome da pessoa, a quem pedir”.

L: “Isto é chamativo para outros...Cada vez vêm mais pessoas”.

D:” As ligações acontecem e há a disponibilidade de recursos, logo há financiamento”.

L: “O financiamento pode ser os bens, a comida, a roupa, os carrinhos de bebé, os enxovais (...) e depois trazem outros”.

Perante isto o depoimento escolhido foi o 4, havendo uma mudança face à avaliação anterior em que o depoimento escolhido foi o 2.

HABILIDADE PARA “QUESTIONAR PORQUÊ?”

Já é notório uma preocupação e questionamento por parte da comunidade indiana face às questões da saúde e sociais. O depoimento **escolhido** foi o **3**.

E: “Eles já procuram informações que não procuravam, tanto homens como mulheres. Há uma evolução, sem dúvida”.

L: "(...) inclusive uma das pessoas que participou na intervenção recorreu à unidade com outras duas indianas com problemas de saúde muito próprios a solicitarem ajuda".

Face à avaliação anterior da EAvEC a pontuação passou de 1 para 3.

GESTÃO DE PROGRAMAS

Foi unânime para todos a importância da realização do projeto "ENGAGE" direcionado à comunidade indiana, sendo o **depoimento 2** o escolhido.

A existência deste projeto já implementado justifica o aumento da ponderação da escala de 1 para 2 face à avaliação anterior.

RELAÇÃO COM AGENTES EXTERNOS

Foi eleito o **depoimento 2**. Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

Manteve-se a ponderação da avaliação da escala anterior.

Ambos os diagnósticos de saúde (Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande e Atitude face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, na comunidade Indiana residente no concelho da Marinha Grande) tiveram a mesma ponderação nos vários domínios da Escala EAvEC.

Na tabela seguinte estão representados os domínios da EAvEC, os respetivos depoimentos decididos pelos participantes do grupo focal e a justificação da escolha para cada um tendo em conta os diagnósticos de saúde

Dimensão da Escala EAveC	Depoimento Escolhido	Justificação
Participação comunitária	1 - Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade	<p>A perceção dos presentes era que ainda não existia uma participação muito ativa da comunidade, em que os membros participem nas decisões.</p> <p>Uma das justificações foi a questão da língua, uma vez que muitos indianos não compreendem o português e não têm interesse em aprender e, como tal, não se envolvem nas atividades e reuniões da comunidade.</p>
Capacidade de avaliação do problema	3 - A comunidade tem competência. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	<p>Durante a avaliação desta dimensão foi referido que a comunidade identifica os seus problemas e já procura como os resolver, ou seja, as soluções.</p> <p>Foi mencionado que os imigrantes identificam os seus problemas de saúde e que já procuram mais os serviços de saúde para tentar resolvê-los. Foi mais evidente esta procura, por parte das mulheres.</p> <p>A ausência de médicos de família atribuídos, no entanto foi mencionado que esse também era um problema transversal aos portugueses.</p>
Liderança local	1 - Algumas organizações comunitárias funcionam sem um líder.	<p>Compreendeu-se que não existia um líder comunitário nem uma organização que atuasse como intermediário entre os diversos membros da comunidade indiana da Marinha Grande.</p> <p>O tema mais discutido foi a questão da língua, destacando-se que muitos indianos não falam português nem demonstram interesse em aprendê-lo. Essa falta de interesse pode justificar a ausência de motivação para a criação de uma organização e de uma liderança dentro da comunidade.</p>
Estruturas organizacionais	1 - A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	<p>Foi referido que a única estrutura organizativa seria a igreja (Evangélica Baptista), no entanto ela não está disponível para todos, isto porque nem todos os imigrantes indianos são da mesma religião.</p> <p>Existe outra igreja que oferece alguma ajuda à comunidade indiana, mas só em algumas ocasiões.</p> <p>Perante isto considerou-se que a comunidade não tinha estrutura organizativa disponível para todos.</p>

Mobilização de Recursos	3 - A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Tem se verificado um aumento da procura de apoio e ajuda por parte da comunidade imigrante, o que evidencia um aumento da percepção destes para suas necessidades. Reforçou-se que as respostas ao nível da saúde e sociais, sempre estiveram disponíveis, no entanto aumentou a sua procura.
Ligações a outros	4- Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, em especial a ligação da comunidade imigrante com a Junta de Freguesia que demonstra cada vez mais proximidade e relação.
Habilidade para “questionar porquê”	3- Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade de refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Já é notório uma preocupação e questionamento por parte da comunidade indiana face às questões da saúde e sociais. Quanto à saúde verifica-se uma preocupação por parte desta comunidade imigrante em resolver os seus problemas de saúde, recorrendo aos serviços de saúde (Centro de Saúde) onde questionam os enfermeiros e procuram obter consultas médicas, para acompanhamento da sua situação. Relativamente à questão social verificou-se um aumento da procura de ajuda (ex: pedidos de bens alimentares, produtos para bebés/crianças) especialmente na Junta de Freguesia.
Gestão do Programa	2- Por agente em discussão com a comunidade.	Foi unânime para todos que o projeto “ENGAGE” já desenvolvido junto desta comunidade foi uma mais-valia para a promoção do acesso aos cuidados e da atitude face ao estado saúde-doença.
Relação com agentes externos	2- Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

Fonte: Da Própria

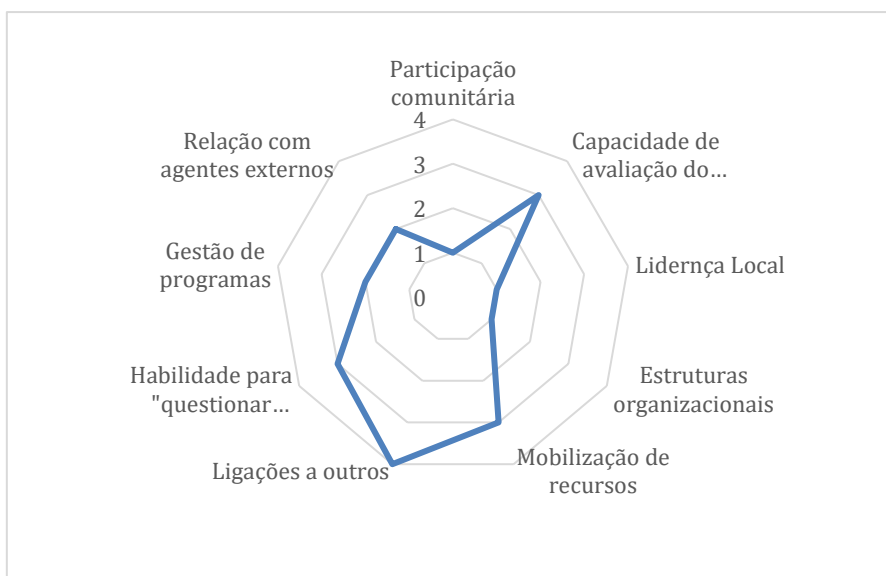
APÊNDICE XXIV – Gráficos Radar “ENGAGE23” e “ENGAGE24”

Gráfico Radar “ENGAGE23”



Nota: Duarte (2024) A Atitude Face à Saúde-Doença dos Imigrantes: O Projeto ENGAGE como Promotor do Empoderamento Comunitário (file:///C:/Users/User/Downloads/content%20(18).pdf)

Gráfico Radar “ENGAGE24”



Nota: Autoria Própria

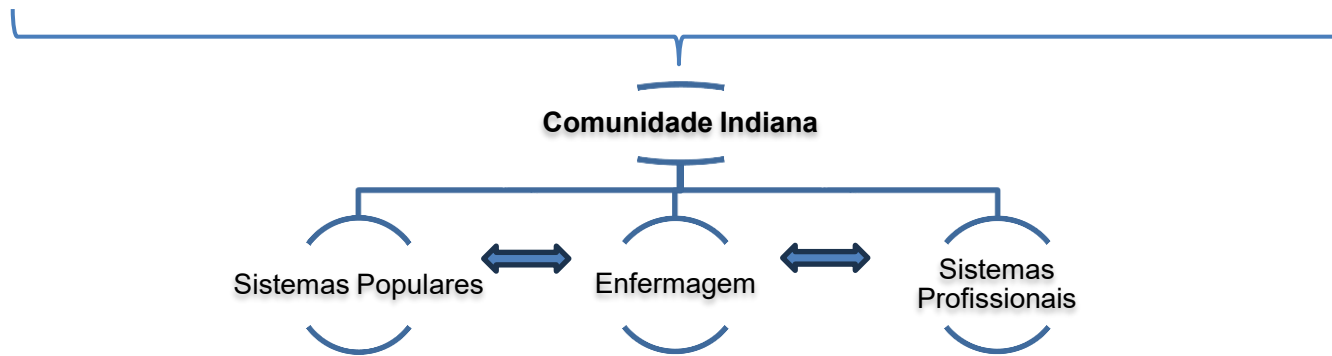
**APÊNDICE XXV – Resultados do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário
MAIEC (Pré e Pós-intervenção)**

	Pré intervenção	Pós intervenção
	% demonstrada	% demonstrada
LIDERANÇA COMUNITÁRIA		
B. Qual o nível de conhecimentos que considera ter sobre a atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura	47%	53%
D. Que importância considera ter um projeto sobre a atitude face ao estado saúde-doença, associada à cultura	83%	83%
F. Qual é o seu nível de motivação para participar neste projeto sobre a atitude face à saúde doença, associada à cultura	83%	83%
G. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: rastreios	60%	64%
G. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: vacinação	60%	64%
G. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: consultas médicas	80%	80%
G. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, costuma realizar: análises e exames complementares de diagnóstico	72%	80%
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA		
H. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que existem na comunidade em que se integra, estruturas organizativas formais ou informais	20%	20%
I. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que existem na comunidade em que se integra, uma ou mais parcerias	20%	20%
J. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, considera que na comunidade em que se integra há processos de comunicação eficazes	20%	0%
COPING COMUNITÁRIO		
K. No que respeita ao tema da Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura, já teve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades	0%	20%
L. Já teve formação e/ou treino sobre a Atitude face ao estado de saúde-doença, associada à cultura	0%	100%
M. Independentemente de ter ou não experiências anteriores sobre a Atitude face ao estado de saúde-doença associada à cultura, considera que tem competência/ forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?	60%	60%

Nota. Autoria Própria.

APÊNDICE XXVI – Análise Grupo Focal segundo o Modelo *Sunrise*

MODELO SUNRISE			
	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO	
COMUNIDADE INDIANA	Valores Culturais e Modos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> - Recurso à Medicina Tradicional para tratamento de problemas de saúde. - Comunicação comprometida pela barreira linguística. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação comprometida: a barreira linguística em que muito imigrantes não percebem a língua portuguesa. - A mulher é quem cuida da casa e da família, não tendo uma atividade profissional. - A existência de uma contrapartida/benefício para o imigrante, em troca da participação num projeto. Só assim é bem aceite. - Recurso aos serviços de urgência quando não obtêm resposta do Centro de Saúde. - Decisão do marido prevalece face à mulher.
	Fatores Religiosos	<ul style="list-style-type: none"> - Regime alimentar associado à religião (alguns alimentos não são permitidos). - Facilitador: A ingestão de bebidas alcoólicas é permitida apenas em algumas religiões. 	<ul style="list-style-type: none"> - Locais de culto diferentes consoante a religião. - A igreja promove a divulgação de informação (mas não é para todos, nem todos têm a sua igreja no local).
	Fatores Políticos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento relativamente aos direitos e deveres dos utentes. - Acesso aos SNS e respetivos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Legalização e aquisição da nacionalidade portuguesa.
	Fatores Parentesco e Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de apoio inexistente ou fraca. - Aumento da divulgação de informação (social e saúde). 	<ul style="list-style-type: none"> - Socialmente a mulher é quem cuida da casa e da família, não tem uma atividade profissional. - A igreja é um local de transmissão de informação e apoio aos imigrantes, no entanto nem todos são da mesma religião. - Relações informais dentro da comunidade.
	Fatores Económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de habilitação é difícil (muitos famílias partilham casa). 	<ul style="list-style-type: none"> - A fonte de rendimento familiar é apenas o homem, a mulher é responsável por cuidar da casa e família. - Portugal é visto para muitos imigrantes como um local de passagem, muitos ambicionam ir para outro país da Europa onde têm salários mais altos e onde têm mais facilidade na língua (Ex. Reino Unido). - Procura por ajudas sociais (bens essenciais).
	Fatores Tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação comprometida. 	
	Fatores Educacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre saúde transmitida de geração em geração. - Falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde e sobre a atitude face à saúde-doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a informação em saúde fidedigna. - Aumento da informação melhora a procura em saúde. - Resistência em aprender a língua portuguesa (aprendem apenas os que necessitam, muitos imigrantes trabalham e vivem com outros imigrantes e não sentem essa necessidade).



Preservação/ Manutenção do cuidado cultural

Sustentar tradições culturais, a prática da religião (com idas aos locais de culto).
 Manter as ligações/vínculos com familiares/ amigos.
 Manter os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença.

Acomodação/ Negociação do cuidado cultural

Procurar informação em saúde fidedigna (Site SNS, profissionais de saúde).
 Procurar informação sobre os direitos e deveres do utente.
 Informar como utilizar os recursos da saúde de forma adequada (perante situação não urgente, urgente e emergente).
 Frequentar aulas de Língua Portuguesa (com objetivo de melhorar a comunicação).
 Negociar os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença.

Repadronização/ Reestruturação do cuidado

Promover e orientar para a utilização da linha SNS 24, sempre que necessário (em vez de recorrerem ao serviço de urgência).
 Promover o conhecimento em saúde sobre a adequação da gravidade da situação de saúde e os respetivos níveis de assistência em saúde em Portugal.
 Capacitar os enfermeiros para a prática de cuidados de saúde culturalmente congruentes (ter em conta os valores, religião, cultura e hábitos da comunidade indiana).
 Respeitar os hábitos culturais da comunidade.

ANEXOS

ANEXO I – Número de utentes inscritos na UCC MG

Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos



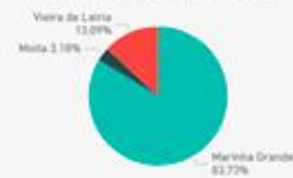
ARS Centro - CSP da ULS Região de Leiria - UCC Marinha Grande

Utentes Abrangidos **42.132**

Índice Dependência



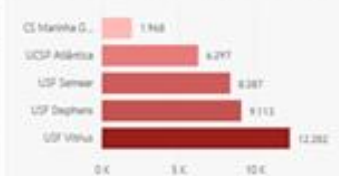
Utentes Abrangidos por Freguesia



Grupos Etários de acordo com DL 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
07 - 64 Anos	14.755	15.013	29.768
65 - 74 Anos	2.282	2.712	4.994
≥ 75 Anos	2.254	2.909	5.163
≤ 6 Anos	1.135	1.072	2.207

Local de Inscrição dos Utentes Abrangidos (Top-5)



Grupos Específicos

Crianças

Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	138	134	272
Exames Globais de Saúde Vacinação	10 - 13 Anos	732	695	1.427
Vacinação	15 - 17 Anos	612	598	1.210

8.869 Mulheres em Período Fértil 15 - 54 Anos

ANEXO II – Carteira de Serviços da UCC MG

Programa/Projeto	Nº Horas semanais afetas	Nº Horas semanais previstas	População alvo
Vamos Nascer (preparação profilática para o parto, planos de parto, recuperação pós parto; hidroginástica para grávidas e workshops parentais; aconselhamento amamentação)	43	43	Grávidas, puérperas e famílias
Promoção Saúde Infantil e juvenil; (PL Seguro , PIOI, consulta de adolescentes)	2	8	Crianças dos 0 aos 18 anos menos 1 dia com intervenção em: consulta de Enfermagem para adolescentes
SNIPi	13	13	Crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento referenciados ao SNIPi
NACJR (2 enfermeiras)	2	2	Famílias de crianças e jovens referenciados ao NACJR, incluindo grávidas , cujo técnico gestor é da equipa da UCC
CPCJ (restrita e alargada)	10	10	Crianças e jovens com processo na CPCJ
EPVA (2 Enfermeiras)	2	2	Utentes referenciados à equipa EPVA cujo gestor de caso é o técnico da UCC
Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais	3	3	Cuidadores informais referenciados para o projeto
Rede Social e Núcleo executivo	2	2	População da Marinha grande
NLI	7	7	Utentes com contrato RSI
Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos	7	7	consultas e visitas domiciliárias a utentes referenciados: Saúde Mental, GRT, etc..
Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE; outros)	18	18	Alunos do parque escolar da Marinha Grande (cerca de 6000) e restante comunidade educativa.
Diabetes em movimento	7	7	Utentes diabéticos tipo 2 referenciados ao projeto
Projeto Marinha sem quedas	3	3	Idosos da Marinha Grande referenciados pela sua unidade funcional para o programa
ECCI	96		Utentes referenciados na plataforma RNCCI
Projeto de formação	2	2	Profissionais de saúde

ANEXO III – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhoramentos para a comunidade.
Habilidade para "questionar porquê"	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, auto-testar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

Gestão de programas	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

Nota: Retirado de Melo, et. al. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446

ANEXO IV – Participação no Workshop “MAIEC – Modelo de Empoderamento Comunitário”

I Encontro de Enfermagem da ULS - RL

"Refletir o passado, integrar o futuro"



Certificado

Declara-se para os devidos efeitos que, **Ana Carreira Bastos**, participou no Workshop "MAIEC – Empoderamento Comunitário", que decorreu no dia 24 de setembro de 2024, com a duração de 7 horas.

A Comissão Organizadora

Ecculifael

ANEXO V – Participação no evento “PNS em Movimento”

PLANO
NACIONAL
DE SAÚDE
2030



PLANO
NACIONAL
DE SAÚDE
2030

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Certifica-se que Ana Rita Carreira Bastos esteve presente no evento "PNS em Movimento" dedicado ao tema "Ambientes Promotores de Saúde", realizado no Teatro José Lúcio da Silva, em Leiria, no dia 14 de outubro de 2024.

ANEXO VI – Participação no Encontro “Envelhecimento Protegido”

ENCONTRO
**ENVELHECIMENTO
PROTEGIDO**

18 OUT 2024
Coimbra

SPSP



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Ana Rita Carreira Bastos participou no **Encontro Envelhecimento Protegido**, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.

Secretário-Geral

Assinado por: **João José de Morais Joaquim**

Num. de Identificação: 08530412

Data: 2024.11.08 10:38:54+00'00'

Localização: SPSP - Lisboa



A Direção,

GSK

sanofi



ANEXO VII – Apresentação do Projeto “ENGAGE24”



IPL
escola superior
de saúde
instituto politécnico
de leiria

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Ana Rita Carreira Bastos**, estudante nº 5230042, participou, enquanto oradora convidada, numa aula da Unidade Curricular “Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II” do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tendo apresentado a temática “*Análise e impacto dos determinantes sociais e de saúde nas respostas humanas dos grupos e comunidades*” no dia 14 de março de 2025, com a duração de 3 horas. -----

O Diretor

Assinado por: **RUI MANUEL DA FONSECA PINTO**
Num. de Identificação: 11095463
Data: 2025.06.30 16:42:52 +0100
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Diretor da Escola de Saúde -
Politécnico de Leiria - Instituto Politécnico de
Leiria**

ANEXO VIII - Parecer da Comissão Ética e Conselho de Administração da ULS RL

Enviado: quinta-feira, 2 de janeiro de 2025 16:59

Para: Carolina Luís <carolinarm Luis@gmail.com>; ana bastos <anabastos_01@hotmail.com>

Cc: Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros <teresa.kraus@ipleiria.pt>

Assunto: Aprovação de Estudo

Boa tarde,

Cara Ana Bastos e Carolina Luís,

Espero que se encontre bem.

Envio em anexo o ofício com a aprovação do seu estudo pelo Conselho de Administração.

Poderia informar-me quando irá iniciar?

Envio em anexo o exemplar do relatório final que nos deve enviar após termino dos estudos.

Relembro que no fim do estudo que fizer algum tipo de publicação do mesmo deve-nos enviar um exemplar para nosso conhecimento.

Se tiver alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Ao dispor.

Votos de um Excelente Ano 2025, com saúde e sucesso 😊

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Fernandes

Técnica Superior

Centro de Investigação



DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração Acta nº 54-2024/12/27

Autógrafa 24.12.27

Licínio de Carvalho Presidente

Alexandra Borges Vogal Executiva

Catarina Faria Diretora Clínica - CH

CI - Centro de Investigação Ref.º 114/2024

CP

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração Dr. Licínio Oliveira de Carvalho, Unidade Local de Saúde Região de Leiria, E.P.E. Rua das Olhalvas, Pousos, 2410-197 Leiria

Leiria, 18 de dezembro de 2024

Assunto: Trabalho académico, no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária, das alunas Ana Rita Carreira Bastos e Carolina Raquel Marques Luís, intitulado "Empoderamento Comunitário da População Imigrante residente no concelho da Marinha Grande: Acesso aos Cuidados de Saúde e Atitude face ao Estado Saúde-Doença, associada à Cultura (ENGAGE24)", submetido Prof Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, professora na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeia).

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epigrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

Este estudo será para aplicar aos emigrantes inscritos no Centro de Saúde da Marinha Grande, tendo como objetivos gerais, melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a Atitude face ao estado Saúde-Doença, associada à cultura da população emigrante da Ásia Central e Meridional, residente no conselho da Marinha Grande. Na ULSRL, este estudo terá como elo de ligação a Enf.ª Cristina Gaspar Santos, adjunta do Enfermeiro Diretor.

Mais se informa que o estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 10 de 2024.12.09. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO,

(Enf. Daniel Carvalho)

Recado 2024.12.20 fsc

ANEXO IX – Autorização para a utilização do Questionário Europeu de Literacia em Saúde



Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

Responder Responder a todos Encaminhar

Qui, 14/11/2024 14:55

Você respondeu em Sex, 03/01/2025 18:20

Formulário Literacia em Saúde
364 KB

Boa tarde.

É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala por nós validada para o contexto português. Conforme solicitado, envio em anexo a referida escala.

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Se for necessária ajuda para o calculo dos Scores, por favor não hesite em contactar.

Dado que este é um tema de foco na nossa investigação, gostaríamos de poder ir acompanhando os resultados a que chegarem, pelo que solicito que os partilhem connosco quando for oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD
Escola Nacional de Saúde Pública
Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754
Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal
rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enso.unl.pt



ANEXO X – Autorização para utilização das instalações da Junta de Freguesia da Marinha Grande

RE: Solicitação de sala para reunião



Presidente | J. Freguesia da Marinha Grande <presidente@freg-mgrande.pt>

Para: Você

Cc: 'Carolina Luís'; 'Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros'; elisabetequeira@freg-mgrande.pt

Responder Responder a todos Encaminhar

Qua, 19/02/2025 11:00

Ex.mas Senhoras,

Confirmo a receção do email infra, o qual mereceu a melhor atenção, quanto ao solicitado, venho pelo presente confirmar a disponibilização da sala contigua ao Espaço do Cidadão para a realização da ação, tendo já dado conhecimento à Dra. Elisabete Carreira, para caso tenha disponibilidade possa participar.

Ao dispor,

Com os melhores cumprimentos | Best Regards.



Maria Neves | Presidente da J. de Freguesia da Marinha Grande

Tel.: + 351 244 502 568

<http://www.freg-mgrande.pt>

De: ana bastos <anabastos_01@hotmail.com>

Enviada: 19 de fevereiro de 2025 01:00

Para: presidente@freg-mgrande.pt

Cc: Carolina Luís <carolinarm Luis@gmail.com>; Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros <teresa.kraus@ipleiria.pt>

Assunto: Solicitação de sala para reunião

Exma. Senhora Presidente,

Somos Ana Rita Bastos e Carolina Luís, enfermeiras e alunas do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Leiria, que no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, desenvolvido na Unidade de Saúde Pública - Polo da Marinha Grande e na Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande, sob orientação das Enfermeiras Especialistas Ana Catarina Duarte, Dina Pascoal, Lúcia Grácio e Catarina Antunes e supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus, estamos a dar continuidade a um projeto de intervenção de enfermagem comunitária (ENGAGE - Empoderamento comunitário da população imigrante residente no Concelho da Marinha Grande) iniciado pelas colegas do mestrado anterior.

Neste seguimento, solicitamos a vossa disponibilidade para a utilização das vossas instalações, no dia 26 de fevereiro de 2025 às 18h, para realizar a reunião com o grupo focal. À semelhança do ano anterior, em que a Junta de Freguesia esteve representada pela D. Elisabete Carreira, solicitamos igualmente a sua presença.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Bastos e Carolina Luís