

2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária  
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

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

**Empoderamento comunitário dos imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde**

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

Raquel Pires Soares

Leiria, março de 2024



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem da Saúde  
Comunitária e da Saúde Pública

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

**Empoderamento comunitário dos imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde.**

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

**Trabalho elaborado por:**

Raquel Pires Soares nº 5220081

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

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março de 2024

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

(Maturana & Varela, 1995)

## **AGRADECIMENTOS**

O trajeto que percorri foi um grande desafio, partilhado com várias pessoas que me encorajaram e me guiaram nesta caminhada, permitindo-me trilhar um caminho com desenvolvimento de grande resiliência, a quem agora presto o meu agradecimento.

Tenho de começar por agradecer à minha colega e amiga Silvia Duarte que, ao longo deste estágio, me deu o seu ombro quando encontrávamos pedras pelo caminho e me mostrava uma luz ao fundo do túnel, demonstrando grande espírito de equipa, amizade e companheirismo, incluindo aqui os restantes colegas mestrandos que me acompanharam na primeira fase de mestrado e me impulsionaram a ser o melhor de mim.

À Professora Doutora Teresa Kraus pela sua orientação e partilha, tendo sempre uma palavra de apoio nos momentos difíceis e que me guiou para o caminho certo, assim como ao Professor Doutor Tiago Nascimento que, apesar de não me orientar diretamente, esteve presente a partir de um determinado momento deste caminho, ajudando também a alcançar o objetivo final.

Às Enfermeiras Especialistas Dina Pascoal e Lúcia Grácio, pela orientação e disponibilidade que foram contributos essenciais para o desenvolvimento das minhas competências nos campos de estágio, proporcionando experiência que me enriqueceram não só profissionalmente como pessoalmente.

Às restantes enfermeiras especialistas da USP Pólo Marinha Grande e UCC Marinha Grande e aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, pela forma como me receberam calorosamente e me integraram nas várias atividades, fazendo-me sentir parte da equipa.

A todos os parceiros que estão envolvidos com estas unidades e que também ajudaram em todo o processo de aplicação do projeto ENGAGE, contribuindo com o seu tempo e a sua experiência para que os resultados obtidos levem a ganhos em saúde da população em estudo, em especial aos imigrantes indianos que integraram este projeto e que, apesar da multiculturalidade, se mostraram disponíveis, colaborantes e empenhados em todas as fases do processo.

À minha entidade patronal por toda a disponibilidade que me deu para conseguir alcançar mais uma meta do meu trajeto profissional e poder levar mais ferramentas para melhorar a prestação de cuidados.

Mas, acima de tudo, agradeço à minha família, pelo apoio incondicional, amor, carinho e paciência durante este período e a quem peço desculpa por estar mais ausente.

## RESUMO

A continuidade do percurso formativo culminou com a aquisição de competências comuns e específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias em formas diferentes e imprevisíveis (ONU, 2018).

Para responder à questão de investigação “Quais são os determinantes de saúde que afetam os imigrantes da Índia que residem no concelho da Marinha Grande?”, foi realizada uma revisão integrativa da literatura cujo resultado serviu de base à elaboração do guião das entrevistas semiestruturadas que decorreram entre os meses de novembro de dezembro de 2023 e permitiram conhecer as necessidades sentidas pela comunidade imigrante indiana residente no concelho da Marinha Grande.

No desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, implementou-se o Projeto “Empoderamento Comunitário dos Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde: ENGAGE”, recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde, ao Modelo da Diversidade e Universalidade do Cuidados Cultural e ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário. Com a definição do diagnóstico de saúde, foram expressas as prioridades de intervenção quanto à avaliação do empoderamento da comunidade imigrante.

Para avaliar o empoderamento comunitário da comunidade imigrante, foi realizado um grupo focal, com a aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário para a prioridade falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde, cuja avaliação demonstrou que os domínios que requerem mais intervenção são a liderança local, as estruturas organizativas, a habilidade para questionar e a gestão de programas.

Conclui-se que os objetivos previstos para o estágio foram atingidos e que as intervenções a desenvolver junta da comunidade imigrante em estudo se enquadram nos domínios da liderança local, das estruturas organizativas, da habilidade para questionar e da gestão de programas.

**Palavras-chave:** Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública; Imigrante; Acessibilidade aos Cuidados de Saúde; Empoderamento Comunitário.

## **ABSTRACT**

The continuity of the formative journey culminated in the acquisition of common and specific competencies in the specialization in Community Health Nursing and Public Health, contributing to the personal, academic, and professional development.

Migration is part of the human experience, recognized as a source of prosperity, innovation, and sustainable development in a globalized world. However, this process affects countries, communities, the immigrants and their families in different and unpredictable ways (UN, 2018).

To address the research question "What are the health determinants affecting immigrants from India residing in the municipality of Marinha Grande?", an integrative literature review was conducted. The result served as the basis for the development of a semi-structured interview guide that took place between November and December 2023, allowing an understanding of the needs felt by the Indian immigrant community residing in the municipality of Marinha Grande.

In developing the specific competencies of the Specialist Nurse in Community Health and Public Health, the "Community Empowerment of Immigrants in Access to Healthcare: ENGAGE" Project was implemented, using Health Planning methodology, the Model of Cultural Diversity and Universality of Care, and the Model of Assessment, Intervention, and Community Empowerment. With the definition of the health diagnosis, intervention priorities were expressed regarding the assessment of the empowerment of the immigrant community.

To assess the community empowerment of the immigrant community, a focus group was conducted, applying the Community Empowerment Assessment Scale for the priority of lack of knowledge about access to healthcare, whose evaluation showed that the domains requiring more intervention are local leadership, organizational structures, ability to question, and program management.

It is concluded that the objectives set for the internship were achieved and that the interventions to be developed with the immigrant community under study fall within the domains of local leadership, organizational structures, ability to question, and program management.

**Keywords:** Community Health Nursing and Public Health; Immigrant; Accessibility to Healthcare; Community Empowerment.

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde

**ACES PL** - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

**ACM** – Alto Comissariado para as Migrações

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde

**AUCC** - Associação de Unidade de Cuidados na Comunidade

**COVID-19** – Coronavírus Disease 2019

**BCG** - Bacilo Calmette–Guérin

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

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EA<sub>v</sub>EC** – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

**ECCI** – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EESCSP** - Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**EEESCSP** - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**ESCSP** - Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**ESSLei** - Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

**ICN** - International Council of Nurses

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IOM** - International Organization for Migration

**MAIEC** – Modelos de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

**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 das Migrações

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**PL** – Planeamento em Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar

**PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência ao Antimicrobianos

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SBV** – Suporte Básico de Vida

**SAMP** - Sociedade Artística e Musical dos Pousos

**SClínico** - Sistema de Informação dos Cuidados de Saúde Primários

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

**SINAVE** – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

**SISO** – Sistema de Informação para Saúde Oral

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados à Comunidade

**UCC MG** - Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USP** - Unidade de Saúde Pública

**USP PL**– Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral

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

## ÍNDICE

INDICE DE FIGURAS.....	xi
INDICE DE GRÁFICOS.....	xi
INTRODUÇÃO .....	12
PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	14
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DE UMA USP DA ULS REGIÃO DE LEIRIA .....	18
1.2. CARACTERIZAÇÃO DE UMA UCC DA ULS DA REGIÃO DE LEIRIA .....	20
2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	23
2.1. TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO	
23	
2.2. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO.....	26
3. COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	29
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	29
3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	29
3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade .....	30
3.1.3. Gestão dos cuidados .....	32
3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	33
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	35
3.2.1. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades .....	35
3.2.2. Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde .....	37
3.2.3. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.....	40
3.2.4. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	41
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	43
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	45
4.1. OS FLUXOS MIGRATÓRIOS PELO MUNDO .....	45
4.2. MIGRAÇÃO EM PORTUGAL.....	47

<b>4.3. MIGRAÇÃO – REALIDADE DE UM CONCELHO DA ULS DA REGIÃO DE LEIRIA.....</b>	<b>50</b>
<b>4.4. GLOBALIZAÇÃO E A SAÚDE GLOBAL – POLÍTICAS PARA APOIO À MIGRAÇÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>4.5. MULTICULTURALIDADE E A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS IMIGRANTES .....</b>	<b>59</b>
<b>5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>61</b>
<b>5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>62</b>
<b>5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....</b>	<b>67</b>
<b>5.3. FORMULAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....</b>	<b>69</b>
<b>5.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....</b>	<b>70</b>
<b>5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>5.6. EXECUÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>73</b>
<b>5.7. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE 1 – Pedido Parecer Comissão de Ética IPLeiria e respetivo parecer</b>	
<b>APÊNDICE 2 – Revisão Integrativa da Literatura</b>	
<b>APÊNDICE 4 - Submissão de Resumo para apresentação de póster e respetivo Póster “Determinantes de Saúde e o Empoderamento Comunitário dos Imigrantes da Ásia Central e Meridional – Uma Revisão da Literatura”</b>	
<b>APÊNDICE 5 – Submissão de Resumo para apresentação de comunicação livre e respetiva apresentação “Perceção dos Determinantes da Saúde pela População Imigrante da Marinha Grande: Empoderamento Comunitário – Projeto ENGAGE”</b>	
<b>APÊNDICE 6 – Artigo Jornal InfoSaúde do ACESPL</b>	
<b>APÊNDICE 7 – Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável”</b>	
<b>APÊNDICE 8– Sessão de Educação para a Saúde “SBV”</b>	
<b>APÊNDICE 9 – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros ao Bebê e Criança”</b>	

**APÊNDICE 10 – Desdobrável Informativo sobre Doenças Cardiovasculares - Dia Nacional da Doença Coronária**

**APÊNDICE 11 – Desdobrável Informativo sobre a BCG**

**APÊNDICE 12 - Guião de Entrevista semiestruturada aos Informantes-Chave Imigrantes**

**APÊNDICE 13 - Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas**

**APÊNDICE 14 - Análise do Grupo Focal**

**ANEXOS**

**ANEXO I – Projetos desenvolvidos pela USP PL no âmbito da Proteção e Promoção da Saúde**

**ANEXO II – Número de utentes da área de abrangência da UCC MG**

**ANEXO III – Carteira de Serviços da UCC MG**

**ANEXO IV – Modelo Sunrise**

**ANEXO V - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EA<sub>v</sub>EC)**

**ANEXO VI - Matriz de decisão clínica do MAIEC**

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

**ANEXO VIII – Certificado de Palestrante no Encontro de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública**

**ANEXO IX - Certificado de Palestrante Encontro Comemorativo do 10º Aniversário da UCC da Marinha Grande**

**ANEXO X – Quadro representativo da população estrangeira residente em Portugal, para os cinquenta municípios onde assume maior importância relativa face ao total de residentes no município, 2022.**

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Pirâmide etária da população residente no ACES-PL no ano de 2023 .....	16
<b>Figura 2</b> - Domínio da EA vEC.....	27
<b>Figura 3</b> – Migrantes de, entre e para a Europa e Migrantes provenientes da Ásia entre 1990 e 2020.....	46
<b>Figura 4</b> - Estrutura etária das populações nacionais e não nacionais da EU a 1 de janeiro de 2022 (%)......	47
<b>Figura 5</b> - População estrangeira residente em Portugal e percentagem de estrangeiros no total da população residente, entre 2011 e 2022. ....	48
<b>Figura 6</b> - Evolução e variação das 10 principais nacionalidades estrangeiras residentes em Portugal (2021 e 2022)......	48
<b>Figura 7</b> - Evolução e variação das 10 principais nacionalidades estrangeiras residentes em Portugal (2021 e 2022)......	49
<b>Figura 8</b> – População residente estrangeira residente em Portugal, em 2022, por ordem de distribuição. ....	49
<b>Figura 9</b> - Objetivos do Pacto Global para as Migrações (República Portuguesa, 2022). .....	52
<b>Figura 10</b> - Determinantes da saúde e fases da migração (WHO, 2022). .....	55

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, por sexo, nos anos de 2019 e 2021. ....	51
<b>Gráfico 2</b> - População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, nos anos de 2019 e 2021.....	51
<b>Gráfico 3</b> - Avaliação Do Empoderamento Da Comunidade Imigrante Para A Falta De Conhecimento Acerca Do Acesso Aos Cuidados De Saúde.....	74

## INDICE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Número de efetivos nas diferentes áreas geográficas, por sexo, 2011 e 2021 (anos censitários). ....	15
<b>Quadro 2</b> – Nacionalidades estrangeiras predominantes no concelho de Marinha Grande....	50
<b>Quadro 3</b> - Processo de priorização dos diagnósticos identificados .....	68
<b>Quadro 4</b> - Objetivos, indicadores de atividade e de resultados e metas. ....	70

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio II, Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, inserido no 3º semestre do Curso do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde, foi elaborado o presente relatório com o objetivo de realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do mesmo.

O Estágio desenvolveu-se em dois contextos – Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Entre os dias 7 de setembro a 27 de outubro de 2023, este estágio decorreu na USP Pinhal Litoral (PL), com 125 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica. No período de 30 de outubro de 2022 e 23 de fevereiro de 2023, o estágio foi desenvolvido numa UCC da ULS Região de Leiria, com um total de 250 horas de contacto presencial. Teve orientação contínua de um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus Barros.

Este estágio, tal como refere o documento desenvolvido para o planeamento deste estágio (ESSLei, 2023, p.7), tem como objetivos gerais “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista na USP e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública na USP” e como objetivos específicos

“executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; elaborar um relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade”.

De forma a dar resposta aos objetivos, este relatório crítico-reflexivo tem o intuito de descrever as atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), assim como evidenciar a operacionalização do projeto de intervenção comunitária em contexto de prática clínica, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde.

O objetivo de um projeto de intervenção é a melhoria da qualidade de saúde de uma comunidade através da capacitação dos seus constituintes, considerando os recursos disponíveis e um determinado horizonte temporal, sendo um processo contínuo e dinâmico (Rodrigues, 2021).

O projeto de intervenção desenvolvido surge da perceção do aumento da população imigrante proveniente da Índia no concelho da Marinha Grande. Considerando os dados estatísticos e epidemiológicos, a revisão integrativa da literatura realizada e pesquisas nas bases de dados oficiais como a organização Internacional das Migrações (OIM) ou o Alto Comissariado para as Migrações (ACM), assim como o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações e o Plano Nacional de Saúde (PNS), desenvolveram-se as várias fases do Planeamento em Saúde por forma a identificar os determinantes em saúde da comunidade indiana, empoderando-a para a tomada de decisão consciente e informada sobre o melhor acesso aos cuidados de saúde.

Este relatório encontra-se, assim, estruturado em duas partes e em cinco capítulos. A primeira parte evidencia os contextos da prática clínica dos cuidados especializados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 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 e por último, no capítulo três, é realizada uma reflexão crítica relativa à consecução dos objetivos do estágio e as competências comuns e específicas do EESCSP desenvolvidas. A segunda parte do relatório corresponde à prática baseada na evidência. Esta é dividida em dois capítulos. O capítulo quatro aborda a conceptualização teórica e enquadramento 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 Planeamento em Saúde.

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

O Estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública foi desenvolvido em duas unidades funcionais da Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Leiria. O contexto de USP decorreu na USP PL – Marinha Grande e o contexto de UCC desenvolveu-se na UCC Marinha Grande.

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA**

A ULS Leiria tem como área de influência os concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal e Ourém e abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes de 90 instituições (SPMS, 2024).

Esta organização de saúde tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade a todos os utentes que a ela recorram, articulando com os cuidados de saúde primários e restantes hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), adequando os recursos às necessidades da população assim como desenvolvendo padrões de qualidade, economia, eficiência e eficácia e assegurando condições para o desenvolvimento de investigação e formação profissional aos profissionais presentes, garantindo as condições de segurança e saúde para todos os envolvidos (SPMS, 2024).

Esta ULS – Região de Leiria iniciou funções a 1 de janeiro de 2024, deixando de existir a designação de ACES PL, integrando-se agora a USP e a UCC da Marinha Grande dentro da ULS – Região de Leiria. No entanto, documentos com dados de referência para o desenvolvimento deste relatório ainda são referentes às organizações pré-existentes (Decreto-Lei 102/2023, 2023).

Assim, no ACES PL encontram-se inscritos 281.789 utentes, sendo que 30,3% dos utentes encontra-se sem médico de família, existindo um acréscimo de, mais ou menos, 10% relativamente ao ano anterior sendo que os utentes não frequentadores dos serviços correspondem a todo os utentes sem médico de família atribuído (ACES PL, 2023).

Segundo os censos populacionais de 2021, o Pinhal Litoral tinha uma população residente de 257579 indivíduos, representando uma contração de 1,3 % comparado com os censos de 2011 (ACES PL, 2023).

Quanto à distribuição da população por concelho, em 2021, 49,9% dos habitantes viviam no município de Leiria, sendo este concelho e o da Marinha Grande o que apresentaram uma variação positiva da sua população. Relativamente à distribuição por sexo, houve um aumento ligeiro da população do sexo feminino, quanto a população do sexo oposto apresentou apenas um crescimento de 0,02% (ACES PL, 2023) (Quadro 1).

**Quadro 1-** Número de efetivos nas diferentes áreas geográficas, por sexo, 2011 e 2021 (anos censitários).

	2011			2021		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Centro	2327755	1111263	1216492	2227567	1060783	1166784
Região de Leiria	294629	141730	152899	286792	137695	149097
Batalha	15805	7648	8157	15558	7534	8024
Leiria	126884	61310	65574	128616	61868	66748
Marinha Grande	38699	18634	20065	39032	18844	20188
Pombal	55245	26432	28813	51170	24371	26799
Porto de Mós	24342	11864	12478	23203	11273	11930
ACES-PL	260975	125888	135087	257579	123890	133689

**Fonte:** Perfil de Saúde ACES PL (2023).

Relativamente ao número de nados vivos no ACES-PL no período entre 2018 e 2022, nasceram 2022 nados vivos, existindo um aumento do seu número absoluto em 2022, face ao ano anterior. O mesmo acontece com a taxa bruta de natalidade, com o valor de 7,99 nados vivos por mil habitantes, com um ligeiro aumento comparado com o ano 2019, tendo-se assim mantido estável ao longo do tempo (ACES PL, 2023).

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

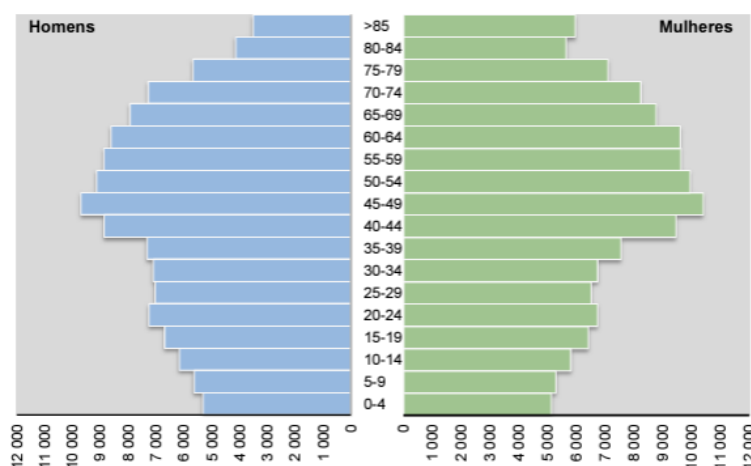
É possível constatar, para o Índice de Envelhecimento, um aumento em todos os concelhos do ACES-PL no período de 2018-2022, observando-se a manutenção das tendências observadas nos últimos anos, com o aumento da população idosa. Este facto associado ainda ao valor da esperança média de vida à nascença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

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

O envelhecimento da população e a alteração da estrutura de comportamento social e familiar da sociedade portuguesa leva à necessidade de organizar respostas adequadas, personalizadas, de qualidade e em proximidade, recorrendo à promoção da saúde, à gestão do risco e à prevenção da doença e de acidentes em toda a estrutura de cuidar (Regulamento nº348/2015, 2015).

Tudo isto reflete-se na pirâmide etária na área de abrangência do ACES-PL, segundo a população residente no ano de 2023, que apresenta uma base estreita e um centro e topo alargado, demonstrando a presença de uma população envelhecida, com baixa renovação de gerações (ACES PL, 2023) (Figura 1).

**Figura 1** - Pirâmide etária da população residente no ACES-PL no ano de 2023



**Fonte:** INE, 2023 (utilizadas estimativas da população residente devido à indisponibilidade de dados desagregados por faixas etária para o ano censitário de 2021 – à data da elaboração do documento relativo ao Perfil de Saúde do ACES-PL, 2023).

Ao se verificar que o centro alargado significa que o ACES-PL tem uma população em idade ativa, em que a migração pode ter uma grande influência, já que existem concelhos deste agrupamento que possuem zona industriais que proporcionam oportunidades de trabalho que promovem a deslocação da população para este distrito.

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

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

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, 2023).

As doenças infecciosas têm vindo a assumir uma relevância a nível europeu e mundial, torna-se fundamental relatá-las por doenças de notificação obrigatória. Analisando os dados disponíveis no Perfil de Saúde do ACESPL (2023), em 2021, destaca-se um aumento de algumas Doenças Sexualmente Transmissíveis, como infeções por sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana, Gonorreia e Chlamydia Trachomatis. Já as infeções respiratórias, entre 2020 e 2022 existiu um aumento do número de casos de Tuberculose em 2022, com uma diminuição nos anos de Pandemia COVID 19. Para a Doença dos Legionários a sua incidência diminuiu em 2022.

Considerando que estas destas doenças são de notificação obrigatória, é utilizada a plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) para o registo, sendo um dos principais sistemas de vigilância epidemiológica utilizado pelos serviços de Saúde Pública e que permite, em tempo real, a identificação de doenças transmissíveis, possibilitando que as autoridades competentes possam delinear formas de prevenção e controlo, de forma a evitar o contágio e, conseqüente, a disseminação (ACESPL, 2023).

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

O EESCSP deve, dando ênfase às competências específicas adquiridas, identificar os grupos e comunidades vulneráveis, entender os seus problemas e as suas necessidades, respeitando a sua individualidade e, intervindo junto dos mesmos obtendo ganhos em saúde (Melo, 2020).

Em seguida, proceder-se-á à 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 DE UMA USP DA ULS REGIÃO DE LEIRIA

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, a Unidade de Saúde Pública (USP) funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do agrupamento em que se integra competindo-lhe, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

O Estatuto do SNS, que se encontra no Decreto-Lei nº 52/2022, acrescenta ainda que os serviços de saúde pública devem atuar na preparação e resposta a emergências de saúde pública, articulando com a saúde alimentar, ambiental e animal. Todas estas competências devem ser desenvolvidas com a utilização de instrumentos de avaliação e monitorização de saúde, através da investigação dos determinantes que o influenciem, integrando recursos para realizar a vigilância e intervenções que vão potenciar e proteger o estado de saúde das comunidades.

Com a publicação do novo Estatuto do SNS em 2022, fica definido que as USP têm autonomia técnica e funcional, compostas por médicos de Saúde Pública, EEESCSP e Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

A USP Marinha Grande encontra-se integrada no antigo ACES PL (agora inserido na ULS Região de Leiria) e está integrado no Distrito de Leiria, e tem como missão (ACES PL, 2016):

“Promover a utilização de todos os recursos disponíveis para atingir um elevado nível de saúde para a população, usando como meios para a defender, proteger e promover: a investigação e vigilância epidemiologia; o planeamento em saúde; a avaliação do impacto das intervenções no nível de saúde da comunidade; a autoridade de saúde; e outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais”.

Como visão, a USP PL deseja “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” (ACES PL, 2016).

Segundo o Plano de Ação 2016-2018 da USP Pinhal Litoral, esta realiza as suas atividades nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Promoção e Proteção da Saúde, Planeamento em Saúde e Autoridade de Saúde. Fazem parte ainda da sua intervenção as

atividades realizadas no Centro de Diagnóstico Pneumológico e no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (ACES PL, 2016).

Este plano de ação surge de uma negociação com base no referencial de contratualização interna das USP, que tem por base o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, centrado no plano de melhoria direcionado a áreas específicas, considerando a sua atividade na área de influência do ACES. A avaliação do desempenho deste plano poderá ser realizada apenas pela operacionalização do Índice de Desempenho Sectorial, mais especificamente nas áreas de serviços, qualidade organizacional e formação (ACSS, 2023). No entanto, neste ACES, esta operacionalização ainda não se encontra bem definida, sendo principalmente guiada pelos programas já referidos.

Em anexo (Anexo I) encontram-se os programas/projetos desenvolvidos pela USP consoante cada área, sendo de salientar que, no polo da Marinha Grande, os mais relevantes são: os Rastreios HIV, Programa Prevenção Violência ao Longo do Ciclo de Vida; Prevenção de acidentes; PPCIRA; Programa Nacional de Saúde Escolar; Plano Nacional de Vacinação; Doenças de Declaração Obrigatória; Vigilância Epidemiológica, Rastreo de Saúde Visual Infantil; Programa Nacional de Saúde Oral; Vigilância de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e o Plano de Contingência para Temperaturas Extremas.

A USP PL é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra 11 médicos especialistas de Saúde Pública, 8 médicos internos a realizar especialidade, 9 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e/ou Saúde Pública, 10 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica da área da Saúde Ambiental e 8 assistentes técnicos. Estes profissionais encontram-se distribuídos pela sede da USP em Leiria e pelos diversos polos localizados em Porto de Mós, Batalha, Marinha Grande e Pombal (SPMS a, 2023). A USP da Marinha Grande está localizada no Centro de Saúde sendo que trabalham neste polo, duas médicas especialistas em Saúde Pública, duas enfermeiras especialistas em Saúde Comunitária, duas técnicas superiores de Saúde Ambiental e uma assistente técnica.

Considerando o cálculo de dotações seguras para uma USP, referidas no regulamento nº 743/2019 (um enfermeiro para 30000 habitantes) e considerando a população abrangida pela USP PL, com 9 enfermeiros a unidade encontra-se com o número limite para prestação de cuidados seguros, sendo uma mais-valia para a população a presença de mais enfermeiros nesta unidade.

Os sistemas de Informação na Saúde permitem cooperação, partilha de conhecimentos e de informação, têm um papel primordial na reforma do sistema de saúde, tendo como objetivos a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e o aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos. Na USP Pinhal Litoral são utilizados os seguintes sistemas de Informação: SClinico Cuidados de Saúde Primários, Registo de Saúde Eletrónico (onde está integrada a aplicação centralizada VACINAS), SIMA Rastreios, SISO-Sistema de informação para a Saúde Oral, o SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o VIGIE – Plataforma de tecnologia em saúde para monitorização constante da rede de frio (SPMS b, 2023).

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DE UMA UCC DA ULS DA REGIÃO DE LEIRIA

O Programa do XVII Governo Constitucional definiu que a estrutura organizacional dos centros de saúde deve assentar em pequenas unidades organizacionais. Com este pressuposto, surgem as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ao qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, compete também a estas unidades constituir no âmbito da RNCCI, a constituição das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica e rege-se pelos princípios da cooperação; da solidariedade e trabalho de equipa; da autonomia; da parceria com estruturas da comunidade local, tal como, as Autarquias, a Segurança Social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações e entre outras; da avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas, tendo como objetivos o cumprimento do plano de ação e a qualidade dos cuidados (Decreto-Lei 28/2008).

A UCC Marinha Grande surge, segundo o artigo anteriormente referido, dentro daquela que foi a reforma no serviço nacional de saúde, onde houve a criação de uma nova visão organizacional dos cuidados de saúde primários, tendo sido criada em 23 de fevereiro de 2014.

Esta UCC localiza-se no centro de saúde da Marinha Grande, tendo como área de abrangência todo o concelho, que inclui as freguesias da Marinha Grande, Vieira de Leiria e Moita, cuidando de 40804 utentes (SPMS c, 2023) (Anexo II). O seu horário de funcionamento é entre as 8h e

as 20h, de segunda à sexta-feira, e das 8h às 13h aos sábados, domingos e feriados, sendo possível que este horário possa sofrer algumas alterações, estando dependente de autorização hierárquica (UCC MG, 2014), considerando a população segundo as suas necessidades e a sua disponibilidade laboral, facilitando a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Tem na sua equipa multidisciplinar 9 Enfermeiros Especialistas em diferentes áreas como Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação, Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, um médico, uma assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta e dois assistentes técnicos administrativos. A estrutura orgânica da UCC inclui o coordenador da unidade que é um enfermeiro especialista e os restantes elementos da equipa multidisciplinar (UCC MG, 2014).

O Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro (2019, p. 133), menciona que o rácio de enfermeiros numa UCC deve ser de 1 para cada 5000 habitantes, de preferência especialistas, dependendo “das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar os resultados”. Considerando que a população da Marinha Grande é de 40804 utentes, ao calcular o rácio dá uma necessidade de 8 enfermeiros especialistas para esta população, o que significa que esta unidade se encontra dentro dos parâmetros delineados, com 9 enfermeiros especialistas.

Segundo o Plano de Ação de 2022 (UCC MG, 2023) da UCCMG, esta realiza as suas atividades integradas nas seguintes áreas: Desempenho assistencial como o acesso, gestão da doença e da saúde, intervenção comunitária e satisfação de utentes; Serviços de caráter assistencial e não assistencial; Qualidade organizacional que integra a formação de profissionais interna e externa; Atividades científicas com a participação em trabalhos de investigação e autoria de artigos escritos, apresentação de comunicação e participação em conferências. Estas encontram-se descritas na tabela em anexo (Anexo III).

Estas atividades surgem de uma negociação com base no referencial de contratualização interna das UCC, que tem por base o cumprimento do plano de ação delineado pela UCC. A avaliação do desempenho deste plano poderá ser realizada apenas pela operacionalização do Índice de Desempenho Sectorial (ACSS, 2023).

Na UCCMG e integrado no âmbito da RNCCI está a ECCI, que tem um total de 14 vagas. A ECCI é definida como uma “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de

apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma “ (Decreto lei n. 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º, p. 3862). Esta equipa integra um médico, um profissional de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e da comunidade (Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º). Nas suas intervenções são envolvidos os doentes, familiares e outros prestadores de cuidados.

Na UCCMG os dados são monitorizados pelos seguintes sistemas de Informação: Sistema de Cuidados de Saúde Primários (SCLínico); Registo de Saúde Eletrónico, Plataforma Gestcare CCI – Plataforma de monitorização da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados; Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) que integra o Sistema de monitorização das unidades funcionais, que permitem a cooperação, a partilha de conhecimentos e de informação, com o objetivo da melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e do aumento da satisfação dos profissionais e utentes (SPMS b, 2023).

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

A tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem deve ter por base um raciocínio crítico que permitam ao enfermeiro definir intervenções que melhor se adequam à pessoa, com vista a garantir o alcance dos objetivos (Potter & Perry, 2013). Para tal, o exercício da enfermagem deve incorporar conhecimento científico com base em teorias de enfermagem, permitindo o desenvolvimento de conceitos metaparadigmáticos (Tomey & Alligood, 2004).

Santos et al (2022, p. 1) refere que “as teorias de enfermagem são capazes de sustentar a construção da identidade da profissão e favorecer a expansão enquanto ciência e disciplina”, permitindo compreender como o enfermeiro olha para a pessoa (Melo, 2020).

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

Torna-se assim importante a tomada de decisão quanto ao referencial teórico a adotar, face às especificidades de cada contexto.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção que será apresentado na Parte II deste Relatório, associado à migração e a multiculturalidade, sugere-se a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado de Madeleine Leininger, que 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 dos cuidados do EEESCSP, emerge o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário como orientador da tomada de decisão para o empoderamento comunitário, quanto à participação dos membros comunitários na identificação e resolução autónoma de desafios e conflitos (Laverack, 2005, em Melo et al., 2018).

De seguida são descritos estes dois modelos teóricos que guiaram a prática de cuidados de enfermagem ao longo do estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

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

Vivemos num mundo em que a movimentação das pessoas é uma realidade, sendo transportadas com elas não só a sua bagagem de roupa como também toda a sua 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 estava, sob o seu cuidado (Oriá, Ximenes & Alves, 2005).

Surge assim a teoria desenvolvida por Leininger, nomeada de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, onde surge o conceito de Enfermagem transcultural, que é definida por (George, 1993, p. 286)

“(…) um subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza do estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com os seus valores culturais e contexto de saúde-doença.”

O seu foco é a análise comparativa de diferentes culturas, relativamente ao comportamento relativo do cuidado de Enfermagem (George, 1993).

O principal objetivo da sua teoria é conhecer os meios para oferecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente relativamente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de diversas culturas. (Oriá, Ximenes & Alves, 2005)

Smith e Parker (2015) referem que o objetivo primordial da teoria de Leininger é descobrir, documentar, analisar e identificar os fatores culturais e de cuidado que influenciam os seres humanos na saúde, na doença e na morte de forma a melhorar as práticas dos enfermeiros. Assim, o enfermeiro com a descoberta das crenças, das expressões e práticas, consegue integrá-los no plano de cuidados, prestando cuidados culturalmente adequados, seguros e benéficos a pessoas de diversas culturas, para promover sua saúde e bem-estar. (Smith e Parker, 2015).

Leininger defende que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem, entendendo que o cuidado ao utente é exercido por meio de dois sistemas: o sistema *emic* de cuidado que é considerado como o sistema local, das tradições, no qual está a família e a comunidade, e o sistema *etic* de cuidado que é desenvolvido nos serviços especializados por profissionais nas instituições. Nestes sistemas, a saúde é entendida como um estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades, segundo os padrões desejados em determinada cultura (Leininger & McFarland, 2006, in Pennafort, Queiroz & Jorge, 2012).

É, por isso, importante que o enfermeiro conheça a cultura de uma comunidade e os significados associados aos conceitos de saúde e cuidados (*emic* ou senso comum) da mesma, para poder adequar as suas intervenções, (*etic* ou cuidado profissional), tentando que estes sejam o mais equilibrados possível de forma a não comprometer todo o processo de recuperação e envolvimento da comunidade numa intervenção (Oriá et al, 2007; Albuquerque, 2009). Só assim os cuidados poderão ser congruentes, promovendo o desenvolvimento de serviços de enfermagem justos, compassivos, competentes, eticamente apropriados e equitativos (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 & Figueiredo, 2014). Neste modelo estão evidenciadas as fases do processo de Enfermagem e a sua implementação promove uma visão mais ampla do ser humano, que o considera indissociável do seu contexto cultural, o que naturalmente proporcionará um cuidar culturalmente congruente, sendo o seu objetivo (Oriá et al, 2005).

No Modelo Sunrise existem aspetos firmes representados no seu diagrama (Anexo IV) onde as dimensões das estruturas cultural e social, formadas por fatores que se encontram interrelacionados são fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de parentesco e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, económicos e educacionais (Crespo et al, 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. Os constituintes de enfermagem e a relação enfermeiro/doente presentes no diagrama, evidencia-se que para prestar cuidados de enfermagem transcultural é importante a interação entre o cuidado *etic* e o cuidado *emic*, o que faz com que as tomadas de decisão e as intervenções de enfermagem, transculturais, sejam caracterizadas por um cuidar cultural de preservação/manutenção, de acomodação/negociação do cuidar e repadronização/reestruturação desse mesmo cuidar cultural. (Crespo, et. al, 2014).

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

A comunidade é a unidade de cuidados do EESCSP, devendo este tomar um papel ativo como promotor de saúde, reconhecendo que todas as estratégias de empoderamento são estratégias de promoção de saúde (Melo, 2020).

Com esta visão de cuidados à comunidade, surge o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), modelo que permite orientar os enfermeiros na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem (Melo, 2020) e, com ele, vem acompanhado o conceito de Empoderamento comunitário que 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), tornando-se num processo em que os indivíduos, através da participação dos membros da comunidade, constroem estratégias e ações para atingir objetivos (Melo, 2020).

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

Para Laverack (2008), o empoderamento comunitário é um processo interativo e contínuo, onde o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, estando dependente do ambiente e de todos os sistemas com que interage, sempre tendo em vista a melhoria da saúde e do bem-estar coletivo. A sua avaliação 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 et al, 2020).

Esta escala apresenta nove domínios de avaliação: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porquê”, gestão de programas e relação com agentes externos (Figura 2).

Figura 2 - Domínio da EAveC



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

Cada um dos domínios tem 5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento, numerados de 1 a 5 (Anexo V), onde 1 é o depoimento que caracteriza o nível menor de empoderamento e o 5 o que caracteriza o nível maior. A avaliação destes domínios deve ser feita num contexto de envolvimento dos membros da comunidade, utilizando como técnica o Grupo Focal e tendo como foco a problemática identificada. Os cinco depoimentos que a escala prevê para cada domínio devem ser apresentados, de forma aleatória, pelo agente externo à comunidade. Analisando os depoimentos, os membros 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 apresentada através de um gráfico de radar, que permite visualizar o nível de empoderamento comunitário em cada um dos nove domínios relativamente a um determinado tema (Melo, 2020), com o fim de os domínios que tiverem um valor mais baixo deverão ser alvo de intervenção, podendo os restantes também ser melhorados.

Considerando o Regulamento nº 428/2018 (2018), o empoderamento comunitário pode ser considerado um processo e um resultado dos cuidados de enfermagem do EESCSP na capacitação de grupos e comunidades e, como tal, deve ser orientado por referenciais teóricos que diligenciem uma tomada de decisão, tal como o MAIEC (Melo, 2020).

Este modelo é constituído por uma Matriz de Decisão Clínica, que 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) (Anexo VI) (Melo et al., 2018; Melo, 2020).

Nesta Matriz, o foco central da atenção do enfermeiro é a gestão comunitária, definida como a capacidade de a comunidade identificar problemas, mobilizar, no contexto dos problemas intencionais e dos processos de interação com o ambiente comunitário, recursos e, por consequência, solucioná-los. O enquadramento da gestão comunitária, no que se relaciona com a decisão clínica, associa-se a três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário. Estes três diagnósticos ainda se dividem em subdiagnósticos: Coping comunitário; Comunicação; Parcerias; Estruturas organizacionais; Conhecimento; Crenças e Volição. Ao avaliar cada um destes subdiagnósticos, considera-se que a gestão comunitária se encontra comprometida caso uma destas dimensões se encontre alterada (Melo, 2020).

Apresenta ainda as intervenções específicas do enfermeiro que dão resposta a cada um dos diagnósticos comprometidos e que objetivam melhorar a gestão comunitária (Melo, 2020).

Para avaliar a eficácia da intervenção na promoção do empoderamento comunitário, sendo este um processo contínuo e dinâmico, é necessária nova aplicação da EAvEC, permitindo avaliar a melhoria no empoderamento da comunidade face à problemática que foi alvo de intervenção (Melo, 2020).

Para obter resultados representativos, Laverack e Wallerstein (2001) referem ser essencial sete ou mais anos de intervenção 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 (Melo, 2020).

Devendo as intervenções do EESCSP facultar conhecimento e empoderamento para a promoção da saúde e na mudança de comportamentos, este deve trabalhar com e para a comunidade, nunca esquecendo que a prática baseada na evidência é essencial para que as suas práticas sejam coerentes e efetivas, possibilitando ganhos em saúde (OE, 2017).

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

A formação especializada, em Portugal, é desenvolvida em várias áreas da prática clínica, sendo uma delas a Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) possibilitando aos enfermeiros a aquisição de competências que os tornam mais valiosos para os serviços de saúde onde desempenham funções (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018), o que implica um crescimento não só profissional, como pessoal.

O enfermeiro especialista (EE) é o profissional “a quem se reconhece competência específica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Para tal, necessita de desenvolver competências comuns, que são transversais a todas as áreas de especialização em enfermagem, onde o enfermeiro tem de demonstrar uma grande aptidão na formulação, gestão e monitorização dos cuidados, e competências específicas que resultam das respostas humanas aos modos de vida, adequando os cuidados às necessidades das pessoas, neste caso, da comunidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

É realizada, de seguida, uma análise crítica-reflexiva relativamente a estas competências, através da descrição das atividades realizadas e dos resultados de aprendizagem desenvolvidos.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

As competências comuns do EE encontram-se divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

##### **3.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

Como EESCSP, esta competência é essencial, respeitando as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo cuidados que honrem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No decorrer deste estágio, no desenvolvimento das atividades, procurei respeitar os valores estipulados pelo Código Deontológico do Estatuto da OE e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, sendo eles os princípios da beneficência, não maleficência, da justiça e da autonomia, olhando a pessoa/comunidade de forma holística (OE, 2015a, 2015b).

Para o desenvolvimento desta competência, surgiram dilemas éticos onde foi essencial a partilha do conhecimento com a equipa multidisciplinar, proporcionando tomadas de decisões éticas e conscientes. Exemplo disto foi a prestação de cuidados à comunidade estrangeira residente na área de abrangência da USP e UCC da Marinha Grande, sendo que na USP este contacto foi feito através dos Rastreios Visuais e do Plano Nacional de Vacinação, e na UCC com o desenvolvimento do projeto ENGAGE, associado à população imigrante indiana.

Nesta situação, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, com consideração ao Modelo Sunrise, foi importante, em que refere que se deve ter em consideração os valores, as expressões, as crenças e as práticas baseadas no modo de vida cultural sobre o indivíduo, as famílias e os grupos, para que os cuidados prestados sejam eficazes, satisfatórios e, essencialmente, culturalmente congruentes (Crespo et al, 2014).

Para além disto, para o desenvolvimento deste projeto foi essencial o pedido de parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, com parecer favorável, onde foram garantidos o respeito pelos valores, crenças e direitos das pessoas envolvidas no projeto, com o desenvolvimento do consentimento informado a ser entregue aquando da realização das entrevistas e do grupo focal, caucionando que todos os participantes tivessem conhecimento sobre o que estava a ser desenvolvido permitindo uma participação voluntária e esclarecida em todos os procedimentos (Apêndice 1). Porque, tal como Serrão (1996, p. 80) refere “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”.

De um modo geral, no desenvolvimento de intervenções nos grupos e comunidades vulneráveis, tornou-se essencial procurar adquirir mais conhecimento, baseado na evidência científica, de forma a poder respeitar os valores universais e os direitos humanos, o que permitiu ter uma prática sem discriminação social, política, étnica, ideológica ou religiosa, sem juízos de valor sobre os comportamentos das pessoas da comunidade (OE, 2015a).

### **3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade**

Neste domínio, o EE deve procurar a excelência e qualidade do exercício profissional, dinamizando estratégias na área da qualidade, orientando e contribuindo em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico seguro através da identificação de eventuais falhas, promovendo a sua mudança (Regulamento n.º 140/2019, 2019, OE, 2015b).

Durante este período de estágio, a reflexão sobre as práticas adotadas para o desenvolvimento da prestação de cuidados foi uma constante, onde foi imperativo garantir um ambiente seguro e terapêutico, demonstrando segurança aquando da transmissão de informação de forma clara e de acordo com as necessidades apresentadas. Para tal, a procura de conhecimentos foi um contínuo ao longo do estágio, permitindo-me dar respostas o mais esclarecedoras possíveis nas várias situações, como o caso da vacinação, quando me encontrava na USP, ou aquando das sessões de educação para a saúde realizadas, durante o período que estive presente na UCC.

A OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados para os cuidados especializados exatamente para levar à reflexão e, conseqüentemente, à construção de projetos que levem a esta melhoria contínua dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 348/2015, 2015). Estes permitem a conceção de uma visão partilhada, com linhas orientadoras que uniformizam as práticas de enfermagem.

O projeto desenvolvido neste estágio – Projeto ENGAGE – iniciou exatamente com uma questão, que levou a reflexões e à realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) (Apêndice 2) que permitiu compreender a necessidade de uniformizar cuidados, para que as populações vulneráveis (os imigrantes) possam obter intervenções homogêneas, levando a ganhos em saúde.

Existe ainda outro ponto importante sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que é a adequação dos recursos humanos e, conseqüentemente, a garantia de dotações seguras. É que a dotação apropriada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e as competências que os caracterizam são essenciais para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde. É verdade que tem de ser considerado o número de utentes que aquele concelho tem, que equivale a um número específico de enfermeiros, no entanto há que considerar também aspetos como as competências profissionais, a estrutura organizacional da instituição, a formação e investigação a realizar por forma a dar resposta às necessidades da comunidade (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Olhando especificamente para a população residente na Marinha Grande, que foi o local onde desenvolvi o estágio, que é constituída por 40804 habitantes e considerando o Regulamento n.º 743/2019, que refere que nas USP, a dotação segura estipulada é de um enfermeiro por 30000 habitantes, pode-se concluir que são cumpridas as dotações seguras, já que estão presentes 2 enfermeiras EESCSP. Mas isto só olhando para os números, porque se formos considerar os restantes aspetos, pode existir um desequilíbrio, porque basta não estar presente uma profissional para que estas dotações fiquem pendentes.

Já no caso da UCC da Marinha Grande, considerando o regulamento já mencionado (p. 133), o rácio de enfermeiros por habitantes é de 1 para cada 500 habitantes e, de preferência, especialistas, não esquecendo 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”. Olhando para o número de utentes desta unidade (40804 utentes) e encontrando-se presentes 9 enfermeiros especialistas, mais uma vez estão asseguradas as dotações. Mas se analisarmos relativamente às vagas da ECCI para esta unidade (14 vagas) e conhecendo que o regulamento preconiza 1 vaga para 1000 habitantes, compreende-se que o rácio se encontra abaixo das necessidades, levando a que a resposta possa ser mais difícil devido à carência de recursos humanos.

Este assunto leva-nos então para outra competência a ser desenvolvida já em seguida.

### 3.1.3. **Gestão dos cuidados**

É da competência do EE 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, 2019).

No seu desenvolvimento, o trabalho em equipa é algo importante para que seja possível dar resposta às necessidades da comunidade e para o desenvolvimento de atividades em consonância. Especificamente na UCC da Marinha Grande, a equipa é constituída por vários profissionais, inclusivamente enfermeiros de diferentes especialidades, o que leva a criação de respostas a vários níveis e ajustadas às necessidades reais da comunidade. Para tal, a equipa realiza reuniões semanais, onde é realizada a organização de trabalhos, apresentação de ideias e resultados, assim como a apresentação dos casos de ECCI, sendo discutidas as intervenções a serem realizadas, delineando o Plano Individual de Intervenção consoante o historial de saúde não só da pessoa como da família, para que se obtenha melhoria do estado de saúde.

A nível individual, procurei desenvolver estratégias e competências que possibilitassem uma boa gestão dos cuidados, através da colaboração com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar.

É perceptível como a presença de uma equipa multidisciplinar, com profissionais nas várias áreas de intervenção ao nível da saúde e da parte social e da psicologia traz benefícios para a comunidade, onde a gestão de caso é um processo importante constituído por um conjunto de passos lógicos e que envolve a interação com a rede de serviços, assegurando os serviços

necessários de forma eficiente aos utentes/comunidade, com boa relação custo-benefício (Gonzalez, Casarin, Caliri, Sasaki, Monroe & Vill, 2003).

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. Este desenvolvimento ocorreu em grande parte através do projeto de intervenção a ser desenvolvido – Projeto ENGAGE – onde o trabalho de equipa foi essencial para o desenrolar das várias atividades associadas.

O desenvolvimento deste domínio não é fácil de alcançar em contexto de estágio já que a gestão de recursos e a otimização de respostas das equipas nem sempre depende só do estudante. No entanto, todas as atividades desenvolvidas e experiências proporcionadas permitiram compreender as dinâmicas de trabalho desenvolvidas na USP e na UCC e a importância no desenvolvimento destas competências.

#### **3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Este é outro domínio a ser desenvolvido como EE, obtendo competências de autoconhecimento e assertividade através de uma prática clínica baseada na evidência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Basear a sua prática numa base científica sólida e documentada é essencial para uma transmissão de conhecimentos segura e informada, especificamente em formações em grupos da comunidade, ao nível individual ou com os pares (OE, 2015).

A procura de novo conhecimento através do ingresso em cursos específicos e da investigação em temas específicos da minha prática tem sido uma prioridade como enfermeira, permitindo-me desenvolver não só competências profissionais como pessoais, permitindo-me prestar cuidados de qualidade, de forma autónoma, responsável e assertiva.

Ao longo deste estágio foi possível estar presente em várias formações proporcionadas aos profissionais de saúde, mais especificamente associadas:

- Ao Programa Nacional de Vacinação (PNV), onde assuntos como a importância da adesão à vacinação, a operacionalização da vacinação contra a gripe e COVID-19 e a importância da transcrição dos boletins de vacinas para as boas práticas foram abordados para uma boa efetividade e eficiência dos cuidados;

- Ao PPCIRA, com a formação de profissionais no 1º Fórum da Unidade Local PPCIRA do ACESPL, onde temas como o projeto de literacia em antibioterapia nas escolas (Projeto PAPA nas Escolas), precauções básicas de controlo de infeção e o uso de antibióticos como recursos finitos foram abordados, sendo frisado o alerta sobre a redução do uso/prescrição de antibióticos e, conseqüentemente, a diminuição da resistência bacteriana (Anexo VII);

- Ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), com a apresentação do projeto DISCONNECT – Promoção do Uso Saudável e Seguro dos Ecrãs, com a finalidade de promover a literacia na comunidade escolar sobre os efeitos na saúde e segurança do uso adverso das tecnologias dependentes dos ecrãs, com o objetivo de provocar mudança de hábitos e no uso responsável destes dispositivos e a implementação de identificação/gestão de risco.

Todas estas oportunidades permitiram adquirir novos conhecimentos e aprendizagens sobre áreas desenvolvidas em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais especificamente nas USP e UCC, uma vez que se trata de um contexto diferente ao qual habitualmente desenvolvo a minha prestação de cuidados, tornando-se todo este percurso totalmente enriquecedor.

Para além destas atividades, foi possível participar como moderadora no I Encontro Científico de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que decorreu na Escola Superior de Saúde de Leiria (Anexo VIII), onde foram apresentados trabalhos desenvolvidos dentro deste mestrado, e como preletora no Congresso da UCC da Marinha Grande realizado para comemorar dos 10 anos da UCC MG (Anexo IX e Apêndice 3), onde foi apresentado o Projeto *ENGAGE* e a sua importância para a comunidade.

Estas experiências permitiram-me desenvolver competências como oradora, sendo possível apresentar os temas de forma clara e objetiva, adequando a minha linguagem à população-alvo. Foi um desafio, colocando-me à prova relativamente ao meu estado emocional, permitindo desenvolver o que se chama de “competência emocional do enfermeiro”, onde como enfermeira consigo conhecer, regular e gerir as minhas emoções, adotando estratégias com uma resposta eficiente em todo o processo (Xavier, Nunes, & Basto, 2014).

Também foi possível promulgar o conhecimento científico obtido através do desenvolvimento do Planeamento em Saúde e do Projeto *ENGAGE*, legitimando-o no seio dos pares.

Desenvolvi também um póster para o Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria, onde foi possível expor os dados da RIL que foi desenvolvida para a criação do projeto de intervenção comunitária (Apêndice 4), e uma comunicação livre para o Congresso Nacional da

Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC) (Apêndice 5). Foi também possível a realização de um artigo para o jornal InfoSaúde do ACES PL, que se encontra no prelo (Apêndice 6).

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EESCSP tem um importante papel nos cuidados de saúde primários através da sua intervenção centrada na comunidade. A ele é exigido que possua um entendimento profundo sobre “as 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, p.4745).

Para tal, em 2018, a OE estabeleceu quatro competências específicas do EESCSP, onde a comunidade é a unidade central de cuidados (Regulamento n.º 428/2018, 2018), encontrando-se em seguida descritas o desenvolvimento destas através de um processo de reflexão e pensamento crítico, considerando as atividades realizadas para o fim.

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

Nesta competência é importante referir a carta de Ottawa, realizada em 1986, que diz que capacitar grupos e comunidades em contexto de saúde é uma aspiração porque permite aumentar a aptidão dos indivíduos e das comunidades em controlar a sua saúde de forma a melhorá-la (OMS, 1986).

Para além disto, existe autores que acrescentam que para além do desenvolvimento destas capacidades, com uma constante supervisão de quem capacita (o enfermeiro), deve empoderar o indivíduo, dando-lhe autonomia para uma tomada de decisão consciente sobre um determinado problema (Stanhope & Lencaster, 2011).

Com o decorrer dos estágios obtive várias oportunidades para desenvolver esta competência, permitindo-me capacitar diferentes comunidades. Uma delas foi a comunidade escolar, encontrando associado ao PNSE, através de sessões de educação para a saúde, abordando várias temáticas associadas.

O PNSE refere que o direito à saúde e a educação é algo que deve ser proporcionado a todos os que frequentam a escola, devendo esta ser uma promotora da saúde e bem-estar, responsabilizando todos os intervenientes a obterem mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação, permitindo uma melhor qualidade de vida às crianças e jovens e

aumentando os níveis de literacia em saúde da comunidade educativa (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015, p.4).

Para tal, foram desenvolvidas várias sessões de educação para a saúde, mais precisamente:

- Promoção de uma alimentação saudável a turmas do 5<sup>a</sup> ano (sete turmas do Agrupamento de Escolas da Marinha Grande Poente e a três turmas da Escola Básica da Vieira de Leiria) e a um Centro de Atividades de Tempos Livres Privado da Marinha Grande. Para além da sessão, foi desenvolvido um desdobrável e entregue aos alunos, com o intuito de discussão dos assuntos com os encarregados de educação em casa (Apêndice 7).

- Prevenção dos Acidentes e Primeiros socorros, projeto a ser desenvolvido nas escolas com sessões com o tema “Suporte Básico de Vida” (SBV), realizado a 3 turmas do 10<sup>a</sup> de uma Escola Secundária da Marinha Grande, com avaliação através da observação da prática do algoritmo no manequim (Apêndice 8).

- Na área de intervenção da Educação para os afetos e a sexualidade, realizada a alunos do 9<sup>o</sup> ano de escolaridade no Agrupamento de Escolas Nascente da Marinha Grande, com o tema “Métodos Contracetivos e Infeções Sexualmente Transmissíveis”, onde participei no esclarecimento de dúvidas sobre o tema, que me permitiu compreender que a UCC da Marinha Grande disponibiliza à população jovem residente consultas individuais para que, de forma confidencial e mais íntima, possa expor as suas preocupações, sem estigmas do julgamento por parte dos seus pares. Trata-se de uma fase sensível do ciclo vital, acompanhada por grandes mudanças a nível biológico, psicoafectivo, social e cultural, e onde os adolescentes desenvolvem esforços para se tornarem produtores e produtos de sistemas sociais (Teixeira, 2011).

A avaliação das atividades foi sempre tida em conta ao longo das intervenções, tendo sido utilizados diferentes métodos, consoante as especificidades da população-alvo. Específico principalmente ao nível da sessão da alimentação saudável, onde foi realizado um jogo no início da sessão, sendo pedido aos alunos que consoante as figuras de alimentos que se encontravam no envelope, escolhessem os que normalmente traziam nos seus lanches para a escola. Muitos pensaram no imediato no que era saudável, mas foi referido que não era esse o objetivo, mas sim conhecer qual a constituição dos seus lanches. Com o proceder da sessão e ao perguntar o que mudavam no que tinham selecionado, todos identificaram o que se encontrava menos adequado, dando respostas certas sobre a escolha dos melhores elementos que deveriam constituir os seus lanches para assim terem uma alimentação saudável.

No entanto, estas sessões acabaram também por identificar outras questões para além da alimentação saudável. Segundo a DGS (2021), dever-se-ia realizar 6 refeições diárias por dia. Com o decorrer das sessões, percebeu-se que havia alunos que não tomavam o pequeno-almoço e que os seus professores não tinham sequer este conhecimento. A mesma fonte referida menciona que as necessidades nutricionais da criança vão depender dos requisitos impostos pelas funções naturais do organismo como também dos gastos de energia associados às atividades do dia a dia. Assim, percebe-se que as sessões de educação para a saúde para além de capacitar a população a tomar decisões adequadas ao seu bem-estar e qualidade de vida, pode também identificar situações que podem necessitar de uma intervenção mais específica e prevenir problemas de saúde.

Fora do PNSE, foi também realizada uma sessão de educação para saúde, em colaboração com a EE responsável pelo curso de Preparação para o Parto, com o tema “Primeiros Socorros ao Bebê e Criança”, com uma apresentação teórica com os principais conceitos associadas à temática e com uma parte prática, onde os pais puderam simular num manequim as manobras de desobstrução da via aérea e o Algoritmo de SBV Pediátricos (Apêndice 9).

A adaptação à parentalidade é um processo de transição onde existe uma construção da relação dos pais com os filhos, processo este que possui riscos associados, criando vulnerabilidades associadas ao facto das pessoas não saberem como atuar perante uma determinada situação à qual não têm qualquer experiência, trazendo inseguranças e sensação de impotência para dar respostas à situação (OE, 2015). Esta sessão permitiu empoderar e capacitar os pais para conseguirem melhorar a resposta de forma mais imediata perante uma situação urgente.

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

Todas estas atividades referidas na alínea anterior levaram também ao desenvolvimento desta competência, alcançada através da gestão, implementação e avaliação dos Programas de Saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Não podemos esquecer que são estes programas de saúde que se encontram na base das nossas intervenções, permitindo obter indicadores de saúde representando ganhos em saúde.

Tal como refere o mesmo Regulamento mencionado anteriormente, a especificidade que os programas de saúde possuem assim como os objetivos estratégicos do PNS exigem que as atividades desenvolvidas em âmbito comunitário sejam maximizadas, exigindo o desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa (Melo, 2020).

Para o seu desenvolvimento, foram realizadas atividades inerentes aos vários programas que fazem parte da carteira de serviços nas unidades onde decorreram os estágios e alguns deles já mencionados aquando do relato anterior relativo ao desenvolvimento das competências.

Outros programas abordados neste estágio são apresentados em seguida:

- No âmbito do Programa Nacional para a Saúde da Visão, colaborei também no Rastreio de Saúde Visual Infantil realizado em todas as USP da Administração Regional do Centro, sendo efetuado a crianças inscritas nas unidades funcionais do ACES PL, com 2 e 4 anos de idade. O seu objetivo é identificar as alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia, sendo realizado um foto-rastreio, com captação de uma imagem com um auto-refratómetro portátil que será enviada para avaliação pela oftalmologia do Hospital Pediátrico de Coimbra. Caso sejam detetadas alterações, as crianças são encaminhadas para consulta hospitalar no Centro Hospitalar de Leiria. Todo este processo é indispensável para a realização de um diagnóstico precoce e rastreios, permitindo um acompanhamento que leve à prevenção primária e à deteção o mais cedo possível de problemas visuais, tal como referido na revisão mais recente do programa nacional acima referido, de modo a corrigi-los atempadamente e promovendo o bom e natural desenvolvimento das crianças (DGS, 2016, DGS, 2018)).

- O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, através do projeto “Marinha sem Quedas”, com o objetivo da prevenção de quedas nos idosos através de sessões teórico-práticas sobre a temática e sessões de atividade física.

- O Programa Nacional para a Diabetes, com o programa “Diabetes em Movimento”, que tem como objetivo a realização de sessões de exercício físico com vista a melhorar o controlo glicémico, diminuir a insulinoresistência, melhorar a composição corporal e reduzir fatores de risco cardiovascular e aumentar a aptidão física, sendo estas conduzidas por profissionais de exercício físico e enfermeiros, usando estratégias de elevada aplicabilidade e recursos de baixo custo (Mendes, Sousa & Reis, 2011).

Aquando da minha participação nas sessões de exercício físico, verificou-se uma baixa adesão dos participantes com o diagnóstico de diabetes *mellitus* ao programa (apenas 6 dos 5050 inscritos). Em reunião com a equipa multidisciplinar foram abordadas estratégias de marketing social adotadas neste programa e sugeridas propostas de melhoria tendo em conta, nomeadamente, o horário das sessões de forma a proporcionar mais ganhos em saúde a esta população vulnerável.

Ainda no mesmo programa, tive a oportunidade de colaborar no desenvolvimento da sessão de educação para a saúde sobre as complicações macro vasculares associadas à diabetes *mellitus* – As Doenças Cardiovasculares – com o desenvolvimento de um desdobrável associado a este tema (Apêndice 10).

- O Programa Nacional de Saúde da População Idosa, onde colaborei com a equipa ECCI na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio a utentes integrados na rede, adequando os cuidados às suas necessidades na promoção da sua recuperação. A intervenção destas equipas é multidisciplinar e têm como finalidade promover e/ou recuperar a saúde das pessoas com necessidade de cuidados continuados e em situação de dependência ou em risco de perda de autonomia (Decreto-Lei n.º 136/2015, 28 de julho, 2015).

- O Programa Nacional de Cuidados Paliativos, onde me foi permitido assistir ao projeto promovido pela Sociedade Artística e Musical dos Pousos (SAMP) em parceria com a UCC e a Câmara Municipal da Marinha Grande designado “Aqui Contigo” e integrado na ECCI, que consiste em levar música ao domicílio dos utentes que se encontram integrados, utilizando a terapia da música como forma de lhes proporcionar um momento de conforto e bem-estar numa altura delicada do ciclo de vida das pessoas.

Vários estudos já tinham demonstrado a eficácia de programas com técnica similar, não só para utentes em fase terminal como para os seus familiares, apresentando ganhos de saúde na dimensão psicoespiritual, nomeadamente pela via da integridade do ego, prevenção da angústia momentânea e qualidade de vida global, assim como na avaliação da satisfação com o tratamento, proporcionando nova conexão com a vida (Warth et al, 2019 & Warth et al, 2021). A chegada da equipa de musicoterapeutas e EE, trouxe esperança, ao proporcionar um momento de relaxamento e de expressão de emoções, onde os sons criados e a música escolhida iam ao encontro dos gostos dos presentes. O ciclo da vida, tal como a própria palavra diz, tem um início e tem um fim, podendo este trazer mais sofrimento do que alegria. Em muitos casos, o fim de vida pode carecer de cuidados paliativos que proporcionam a oportunidade de alívio do sofrimento não só dos utentes como dos seus familiares, sendo o EESCSP essencial ao longo deste processo.

- Relativamente ao PNV, para além das atividades já referidas anteriormente, participei na organização/agendamento da entrega de vacinas contra a gripe e COVID-19 e respetivo material para administração das mesmas, resultantes da Campanha da Vacinação Sazonal

Outono-Inverno 2023/2024, a utentes e profissionais das Estruturas Residenciais para Idosos e Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados do ACESPL.

Para além desta campanha, pude também estar envolvida na convocatória de crianças elegíveis, identificadas por enfermeiros das USF do centro de saúde da Marinha Grande, para a toma da vacina do Bacilo Calmette-Guérin (BCG). Grande parte das crianças identificadas eram provenientes de grupos/comunidade de outras culturas (imigrantes), onde a barreira linguística foi um desafio no processo de convocação e posterior transmissão dos cuidados a ter após a vacina. Com esta vulnerabilidade percebida, foi desenvolvido um desdobrável na língua portuguesa, inglesa e em punjabi (Apêndice 11), com tradução validada pelo ACM assegurando o reforço da informação.

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

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

A vigilância epidemiológica é um importante instrumento na análise, compreensão e explicação de fenómenos de saúde-doença, sendo primitivo que o EESCSP o concretize.

Durante este estágio, procurei oportunidades de aprendizagem dentro desta competência, mais especificamente na compreensão sobre os instrumentos de colheita de dados e monitorização dos fenómenos de saúde-doença, a partir dos sistemas Sclinico e SINAVE.

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

Seria interessante que os EESCSP da USP PL adotassem estratégias na Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem, segundo a sua área de abrangência, contribuindo para a gestão de programas e projetos, permitindo a identificação dos processos saúde/doença, numa abordagem de uma epidemiologia centrada nas pessoas, através da análise dos Diagnósticos de Enfermagem que são realizados nos vários contextos da prática dos cuidados de enfermagem (Melo, 2020).

Com a tradução dos Diagnósticos de Enfermagem em indicadores epidemiológicos, todo este

processo seria uma mais-valia no desenvolvimento do Perfil Local de Saúde, sendo retirado uma maior ganho dos Sistemas de Informação de Enfermagem (Melo, 2020).

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

Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 23), o planeamento em saúde é “um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista a 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.”

Por definição, qualquer projeto, circunscrito a determinada população, tempo e espaço, é um processo contínuo, com o objetivo de implementar mudanças que resultem em valor acrescentado (meta), através da implementação de um plano de ação constituídos por um conjunto específico de operações (Rodrigues, 2021).

Como em Saúde Pública o PS é a metodologia por eleição, reconhecida com potencial para a identificação dos fatores de risco (determinantes de saúde negativos) e na resolução de problemas/fragilidades, definiu-se como fim contribuir para o bem-estar dos imigrantes, de forma a responder ao Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações (Diário da República, 2019), e como objetivo conhecer os fatores determinantes da saúde dos imigrantes da Ásia Central e Meridional. O PS iniciou-se com a seguinte questão de investigação: Quais são os principais determinantes de saúde dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, a residentes no concelho da Marinha Grande?

Para dar resposta a esta questão, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice 2), que permitiu desenvolver competências ao nível da multiculturalidade, tornando perceptível que os desenvolvimentos dos cuidados de enfermagem terão de envolver o modelo teórico de Madeleine Leininger que, tal como já referido no capítulo 2, considera a pessoa/comunidade segundo as suas crenças e cultura, adequando os cuidados às mesmas, surgindo o conceito de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes.

A evidência encontrada na RIL permitiu compreender que o imigrante se encontra vulnerável, encontrando barreiras à comunicação, relacionadas com a língua ou no acesso aos cuidados de saúde, relacionados com a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde relativo ao acesso aos cuidados de saúde (determinante em saúde relacionado com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde). A sua cultura vai

também influenciar os seus estilos de vida e os seus comportamentos (determinantes de saúde comportamentais), onde se adiciona também as limitações inerentes aos baixos salários e as precárias condições de habitação (determinantes demográficos-socioeconómicos).

Mediante o exposto, surge o “Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande”. As etapas do PS para o desenvolvimento deste projeto encontram-se desenvolvidas na parte II, capítulo 5.

Para além do Modelo de Madeleine Leininger, imprescindível para a orientação quanto às variáveis/determinantes em estudo, foi também utilizado o modelo MAIEC como estratégia para suportar a tomada de decisão quanto aos focos e diagnósticos de enfermagem, ao longo deste trajeto. Sendo um modelo recente, a sua aplicação tornou-se um desafio, mas permitiu criar estratégias pessoais, em equipa e em rede, para adquirir competências de gestão e liderança de métodos de pesquisa qualitativa como o grupo focal, estratégia particularmente desafiante devido à barreira linguística dos imigrantes indianos, participantes no grupo. Todos os participantes no Grupo Focal demonstraram estar envolvidos na procura de respostas e soluções. A aplicação da escala de avaliação do empoderamento comunitário, promoveu a partilha de experiência, opiniões e soluções de consenso, indo ao encontro da finalidade de contribuir para o bem-estar dos imigrantes residentes neste concelho

Pese embora o envolvimento contínuo no projeto, não foi possível executar o planeamento em todas as suas etapas, devido à limitação de tempo. Contudo, neste relatório vão ser preparadas as restantes etapas do planeamento em saúde.

De salientar que este projeto tem na sua génese, a perspetiva continuar para além do término do estágio, com intervenção de futuros estudantes de mestrado e/ou enfermeiros da UCC MG e comigo enquanto investigadora pois esta é uma necessidade que se impõe como fundamental para comunidade imigrante residente no Concelho da Marinha Grande.

Este projeto foi fundamental para a compreensão do foco dos cuidados do EESCSP, considerando o PS como uma ferramenta essencial para organizar os cuidados de saúde a uma comunidade, permitindo gerir cuidados, recursos e adequá-los às necessidades de todos os participantes e *stakeholders*, capacitando-os e empoderando-os para que possam atingir o seu potencial máximo de saúde.

## **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 (Rodrigues & Cardoso 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, 2022).

A produção de conhecimento em Enfermagem é determinante, recorrendo-se a três elementos: mudar a prática clínica, incorporar evidência através da mudança do sistema/organização e avaliar o impacto da utilização da evidência no sistema de saúde, no processo de cuidados e nos resultados em saúde (Apóstolo, 2017).

Para planificar é importante refletir, estimar e investigar, para que se possa melhorar uma realidade identificada, delineando intervenções que nos darão resultados que, ao considerarmos a área da saúde, levará à melhoria da qualidade da saúde de uma população e a ganhos em saúde, considerando sempre os conhecimentos e recursos disponíveis (Rodrigues, 2021).

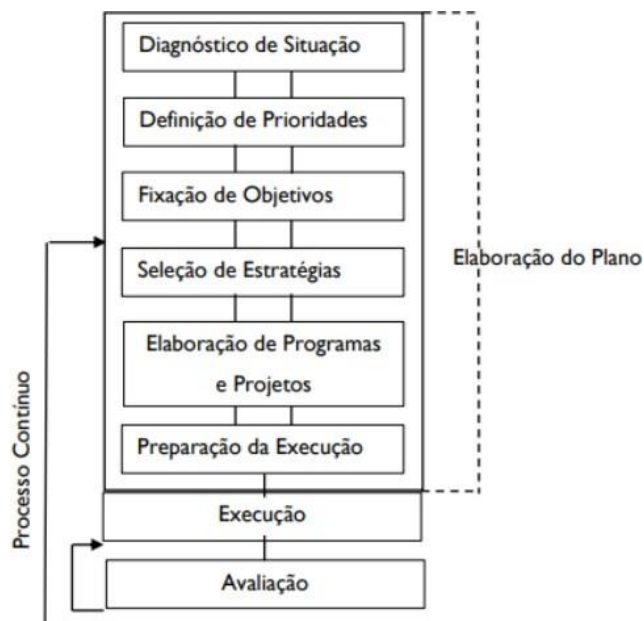
Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 23), o planeamento em saúde é

“um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista a 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.”

Todo este processo envolve uma ponderação sobre as práticas de saúde, a criação de cenários de curto, médio e longo prazo para as práticas e os resultados pretendidos, através da organização de práticas de trabalho que levarão a ganhos em saúde (Parente, 2011).

O Planeamento em Saúde tem várias etapas coerentes entre si e exequíveis (Rodrigues, 2021) que, segundo Imperatori e Giraldes (1993) são: diagnóstico de situação, fixação de objetivos, seleção de estratégias, operacionalização do projeto e avaliação. Estas diferentes etapas relacionam-se num processo que é permanente, contínuo e dinâmico (Figura 9).

**Figura 9 -** *Etapas do processo de planeamento em saúde*



Fonte - *Metodologia do Planeamento da Saúde* (p. 29), de Imperatori & Giraldes, 1993, Escola Nacional de Saúde Pública.

Para o desenvolvimento deste processo, foi realizado um enquadramento teórico sobre dados estatísticos e epidemiológicos presentes nas várias organizações e sobre as políticas a serem desenvolvidas, contextualizando o desenvolvimento do projeto **Empoderamento comunitário da População Imigrante da Marinha Grande – ENGAGE**

## 4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Foi realizado, primeiramente, um enquadramento do tema do projeto de intervenção comunitária com base na evidência científica mais recente, sobre a temática em análise, através da exposição sobre o fenómeno dos fluxos migratórios à escala global, seguindo-se à realidade existente em Portugal, apresentando a dimensão de residentes existentes no país, as nacionalidades predominantes e a sua posição relativa à população alvo deste projeto, assim como o impacto destes nos cuidados de saúde.

### 4.1. OS FLUXOS MIGRATÓRIOS PELO MUNDO

Um dos principais eventos no mundo são os fenómenos migratórios, que se caracterizam pela movimentação não só de pessoas, como dos seus valores sociais, culturais, económicos e políticos (Rodrigues & Ferreira, 2014), constituindo um dos maiores desafios aos direitos humanos (Rendi, Minchola & Almeida, 2020).

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecido como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. A maioria dos migrantes do mundo viajam, vivem e trabalham de forma segura, ordenada e regular. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias em formas diferentes e imprevisíveis. É por isso crucial que a oportunidade de migração internacional nos una em vez de nos dividir, otimizando-o através da criação de políticas de migração (ONU, 2018).

A Organização das Nações Unidas (ONU) refere que, atualmente, existem pessoas a viver num país diferente daquele que nasceram. Em 2020, o número de migrantes internacionais, no mundo (pessoas que residem num país que não o seu país de origem), alcançou os 281 milhões de pessoas (3,6% da população mundial), em que uma pessoa em cada 30 é imigrante. Quem imigra mais são pessoas do sexo masculino (146 milhões de homens), representando 3,7% da população mundial masculina, sendo que do sexo feminino imigram 3,5 % da população mundial feminina (135 milhões de mulheres) e que 169 milhões de migrantes são trabalhadores (OIM, 2023).

Muitos imigram à procura de melhores condições de vida, de forma voluntária, no entanto outros procedem a esta deslocação por necessidade. A OIM (2023) refere que em 2020 existiam 89.4 milhões de pessoas forçadas a se deslocar do seu país, onde 26.4 milhões eram refugiados,

4.1 milhões eram requerentes de asilo e 55 milhões de pessoas eram deslocadas internamente, ou seja, dentro do seu próprio país.

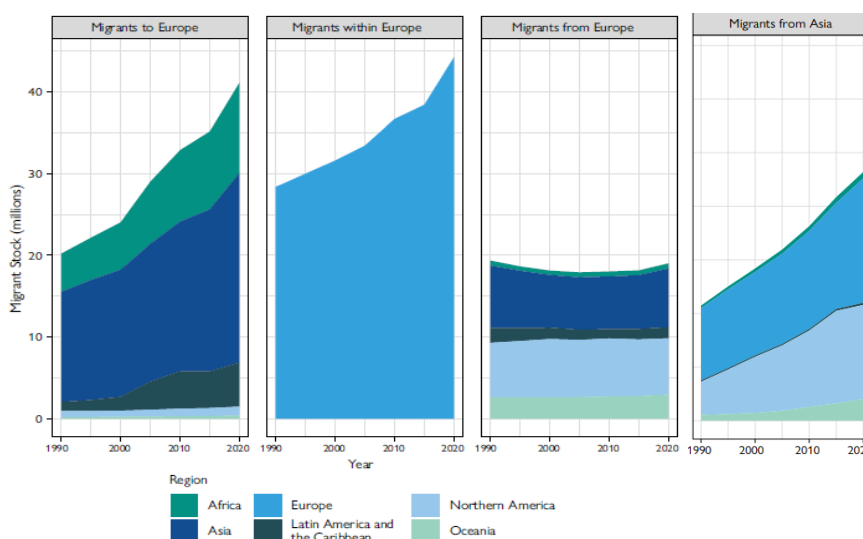
Em 2020, 40% dos imigrantes em todo o mundo (115 milhões) nasceram na Ásia, sendo cerca de 20% originários da Índia, os restantes oriundos do Bangladesh, Paquistão, China, Filipinas e Afeganistão (OIM, 2023).

Com o aumento da movimentação da população pelo mundo leva a que as entidades políticas tenham uma grande responsabilidade no desenvolvimento de medidas internacionais que promovam a estabilidade e o equilíbrio das nações porque, apesar desta movimentação impulsionar o desenvolvimento económico dos países, contribuindo para o equilíbrio demográfico e enriquecimento social, acabam por surgir outras questões relacionadas com a segurança dos indivíduos, sociedades e estados (Rodrigues & Ferreira, 2014).

Surge a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, onde é reconhecida a contribuição da migração para o desenvolvimento sustentável, onde 11 dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), abrangem metas e indicadores com relevância para a migração, com o mote “não deixar ninguém para trás” (Mosler, Vidal & Laczko, 2022). Este tema foi desenvolvido será desenvolvido no subcapítulo 4.4.

Olhando agora para a União Europeia (UE), os dados obtidos no seu site oficial evidenciam que dos 446,7 milhões de habitantes na UE, 23,8 milhões são nacionais de países terceiros (5,3% da população) e 38 milhões de pessoas nasceram fora da UE (8,5% de todos os habitantes da UE) (Eurostat, 2022).

**Figura 3** – Migrantes de, entre e para a Europa e Migrantes provenientes da Ásia entre 1990 e 2020.

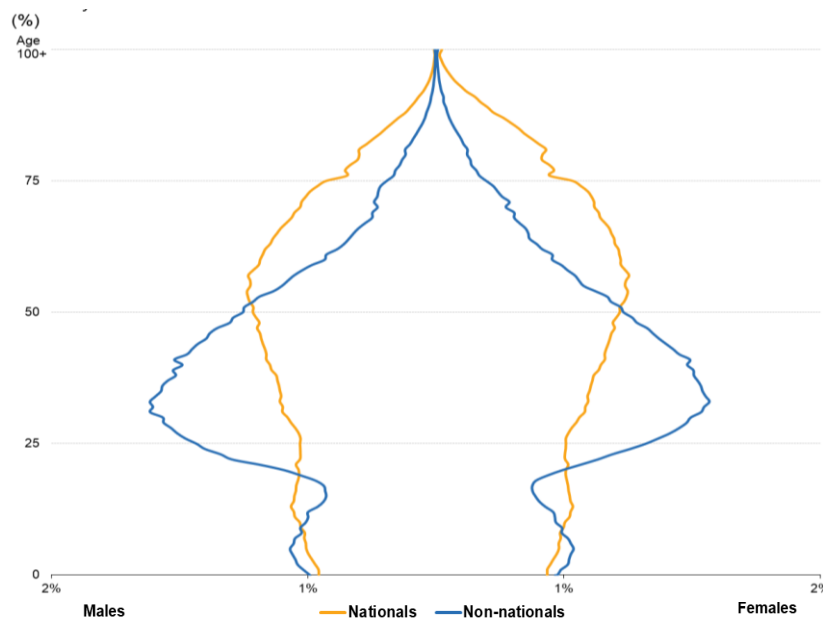


Fonte: OIM, 2022

Ao observarmos a figura anterior (Figura 3), é possível concluir que as populações migrantes provêm, principalmente, da África e da Ásia, e que o continente de preferência para emigração da população proveniente do continente asiático é a Europa.

Quanto à idade, pode-se também observar que, segundo dados da Eurostat (2022), a população proveniente de países estrangeiros é mais jovem do que a presente na EU, encontrando-se em idade dita de trabalho. Esta mesma fonte refere que a média de idades da população nacional da UE era de 45,4 anos, enquanto os dos não nacionais era de 36,6, anos (Figura 4).

**Figura 4** - Estrutura etária das populações nacionais e não nacionais da EU a 1 de janeiro de 2022 (%).



**Fonte:** Eurostat, 2022

Compreender estas dinâmicas, torna-se essencial para quem planeia o futuro e uma exigência à enfermagem enquanto profissão-disciplina, que presta cuidados aos migrantes.

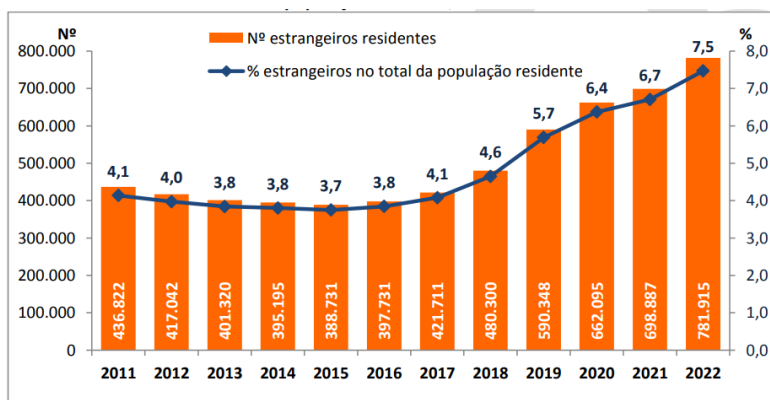
#### 4.2. MIGRAÇÃO EM PORTUGAL

Ao considerar os dados anteriormente analisados, é compreensível como a migração é um dos fenómenos que ocorre em grande escala por todo o mundo e onde Portugal não é a exceção,

A evolução do movimento migratório em Portugal está associada a variáveis distintas como o contexto social e económico português, assim como dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais bem como outras situações com consequências à escala mundial, tal como o evento mais recente, a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, que levou à desaceleração do aumento da população residente (SEF, 2021).

Em 2022, residiam em Portugal 781915 cidadãos estrangeiros com título de residência válido, o que representa um aumento de 0,8 pontos percentuais que o ano anterior, representando um total de 7,5% do total de residentes do país (Figura 5) (Oliveira, 2023).

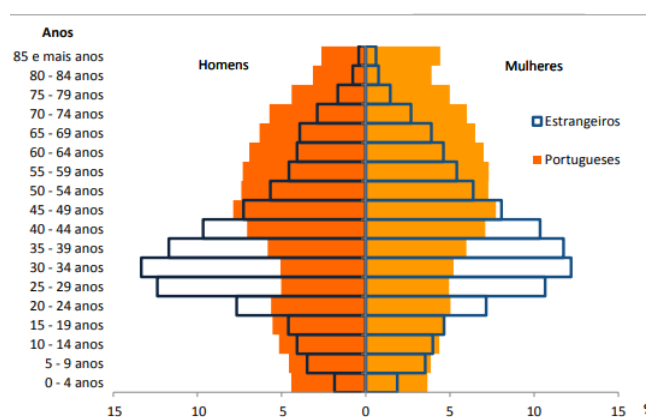
**Figura 5** - População estrangeira residente em Portugal e percentagem de estrangeiros no total da população residente, entre 2011 e 2022.



Fonte: SEF, adaptado por Oliveira (2023).

Relativamente à estrutura etária, não existe diferenças em números de estrangeiros residentes segundo o sexo e a idade. No entanto, quando comparado com a população portuguesa, os residentes estrangeiros são mais jovens, existindo uma concentração de dados relativo segundo a faixa etária entre os 20 aos 49 anos de idade em 2021. Já na população com mais de 65 anos, a população portuguesa é mais envelhecida em comparação com a população estrangeira, sendo perceptível esta informação segundo a figura 6 (Oliveira, 2023).

**Figura 6** - Evolução e variação das 10 principais nacionalidades estrangeiras residentes em Portugal (2021 e 2022).



Fonte: INE, adaptado por Oliveira (2023).

As nacionalidades dos estrangeiros residentes mais presentes no nosso país é a brasileira, com 30,7% da população estrangeira. A Índia ocupa o 4º lugar, destacando-se da Itália, marcando a tendência de crescimento nos últimos anos, em que em 2021 apresentou um crescimento de

23,2%, continuando a visualizar este aumento em 2022, estando presentes agora 35,416 pessoas desta nacionalidade em Portugal (Figura 7) (Oliveira, 2023).

**Figura 7** - Evolução e variação das 10 principais nacionalidades estrangeiras residentes em Portugal (2021 e 2022).

Principais nacionalidades	2021		Variação 2020-2021	Principais nacionalidades	2022		Variação 2021-2022
	Nº	%			Nº	%	
Brasil	204.694	29,3	+11,3	Brasil	239.744	30,7	+17,1
Reino Unido	41.932	6	-9,3	Reino Unido	45.218	5,8	+7,8
Cabo Verde	34.093	4,9	-6,9	Cabo Verde	36.748	4,7	+7,8
Itália	30.819	4,4	+9,4	Índia	35.416	4,5	+17,1
Índia	30.251	4,3	+23,2	Itália	34.039	4,4	+10,4
Roménia	28.911	4,1	-3,8	Angola	31.761	4,1	+23,1
Ucrânia	27.195	3,9	-5	França	27.512	3,5	+3
França	26.719	3,8	+7,2	Ucrânia	25.445	3,3	-6,4
Angola	25.802	3,7	+5,5	Nepal	23.839	3,0	+10,6
China	22.782	3,3	-12,6	Guiné Bissau	23.737	3,0	+16,6
<b>Total estrangeiros</b>	<b>698.887</b>	<b>100</b>	<b>+5,6</b>	<b>Total estrangeiros</b>	<b>781.915</b>	<b>100</b>	<b>+11,9</b>

Fonte: SEF, adaptado por Oliveira (2023).

Segundo os dados nacionais disponíveis, a distribuição da população estrangeira residente não tem uma distribuição homogénea pelo país. Fatores como oportunidade de trabalhos e redes sociais podem estar a influenciar esta distribuição. A população estrangeira residente mantém a tendência das últimas décadas, estando essencialmente a residir em Lisboa, representando 41,6 % desta população, estando o distrito de Leiria em 5º lugar, com 3,6% da população estrangeira (Figura 8) (Oliveira 2023).

**Figura 8** – População residente estrangeira residente em Portugal, em 2022, por ordem de distribuição.

Distritos	Número de Estrangeiros residentes em 2022	% face ao total de estrangeiros residentes 2022	Variação 2021-2022 (%)
Lisboa	325.319	41,6	+10,4
Faro	109.640	14,0	+4,3
Setúbal	77.182	9,9	+15,4
Porto	66.434	8,5	+19,8
Leiria	30.713	3,9	+14,0
Braga	28.127	3,6	+19,1
Aveiro	23.696	3,0	+16,2
Santarém	20.807	2,7	+14,0
Coimbra	19.818	2,5	+12,8

Fonte: SEF, adaptado por Oliveira (2023).

Quando olhamos para estes dados tendo em conta a sua distribuição por concelho e o seu impacto no total de residentes desse território, são os municípios do Algarve que têm o maior valor, encontrando-se a Marinha Grande no Top 50 deste indicador, onde se observa uma disparidade muito grande entre aqueles que são os valores apresentados pelo SEF (3206 estrangeiros residentes em 2022) e os dados do INE, que apresentam a estimativa da população estrangeira residente em 2022 (39836 estrangeiros residentes), como observado no Anexo XI (Oliveira, 2023).

### 4.3. MIGRAÇÃO – REALIDADE DE UM CONCELHO DA ULS DA REGIÃO DE LEIRIA

Na Região de Leiria encontravam-se 30121 estrangeiros residentes, dos quais 14 299 pessoas são do sexo masculino e 15822 pessoas são do sexo feminino (INE, 2023).

Desta região, faz parte o concelho da Marinha Grande como já referido aquando da caracterização do local onde decorreu o estágio, no capítulo 1.

Neste concelho existem, no total, 2845 estrangeiros residentes, onde as principais nacionalidades encontram-se representadas no quadro 2, com o Brasil no topo da tabela, encontrando-se a Índia em segundo lugar (SEF, 2021).

**Quadro 2** – Nacionalidades estrangeiras predominantes no concelho de Marinha Grande.

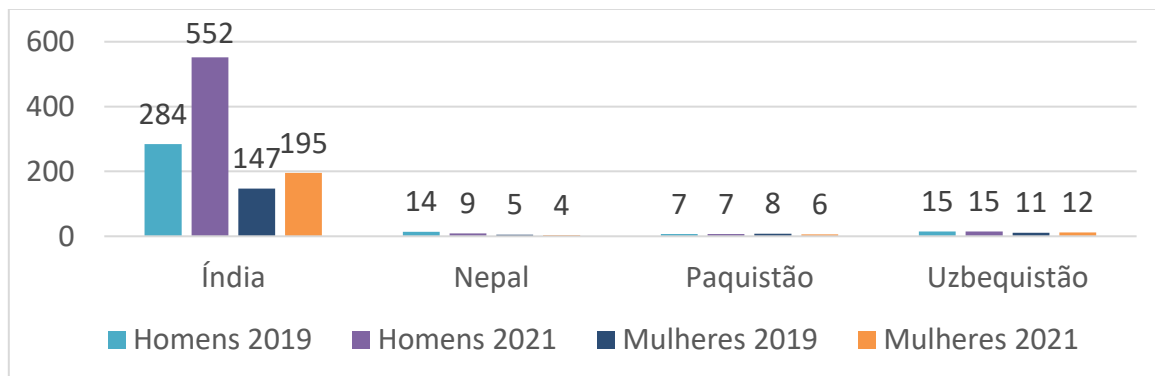
Nacionalidade	Total	Homens	Mulheres
<b>Total (Concelho)</b>	2845	1519	1326
<b>Brasil</b>	953	426	527
<b>Índia</b>	747	552	195
<b>Ucrânia</b>	360	166	194
<b>China</b>	104	55	49
<b>Roménia</b>	85	46	39
<b>Cabo Verde</b>	81	37	44
<b>Itália</b>	78	43	35
<b>França</b>	55	25	30
<b>Espanha</b>	43	22	21

**Fonte:** SEF (2021), adaptado pela própria.

Uma das comunidades que tem evidenciado um grande crescimento no nosso país é a população proveniente do Nepal e da Índia, em que houve um acréscimo superior a dez mil residentes, integrando o grupo das comunidades estrangeiras mais numerosas, tal como referido no subcapítulo anterior, com a predominância da presença de estrangeiros residentes do sexo masculino (270 habitantes) em relação ao sexo feminino (83 habitantes) (INE, 2023).

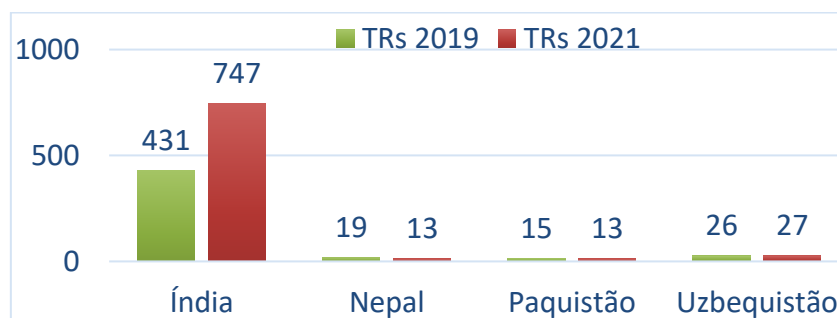
No entanto, estes dados não vão de encontro aos dados presentes no SEF, onde apesar de apresentar as mesmas conclusões sobre o aumento da presença de estrangeiros com vistos de residência provenientes da Índia, os valores apresentados são, para 2021, 552 habitantes do sexo masculino e 195 habitantes do sexo feminino, com um total de 747 com visto de residência no concelho (Gráficos 1 e 2) (SEF, 2021).

**Gráfico 1** - População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, por sexo, nos anos de 2019 e 2021.



Fonte – SEF, 2021, adaptado pela própria.

**Gráfico 2** - População estrangeira proveniente da Ásia com vistos de residência na Marinha Grande, nos anos de 2019 e 2021.



Fonte – SEF, 2021, adaptado pela própria.

Ao analisar toda a informação exposta, entende-se de forma clara como Portugal é um país com grande procura pela população estrangeira porque reflete uma imagem de uma nação segura, proporcionando à população que a procura bem-estar, qualidade de vida, melhores oportunidades laborais, entre outros.

Verifica-se como as dinâmicas migratórias presentes em Portugal, tal como acontece pelo mundo, tornam essencial que a temática da migração esteja presente nas agendas dos decisores políticos, já que este fenómeno se reflete na sociedade civil a nível social, económico e cultural.

#### 4.4. GLOBALIZAÇÃO E A SAÚDE GLOBAL – POLÍTICAS PARA APOIO À MIGRAÇÃO

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecido como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. A maioria do migrantes do mundo viajam, vivem e trabalham de forma segura, ordenada e regular. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias em formas diferentes e imprevisíveis. É por isso crucial que a oportunidade de migração

internacional nos una em vez de nos dividir, otimizando-o através da criação de políticas de migração (ONU, 2018), já que este fenómeno traz grandes desafios para a saúde pública do país de acolhimento (Oliveira & Gomes, 2018).

Surge o Pacto Global para as Migrações que estabelece a compreensão, partilha de responsabilidades e unifica o seu propósito pensando no todo (ONU, 2018) e se baseia-se num conjunto de 10 princípios orientadores transversais e interdependentes que promovem “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, envolvendo todos os níveis da Administração e da sociedade civil” (Diário da Republica, p.45).

Estes princípios foram traduzidos em 23 objetivos (Figura 9), devendo ser executados de forma continua pelos estados signatários, promulgando planos nacionais, encorajando-os a desenvolver respostas ávidas na sua implementação, com revisões regulares que devem envolver todas as partes interessadas (ONU, 2018).

**Figura 9** - Objetivos do Pacto Global para as Migrações (República Portuguesa, 2022).



**Fonte:** ONU (2018).

Destes 23 objetivos, os que se encontram associados com a área da saúde são os números 7 e 15 (ONU, 2018). No objetivo 15 foi assumido um acordo com vista a uma abordagem holística nas migrações internacionais, tendo sido identificado a necessidade de prover o acesso a serviços básicos aos migrantes, incorporando as suas necessidades de saúde nas políticas e planos locais e nacionais de saúde, segundo recomendações da OMS, através do fortalecimento das capacidades dos serviços para o acesso à saúde sem discriminação, diminuindo as barreiras de comunicação, promovendo a saúde física e mental dos migrantes e facilitando formação aos profissionais de saúde para prestação de cuidados culturalmente congruentes (Oliveira, 2023).

Mas o objetivo 1 acaba por ter também relevante na perspetiva de análise, avaliação e estudo, devido à falta de partilha ou recolha de dados relativamente aos migrantes presentes nos países

assim como dados associados à migração, o que torna difícil avaliar indicadores mundiais que levam à estruturação de intervenções mais específicas perante os problemas vivenciados por esta comunidade e às temáticas associadas como acessibilidade aos serviços (ONU, 2018).

Em 2020 é lançado pela Comissão Europeia o Plano de Ação Europeu de Integração e Inclusão 2021-2027, que refere a importância de monitorizar a integração dos migrantes no espaço europeu e dos Estados-membros assim como, de serem desenvolvidas políticas de inclusão com base nos dados, nunca esquecendo da relevância da seriação de indicadores, onde a intervenção naquelas que são as necessidades desta população é essencial, como também, a intervenção em toda a população que os acolhe (Oliveira, 2023).

A agenda 2030 tem o mote “não deixar ninguém para trás”, o que faz com que o tema migração seja uma realidade importante de analisar, encontrando-se envolvido em vários objetivos de desenvolvimento sustentável associados a esta agenda (Mosler, Vidal & Laczko, 2022).

É referido no mais recente relatório dos ODS associado às migrações que, no que diz respeito ao ODS 3 – Saúde e bem-estar, é de difícil monitorização. Isto porque embora existam mais de 50 indicadores de saúde no ODS 3, nenhum deles é específico para a saúde dos migrantes. É por isso importante melhorar as políticas de saúde para melhorar a recolha de dados que nos façam atingir esses indicadores (Mosler Vidal & Laczko, 2022).

Também a acessibilidade aos serviços de saúde, dependendo dos contextos, é um dos indicadores que apresenta os piores resultados, sendo que as barreiras no acesso à saúde e às suas instalações podem ser complexas, não esquecendo da pandemia recente de COVID-19 que expôs ainda mais as vulnerabilidades, principalmente para refugiados ou até migrantes em situações precárias, levando ao aumento dos índices de infeção e morte (Mosler Vidal & Laczko, 2022).

As barreiras no acesso a instalações e serviços de saúde podem estar associada a questões de nacionalidade ou status legal, medo de detenção e deportação, discriminação e exclusão, linguagem e diferenças culturais, falta de informação sobre os serviços e obstáculos administrativos e financeiros que impedem o acesso. Para além disto, as condições de vida adversas em que os migrantes vivem ao chegar a um novo país (problemas monetários e sociais) podem contribuir para a progressão de problemas de saúde, dificultando a procura de cuidados de saúde (Mosler Vidal & Laczko, 2022).

Por isto é importante desenvolver políticas de saúde e 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. Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde, fortalecer os sistemas de saúde, considerando as necessidades de todos os grupos vulneráveis, sendo neste caso os migrantes garantindo que se atinga as metas do ODS 3, nunca esquecendo da importância de fortalecer os meios de implementação e de revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS 17) (Mosler Vidal & Laczko, 2022).

Considerando os objetivos de desenvolvimento sustentável e 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, que tem como objetivo afirmar a saúde como um elemento essencial para uma boa governação da migração e na assistência aos refugiados, 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 (WHO, 2019).

Este plano reconhece que o direito ao acesso aos serviços de saúde por refugiados e migrantes varia de país para país e é determinado pela legislação nacional. Por isso, a sua implementação terá em conta a legislação nacional, as prioridades, circunstâncias e instrumentos internacionais sobre igualdade de acesso aos serviços públicos de saúde (WHO, 2019).

As prioridades do Plano de Ação Global para a Promoção da Saúde de Refugiados e Migrantes 2019-2023 são (WHO, 2019):

1. Promover a saúde de refugiados e migrantes por meio de uma combinação de intervenções de saúde pública de curto e longo prazo
2. Promover a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde essenciais, desenvolvendo, reforçando e implementando medidas de saúde e segurança no trabalho
3. Defender a integração da saúde dos refugiados e migrantes nas agendas globais, regionais e nacionais e a promoção de: políticas de saúde sensíveis aos refugiados e migrantes e proteção legal e social; a saúde e o bem-estar das mulheres, crianças e adolescentes refugiados e migrantes; igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e meninas refugiadas e migrantes; e parcerias e mecanismos de coordenação e colaboração intersectoriais, interpaíses e interagências

4. Aumentar a capacidade de enfrentar os determinantes sociais da saúde e acelerar o progresso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, incluindo a cobertura universal de saúde
5. Fortalecer a monitorização da saúde e dos sistemas de informação em saúde
6. Apoiar medidas para melhorar a comunicação de saúde baseada em evidências e para combater percepções errôneas sobre saúde de migrantes e refugiados

O mesmo diz o Relatório Mundial da Saúde dos Refugiados e Migrantes (WHO, 2022) referindo que é crucial abordar os determinantes subjacentes à má saúde, já que muitos deles podem não estar sob influência direta do setor de saúde, leva a que o curso de ação seja que os ministérios de saúde assumam a liderança na promulgação de abordagens que envolvam toda a comunidade para garantir a saúde dos refugiados e migrantes.

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

A WHO (2022) classifica esses determinantes relacionados: a características e comportamentos individuais (genética, género, comportamento pessoal e idade); aos 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 ao ambiente físico (água potável e ar puro; locais de trabalho saudáveis; casas seguras, comunidades e estradas; e comida e nutrição) (Figura 10).

**Figura 10** - Determinantes da saúde e fases da migração (WHO, 2022).



A experiência do deslocamento e a migração é em si um fator determinante da saúde, e examinando diferentes fases de deslocamento e migração ajuda a compreender o seu impacto.

#### 4.5. A SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL

A saúde é um direito que se encontra bem definido na constituição da república portuguesa, que refere que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, devendo promovê-la e protegê-la, sendo um serviço universal e tendencialmente gratuito, devendo ainda garantir o acesso de todos ao sistema de saúde e a todos os cuidados associados com equidade e igualdade (Lei Constitucional n.º 1/2005 publicada em Diário da República, n.º 155 – I Série - A, de 12 de agosto de 2005).

Este direito está também patente na Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019, p.56-57, referindo que todas as pessoas têm direito: “À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade, (...) 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.” Para além da universalidade de acesso a estes serviços, já referido pela Constituição, A Lei de Bases ainda acrescenta que deve haver uma preocupação ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença e no tratamento e reabilitação, existindo a integração e articulação de cuidados entre as várias instituições.

O Despacho nº25 360/2001, de 16 de novembro, refere que os cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal têm acesso e igualdade de tratamento aos beneficiários do SNS e aos cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços que o constituem.

Neste sentido a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2023) emitiu no documento “Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Universalidade” no qual acrescenta que os cidadãos imigrantes portadores de um documento emitido pela Junta de Freguesia (Atestado de Residência), têm acesso aos Cuidados de Saúde e a número de utente com igualdade de tratamento aos dos beneficiários do SNS.

No entanto, quando em situação irregular (há mais de 90 dias em Portugal sem autorização de residência) estes têm acesso a cuidados de saúde urgentes e vitais; doenças transmissíveis que representem um perigo ou ameaça para a saúde pública; cuidados no âmbito de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva; cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal e vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação.

O estado de saúde dos migrantes e a acessibilidade aos serviços de saúde são condições essenciais no processo de integração, salvaguardando a equidade de direitos humanos, isto porque os problemas de saúde e a falta de acesso aos serviços de saúde podem ser um obstáculo neste processo, com impacto em várias áreas da vida.

É por isto da responsabilidade do Ministério da Saúde, segundo o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações de incorporar “as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde nacionais e locais, garantindo o acesso não discriminatório e procurando reduzir as barreiras de comunicação” (Diário da República, 2019, p. 52).

A procura e uso dos serviços de saúde é considerada uma forma de obter ganhos em saúde, com influências por fatores sociais, demográficos, económicos ou com a situação laboral. Fatores individuais, o tempo de residência no país de acolhimento, valores e crenças culturais face à sua situação de saúde e a perceção, conhecimento e experiências relacionadas com a utilização dos serviços, têm também impacto no acesso (Dias, Rodrigues, Silva, Horta & Cargaleiro, 2010).

A apreciação do estado de saúde dos imigrantes está relacionada com a perceção, experiências e cuidados de saúde obtidos no passado, no país de origem ou no país de acolhimento, sendo influenciada pelas experiências de saúde dos diversos indivíduos e dos países onde foram adquiridas essas experiências.

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

Um outro fator que a mesma autora refere a ter em conta e que influencia a forma como os imigrantes percecionam a saúde no país de acolhimento é o tempo de residência no país de acolhimento, pois com o passar do tempo de permanência no país de acolhimento, a comunidade tende a alterar ou acumular experiências de saúde no país de acolhimento, aumentando o seu conhecimento acerca do sistema de saúde, existindo uma alteração das suas condições de vida na sociedade de acolhimento que influam diretamente na saúde (condições de alojamento; horas e riscos de trabalho; idade, entre outros) (Oliveira, 2023).

Quando questionados os imigrantes quanto à presença de doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados, os imigrantes apresentam um menor valor quando comparados com os portugueses nativos apresentando, no ano de 2022 uma percentagem de 39,8% da população imigrante que referiram a presença de doenças crónicas, ao passo que os portugueses referiram 45,1% (Oliveira, 2023).

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

Como barreira ao acesso aos cuidados de saúde primários temos o recurso 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 centros de saúde ou dos cuidados de saúde primários, recorrendo mais à automedicação (Dubois & Molinuevo, 2014).

Importante referir que as circunstâncias sociais e económicas dos imigrantes (com níveis mais baixos de habilitações, de rendimentos, piores condições de trabalho, e com maior exposição ou risco de exclusão social) afetam diretamente o seu uso dos serviços de saúde, não se devendo descurar a interferência destes determinantes sociais no seu acesso (OCDE, 2015), porque ao considerar a crise económica e financeira que assolou Portugal nos últimos anos, as necessidades de saúde que não foram satisfeitas por parte dos imigrantes aumentaram, levando, por consequência, a um incremento do seu risco de pobreza ou exclusão social (Oliveira & Gomes, 2017).

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 e a complexidade e burocracia associada ao sistema de saúde (Dias & Gonçalves, 2007, Dubois & Molinuevo, 2014). Por outro lado, as questões relacionadas com o conhecimento sobre a legislação nestas matérias, por parte dos profissionais de saúde, poderão levar à exclusão desta população aos serviços de saúde, além de comportamentos discriminatórios e estigmatizantes

relacionados com a imigração assim como a dificuldade de comunicação (Dias & Gonçalves, 2007, Dubois & Molinuevo, 2014). Acrescenta-se ainda as atitudes e as competências culturais que os profissionais de saúde têm para com os imigrantes, que vão, também, determinar a procura de cuidados de saúde por esta população (Dias et al, 2010).

A DGS (2012, p.2) refere que “os Sistemas de Saúde não são fechados. Influenciam e são influenciados pelos contextos externos e pelos outros Sistemas de Saúde, criando-se oportunidades, ameaças e um potencial de desenvolvimento a perseguir”.

Esta ideia é reforçada por Machado (2009, p. 5), que salienta:

“a saúde dos imigrantes é um dos aspetos mais importantes da integração, como exemplo de equidade no acesso aos cuidados de saúde, pelo peso sobre os sistemas nacionais de saúde e pela possibilidade de emergência de epidemias anteriormente controladas e que constituem ameaças de saúde”.

#### 4.5. MULTICULTURALIDADE E A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS IMIGRANTES

Cuidar em enfermagem é uma ação própria da profissão, afirmando um domínio científico e claro. Ao aceitarmos este facto, conseguimos compreender como todo este processo está a ser tocado por diversos fatores sociais e culturais (Albuquerque, 2009). Porque, tal como Maturana refere (1999), o cuidado humano, para além de um ato, é uma forma de anuência com o outro em todos os seus elementos.

A multiculturalidade tem por base o respeito pela diversidade do outro, permitindo a expressão e partilha de sentimentos, ideias e opiniões que, através da empatia, leva à aceitação daquela que é a realidade do outro. No fundo, tem por base a procura de conhecimento sobre uma realidade diferente àquela que se conhece através da convivência com a diversidade, permitindo um crescimento constante da pessoa como enfermeiro para poder realizar a sua prática de forma congruente com o mundo que o rodeia (Albuquerque, 2009).

Perante isto, compreende-se que o reconhecimento da cultura e valores, princípios e ideologias dos migrantes e suas famílias é fundamental em todo o processo de planeamento e prestação de cuidados de saúde e que, como enfermeiros que asseguram cuidados de saúde holísticos à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, em cuidados de saúde primários, juntamente com os fluxos migratórios presentes em Portugal, a adoção de estratégias específicas na prestação de cuidados à população imigrante é essencial.

Surge assim a importância do conhecimento da cultura, de olhar para o indivíduo considerando não só as suas características biofísicas e psicológicas, mas também todas as outras que influenciam os seus comportamentos, onde a qualidade de vida é um fenómeno holístico, culturalmente construído, segundo os valores, crenças, símbolos e expressões normalizadas por culturas específicas que guiam e promovem a saúde e bem-estar. 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)

Outro conceito que aparece associado é competência cultural que 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 procuram melhorar a sua comunicação, consideram as características específicas de cada cultura adequando as suas intervenções a esta realidade (Vilelas & Janeiro, 2012).

Como profissionais da comunidade, o enfermeiro será a pessoa mais indicada para desenvolver e implementar estratégias adequadas à população migrante, onde o EESCSP possui competências ao nível da metodologia do planeamento em saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com aptidão para capacitar esta comunidade na adoção de estilos de vida saudáveis consoante as suas crenças e religião, assim como na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação (Regulamento 428/2018, 2018).

Foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho ter bem ciente estes conceitos associados ao modelo de Leininger designado Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural já desenvolvido no capítulo 2, já que o desenvolvimento de competências culturais como EESCSP, sendo esta teoria a única que relaciona a cultura e os cuidados de saúde e bem-estar, conduzindo o enfermeiro a promover a preservação, a acomodação ou repadronização das práticas, de forma a que a comunidade possa alterar padrões de vida e assim obter ganhos em saúde (Seima, Michel, Méir, Wall & Lenardt, 2011).

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

O EEESCSP, 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 planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993) é essencial para avaliar o estado de saúde de uma comunidade, nunca esquecendo o referencial teórico para melhor direcionar as intervenções.

O PS permite que as ações possam ser executadas de forma racional, que possuam a efetiva capacidade para alterar a realidade e que se possam projetar no futuro (Imperatori & Giraldes, 1993), constituindo a melhor opção para a intervenção comunitária, em que estrutura a melhor intervenção em função dos principais problemas, o que possibilita alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente e os resultados pretendidos com a melhor gestão de recursos (Tavares, 1992).

Neste capítulo são abordadas as várias etapas do PS, em que o seu principal objetivo é a melhoria da qualidade da saúde da população, considerando os conhecimentos atuais e os recursos disponíveis, sendo desenvolvido em várias etapas coerentes entre si e exequíveis e que permitem antecipar acontecimentos futuros (Rodrigues, 2021).

Como já referido no capítulo anterior, a metodologia do planeamento em saúde é dividida em três grandes etapas que serão desenvolvidas em seguida (Imperatori e Giraldes, 1993):

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

Para o desenvolvimento deste processo, e perante a realidade presente no concelho da Marinha Grande relativamente ao aumento da população migrante proveniente da Índia, foi proposto a consecução do projeto **ENGAGE – Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande**. Os objetivos delineados foram:

- Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Índia, residentes na Marinha Grande;

- Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
- Identificar o nível de empoderamento comunitário, com os *stakeholders* e informantes-chave da comunidade imigrante.

Teve início no mês de outubro de 2023 e terá o seu fim em março de 2027, sendo este tempo essencial para investir na promoção do empoderamento da comunidade de imigrantes proveniente da Índia, residentes na Marinha Grande e realizou-se nas instalações da Junta de Freguesia da Marinha Grande.

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

De seguida, apresentam-se as várias etapas do planeamento em saúde na consecução do **Projeto Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande (ENGAGE)**.

### 5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

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

Para a elaboração do diagnóstico e consequente elaboração de um projeto de intervenção comunitária, em contexto da prática clínica do Estágio de ESCSP, é importante conhecer a comunidade em que vamos intervir e quais as suas necessidades de forma que a operacionalização deste projeto seja a mais adequada.

Para a realização do diagnóstico e consequente elaboração de um projeto de intervenção comunitária, em contexto da prática clínica do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi necessário realizar uma articulação entre a USP Polo da Marinha Grande e a UCC da Marinha Grande, onde ficou definido que a área de intervenção seriam os imigrantes da Índia, pois verifica-se um incremento desta comunidade no concelho da Marinha Grande, nos últimos anos, tendo-se tido mais consciência desta realidade na altura da Pandemia, com a vacinação, realização de testes de diagnóstico COVID e isolamentos profiláticos.

Estes momentos permitiram perceber que se desconheciam os seus modos de vida, a sua cultura, as necessidades reais e sentidas, justificando desta forma um trabalho com esta comunidade. 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.

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

### **- População Alvo**

A população alvo deste estudo foi a população indiana residente no concelho da Marinha Grande, com idade igual ou superior a 18 anos, que falasse português e tivesse conhecimentos para a análise da problemática em estudo (cultura, crenças, rituais, estilos de vida, entre outros), tendo sido selecionada por conveniência, considerando o seu envolvimento e conhecimento sobre a sua própria comunidade.

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

Foi realizado pedido de parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria para a realização deste estudo, que foi deferido (Parecer N° CE/IPLEIRIA/57/2023) (Apêndice 1).

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

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

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

Para Fortin (2009), a recolha de informação com os participantes é um aspeto essencial no processo de investigação, podendo ser colhidos de várias formas. É da responsabilidade do investigador determinar o instrumento de medida que melhor convém ao tipo de estudo. A escolha do método de colheita de dados está dependente do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis.

Para a colheita de dados relativos à comunidade indiana, foi realizada uma entrevista semiestruturada a imigrantes, em que recorremos a pessoas representativas da comunidade. Este instrumento permite ao investigador observar, entrevistar e interpretar as várias dimensões estipuladas para a sua própria pesquisa, sendo valorizada a subjetividade, já que permite selecionar as pessoas que representem o universo a descrever (Minayo, 2010).

Definiram-se como informantes-chave as pessoas que, pelo tempo de residência em Portugal e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade e a sua influência, são conhecedores do domínio em estudo, tendo conhecimentos específicos sobre a cultura, as crenças, estilos de vida e outros aspetos que irão ajudar o investigador a definir os determinantes de saúde.

Estas entrevistas tiveram como objetivo compreender melhor e a clarificar o fenómeno em estudo, já que, tal como Fortin (2009, p. 375) refere, uma entrevista deve ter como funções “examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes” e conhecer as crenças de saúde dos indianos.

A entrevista, segundo Leininger (1994) permite abordar assuntos pessoais e aprofundar aspetos observados, admitindo correções e esclarecimentos, com vista à maior segurança e fidedignidade na coleta e análise dos dados. Sorrel e Redmond (1995) acrescentam que a entrevista é um momento de partilha de informações de carisma não só informativo como emocional, envolvendo quando intimidade, sendo importante que este seja bem planeada e que seja realizada num ambiente de confiança e harmonia, sendo este método considerado muito importante para uma boa coleta de dados.

Optou-se por construir um guião para a entrevista semiestruturada com as dimensões do modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que se constitui como orientador concetual e estrutural do projeto: Fatores Tecnológicos, Fatores Religiosos e Filosóficos, Fatores Sociais e de Parentesco, Crenças e

Valores Culturais, Fatores Políticos e Legais, Fatores Educacionais e Fatores Económicos (Apêndice 12).

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

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

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

### **- Análise E Discussão Dos Resultados**

Os dados obtidos pela entrevista foram tratados através da análise de conteúdo segundo Bardin (2010), que considera esta técnica comporta por um conjunto de técnicas de análise, com recursos a textos escritos, com a finalidade de obter indicadores quantitativos que permitam inferir conhecimentos associados às condições de produção e receção das mensagens, sendo utilizado para o estudo de motivações, atitudes, valores, crenças e tendências (Triviños, 2007).

As entrevistas foram realizadas a 4 indivíduos imigrantes indianos do sexo masculino. Não foi possível realizar entrevistas a mulheres por não cumprirem os critérios de inclusão definidos para a realização das entrevistas.

Caracterizando os indivíduos entrevistados, é possível definir que a média de idades foi de 34 anos, com uma amplitude de variação entre os 24 e os 41 anos de idade.

Os imigrantes entrevistados vivem com a família, estando a família mais próximo presente em Portugal. Dois dos entrevistados têm casa própria, estando os outros em casa arrendada.

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

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

Considerando o estado de saúde, dois dos entrevistados já possuem diagnósticos de doença crónica, mais precisamente de Hipertensão Arterial e Diabetes, com seguimento por médico de família no centro de saúde da Marinha Grande.

Efetuada a transcrição e respetivas correções, foi realizada a análise de conteúdo, identificando-se as categorias de significado que se pretendiam analisar segundo os objetivos do estudo. Estas são classes que agrupam elementos que possuem características comuns e que através de uma descrição objetivo e sistemática do conteúdo das comunicações leva à sua interpretação (Bardin, 2010).

Esta análise de conteúdo tem como objetivo retirar assuntos e adquirir conhecimento profundo dos valores e crenças que orientam as práticas dos imigrantes indianos, envolvendo uma interpretação, compreensão sobre o que dizem e sobre o que fazem (Bardin, 2010).

Para facilitar esta análise, utilizou-se o programa informático webQDA, permitindo associar o seu conteúdo às dimensões presentes no Modelo Sunrise (Apêndice 13).

Com a análise das entrevistas e considerando as dimensões do Modelo Sunrise, a que apresentou um maior número de referências foi a dimensão relativa ao **Valores culturais e Modos de Vida**, onde o conceito de saúde encontra-se relacionado a adoção de bons estilos de vida, recorrendo aos serviços de saúde somente quando estão doentes e quando a “Medicina Tradicional” /Popular não deu resposta inicial.

Os **Fatores Religiosos** acabam por estar interligados com as restantes dimensões, com grande influência no conceito de saúde/doença, sendo estabelecidas regras e normas no seu dia-a-dia, desde a alimentação, estilos de vida ou a prática do culto.

Isto leva a falar sobre os **Fatores Educacionais**, onde os conhecimentos obtidos destas regras, normas e até a informação associada aos conceitos de saúde/doença é transmitido de geração em geração, podendo também ser obtida durante a sua formação escolar, mas não é habitual.

Esta educação dada leva a que, quando chegam ao país de acolhimento, a informação sobre a acessibilidade aos serviços de saúde seja maioritariamente obtida por familiares, amigos e, em casos mais específicos, pela entidade patronal ou pela Junta de Freguesia, para requisição de algum documento, existindo uma falta de conhecimento sobre os seus direitos e deveres no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, aos cuidados de saúde (**Fatores Políticos**).

Um ponto presente ao longo das entrevistas foi a barreira da comunicação, sendo um grande desafio a aprendizagem da língua portuguesa. Com trabalhos sazonais, pouca rede familiar de apoio, os entrevistados referem que normalmente vão para trabalhos onde já estão presentes outros indianos, obtendo o apoio perante esta nova realidade e atrasando a procura de cursos de língua portuguesa (**Fatores Tecnológicos, Fatores de Parentesco e Sociais**).

Com uma situação precária e deparando-se com um custo de vida no país de acolhimento mais elevado, com o problema da habitação presente (**Fatores Económicos**), esta comunidade indiana encontra-se numa situação vulnerável, com necessidade de uma intervenção que permita desenvolver os seus conhecimentos como a melhorar a sua qualidade de vida.

#### **- Diagnóstico de Enfermagem**

Perante os dados analisados relativamente aos determinantes de saúde da população imigrante proveniente da Índia, residentes na Marinha Grande, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que permite uniformizar a linguagem da enfermagem e apoiar a sua prática (ICN, 2021):

- Atitude Face ao estado de Saúde-doença comprometida, associada à cultura;
- Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde;
- Barreira à comunicação associada à Língua.

## 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 perceção 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 comprometido.

Com esta priorização sobre qual problema se deve incidir primeiros não significa que os restantes não são igualmente importantes, mas poderão ter intervenção quando a conjuntura assim o permitir (Rodrigues, 2021).

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

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

Este método, apesar das suas limitações, pode ser adequado em contextos do desenvolvimento de projetos, ações ou serviços com objetivo de gestão de recursos escassos (Teixeira, 2010, citado por Rodrigues, 2021).

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

Definidos os critérios, foram aplicados e analisados os resultados das ponderações atribuídas a cada problema identificado (Quadro 3).

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

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

**Fonte:** Realizado pela própria.

Surgem assim o problema para intervenção: Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde.

### 5.3. FORMULAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Chega-se à terceira etapa, a formulação e definição de objetivos, fase essencial após a definição dos problemas e da sua priorização.

Entende-se como objetivo como algo que se deseja atingir, sendo um passo fundamental para o planeamento, organização, liderança e controlo de um projeto, sendo como uma estrela guia que orienta o nosso caminho para o fim desejado – ganhos em saúde (Parreira, 2005, citado por Rodrigues, 2021). Só assim poderemos compreender se a execução do projeto é efetiva e é possível avaliar os resultados obtidos (Imperatorii & Giraldes, 1993).

Pode-se categorizar os objetivos segundo a finalidade, por objetivos gerais, onde será o foco do projeto, os objetivos específicos, que surgem do foco principal, e em metas, temporizando os objetivos específicos (Melo, 2020). Ressalva-se que os objetivos específicos podem também ser designados por metas, sendo traduzidos em indicadores de atividade, com mensuração a curto prazo (Tavares, 1990 & Parreira, 2005 citados por Rodrigues, 2021).

Todo este processo é muito metódico, encontrando-se envolvido na tarefa rigor para que não exista comprometimento da validade e viabilidade do projeto, devendo este ter como base o diagnóstico para que se possa delinear indicadores que levem à melhoria do estado de saúde (Melo, 2020).

Considerando que a prioridade determinada para esta fase do projeto é a falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde, a sua finalidade é melhorar o conhecimento da comunidade imigrante indiana residente na Marinha Grande sobre o acesso aos cuidados de saúde. Como objetivo geral, promover o empoderamento comunitário da comunidade imigrante indiana residente na Marinha Grande para um melhor acesso aos cuidados de saúde.

Para os objetivos específicos, define-se melhorar a gestão comunitária dos imigrantes indianos quanto ao conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde e promover a literacia, capacitando os imigrantes para o acesso à saúde.

Para que possa haver uma avaliação dos objetivos, há que definir indicadores para determinar a relação entre o diagnóstico de enfermagem e a população avaliada (Melo, 2020). Imperatorii e Giraldes (1993) definem indicador como a relação entre um resultado esperado e uma população em risco, onde os seus resultados vão permitir não só avaliar as intervenções como quantificá-las, permitindo compreender como influenciaram a melhoria do estado de saúde.

Apesar de não ter sido possível a verificação dos indicadores em seguida delineados, é importante referi-los para que, com a continuidade do trabalho, possam ser avaliados. São, assim, apresentados de seguida a proposta dos indicadores de atividade e de resultado e as respetivas metas para este projeto (Quadro 4).

**Quadro 4** - Objetivos, indicadores de atividade e de resultados e metas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	INDICADORES DE ATIVIDADE	META
- Melhorar a gestão comunitária dos imigrantes indianos quanto à atitude face ao estado de saúde-doença	<b>Taxa de participação no grupo focal para avaliação da gestão comunitária</b> (Número de imigrantes participantes no grupo focal / Número de imigrantes convocados para o grupo focal) × 100	Que 60% dos imigrantes participem no grupo focal
	<b>Taxa de sessões realizadas aos imigrantes indianos</b> (Nº de sessões realizadas / Nº de sessões programadas) × 100	Que 100% das sessões programadas se realize
	<b>Taxa de participação (assiduidade) nas sessões aos imigrantes indianos</b> (Nº de imigrantes indianos presentes na sessão / Nº médio de imigrantes que frequentam as aulas de português) × 100	Que 80% dos imigrantes inscritos participem nas sessões
	<b>Taxa de distribuição matérias de informação educação e comunicação em saúde (guia de acolhimento) nas sessões</b> (Nº de imigrantes indianos que receberam o guia de acolhimento / Nº total de imigrantes indianos residentes na Marinha Grande) × 100	Que 50% dos imigrantes indianos tenham recebido o guia de acolhimento
	<b>Taxa de reuniões com stakeholders da comunidade</b> (Nº de reuniões realizadas/Nº de reuniões agendadas) × 100	Que 100% das reuniões agendadas se realizem
- Promover a literacia, capacitando os imigrantes para o acesso à saúde	<b>INDICADORES DE RESULTADO</b>	
	<b>Taxa de melhoria da gestão comunitária dos imigrantes</b> Aplicação do EAvEC ao grupo de imigrantes no qual serão verificados os domínios com um baixo valor de empoderamento (Nº de domínios do EAvEC com baixo valor de empoderamento / Nº total de domínios da escala EAvEc) × 100	Melhoria em 20% quanto ao número de domínios da escala EAvEC com baixo valor de empoderamento
	<b>Nível de importância das sessões para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde</b> Nº de imigrantes indianos que acharam importantes as sessões / Nº total de imigrantes indianos participantes nas sessões) × 100	Que 80% dos enfermeiros considerem como importantes as sessões realizadas para o seu desempenho profissional
	<b>Taxa de satisfação dos imigrantes</b> (Nº total de imigrantes que avaliaram positivamente as sessões / Nº total de imigrantes participantes nas sessões) × 100	Que 70% dos imigrantes avalie positivamente as sessões a partir de questionário de satisfação
	<b>Taxa de melhoria da literacia em saúde dos imigrantes indianos sobre o acesso aos cuidados de saúde</b> Aplicação das subescalas 7, 8 e 9 da escala Health Literacy Questionnaire quanto ao acesso aos cuidados de saúde (nº de domínios da escala com baixo valor/nº total de domínio) × 100	Melhoria em 20% quanto ao número de domínios da escala com baixo valor de literacia.

Fonte: Realizado pela própria.

#### 5.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do planeamento tem uma enorme pertinência porque é através dela que se escolhe as intervenções mais adequadas para atingir os objetivos e, conseqüentemente, que as necessidades de saúde sejam satisfeitas (Imperatori & Giraldes, 1993; Rodrigues, 2021).

O EESCSP, ao selecionar as estratégias, deve considerar as relações custo-efetividade e custo-benefício, a população-alvo e na sua execução, permitindo que sejam realizadas mudanças e, por consequência, melhoria no estado de saúde da comunidade (Melo, 2020; Rodrigues, 2021).

Para dar resposta às necessidades identificadas no presente projeto, foram planeadas estratégias, cuja concretização não foi conseguida na sua totalidade, associado ao curto tempo para o seu desenvolvimento.

A primeira foi o **Empoderamento Comunitário**, através da utilização do MAIEC. Como já referido no capítulo 2, o empoderamento comunitário desenvolve comunidade 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). Por isto, o EESCSP deve desenvolver intervenções que promovam a liderança comunitária com o recurso ao ensino da comunidade sobre como proceder para conseguirem aceder aos serviços de saúde da forma mais eficaz possível.

Para tal, antes da aplicação do MAIEC, aplica-se a EAvEC através de um **Grupo Focal**, outra estratégia que permite a recolha de informação, através da discussão de um assunto de interesse, levando à sua compreensão, respeitando as regras da aplicação da escala, tal como referido no capítulo 2. Esta estratégia permite a capacitação de grupos e comunidades através da autopercepção do problema e da procura com os *stakeholders* pelas respostas ao mesmo.

Outra estratégia importante para o desenvolvimento deste projeto será o desenvolvimento de **parcerias** porque, 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.

Considerando ainda a proposta de intervenção, e considerando o processo de intervenção segundo a matriz de decisão clínica segundo o MAIEC, a estratégia de **sessões de educação para a saúde com os imigrantes** será também fundamental, de forma a poder capacitar a população relativamente ao diagnóstico falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde, aumentando a literacia em saúde e, conseqüentemente, o empoderamento comunitário.

## 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, 2018).

Inicia-se assim por identificar e caracterizar as atividades a serem desenvolvidas segundo os objetivos definidos, onde se coloca em prática as etapas anteriores, permitindo a intervenção em conjunto com o grupo (Tavares, 1990, Imperatori & Giraldes, 1993).

É, antes de mais, importante diferenciar programa de projeto. O programa tem orientação a médio prazo, com o desenvolvimento de um conjunto de atividades que dão resposta a uma estratégia e, conseqüentemente, a objetivo geral. Já o projeto é de curto prazo, em que se define um objetivo a atingir, se clarificam as estratégias e se mobilizam recursos para o alcançar, através de um processo contínuo, implementando uma mudança. É, assim, limitado a uma determinada população (Melo, 2020, Rodrigues, 2021)

Considerando então as etapas do planeamento em saúde, nesta são elaboradas atividades para o problema identificado, mais precisamente a falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante indiana, tendo em conta a matriz de decisão do MAIEC, que tem como objetivo a promoção do empoderamento comunitário.

De salientar que este projeto prevê uma linha temporal que vai para além do término deste estágio. Como autora que iniciou este projeto, gostaria que tivesse sido possível implementá-lo na íntegra. No entanto, devido à limitação do tempo, mas com a meta de obter ganhos em saúde para a Comunidade, sei que este terá continuidade na UCC já que era uma necessidade percebida pelos elementos da equipa e parceiros envolvidos.

Tendo o MAIEC como modelo de intervenção, a sua matriz implica a aplicação da escala EAvEC, deve-se, em seguida realizar a avaliação da gestão comunitária com a avaliação da literacia sobre o acesso aos cuidados de saúde da comunidade indiana, tendo em conta as três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário.

As atividades a serem realizadas iriam ao encontro dos subdiagnósticos identificados como comprometidos, sendo que a proposta envolveria sempre o desenvolvimento de um guia de acolhimento com as informações que a população necessita de conhecer para acorrer aos serviços de saúde e sociais, sessões de educação para a saúde que iriam integrar as aulas de

português, sendo estabelecida uma parceira com uma das instituições que oferece estas preleções.

Nesta proposta, seriam também incluídas sessões para os profissionais de saúde para apresentação deste projeto, do guia de acolhimento para que possam não só conhecer a sua existência como também promulgar esta informação, possibilitando que seja também possível compreender o conhecimento dos profissionais sobre esta informação e, assim, melhorar a prestação de cuidados e o acesso desta comunidade aos cuidados de saúde.

Por fim, seria realizada a avaliação destas intervenções, com nova aplicação da escala EAvEC e da literacia em saúde. Esta avaliação permitiria compreender se houve melhoria dos indicadores, do empoderamento comunitário da população e, conseqüentemente, dos objetivos delineados.

Como recursos, seriam necessários um computador e um projetor (que poderiam ser fornecidos pela escola ou local onde são lecionadas as aulas de português ou pela UCC da Marinha Grande) e o guia de acolhimento e os Questionários, que poderiam ser impressos pela UCC da Marinha Grande ou acessíveis através de uma plataforma online.

## 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).

Esta fase inicia-se com a realização de um Grupo Focal que tem como objetivo avaliar do nível de Empoderamento Comunitários da comunidade imigrante em estudo, com recurso à aplicação da EAvEC de Melo (2020).

Para tal, foram convocados 9 participantes, no qual participaram *Stakeholders* que estão envolvidos com a comunidade imigrante indiana residente na Marinha Grande: representante da Junta de Freguesia; enfermeira especialista em ECSP Coordenadora da UCC; professor de português das aulas ministradas na Igreja Batista; enfermeira especialista em ESF da USF; uma enfermeira especialista em ECSP e uma médica da USP; e três informantes-chave da comunidade indiana

Os participantes do grupo focal foram convocados por email, realizou-se na Junta de Freguesia da Marinha Grande e teve em consideração as recomendações éticas e legais preconizadas, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes,

tendo sido explicado a sua realização e o respetivo consentimento informado que os participantes assinaram (Apêndice 1).

A aplicação da escala implicou uma discussão dos 9 domínios já apresentados no subcapítulo 2.2., possibilitando a elaboração do gráfico radar, onde se pode observar um baixo nível de empoderamento comunitário da Liderança Local, Estruturas Organizativas, Habilidade para Questionar o Porquê e a Gestão de Programas, todas avaliadas com o nível 1. Para os restantes domínios é possível haver melhoria do empoderamento comunitário (Gráfico 3) (Apêndice 14).

**Gráfico 3** - Avaliação Do Empoderamento Da Comunidade Imigrante Para A Falta De Conhecimento Acerca Do Acesso Aos Cuidados De Saúde



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

Esta intervenção permitiu compreender como o trabalho em rede e as parcerias são essenciais, sendo através delas que a comunidade pode procurar ajuda a encontrar os recursos adequados para a resolução dos seus problemas, com o apoio e participação nos interesses de outras organizações (Melo, 2020).

Para além disto, a própria discussão dos vários domínios permitiu que os seus elementos compreendessem a realidade que a comunidade indiana vive enquanto elementos da comunidade da Marinha Grande, refletindo sobre de que forma podem intervir para melhorar as suas condições de vida assim como de que forma os recursos e parcerias devem ser estabelecidos para poder atingir os objetivos delineados e, conseqüentemente, ganhos em saúde.

Considerando as estratégias delineadas e os objetivos do projeto, a proposta de atividades a desenvolver seriam:

- Apresentação do diagnóstico de situação de saúde à comunidade imigrante indiana e *stakeholders*;

- Apresentação e divulgação do Projeto ENGAGE aos *stakeholders*;
- Sessões de educação para a Saúde aos imigrantes indianos sobre direitos e deveres à saúde, como aceder aos cuidados de saúde e apresentação dos contactos associados ao processo;
- Sessões de grupo com enfermeiros, salientando a importância da prestação de cuidados à comunidade imigrante indiana culturalmente congruentes, nas quais estariam presentes membros da comunidade indiana;
- Realização do “Guia de acolhimento aos serviços de saúde para imigrantes” para ser entregue aos imigrantes quando chegam à Marinha Grande, no Centro de Saúde, na Junta de Freguesia, na Igreja Batista, na Câmara Municipal e aquando do início das aulas de Língua Portuguesa.

Estas atividades implicam um *marketing* social em saúde, que implicam “a adoção de comportamentos e a promoção de ideias que promovam o desenvolvimento da saúde das pessoas, seja a nível individual ou coletivos”, permitindo obter ganhos em saúde e a promoção do desenvolvimento comunitário (Melo, 2020, p. 68). Isto torna o enfermeiro como um arquiteto de escolha, um interlocutor que define um contexto favorável para as pessoas escolherem de forma informada o caminho que querem seguir, alicerçando as escolhas tomadas e respeitando o livre arbítrio de cada um (Thaler & Sunstein, 2009, Melo, 2020).

## 5.7. AVALIAÇÃO

Nesta última etapa do planeamento em saúde são comparados os resultados iniciais com os que se obtiveram com a execução das intervenções delineadas, sendo possível concluir se os objetivos traçados foram alcançados e, conseqüentemente, que melhorias ou correções na operacionalização do programa ou projeto devem ser realizados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação é um instrumento que permite compreender os sucessos e os insucessos das intervenções desenvolvidas assim como o seu efeito na comunidade, considerando os objetivos e indicadores estabelecidos (Rodrigues, 2021).

Apesar de não ter sido possível chegar até esta etapa devido às restrições já referidas, é importante salientar que, informalmente, foi possível observar resultados daquela que foi a intervenção referida – a aplicação da EAVEC – onde a discussão e a partilha de experiências levaram a estabelecer novas parcerias e a compreender qual o caminho a tomar para melhorar

o modo de vida desta comunidade, dando resposta ao objetivo Identificar o nível de empoderamento comunitário, com os *stakeholders* e os informantes-chave.

A realização das entrevistas a elementos da comunidade imigrante da Índia permitiu adquirir conhecimentos sobre aquela que é a sua cultura, crenças e costumes, assim como a perceção sobre as dificuldades que sentem quando chegam ao nosso país (a aquisição de uma casa, encontrar uma atividade laboral) e a falta de conhecimento que têm sobre o acesso aos cuidados de saúde, que pode influenciar a tomada de decisão associada à sua saúde.

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

Obtendo estas informações, foi possível atingir os objetivos:

- Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes indianos, residentes na Marinha Grande;
- Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário.

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

Este projeto, apesar de não ter sido completamente concretizado no decorrer deste estágio, possui grande valor para esta comunidade e para os *stakeholders* envolvidos, o que permite que a sua continuidade seja uma realidade, podendo mesmo integrar a carteira de serviço da UCC da Marinha Grande, assim como os futuros alunos de mestrado de ESCSP que aqui realizem o seu percurso curricular, desenvolvendo as suas competências como enfermeiros especialistas e promovendo a saúde da população com a obtenção de ganhos em saúde.

## CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio resume a continuidade de um percurso formativo com vista à aquisição de competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e duas famílias em formas diferentes e imprevisíveis (ONU, 2018).

Face aos novos desafios que esta problemática traz, é fundamental que os enfermeiros adquiram 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.

A implementação de cuidados especializados em enfermagem são uma garantia de ganhos em saúde para o cidadão e para a gestão de recursos.

É ao EESCSP que cabe responder, segundo os padrões de qualidade, aos processos de vida e a problemas de saúde de grupos e comunidades, detendo ele competências específicas para o desenvolvimento de projetos e programas que permitem a capacitação dos grupos e comunidades assim como o seu empoderamento (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A realização da RIL permitiu compreender a realidade vivida pela população imigrante, concedendo-me a melhor evidência para sustentar a prática, nomeadamente, na formulação das entrevistas para a realização do diagnóstico de situação da comunidade indiana, avaliando assim as necessidades expressas e orientando a tomada de decisão clínica no desenvolvimento do PS.

Realça-se o projeto ENGAGE, um projeto-piloto baseado na evidência, com o intuito de conhecer melhor a comunidade imigrante vulnerável (população proveniente da Índia), os seus determinantes de saúde por forma a apoiar o seu empoderamento comunitário no acesso aos cuidados de saúde.

A elaboração e operacionalização deste projeto permitiu alcançar um efeito positivo junto dos parceiros e o nível de conhecimento quanto aos determinantes de saúde da comunidade indiana residente no concelho da Marinha Grande. Para a implementação das intervenções propriamente ditas de empoderamento comunitários, devido ao término do estágio, fica a

equipa mobilizada com novos parceiros e recursos, de forma a iniciar a consolidação das intervenções.

Todo este trajeto foi fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESCSP, dando resposta aos objetivos de estágio. De um modo geral, ao longo do estágio foi possível realizar a avaliação do estado de saúde de uma comunidade vulnerável, através da análise de determinantes de saúde e dados epidemiológicos, procedendo-se, perante estes dados, à elaboração do projeto, nunca esquecendo aqueles que são os objetivos delineados para o PNS e os seus programas associados (Ministério da Saúde, 2022).

Quanto à consecução dos objetivos específicos, ficou demonstrado:

- O domínio do conhecimento no âmbito da ECSP em contexto de USP e UCC para a implementação de programas e projetos de saúde;
- O conhecimento avançado na utilização de referenciais teóricos da disciplina na execução dos processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente, o recurso à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo com o desenvolvimento do projeto ENGAGE.
- A contínua reflexão crítica sobre as práticas e dos resultados da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;
- A elaboração do presente relatório da prática, onde se descrevem as várias fases do PS: a apresentação do diagnóstico de saúde efetuado; a expressão do resultado da avaliação do empoderamento da comunidade imigrante para a “Falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde”; e documentação dos domínios que mais requerem intervenção, nomeadamente a nível: da Liderança Local, das Estruturas Organizativas, da Habilidade para Questionar e da Gestão de Programas.

Com a elaboração deste relatório, foi possível refletir sobre o impacto que a qualidade da minha integração na equipa da USP e da UCC teve sobre a abordagem dos diferentes programas/projetos, o desenvolvimento de competências específicas e o desenvolvimento dos descritores de Dublin relativos ao 2º ciclo de estudos do Ensino Superior, no aperfeiçoamento da capacidade de análise, reflexão, planeamento e comunicação do trabalho em equipa.

A publicação dos resultados através de um póster (Apêndice 4) e de duas comunicações orais (Apêndices 3 e 5) contribui para o desenvolvimento das competências do EE, como também da disciplina de Enfermagem, proporcionando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Como em qualquer momento de aprendizagem, existem fatores facilitadores e barreiras, tornando-se importante a sua análise. Um dos fatores facilitadores foi a disponibilidade e partilha por parte de todos os elementos das equipas constituintes, tanto na USP como na UCC, em especial das enfermeiras orientadoras, o que permitiu a integração e proporcionou oportunidades para o desenvolvimento das minhas competências como EESCSP.

A grande barreira foi o tempo, que não facilitou a aplicabilidade de todas as fases do PS

Acrescento ainda que é importante continuar a investigar as dimensões e implicações dos cuidados de saúde a população imigrante indiana residente na Marinha Grande, permitindo um incremento na acessibilidade e equidade em saúde, sendo para isso fundamental a continuidade deste projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES PL (2016). Plano de Ação 2016-2018. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Leiria. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/O%20QUE%20OFERECEMOS/PAUSPACESPL2016-2018.pdf>
- ACES PL (2023). Perfil Local de Saúde 2023. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Leiria.
- ACSS (2023). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023. Disponível em [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao\\_CSP\\_2023\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf)
- Albuquerque, A. (2009). A Perspetiva Multicultural do Cuidar em Enfermagem, in Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar (pp. 131-146), Loures. Lusociência.
- Apostolo (2017). Síntese da evidência no contexto da transladação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bardin, L. (2010). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Associação Médica Mundial. (2013). Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Disponível em [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia\\_2013.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf)
- Bogdan, Robert e Biklen, Sari. (1994). Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria dos métodos. Porto: Porto Editora
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Figueiredo, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém. v, 2, 1-20. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Ceu-BarbieriFigueiredo/publication/273440695\\_Teoria\\_da\\_Diversidade\\_e\\_Universalidade\\_do\\_Cuidado\\_Cultural\\_Analise\\_segundo\\_o\\_Metodo\\_Sintetico\\_de\\_McEwen\\_e\\_Wills/links/5500b7290cf2d61f82106ff9/Teoria-daDiversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-eWills.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Ceu-BarbieriFigueiredo/publication/273440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/5500b7290cf2d61f82106ff9/Teoria-daDiversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-eWills.pdf)
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 – Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Decreto-Lei N.º 52/2022 De 4 De Agosto Da Presidência Do Conselho De Ministros. (2022). Diário da República: I Série, N.º 150. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto Lei n.º 95/2019, de 4 setembro. (2019). Lei de bases da Saúde. Diário da República. 1.º serie. N.º 169. (2019). Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Decreto-Lei n.º 136/2015 (28 de julho de 2015). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República. <https://files.dre.pt/1s/2015/07/14500/0508105091.pdf>
- Decreto-Lei N.º 28/2008 De 22 De Fevereiro Do Ministério Da Saúde. (2008). Diário da República: I série, N.º 38. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República 1.a série — N.º 109. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- DGS (2021). Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/alimentacao-ao-longo-do-ciclo-de-vida/#GuiaLanchesEscolares.pdf>
- DGS (2018). Norma n.º 015/2018. Rastreio Saúde Visual Infantil. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/rastreio-saude-visual-infantil.pdf>
- DGS (2016). Programa Nacional Para a Saúde da Visão – Revisão E Extensão 2020, Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15278/1/i022608.pdf>
- DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa. Disponível em [https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa\\_NSE\\_2015.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf)

- DGS (2012). Fortalecer a Participação de Portugal na Plano Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Saude-Global.pdf> Direção Geral da Saúde (2005). Programa Nacional para a Saúde da Visão., Lisboa. Disponível em <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-da-Vis%C3%A3o.pdf> Diário da República (2019). Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019 : Aprova o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações., disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15800/0004500054.pdf>
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., e Cargaleiro, H. (2010). Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq Med*, 24(6), 253-9. Disponível em [https://www.academia.edu/7088977/Procura\\_de\\_Cuidados\\_e\\_Acesso\\_aos\\_Servi%C3%A7os\\_de\\_Sa%C3%BAde\\_em\\_Comunidades\\_Imigrantes\\_Um\\_Estudo\\_com\\_Imigrantes\\_e\\_Profissionais\\_de\\_Sa%C3%BAde](https://www.academia.edu/7088977/Procura_de_Cuidados_e_Acesso_aos_Servi%C3%A7os_de_Sa%C3%BAde_em_Comunidades_Imigrantes_Um_Estudo_com_Imigrantes_e_Profissionais_de_Sa%C3%BAde)
- Dias, S., Gonçalves, A. (2007), “Migração e Saúde”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26 Disponível em [https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)
- Dickerson, L. (2002). *Creating healthy communities: The Process of Community Discovery*. Alaska: Alaska Rural Development Council.
- Dubois, H. e Molinuevo, D. (2014), *Access to healthcare in times of crisis*, Eurofound, Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponível em <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2014/access-healthcare-times-crisis>
- ERS. (2023). *Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Universalidade*. Disponível em [https://www.ers.pt/media/3srpjude/consolidada-direito-%C3%A0-prote%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde\\_sns\\_universalidade.pdf](https://www.ers.pt/media/3srpjude/consolidada-direito-%C3%A0-prote%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde_sns_universalidade.pdf)
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (junho de 2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos. Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos na Escola Superior de Saúde de Leiria*. Escola Superior de Saúde de Leiria. <https://ead.ipleiria.pt>
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2021). *Guia para elaboração de citações e referências bibliográficas: Normas APA 7ª edição*. Biblioteca do Politécnico de Leiria.
- Escola Superior de Saúde de Leiria. (2023). *Planeamento do Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final*. Leiria.
- Eurostat (2023). *Migration and migrant population statistics*. Disponível em [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Migrant\\_population:\\_23.8\\_milli\\_on\\_non-EU\\_citizens\\_living\\_in\\_the\\_EU\\_on\\_1\\_January\\_2022](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population:_23.8_milli_on_non-EU_citizens_living_in_the_EU_on_1_January_2022)
- Fortin. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- George, J. (1993). Madeleine Leininger in George, J. e colaboradores (1993). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional*. pp. 286-299. Artes Médicas. Brasil
- Gonzalez, R; Casarin, S.; Caliri, M.; Sasaki, C.; Monroe, A.; Villa, T. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque nos cuidados à saúde. *Revista latino-americana*. N° 2 Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/sBKVZJ79dS4fcy3L9DqgYTk/>
- Gualda, D.; Hoga, L. (1992). Estudo Sobre Teoria Transcultural de Leininger. *Revista Esc. Enf. USP*, v. 26, n° 1, p. 75-86. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sRqCdyPkWN46S8PqNXYN7LG/?format=pdf&lang=pt>
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3a edição). Escola Nacional de Saúde Pública, Edições da Saúde, Obras Avulsas
- International Council of Nursing. (ICN). (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. *Journal of Aging Studies*, 29, 66-77. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- INE (2023). *O que nos dizem os censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal*. INE, Lisboa. ISBN 978-989-25-0671-5 e-ISBN 978-989-25-0633-3

- INE. (2023). Estatísticas Demográficas – 2021. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2)
- INE, Pordata (2023). População residente estrangeira segundo os Censos: total e por país de nacionalidade. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+estrangeira+segundo+os+censos+total+e+por+pais+de+nacionalidade-1051-7855>
- Laverack, G. (2008). Promoção da saúde. Poder e empoderamento. Loures: Lusodidacta. 1ª Ed
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health promotion international*, 16(2), 179–185. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.179>
- Lei Constitucional n.º 1/2005 da Assembleia da República. (2005). Diário da República n.º 155/2005, Série I-A, de 12 de agosto. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- Leininger, M. (1994). Quality of life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/089431849400700109>
- Lopes, M. A.; Gomes, S. C. & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. INESC-TEC, 1-112. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Machado (2017). Enfermagem em Medicina do Viajante – Que realidade? Que perspetivas? Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa - Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/22188>
- Machado, M. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In LOPES, José Carlos [et al] – Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar. Loures: Lusociência, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.
- Maturana H. (1999). The Organization of the Living: A Theory of the Living Organization. *Internacional Journal of Human-Computer Studies*, 51(2), 149-168. Disponível em <https://doi.org/10.1006/ijhc.1974.0304>
- Maturana, H., Varela, F. (1995) A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Psy II, p. 281
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel.
- Melo, et al. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>
- Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Mendes, R., Sousa, N., Reis, V., Barata, J. (2011). Programa de Exercício na Diabetes Tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2011; 6 (2): 62-70. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/227645280\\_Programa\\_de\\_Exercicio\\_na\\_Diabetes\\_Tipo\\_2](https://www.researchgate.net/publication/227645280_Programa_de_Exercicio_na_Diabetes_Tipo_2)
- Ministério da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude>
- Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Edição. S. Paulo. Hucitec.
- Mosler Vidal, E. and F. Laczko, 2022. Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume. International Organization for Migration (IOM), Geneva, disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
- Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022). ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. *Health & Social Care in the Community*, 30, e3138–e3149. <https://doi.org/10.1111/hsc.13759>
- OCDE (2015), *Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In, Paris*: OCDE Publishing. Disponível em <https://www.oecd.org/els/mig/Indicators-of-Immigrant-Integration-2015.pdf>

- OE (2015). Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)
- OE (2015a). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OE (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- OE (2017). Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem Comunitária: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária - - Na Área De Enfermagem De Saúde Comunitária E De Saúde Pública E Na Área De Enfermagem De Saúde Familiar. 25 de novembro de 2017. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. 3ª assembleia. Leiria Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)
- OIM (2023). Relatório mundial de migração 2022. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
- Oliveira, C. (2022). Indicadores de Integração de Imigrantes – Relatório Estatístico Anual 2022. ACM. ISBN 978-989-685-129-3.
- Oliveira, C. R. e Gomes, N. (2017), Indicadores de Integração de Imigrantes. Relatório Estatístico OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES - 399 Anual 2016, Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações, Lisboa: ACM. Disponível em <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Indicadores+de+Integra%C3%A7%C3%A3o+de+Imigrantes+OM+2017.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de *Ottawa* para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde *Ottawa*, Canadá.
- ONU (2018). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, in Intergovernmental Conference to Adopt the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, disponível em <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/244/47/PDF/N1824447.pdf>
- Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Alves, M. D. S. (2005). Madeleine Leininger and the theory of the cultural care diversity and universality-an historical overview. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 4(2), 24-30. Disponível em DOI: 10.5935/1676-4285.20050218
- Parente, J. (2011). Participative Planning in Health. *SANARE*. 10(1). p. 54-61.
- Pennafort, V. P., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2012). Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1057-1065. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/04.pdf>
- Potter, P.A., Perry, A. G. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8ª ed). Rio de Janeiro. Elsevier Editora Ltda
- Regulamento no 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: Série II* no 189/2019, pp. 128-155. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República: 2ª série*, n.º 26/2019, pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Paginas/MCEEC-Legislacao>
- Regulamento N.º 428/2018 De 16 De Julho Da Ordem Dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). *Diário da República: II série*, N.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Regulamento N.º 348/2015 De 19 De Junho Da Ordem Dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). *Diário da República: II Série*, N.º 118.

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)
- Rendi, G., Minchola, L., & Almeida, A. (2020). O papel da Academia na Proteção e Promoção dos Direitos Humanos de Migrantes e Refugiados no Brasil A prática Extensionista do Mifraidh UFSM. In *Migrações Internacionais - Experiências e Desafios para a Promoção de Direitos Humanos no Brasil* (Issue 9, pp. 1689–1699). Editoraufsm. [https://editoraufsm.com.br/downloadable/download/linkSample/link\\_id/28/](https://editoraufsm.com.br/downloadable/download/linkSample/link_id/28/)
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança. População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155. [https://research.unl.pt/ws/portalfiles/porta/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfiles/porta/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es_Desafios_de_seguran_a.pdf)
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Santos, E. R. M. (1980). *Comunicação na Pequena, Média e Grande Empresa*. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1980.
- SEF (2021). *População Estrangeira Residente em Portugal* disponível em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- Seima, M.; Michel, T.; Méir, M.; Wall, M.; Lenardt, M. (2011). *A Produção Científica da Enfermagem e a Utilização da Teoria de Madeleine Leininger: Revisão Integrativa 1985 –2011*. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/QT4KXvHcXkYZFRLHBxxHnCb/abstract/?lang=pt>
- Serrão, D. (1996), “Consentimento Informado”, in *Bioética* (coord.: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald). Lisboa: Editorial Verbo, pp. 78-81.
- Sorrell, J., Redmond, G. (1995). Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of advanced nursing*, 21(6), 1117–1122. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061117.x>
- Stanhope, M., Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade, Centrados na População*, 7ª edição. Loures: LUSODIDATA - Soc. port. de Material Didático, Lda.Subtil, C. L. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 167-174.
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice*. In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed. (4.a ed)*. F.A. Davis Company - Philadelphia. Disponível em [http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7\\_0803633122Nursin.pdf](http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf)
- SPMS a. (2023). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) USP Pinhal Litoral*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Pages/default.aspx>
- SPMS b. (2023). *Sobre os Sistemas de Informação*. Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-ossistemas-de-informacao/>
- SPMS c. (2023). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BI-CSP) UCC MG*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/Pages/default.aspx>
- SPMS (2024). *Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidadesde-saude/unidade-local-de-saude-da-regiao-de-leiria/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, *Cadernos de Formação*. 2.ª ed. Lisboa
- Teixeira, R. (2011). *Educação para a saúde sexual em meio escolar: Manual para professores*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62318/4/TESE.pdf>
- Thaler, R., Sunstein, C. (2009). *Nudge*. Alfragide: Academia do Livro.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª edição). Lusociência.

- Triches, R. (2020). Dietas Saudáveis e Sustentáveis no Âmbito do Sistema Alimentar no Século XXI. *Saúde Debate*, V. 44, nº 126, p. 881-894. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012622>
- Triviños, A. N. S. (2007) *Introdução à pesquisa em ciências sociais, a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- UCC MG (2014). Regulamento Interno UCC MG 2014. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101151/QUEM%20SOMOS/RI%20UCCMGfinal.pdf>
- UCC MG (2022). Plano de Ação 2022 UCC MG. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- UCC MG. (2023). *Manual de Acolhimento (Aluno/Profissional)*. Marinha Grande
- Vilelas, J. (2022) *Investigação: o processo de construção do conhecimento (3ª ed.)*. Lisboa. Edições Sílabo
- Vilelas, J., & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v16n1/17.pdf>
- Warth, M., Koehler, F., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2019). "Song of Life (SOL)" study protocol: a multicenter, randomized trial on the emotional, spiritual, and psychobiological effects of music therapy in palliative care. *BMC palliative care*, 18(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0397-6>
- Warth, M., Koehler, F., Brehmen, M., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2021). "Song of Life": Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliative medicine*, 35(6), 1126–1136. <https://doi.org/10.1177/02692163211010394>
- WHO (2022). *World Migration Report 2022*. Geveva, Disponível em <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- Xavier, S., Nunes, L., & Basto, M. L. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar em Enfermagem*, vol. 18, n.º 2, pp. 3-19. [https://www.researchgate.net/publication/279952574\\_Compentencia\\_Emocional\\_do\\_Enfermeiro\\_A\\_sig\\_nificacao\\_do\\_constructo](https://www.researchgate.net/publication/279952574_Compentencia_Emocional_do_Enfermeiro_A_sig_nificacao_do_constructo)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – Pedido Parecer Comissão de Ética IPLeia e respetivo parecer**

## COMISSÃO DE ÉTICA – POLITÉCNICO DE LEIRIA

Formulário para submissão de pedidos de apreciação à Comissão de Ética relativos a estudos de investigação

Data: 29/09/2023

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos. Se o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”.

Confirmo que a presente versão do formulário foi aprovada pelo orientador/responsável pelo projeto

**A presente investigação é para ser realizada em contexto de uma unidade de prestação de cuidados de saúde com Comissão de Ética?**

SIM\*

NÃO

\*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo à Comissão de Ética da unidade de saúde onde pretende realizar o estudo.

**A presente investigação é para ser realizada em contexto de escola com estudantes do ensino básico ou secundário?**

SIM\*

NÃO

\*Tendo respondido SIM, deve submeter o processo ao Ministério da Educação-Inquéritos em meio escolar (<http://mime.dgeec.mec.pt/>) e **só depois é que deve submeter à Comissão de Ética.**

**A presente investigação é para ser realizada em contexto multicêntrico?\***

SIM

NÃO

\* Tendo respondido SIM, esclarecemos que a submissão do processo à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, não isenta o investigador da necessidade de submeter o estudo às Comissões de Ética das instituições onde o estudo será realizado.

**TÍTULO DO ESTUDO:** Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande

**ÂMBITO DO ESTUDO**

Licenciatura     Mestrado     Doutoramento     Pós Doc     Outros

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) PROPONENTE\*:**

Membros da equipa de investigação:

Raquel Pires Soares, [raquel.pires.soares@gmail.com](mailto:raquel.pires.soares@gmail.com)

Silvia Maria Margarido Duarte, [silviamargarido@gmail.com](mailto:silviamargarido@gmail.com)

**Investigador principal/orientador\*\*:**

Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, [teresa.kraus@ipleiria.pt](mailto:teresa.kraus@ipleiria.pt)

Professor Doutor Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento, [tiago.nascimento@ipleiria.pt](mailto:tiago.nascimento@ipleiria.pt)

\* Anexar resumo do *Curriculum Vitae* do(a) proponente e do investigador(a) principal/orientador(a) (máximo 1 página A4 para cada currículo).

\*\* Anexar compromisso de honra.

**INSTITUIÇÃO:**

POLITÉCNICO DE LEIRIA

OUTRA/QUAL: ... ..

**SÍNTESE DOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DO ESTUDO** (limitado a 250 palavras):

A migração é a movimentações de pessoas e valores sociais, culturais, económicos e políticos (Rodrigues & Ferreira, 2014), que pode conduzir a dificuldades na integração e acesso aos serviços de saúde das populações imigrantes mais vulneráveis.

A Organização Internacional para as Migrações (2023) estima que, em 2020, 3,6% da população mundial era migrante. Já em Portugal, 5,2% da população residente é imigrante, verificando-se um incremento de 37% desde os últimos Censos, sendo os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional os que registaram um dos maiores fluxos migratórios (INE, 2023).

No concelho da Marinha Grande, apesar de apenas terem sido registados 374 imigrantes de origem Indiana, 51 do Nepal e 11 de outros países asiáticos (INE, 2023; PORDATA, 2023), existe um fluxo crescente, podendo o estudo contribuir para a atualização do Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial (IPDA), que espelha o desempenho dos profissionais em zonas com altas percentagens de população imigrante (Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho).

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo imigrantes, têm o direito a aceder ao Sistema Nacional de Saúde (Lei de Bases da Saúde, 2019). Considerando os desafios já referidos que envolvem esta população, é necessário o seu empoderamento comunitário, sendo este entendido tanto como um processo como um resultado que se relaciona com a participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma (Melo, 2020).

**OBJETIVOS DO ESTUDO** (limitado a 100 palavras):

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;

**Objetivos Futuros (a desenvolver na 2ª fase):**

4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

**DATA DE INÍCIO DO ESTUDO/PROJETO:** outubro de 2023

**DATA PREVISTA DE FIM DO ESTUDO/PROJETO:** março de 2027

O período de 3 anos estipulado para este estudo devesse à necessidade de investir na promoção do empoderamento da comunidade dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande, nas restantes dimensões diagnosticadas.

Com os resultados obtidos na primeira fase deste projeto, realizar-se-ão diagnósticos de enfermagem que irão ser sujeitos a priorização, e dos quais os dois prioritários serão alvo de intervenção pelas estudantes agora a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária – área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Os restantes serão desenvolvidos pelos futuros mestrandos que irão realizar o Estágio no centro de saúde da Marinha Grande, até à data prevista para o final do projeto.

**DATA PREVISTA DE INÍCIO DA RECOLHA DE DADOS:** outubro de 2023 (de acordo com o parecer positivo da Comissão de Ética).

**DATA PREVISTA DE FIM DA RECOLHA DE DADOS:** janeiro de 2024

## **METODOLOGIA**

Tipo de estudo (justifique com limite a 150 palavras caso o estudo envolva intervenção):

Estudo qualitativo de carácter exploratório, utilizando o instrumento de Entrevista Semiestruturada e Grupo Focal.

Será dividido em duas fases, sendo que a primeira centrar-se-á no diagnóstico para dar resposta aos 3 primeiros objetivos do projeto.

A primeira fase (Diagnóstico) terá 3 etapas:

- 1ª: realizar uma entrevista semiestruturada aos informantes-chave\* da comunidade para avaliar as características sociodemográficas, antropométricas e de risco;
- 2ª: realizar um grupo focal com os informantes-chave da comunidade para aplicação da EAvEC (Melo, 2020), para avaliar o empoderamento comunitário;
- 3ª – realizar um grupo focal com peritos e pessoas de influência da comunidade para aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitários (EAvEC) (Melo, 2020) e analisar a perceção dos *stakeholders* face ao nível de empoderamento comunitário identificado.

A 2ª fase envolve a Intervenção e Avaliação e está dependente da 1ª, onde serão desenvolvidas as etapas do MAIEC, sendo submetido a esta comissão de ética posteriormente.

\*Definem-se como informantes-chave pessoas que, pelo tempo de residência em um contexto, pelas relações sociais que têm dentro da comunidade e a sua influência, são conhecedores do domínio em estudo, tendo conhecimentos específicos sobre a cultura, as crenças, os rituais e aspetos que irão ajudar o investigador a definir os determinantes de saúde desta população, permitindo aceder a informações muitas vezes interditas, sendo estas essenciais para futuras intervenções.

População e amostra/participantes (justifique com limite a 100 palavras):

Para a 1ª fase, os participantes serão selecionados por conveniência, considerando o seu envolvimento com a comunidade em estudo, mais especificamente: informantes-chave da comunidade de imigrantes em estudo (no máximo 10 participantes) na primeira e segunda etapa referente à entrevista semiestruturada e ao grupo focal. Na segunda etapa será realizado grupo focal com peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante já envolvidos nas etapas anteriores.

CrITÉRIOS de inclusão/exclusão dos participantes (justifique com limite a 100 palavras):

Para a 1ª fase, considerando as etapas referidas:

- 1ª e 2ª etapa - Informantes-chave da comunidade imigrante em estudo que aceitem participar, **com mais de 18 anos de idade**, sendo a sua seleção associada à sua influência nesta comunidade e os seus conhecimentos necessários para a análise da problemática em estudo e que falem português.

3ª etapa – **Peritos**, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante em estudo que aceitem participar, **maiores de 18 anos de idade**, que falem português e que tenham conhecimentos necessários para a análise da problemática em estudo.

Locais onde decorre o estudo e procedimentos de recolha de autorizações (limitado a 70 palavras)

Junta de Freguesia da Marinha Grande.

A deslocação para o local onde decorrerá o estudo não implicará custos para os participantes.

Já estabeleceu contacto com a instituição onde vai decorrer o estudo? \*  SIM  NÃO

(Anexo IV): Correio eletrónico com o pedido de envolvimento da Junta da Freguesia da Marinha Grande no projeto e respetiva resposta positiva, com possibilidade de utilização de instalações para o desenvolvimento das atividades inerentes ao projeto.

\* O parecer da CE não dispensa a autorização das instituições onde o estudo irá ser desenvolvido

Instrumento(s) de recolha de dados (limitado a 150 palavras):

Na 1ª fase:

1ª etapa - Guião para entrevista semiestrutura aos informantes-chave da comunidade imigrante (Anexo V). Antes da sua aplicação, será realizado um pré-teste a um dos informantes-chave desta comunidade.  
2ª etapa - Grupo focal com informantes-chave da comunidade imigrante utilizando a EAvEC (Anexo VI), onde será avaliado o nível de empoderamento comunitário e que será aplicado simultaneamente a todos os elementos do grupo que terão de chegar a um consenso relativamente à resposta em 9 domínios: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porquê” e gestão de programas, relação com agentes externos. Esta escala permite também avaliar o impacto da intervenção do EESCSP no empoderamento comunitário (Melo, P. et al., 2020).

3ª etapa - grupo focal com peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante utilizando a EAvEC.

Procedimentos para a garantia de confidencialidade (limitado a 100 palavras):

Nesta 1ª fase, a entrevista semiestruturada e os grupos focais terão gravação áudio e vídeo para posterior processo de análise do conteúdo, onde será atribuído a cada um dos participantes um código alfanumérico único, estando este presente em todos os documentos envolvidos no projeto.

Todos os dados recolhidos e seu tratamento serão partilhados, apenas, entre os investigadores da equipa, os dados pessoais recolhidos serão guardados num arquivo seguro, de acesso restrito e pelo tempo definido na lei (máximo 10 anos). Será garantido que todas as pessoas ou entidades com acesso a estes dados estão sujeitas ao sigilo profissional (Anexo II)

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes (limitado a 70 palavras):

Os participantes serão informados sobre todos os aspetos do estudo através do consentimento informado em anexo, que será facultado em linguagem clara e acessível, indicando inequivocamente que a participação pode ser revogada a qualquer momento. **Qualquer envolvimento neste estudo não terá custos para os participantes.**

Se o estudo incidir sobre menores, juntar folha de consentimento para os representantes legais.

**Se a criança tiver idade inferior a 5 anos**

- Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.

**Para participantes com idades  $\geq$  a 5 e < de 16 anos**

- Assentimento do participante
- Consentimento informado e esclarecido dos pais ou representantes legais.

<b>Há previsão de danos para os participantes no estudo?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<b>Em caso afirmativo indicar os riscos para os participantes:</b>
<u>Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes</u> (limitado a 70 palavras):
<u>Se referiu algum risco do ponto anterior, especifique-o e justifique o porquê de não ser possível a sua mitigação (por exemplo, seguro)</u> (limitado a 70 palavras):
<u>Indicação de eventuais procedimentos para monitorização e segurança dos participantes e/ou minimizar riscos</u> (limitado a 70 palavras):
<u>Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes</u> (marcar o que se aplica): <input type="checkbox"/> Indicação para apoio psicossocial <input type="checkbox"/> Indicação para orientação educativa/formativa <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: ... ..
<u>Caso tenha respondido não, mas apesar disso estiverem previstas medidas para lidar com eventuais consequências negativas para os participantes</u> (marcar o que se aplica): <input type="checkbox"/> Indicação para apoio psicossocial <input type="checkbox"/> Indicação para orientação educativa/formativa <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: ... ..

<b>Há previsão de benefícios para os participantes no estudo</b>
<u>Explicitar em caso afirmativo</u> (limitado a 70 palavras): Nesta 1ª fase, considerando os objetivos, pretendemos conhecer os fatores determinantes da saúde desta comunidade para podermos dar resposta às necessidades identificadas. Assim, espera-se obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e aumento do empoderamento comunitário, obtido a partir de um projeto de intervenção a ser desenvolvido na 2ª fase.
<u>Custos de participação para os participantes no estudo e possível compensação</u> (limitado a 70 palavras): Esta primeira fase não tem custos para os participantes envolvidos.

<b>Utilização apenas para fins de investigação e publicação:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros Fins: Especifique: ... ..

## **Termo de Responsabilidade**

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

Leiria, 29/09/2023

O Investigador:

Assinado por: **TERESA MADALENA KRAUS  
BRINCHEIRO HUTTEL BARROS**  
Num. de Identificação: 06605450

---

(Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros)

---

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.  
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

---

**Termo de Responsabilidade 1**

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de co-investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR 1ª Série.

**Data: 29.09.2023**

**O Proponente:**

Assinado por: **TIAGO FILIPE RODRIGUES DO  
NASCIMENTO**  
Num. de Identificação: 13365471  
Data: 2023.09.29 17:24:07 +0100

## ANEXO I

---

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.  
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

---

### Termo de Responsabilidade 1

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador proponente, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

**Data: 16/10/2023**

**O(s) Proponente(s):**



Assinado por: Raquel Pires  
Soares  
Identificação: B113330654  
Data: 2023-10-16 às 21:39:58

## ANEXO I

---

**SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 1, CASO O ESTUDO SEJA NA ÁREA DA SAÚDE.  
SELECIONAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE 2, PARA AS RESTANTES ÁREAS.**

---

### Termo de Responsabilidade 1

Data do pedido de submissão (DD / MM / AAAA):

29/09/2023

Eu abaixo-assinado, na qualidade de investigador proponente, declaro por minha honra que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos, bem como o constante na Lei Nº 21/2014 de 16 de abril, DR Iª Série.

**Data: 16/10/2023**

**O(s) Proponente(s):**



Assinado por: Sílvia Maria  
Margarido Duarte  
Identificação: B111715793  
Data: 2023-10-16 às 21:43:53

---

## ANEXO II

### Consentimento Informado Relativo às Entrevistas Semiestruturadas

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

**Identificação do Investigador:** Enfermeira Raquel Soares, Enfermeira Sílvia Duarte, Professora Teresa Kraus e Professor Tiago Nascimento

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

**Enquadramento:** Somos enfermeiras a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar o estágio no Centro de Saúde da Marinha Grande, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, sob a orientação dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

Será realizado a entrevista semiestruturada com os informante-chave da comunidade imigrante proveniente da Ásia Central e Meridional. Esta será gravada para posterior análise do seu conteúdo.

**Condições e financiamento:** Este estudo é de participação voluntária e sem custos para os envolvidos, não existindo qualquer prejuízo assistencial ou outro com o seu envolvimento, sendo possível desistir a qualquer momento. Este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

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

**Disponibilidade:**

Agradecemos a sua colaboração.

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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Sílvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - Escola Superior de Saúde de Leiria

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

Assinatura de quem pede consentimento: ... ..

### Consentimento do participante

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

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

---

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

NOME: .....

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

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

## Consentimento Informado Relativo aos Grupos Focais

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

**Identificação do Investigador:** Enfermeira Raquel Soares, Enfermeira Silvia Duarte, Professora Teresa Kraus e Professor Tiago Nascimento

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

**Enquadramento:** Somos enfermeiras a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar o estágio no Centro de Saúde da Marinha Grande, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, sob a orientação dos professores supervisores Teresa Kraus e Tiago Nascimento.

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

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders* relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;
4. Identificar o diagnóstico de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação e Intervenção do Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

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

**Condições e financiamento:** Este estudo é de participação voluntária e sem custos para os envolvidos, não existindo qualquer prejuízo assistencial ou outro com o seu envolvimento, sendo possível desistir a qualquer momento. Este projeto mereceu parecer favorável da Comissão de Ética

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

**Disponibilidade:**

Agradecemos a sua colaboração.

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

Enfermeira Raquel Soares – Empresa de saúde Ocupacional H2ST

Enfermeira Sílvia Duarte – UCC Dr Arnaldo Sampaio

Professora Teresa Kraus - Escola Superior de Saúde de Leiria

Professor Tiago Nascimento - Escola Superior de Saúde de Leiria

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

Assinatura de quem pede consentimento: ... ..

### Consentimento do participante

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

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

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

NOME: .....

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

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

## Ética na Investigação

### Compromisso de honra da Orientadora e Investigadora Responsável

Eu, Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, orientadora e investigadora responsável de Raquel Pires Soares, estudante do curso do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a realizar o Estágio de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório Final, no Centro de Saúde da Marinha Grande, declaro sob compromisso de honra que a investigação no âmbito do “Projeto ENGAGE: Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 29 /09/2023

Assinado por: **TERESA MADALENA KRAUS  
BRINCHEIRO HUTTEL BARROS**  
Num. de Identificação: 06605450

---

(Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros)

### ANEXO III

#### Ética na Investigação

#### Compromisso de honra do Orientador/Co Investigador Responsável

Eu, Tiago Filipe Rodrigues de Nascimento, da Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, orientador de Silvia Maria Margarido Duarte, estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem e de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, declaro sob compromisso de honra que a investigação “Projeto ENGAGE - Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” foi planificada em total conformidade com os princípios éticos e normas deontológicas vigentes.

Data: 29/09/2023

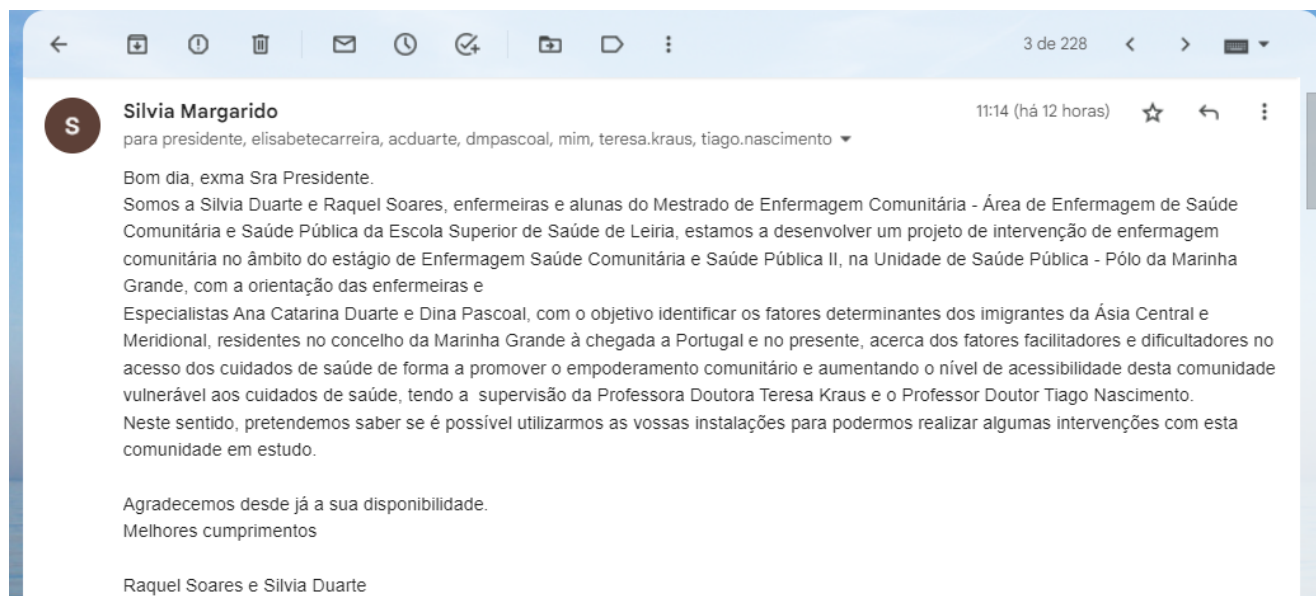
Assinado por: **TIAGO FILIPE RODRIGUES DO  
NASCIMENTO**

Num. de Identificação: 13365471

Data: 2023.09.29 17:23:27 +0100

Assinatura: ... ..

## ANEXO IV – Contacto com Junta de Freguesia da Marinha Grande e Respetiva Resposta



### FW: Pedido autorização de sala JF MG - Projeto Imigrantes

Caixa de entrada x



**GERAL** <geral@freg-mgrande.pt>

06/10/2023, 16:19 (há 5 dias)

para silviamargarido, elisabetecarreira, acduarte, dmpascoal, mim, teresa.kraus, GAP, tiago.nascimento

Ex.mas Senhoras,

Confirmamos a receção do email infra, o qual mereceu a nossa melhor atenção, quanto à proposta apresentada, em nome do Executivo da JFMG, informo que estamos disponíveis para acolher as V/ iniciativas e prestar colaboração dentro do possível, por favor informar dias e horários.

Atentamente,

Com os melhores cumprimentos | Best Regards.



**Maria Neves** | Secretária

Tel.: + 351 244 502 568 – 919 754 875

<http://www.freg-mgrande.pt>

**ANEXO V****GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****Informantes-Chave Imigrantes da Ásia Central e Meridional**

Bom dia, sejam bem-vindos a este grupo de trabalho, que demorará cerca de uma hora, e agradecemos a vossa disponibilidade para este Projeto, que queremos, seja promotor de ganhos em saúde.

<b>QUESTÕES</b>
<b>Dados socio demográficos e de saúde</b> Idade: ____ anos; Sexo: ____ Altura: ____ m Peso: ____ Kg País de origem? Há quanto tempo (em anos) reside em Portugal?
<b>Fatores Ambiental e de Linguagem</b> À chegada, como geriu a diferença cultural? Quais foram as principais dificuldades/facilidades sentidas? E agora, passado este tempo, quais considera serem as suas principais dificuldades/facilidades relacionadas com a imigração? Como classifica as condições da habitação onde vive? Qual é a língua falada no seu Países de origem? Quanto considera ser a sua compreensão da língua portuguesa? Quais são as principais dificuldades de comunicação que sentiu quando chegou? Já as ultrapassou?
<b>Fatores Religiosos / Filosóficos</b> Professa alguma fé, religião ou orientação filosófica? Se respondeu sim, pode referir qual? A sua fé, religião ou orientação filosófica implica práticas ou rituais individuais ou em grupo? Se respondeu sim, pode refira quais? Considera que a sua fé, religião ou orientação filosófica influência o seu estilo de vida? Se respondeu que sim, pode refira de que forma? Quais os seus Objetivos de Vida?
<b>Fatores de Parentesco e Sociais</b> Vive com a sua família ou esta ainda está no seu país de origem? Qual é a sua rede de apoio?
<b>Fatores Educacionais</b> Qual é o seu nível de escolaridade?

Quanto ao acesso aos serviços de saúde qual era a informação/ o conhecimento que à chegada detinha sobre os seus direitos e deveres? E neste momento?

Tem alguma patologia ou problema de saúde, conhecido?

Quais são as patologias ou problemas de saúde, mais frequentes, na sua comunidade imigrante, residente em Portugal?

### **Fatores Económicos**

Considera que a sua comunidade de imigrantes residente em Portugal tem dificuldades económicas?

Se sim, qual será a principal causa?

Tem algum vínculo laboral/emprego? Se sim, em que área teve facilidade no acesso ao emprego?

Considera que no seu local de trabalho estão asseguradas as condições de saúde e segurança com consultas periódicas e exames de saúde?

### **Crenças e Valores Culturais**

Na sua Família, de que forma são transmitidos os saberes das tradições, da cultura, da religião, da saúde (de geração em geração)?

Qual é o significado que atribui à sua Saúde? E qual o significado que atribui aos cuidados pelos profissionais de saúde?

Quando está doente, onde recorre e a quem?

Considera que as crenças (princípios), valores culturais, hábitos e costumes da sua comunidade influenciam o acesso aos cuidados de saúde?

Quais considera serem as suas principais necessidades de saúde e as da sua comunidade? E os principais fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados de saúde?

Quais são os seus Estilos de Vida?

### **Fatores Políticos e Legais**

De que forma é fornecida informação à sua comunidade, sobre os seus direitos e deveres de acesso aos serviços de saúde, aquando da sua chegada à Marinha Grande?

Indique outro(s) fatores políticos e legais que tenham facilitado ou dificultado o seu acesso à saúde.

### **Fatores Tecnológicos**

Tem meio de comunicação (telemóvel)?

Tem acesso à Internet?

Qual o recurso que mais utiliza para aceder à informação relativa aos cuidados de saúde e ao serviço nacional de saúde (Literacia em saúde)?

### **Acesso à Saúde**

Qual das dimensões acima avaliadas considera que mais condiciona o seu acesso à saúde?

## ANEXO VI



**Pedro Melo**

quinta, 28/09, 08:59 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮

para mim, Teresa, tiago.nascimento, silviamargarido ▾

Estimadas Enf. Raquel Soares e Enf. Sílvia Margarido,

Começo por vos desejar muito sucesso no vosso estágio e que se prolongue pela vossa vida profissional, em breve como Mestres e Especialistas! 😊

Sintam-se à vontade para usar a EAVEC e a matriz de decisão clínica do MAIEC.

Estão com uma equipa docente de excelência para vos dar todo o suporte e se precisarem de algum apoio adicional em que eu possa ajudar disponham.

Relembro o protocolo MAIEC:

# TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO CULTURAL DA EMPOWERMENT ASSESSMENT RATING SCALE

Translation to Portuguese and cultural validation  
of the Empowerment Assessment Rating Scale



## PEDRO MELO

**Professor Auxiliar Convitado,**  
Doutor em Enfermagem.  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde/Escola de  
Enfermagem. Porto, Portugal.

✉ [pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt)

## ALICE TEIXEIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CATARINA FERNANDES

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/ Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## LUÍSA VALE FERREIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## SANDRA SANTOS

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## ISABEL SOUSA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Missionárias da  
Boa Nova/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## ALEXANDRA PEREIRA

**Enfermeira/ Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde, Porto,  
Portugal.

## AMÉLIA FERREIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CÂNDIDA MACIEL

**Enfermeira-Chefe/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Administração e Gestão pública.  
Administração Regional de Saúde  
do Norte/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## DULCE PINTO

**Diretora-Executiva/Investigadora**  
colaboradora, Master of Business  
Administration. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CARLOS PINTO

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Mestre em  
Enfermagem Comunitária.  
Administração Regional de Saúde  
do Norte/Universidade Católica  
Portuguesa/ Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## SÉRGIO SOUSA

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Licenciado em  
Enfermagem. Unidade Local de  
Saúde de Matosinhos/Universidade  
Católica Portuguesa/Centro de  
Investigação Interdisciplinar em  
Saúde. Porto, Portugal.

## TERESA CARDOSO

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Mestre em  
Enfermagem Comunitária.  
Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CLÁUDIA TELLES DE FREITAS

**Investigador colaborador,**  
Licenciada em Ciências da  
Comunicação. Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## MATILDE DIMANDE

**Diretora de Enfermagem/**  
Investigador colaborador, Doutora  
em Projetos de Saúde e Meio  
Ambiente. Hospital Central de  
Maputo/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

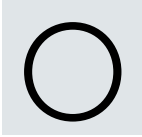
**Abstract**

Introduction | To assess the level of community empowerment, Laverack proposes an instrument called the Empowerment Assessment Rating Scale (EARS), which has nine assessment domains related to community empowerment. Objectives | Translate to Portuguese and culturally validate the EARS for an ACeS community, a hospital community, a business community, and a school community. A review of the Portuguese translation was developed, a review group was set up to analyze the resulting document, by consensus a new scale called the Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) was developed, and the retroversion was developed. Same review group conducted a new evaluation of the resulting version, comparing them with the original in English. The study was carried out at a Hospital in the Azores Archipelago, three Health Centers Organizations in the North of Portugal, an Education-

-oriented Company in Greater Porto and a School Community in Mozambique, where the focus group scale was applied based on a problematic chosen for intervention. Results | EAvEC retained the nine evaluation domains of the original scale and its translated version did not change after its cultural adaptation. The level of community empowerment was identified in each of the communities, analyzed in the form of a radar chart, with the clustered image of all domains. Discussion / Conclusions | EAvEC is a useful tool for community intervention and is being used to assess community empowerment in the MAIEC project of the Centre for Interdisciplinary Research in Health at Universidade Católica Portuguesa.

**KEYWORDS: COMMUNITY HEALTH NURSING; PUBLIC HEALTH NURSING; COMMUNITY PARTICIPATION; EMPOWERMENT.**

**INTRODUÇÃO**

 empoderamento comunitário enquanto processo e resultado dos cuidados de enfermagem comunitária tem sido alvo de investigação a partir do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).<sup>1,2,3</sup> Neste contexto, no âmbito do projeto MAIEC, integrado na *Nursing Research Platform* sediada no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver-se um estudo quasi-experimental de desenho antes-após, para avaliar o impacto da aplicação do MAIEC em diferentes comunidades. Para avaliar o nível de empoderamento comunitário, Laverack propõe um instrumento designado por *Empowerment Assessment Rating Scale (EARS)*<sup>4,5</sup>, que apresenta nove domínios de avaliação: "Community participation"; "Problem assessment capacities"; "Local leadership"; "Organizational structures"; "Resource Mobilization"; "Links to others"; "Ability to ask why"; "Programme management" e "Relationship with outsider agent". Cada um dos domínios tem

5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento para cada domínio, numerados de 1 a 5. Deste modo, decorrente do facto do nosso projeto estar a ser desenvolvido com 4 comunidades distintas e relacionado com problemáticas também elas distintas: uma comunidade ACeS, onde a problemática é a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem; Uma comunidade hospitalar, onde a problemática é a prevenção e respostas para o stress profissional e Burnout; Uma comunidade empresarial, nomeadamente uma escola profissional, onde a problemática foi a promoção de um clima organizacional saudável; E uma comunidade escolar, em Moçambique, onde a problemática é a promoção da melhoria do status nutricional nas crianças e a promoção da saúde infantil.

**OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo foi traduzir para português e validar culturalmente a EARS para cada uma das comunidades indicadas.

**MÉTODOS**

**Processo de tradução e validação cultural da EARS**

Foram pedidas a autorização e normas de tradução ao autor Glenn Laverack, recebidas a 20/01/2017.

**A- Tradução do idioma inglês para o português e adaptação linguística.**

Procedeu-se à distribuição do questionário por um tradutor de inglês, fluente nesse idioma e em português, que não tinha visto previamente o questionário.

**B- Revisão da tradução para português por grupo de revisão**

Foi constituído um grupo de revisão composto por três elementos (um investigador especialista em empoderamento comunitário, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e um professor de enfermagem expert em saúde comunitária) que analisaram o documento resultante e por consenso obteve-se assim a nova escala que se denominou Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC)

**C- Retroversão**

Uma cópia da EAvEC foi encami- ➤

ANEXO 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
<b>Participação Comunitária</b>	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.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	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.
<b>Liderança Local</b>	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.
<b>Estruturas organizacionais</b>	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.
<b>Mobilização de recursos</b>	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.
<b>Ligações a outros</b>	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.
<b>Habilidade para "questionar porque"</b>	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.

<b>Gestão de programas</b>	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.
<b>Relação com agentes externos</b>	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

nhada para um tradutor de inglês, desconhecedor do texto original, para evitar qualquer influência na tradução das palavras, que realizou a retroversão da escala. O mesmo grupo revisor realizou uma nova avaliação da versão resultante, comparando-as com a original em inglês.

**D- Adaptação cultural**

A EAveC foi aplicada em sessões de grupos focais, conforme proposto por Laverack<sup>4</sup> e de acordo com os métodos usados por outros autores<sup>6,7</sup>:

Na comunidade ACEs, constituído por enfermeiros com funções de gestão (enfermeiros dos conselhos técnicos das USF/UCSP; Coordenadores das UCC; Direção de Enfermagem; Vogal do Conselho Clínico) e com o Diretor-Executivo;

Na comunidade hospitalar, constituído por um grupo de *stakeholders* na área problemática em análise (stress profissional e Burnout), com 6 enfermeiros, 2 médicos, 1 psicólogo e 1 assistente social;

Na comunidade empresarial, constituído por todos os colaboradores da empresa com funções de liderança (5 professores e 3 profissionais não docentes);



Na comunidade escolar, um representante dos encarregados de educação de cada escola, um conjunto de 4 educadores e 4 auxiliares, assim como uma enfermeira de saúde pública.

De acordo com as instruções de Laverack<sup>4</sup>, a partir das problemáticas de cada comunidade, foram analisados os depoimentos para cada

um dos cinco domínios da escala na versão traduzida, apresentados aleatoriamente sem indicação de qualquer score a eles associado. O grupo focal discutiu e chegou a consenso, para cada domínio, de qual o depoimento que melhor caracterizava a comunidade para a problemática em estudo. Além disso era pedido para chegarem

FIGURA 2

NÍVEIS DE EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES AVALIADAS

Níveis de Empoderamento Comunitário

Níveis de Empoderamento Comunitário

Problemática: Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.



Comunidade hospitalar

Problemática: Stress Profissional e Burnout



Comunidade empresa

Problemática: clima organizacional



Comunidade escolar: Moçambique

Problemática: saúde infantil e status nutricional



a consenso se alterariam alguma das expressões da escala que poderia adequar-se melhor ao contexto da sua comunidade. Os grupos focais decorreram em momentos distintos: Comunidade hospitalar decorreu a 29 de maio de 2017; Comunidade ACeS decorreu a 29 de setembro de 2017; Comunidade empresa a 15 de maio de 2018 e Comunidade Escolar em Moçambique a 01 de outubro de 2018.

RESULTADOS

Traduzimos a *Empowerment Assessment Rating Scale* para português, a qual designamos por Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC). Esta escala manteve os 9 domínios da escala original cada um com 5 depoimentos, conforme apresentado na **Figura 1**. As designações dos domínios foram consensuais em todas as comunidades, sendo que, de acordo

com as características da comunidade, se deve explicar o significado de estrutura organizativa (no ACeS foi indicado que deveria ser unidade funcional, na comunidade empresa e escolar, comissões ou grupos de trabalho e na comunidade hospitalar, serviços). As restantes não precisam ser clarificadas e ficam com a designação explícita na figura 1. Colocamos a escala completa na sua versão traduzida em anexo a este artigo (**anexo 1**).

A partir dos grupos focais identificou-se ainda o nível de empoderamento de cada comunidade, face à problemática em análise para cada uma delas, possível de apresentar num gráfico de radar, conforme apresentado na **Figura 2**. Conforme se observa na figura 2, todas as comunidades apresentam domínios com baixos níveis de empoderamento comunitário, sendo comum em todas elas um nível muito baixo de participação comunitária, com variações em todos os outros domínios. As comunidades

com maior nível de empoderamento na maioria dos domínios são a comunidade ACeS e a comunidade empresa. Contudo, como as áreas problemáticas em análise são muito diferentes não podem ser comparáveis entre comunidades, sendo contextuais para cada problemática e cada comunidade.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário é um instrumento útil na avaliação dos níveis

de empoderamento comunitário de diferentes comunidades e permite, no contexto da Enfermagem Comunitária, avaliar o estado de arte da comunidade numa etapa diagnóstica em relação ao seu nível de empoderamento e o impacto da intervenção do enfermeiro no seu aumento.

Está a utilizar-se este instrumento como forma de avaliar o impacto da aplicação do MAIEC na melhoria do nível de empoderamento comunitário de várias comunidades. ▴



## Referências

1. Pedro, Melo e Odete, Alves. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare*, 2019, 7, 76.
2. Pedro, Melo; Rosa, Silva e Maria Henriqueta, Figueiredo. Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study. *Rev Enf Referência*. 2018, 19: 81-90
3. Melo, P e Figueiredo, MH. As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com "Focus Group". Comunicação apresentada no 10 International Seminar on Nursing Research. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings; 2016 Maio 5-6; Porto, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
4. Laverack, G. *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. Berkshire: Open University Press, 2007
5. Glenn, Laverack. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 2006, 7, 41, 3: 266-76
6. Ann, Shiu, Rebecca, Wong, David, Thompson. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes Care*, 2003; 26: 2817-21.
7. Lutien, Bakker, Wimm, Van-Brakel. Empowerment Assessment tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic literature review. *Lepr Rev*. 2012, 83: 129-53

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/57/2023

Data: 20/10/2023

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

Nome do (s) proponente (s):

Investigadores Principais:

Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros;

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento.

Membros da equipa de investigação:

Raquel Pires Soares;

Sílvia Maria Margarido Duarte.

O estudo tem como objetivos: -----

1. Determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande;
2. Avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde e a dimensão que prioritariamente necessita de abordagem no empoderamento comunitário;
3. Identificar o nível de empoderamento comunitário, com todos os *stakeholders*, relacionado com a dimensão identificada no objetivo anterior;

Objetivos Futuros (a desenvolver na 2ª fase):

4. Identificar os diagnósticos de enfermagem na Gestão Comunitária, para responder à dimensão prioritária identificada, de acordo com a matriz de decisão clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC);
5. Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e no aumento do empoderamento comunitário, no âmbito da problemática identificada.

A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, outubro 2023. -----

A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, março 2027. -----

A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, outubro 2023. -----

A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, janeiro 2024. -----

Metodologia: -----

Apresentado e corretamente justificado como sendo “Estudo qualitativo de caráter exploratório, utilizando o instrumento de Entrevista Semiestruturada e Grupo Focal”. O estudo será dividido em duas fases, sendo que a primeira (designada por “Diagnóstico” e que contempla três etapas) centra-se no diagnóstico para dar resposta aos três primeiros objetivos do projeto. A segunda fase envolve a Intervenção e Avaliação e está dependente da primeira fase, onde serão desenvolvidas as etapas do MAIEC, sendo submetido a esta comissão de ética posteriormente. -----

A população-alvo está corretamente descrita, assim como a amostra, nomeadamente “Para a 1ª Fase, os participantes serão selecionados por conveniência, considerando o seu envolvimento com a comunidade em estudo (...)”. Igualmente, os participantes nos grupos focais (nomeadamente, “peritos, pessoas de influência da comunidade e informantes-chave da comunidade imigrante já envolvidos nas etapas”) estão corretamente descritos. -----

Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----  
Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----  
Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações apresentados. -----  
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----  
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----  
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----  
Não foram identificados danos para os participantes. -----  
Os possíveis benefícios para os participantes (nomeadamente, “obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e um aumento do empoderamento comunitário”) encontram-se apresentados e corretamente justificados. -----  
Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----  
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O consentimento do participante foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O compromisso de honra da investigadora principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----  
**Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável.** -----

P’la CE a Presidente

## **APÊNDICE 2 – Revisão Integrativa da Literatura**

## Revisão Integrativa da Literatura

### QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

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

Seguindo a mnemónica PCC temos como:

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

C(conceito): determinantes de saúde

C(contexto): cuidados de saúde primários

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

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

### OBJETIVOS

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

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

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

Enumeram-se os **objetivos específicos**:

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

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

- Definir estratégias para potenciar o acesso à saúde;

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

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

Quadro 1-Termos e descritores

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

Fonte: Própria da autora

## **OPERADORES BOLEANOS E BASES DE DADOS**

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

A pesquisa decorreu entre julho e Agosto de 2023.

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

## Quadro 2 - Limitadores de Pesquisa

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

Fonte: Própria da autora

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ARTIGOS

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

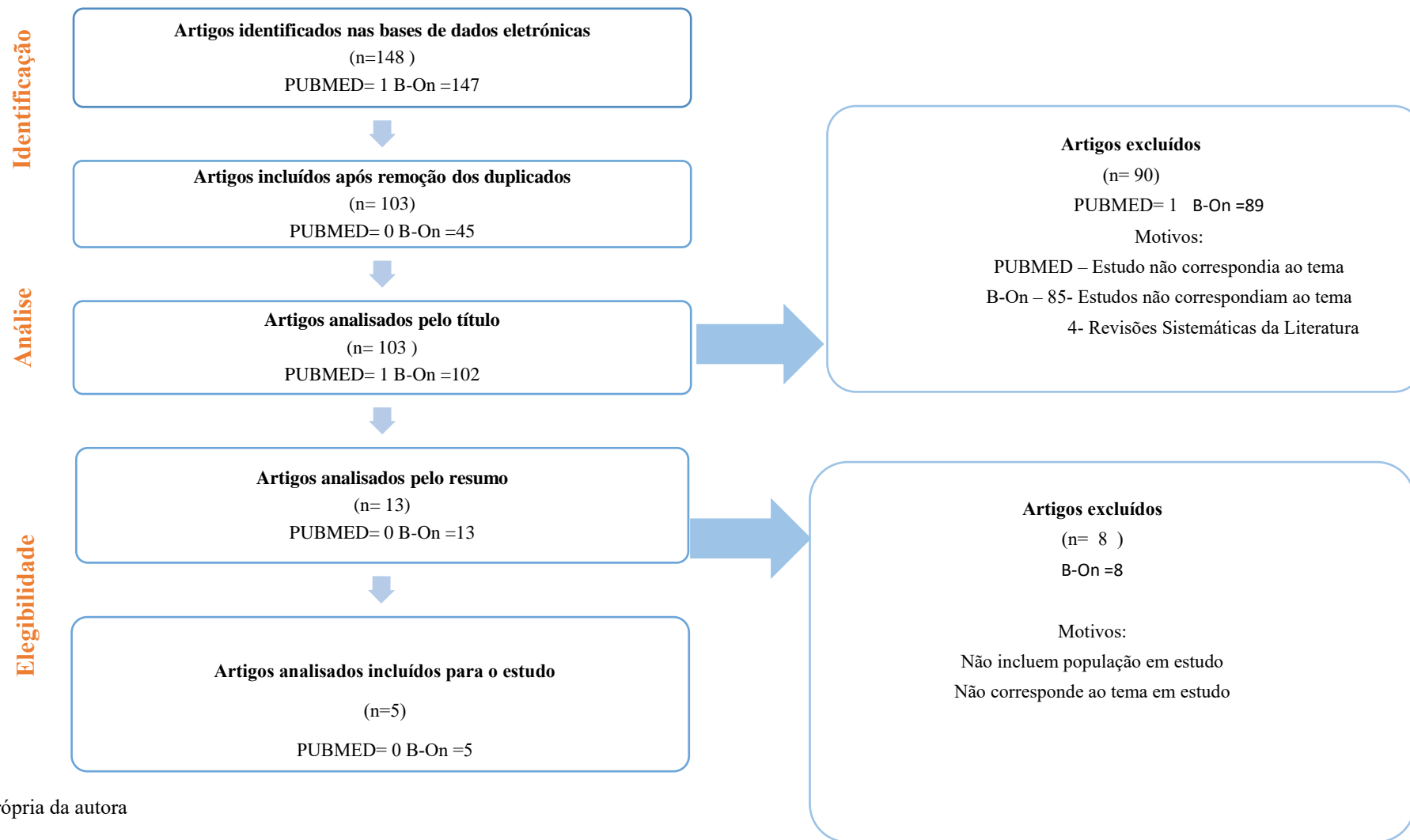
### Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

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

Fonte: própria da autora

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

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



Fonte: própria da autora

**Quadro 4 - Grelha de Artigos Seleccionados**

<i>Nº1</i>	<b>TÍTULO</b>	<b>Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada</b>
	<b>Autor(es)</b>	Bukola Salami, Alleson Mason, Jordana Salma, Sophie Yohani, Maryam Amin, Philomena Okeke-Ihejirika, Tehseen Ladha
	<b>Ano de Publicação</b>	2020
	<b>Palavras-Chave</b>	Acesso à saúde; Alberta; Canadá; saúde da criança; saúde do imigrante; imigração; saúde dos migrantes; migração
	<b>Objetivos</b>	Investigar como as crianças imigrantes acedem aos serviços de saúde no Canadá. Questões de Investigação: 1. Quais são as experiências dos pais imigrantes no acesso aos serviços de saúde para os seus filhos em Alberta? 2. Quais são as barreiras de acesso à saúde para crianças imigrantes em Alberta?
	<b>Métodos</b>	Projeto qualitativo descritivo
	<b>Participantes</b>	Residentes permanentes do Canadá, cidadãos canadenses, estudantes internacionais e trabalhadores estrangeiros temporários que residirão em Alberta por pelo menos 12 meses consecutivos 50 pais imigrantes (17 pais e 33 mães)
	<b>Intervenções</b>	As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas de acordo com os temas mais importantes.
	<b>Resultados</b>	Os resultados revelam que as barreiras sistêmicas contribuíram para os desafios no acesso à saúde para crianças imigrantes. Os participantes identificaram várias dessas barreiras como relacionadas com o sistema, linguísticas e culturais, o relacionamento com profissionais de saúde e as barreiras financeiras. <b>Barreiras do sistema</b> A barreira mais frequentemente identificada foram os longos tempos de espera entre a marcação de consultas e a sua realização, assim como, no atendimento em caso de urgência. Outra situação são os horários pouco flexíveis para a realização de consultas que implicam faltas ao trabalho ou escola. <b>Barreiras linguísticas e culturais</b> O idioma e a falta de familiaridade com o sistema de saúde foram outras barreiras prevalentes no acesso à saúde. Os participantes que não eram fluentes em inglês tiveram dificuldade em conversar com profissionais de saúde, influenciando na transmissão dos sintomas dos seus filhos. A língua também limitou sua capacidade de entender, reter e implementar as indicações dos profissionais de saúde. Existindo a possibilidade de recorrer a um tradutor este normalmente é da mesma comunidade dos participantes, o que faz com que estes não tenham confiança na tradução e na transmissão de informação. Alguns participantes referem não ter conhecimento como funciona o sistema de saúde canadense, desta forma estes não aproveitam os serviços disponíveis. O conhecimento inadequado dos serviços gratuitos ou subsidiados disponíveis impediu que alguns pais tivessem acesso a apoios de saúde mental e atendimento odontológico para os seus filhos. <b>Relacionamento com Profissionais de Saúde</b> Os médicos do Canadá estão sempre com pressa e não têm uma visão holística da saúde e da doença dos pacientes. Os participantes acham importante que estes profissionais falem mais e façam perguntas sobre a sua vida e não estarem só interessados na doença.

	<p><b>Barreiras financeiras</b></p> <p>A capacidade dos pais imigrantes de aceder aos cuidados de saúde está relacionada com os recursos financeiros ou que trabalham em empregos que lhes oferecem assistência médica. Imigrantes têm empregos com salários mais baixos. Muitos pais indicaram que, embora alguns serviços de saúde sejam gratuitos no Canadá, aqueles que não são cobertos são muito caros, nomeadamente os cuidados de saúde mental, o que faz com que os seus filhos não tenham acompanhamento nesta sua doença mental.</p> <p>Para os imigrantes ilegais as questões financeiras são muito importantes pois não têm acesso a seguro de saúde e têm de pagar os cuidados de saúde na sua totalidade, o que coloca os cuidados de saúde fora do seu alcance. Também alguns imigrantes indocumentados podem ter medo de ir ao profissional de saúde porque sentem que podem ser deportados.</p>
<b>Conclusão</b>	<p>Temos como desafios no acesso à saúde neste estudo o principal é o desconhecimento do idioma do país, no entanto existem outros como os longos tempos de espera, a falta de serviços de interpretação generalizados e dificuldades financeiras, as diferentes expectativas culturais para profissionais de saúde e falta de conhecimento sobre o sistema de saúde canadense.</p> <p>Surgem, no entanto, algumas sugestões para que as crianças imigrantes tenham um melhor acesso à saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É necessário que quem tem responsabilidade política sobre esta temática tenham em atenção às questões relacionadas com os tempos de espera nos serviços de saúde no Canadá, podendo aumentar o número de profissionais de saúde;</li> <li>- Os responsáveis políticos devem perceber que o salário recebido pelos imigrantes é muito importante para que não existam desigualdades entre imigrantes e não imigrantes;</li> <li>- Deve haver financiamento para contratar intérpretes para ajudar as populações imigrantes, o que garantirá que os imigrantes recebam informações apropriadas.</li> </ul> <p>É importante desenvolver uma relação terapêutica com os imigrantes, mostrando respeito e dedicando tempo para enfrentar os complexos desafios de saúde desta população.</p>

<b>Nº2</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members</b>
	<b>Autor(es)</b>	Rudra Dahal, Jessica Naidu, Bishnu Bahadur Bajgain, Kalpana Thapa Bajgain, Kamala Adhikari, Nashit Chowdhury, and Tanvir C. Turin
	<b>Ano de Publicação</b>	2022
	<b>Palavras-Chave</b>	Imigrantes, nepalenses, cuidados primários, soluções, acesso aos cuidados de saúde, desigualdades na saúde, investigação envolvida na comunidade
	<b>Objetivos</b>	Saber as perspetivas dos imigrantes nepalenses em Calgary, Alberta, sobre a melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários da sua comunidade, especificamente responsabilidades individuais, responsabilidades comunitárias, responsabilidades dos prestadores de serviços e responsabilidades em nível político. Sugeriram soluções às barreiras que identificaram.
	<b>Métodos</b>	Aplicação do Modelo Sócio-Ecológico Discussões em Grupos Focais
	<b>Participantes</b>	Doze discussões em grupos Focais (6 grupos masculinos e 6 grupos femininos) - número total de 68 participantes.
	<b>Intervenções</b>	Todas as discussões em grupos focais foram gravadas em áudio e estava presente um facilitador bilingue treinado.

<p><b>Resultados</b></p>	<p>Resultante das discussões em grupos focais os participantes propuseram recomendações para diminuir as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde primários. Foi usado o Modelo Socio-ecológico para interpretar os resultados e as recomendações foram organizadas da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Responsabilidades a nível individual</li> <li>2. Responsabilidades a nível comunitário</li> <li>3. Responsabilidades do provedor de serviços</li> <li>4. Responsabilidades em nível político/governamental</li> </ol> <p><u>Responsabilidades a nível individual</u></p> <p>São as ações que um indivíduo pode tomar para melhorar o seu acesso aos cuidados de saúde primários.</p> <p>-Em primeiro lugar melhorar a língua inglesa de forma a diminuir a barreira da comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar os conhecimentos em relação à saúde através da leitura de folhetos, panfletos, revistas e livros relacionados com a saúde.</li> <li>- Saber mais sobre o sistema de saúde assistindo a vídeos no YouTube, pesquisando no Google, conversando com amigos e participando em conversas de grupo.</li> </ul> <p>Sendo assim é importante os esforços na educação para a saúde, a adaptação a uma nova cultura e ambiente, que não sendo fácil inicialmente é crucial para o acesso aos cuidados de saúde.</p> <p><u>Responsabilidades a nível comunitário</u></p> <p>Temos como sugestões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As organizações comunitárias poderem ter uma participação em sessões de educação para a saúde;</li> <li>- Terem programas de sensibilização e literacia em saúde;</li> <li>- Ajudar os recém-chegados, fornecendo informações sobre saúde para a fixação nos primeiros dias da migração para o Canadá;</li> <li>- Realização de eventos comunitários onde seja transmitida a visão geral do sistema de saúde nas suas províncias, familiarizá-los com vários profissionais de saúde (as suas comunidades e com a cultura e crenças em torno da saúde);</li> <li>- Terem programas que ofereçam ajuda a encontrar um médico de família e ajuda para as deslocações para ir ao médico;</li> <li>- Para os imigrantes com mais dificuldade com a língua inglesa devia de ser criado um fórum online onde possam fazer perguntas e obter respostas a questões relacionadas com cuidados de saúde;</li> </ul> <p>Desta forma consideram que as organizações comunitárias poderiam desempenhar um papel vital na atenuação dos desafios de acesso aos cuidados de saúde primários, facilitando vários programas para os imigrantes recém-chegados.</p> <p><u>Responsabilidades do provedor de serviços</u></p> <p>Os imigrantes referem que os médicos não percebem as suas queixas, devido à barreira da língua, as soluções seriam: nos consultórios existirem tradutores internos, solicitarem os serviços de tradução existente no sistema de saúde e outra alternativa seria serem contratados profissionais de saúde multilíngue.</p> <p><u>Responsabilidades em nível político/governamental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O governo deve criar formação obrigatória em competências culturais para os profissionais de saúde;</li> <li>- Consideram que os cuidados dentários e oftalmológicos são caros, pelo deveriam ser cobertos pelo governo;</li> <li>- Os imigrantes também salientaram a formação que alguns médicos apresentam e que não estão a trabalhar na área da saúde, podendo estes serem integrados através de formação e assim integrarem o sistema de saúde do Canadá.</li> </ul>
--------------------------	---

<b>Conclusão</b>	De forma diminuir os problemas de acesso aos cuidados de saúde por parte da população nepalesa no Canadá neste estudo foi destacado que a nível individual os imigrantes devem fazer um esforço para melhorar a sua linguagem e comunicação e saber mais sobre o sistema de saúde, por outro lado as organizações comunitárias podem divulgar informações relacionadas com os cuidados de saúde e ajudar os novos imigrantes a responder às suas necessidades de cuidados de saúde. Além disso, os prestadores de serviços podem satisfazer as necessidades de cuidados de saúde necessários dos imigrantes (por exemplo, intérpretes) e formar os seus profissionais de saúde para aceitarem o multiculturalismo e a diversidade e criarem um ambiente favorável com os imigrantes. O governo pode permitir que médicos graduados internacionalmente entrem no sistema de saúde, assim como, que os cuidados odontológicos e oftalmológicos tenham participação no sistema universal de saúde do Canadá.
------------------	---

<b>Nº3</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia</b>
	<b>Autor(es)</b>	Mehwish Nisar; Asaduzzaman Khan; Tracy L. Kolbe-Alexander
	<b>Ano de Publicação</b>	2022
	<b>Palavras-Chave</b>	Austrália, comportamentos de saúde, acesso à saúde, imigrantes, sul-asiáticos
	<b>Objetivos</b>	Obter uma compreensão sobre os comportamentos de saúde e acesso aos cuidados de saúde na população imigrante do sul da Ásia na Austrália.
	<b>Métodos</b>	Discussões em Grupos Focais 5 participantes em cada grupo e duração entre 55 e 85 minutos. Em inglês Foram Gravados em áudio
	<b>Participantes</b>	- 29 participantes (11 sexo masculino e 18 sexo feminino) imigrantes do sul da Ásia
	<b>Intervenções</b>	Cinco discussões em grupos Focais. Em grupos separados consoante o sexo. Questões guiadas semiestruturadas relacionadas à perceção, barreiras e facilitadores de comportamentos de saúde
<b>Resultados</b>	<p>Nos grupos focais foram abordados os seguintes temas: Atividade Física, Dieta Saudável, Fumar, Álcool e Acesso aos cuidados de Saúde tendo sido analisadas a barreiras e os facilitadores para cada um. Figura 1</p> <p><b><u>Atividade física</u></b> Barreiras à não realização Crenças culturais, falta de tempo, falta de conhecimentos sobre exercício, os custos associados aos ginásios, a indolência pessoal e o stress no trabalho; falta de motivação e dedicação, comportamentos de intimidação, ameaças e insultos. Facilitadores à realização Ambiente físico (parques), realização de exercício com amigos da mesma cultura.</p> <p><b><u>Dieta saudável</u></b> Barreiras Desconhecimento sobre diretrizes para dieta saudável. Tradicionalmente, os sul-asiáticos utilizavam uma grande quantidade de óleo/ghee na preparação de caril de legumes e carne e na preparação de pão. Preferência por alimentos fritos em vez de grelhados. Os participantes mencionaram as redes sociais e familiares como fatores de motivação para fazerem escolhas alimentares saudáveis. Referem o sabor dos legumes e fruta ser diferente e por isso consomem mais carne, assim como, o elevado custo das frutas e legumes é um obstáculo importante para uma alimentação saudável.</p>	

#### Facilitadores

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

#### **Fumar**

##### Barreiras

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

##### Facilitadores para fumar

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

#### **Álcool**

##### Barreiras para consumir

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

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

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

##### Facilitadores ao consumir

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

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

#### **Acesso aos cuidados de Saúde**

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

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

##### Barreiras

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

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

##### Facilitadores

Referências positivas em relação ao médico de família por parte de amigos; Preocupação quanto à capacidade compreender as indicações médicas relacionada com a língua, preferindo um médico de família compreenda a sua língua materna.

Nº4	<b>TÍTULO</b>	<b>Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia</b>
	<b>Autor(es)</b>	Manju Adhikari, Sabitra Kaphle, Yamuna Dhakal, Sabina Duwadi, Rajan Subedi, Sonu Shakya, Sunil Tamang and Mukesh Khadka
	<b>Ano de Publicação</b>	2021
	<b>Palavras-Chave</b>	Experiência do paciente migrante, Acesso aos cuidados de saúde, Barreiras aos cuidados de saúde, Migrantes do Sul da Ásia, Cuidados culturalmente competentes
	<b>Objetivos</b>	Explorar os fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde por imigrantes do sul da Ásia na Austrália.
	<b>Métodos</b>	Amostra em bola de neve. Os dados das entrevistas foram gravados.
	<b>Participantes</b>	62 inquéritos online e 14 entrevistas a imigrantes de quatro países do Sul da Ásia: Nepal, Índia, Butão e Sri Lanka
	<b>Resultados</b>	Da análise das entrevistas e dos inquéritos as múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes sul-asiáticos na Austrália: - Acrescentam também que na Austrália existe um elevado tempo de espera para terem uma consulta ou se necessitarem de uma cirurgia nos serviços de saúde públicos, sendo, no entanto, mais rápido no setor privado, no entanto acarreta custos económicos, sendo que assim poderá existir um acesso limitado aos cuidados de saúde para as pessoas economicamente desfavorecidas e incapazes de ultrapassar as barreiras financeiras. - Comparativamente os serviços de saúde na Austrália são melhores do que nos países nativos. experiências comparativas de utilização dos serviços de saúde; e poderia ser feito melhor, expectativas para o futuro - Existe a preferência por serviços de saúde mais célere e acessíveis, por profissionais de saúde bilingues e compreendessem os seus antecedentes culturais e que não existisse discriminação nos serviços.

Nº5	<b>TÍTULO</b>	<b>Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK</b>
	<b>Autor(es)</b>	Oliver Mudyarabikwa; Krishna Regmi; Sinead Ouillon; Raymond Simmonds
	<b>Ano de Publicação</b>	2021
	<b>Palavras-Chave</b>	Refugiados e imigrantes; Campeões comunitários de saúde; Cuidados de Saúde primários; Barreiras; Utilização; NHS
	<b>Objetivos</b>	Quais são as barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, dos refugiados, requerentes de asilo e imigrantes em West Midlands, Reino Unido.
	<b>Métodos</b>	Estudo qualitativo Recurso a “Refugee e Immigrants Health Champions” com o intuito de usar a sua experiência e conhecimento sobre problemas de saúde locais para influenciar uma maior utilização dos serviços por parte dos indivíduos da sua comunidade. Discussão em grupos focais
	<b>Participantes</b>	42 refugiados e imigrantes, com origem em África, Ásia, Europa e América do Sul
	<b>Intervenções</b>	Os defensores da comunidade realizaram entrevistas ao refugiados e imigrantes para saberem as barreiras ao acesso à saúde e a sua utilização, que posteriormente foram apresentadas em grupos focais
	<b>Resultados</b>	<b>Temas dos grupos focais:</b> <u>Problemas de saúde percebidos</u>

Doenças mentais, incapacidade física, abuso de drogas e álcool, escravatura moderna, abuso sexual e exposição a doenças infecciosas

Barreiras ao acesso e utilização

Natureza transitória dos refugiados e imigrantes, Negligenciar a manutenção da casa, Não priorizar a própria saúde, Estilos de vida instáveis e comportamentos individuais, Incapacidade de pagar pelos cuidados de saúde e Medo de ser denunciado e deportado pelas autoridades

Fatores predisponentes

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

Causas prioritárias de doenças e mortes

*Problemas identificados nos grupos focais*

Abuso de drogas e álcool, AVC, cancro de pulmão

*Problemas identificados pela Saúde Pública local:*

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

## **Resultados**

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

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

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

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

Artigo	Dimensões segundo o Modelo SUNRISE	Dados dos Artigos
<p><b>Artigo 1</b> Access to health care for immigrant, children in Canada</p>	<p><b>Crenças e Valores Culturais</b></p>	<p><b>Barreiras:</b> Língua, Falta de confiança nos tradutores Profissionais de saúde não estabelecem uma relação terapêutica com os imigrantes.</p>
	<p><b>Fatores Económicos</b></p>	<p><b>Barreiras:</b> Empregos precários Salários baixos; muitos cuidados de saúde abrangidos só pelo Sistema de Saúde privado (saúde mental), sendo mais caros.</p>
	<p><b>Fatores Educacionais</b></p>	<p>Falta de conhecimento sobre o SS</p>
	<p><b>Fatores Políticos e Legais</b></p>	<p><b>Barreiras</b> do Sistema de Saúde: longos períodos de espera entre a marcação e a realização de consultas Falta de flexibilidade de horários Idioma para comunicação com os profissionais de saúde. Falta de serviços de interpretação Tempo de consulta com profissionais de saúde – visão holística em causa. Profissionais de saúde não estabelecem uma relação terapêutica com os imigrantes. Falta de conhecimento sobre o SS.</p>
<p><b>Artigo 2</b> Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members</p>	<p><b>Crenças e Valores Culturais</b></p>	<p><b>Sugestões:</b> melhorar o seu inglês através de aulas <i>Self-education</i>, através de panfletos e pesquisas nos canais oficiais <b>Barreiras:</b> Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente.</p>
	<p><b>Fatores Económicos</b></p>	<p><b>Barreiras:</b> problemas socioeconómicos</p>
	<p><b>Fatores Educacionais</b></p>	<p><b>Sugestões:</b> melhorar o seu inglês através de aulas <i>Self-education</i>, através de panfletos e pesquisas nos canais oficiais Realizar sessões de esclarecimento sobre o SS da sua zona para facilitar acesso por parte das organizações das localidades, assim como eventos de integração da população nepalense/imigrantes. Podem organizar programas de saúde como, por exemplo “Como se manter saudável”. Criar um fórum onde a população imigrante possa expor as suas dúvidas. Ter tradutores multilingue para facilitar todo o processo da consulta. Proporcionar formação cultural a todos os profissionais de saúde</p>

	<b>Fatores Políticos e Legais</b>	<b>Barreiras:</b> Falta de relacionamento/comunicação profissional de saúde/utente. Falta de serviços de interpretação
<p><b>Artigo 3</b> Cost, culture and circumstances': Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia</p>	<p><b>Crenças e Valores Culturais</b> <b>Fatores Religiosos e</b> <b>Filosóficos</b></p>	<p><b>Falta de atividade Física</b> (<u>Barreiras</u>: mulheres devem ficar em casa, devido a cultura/crenças, não permitindo elas envolverem-se neste tipo de atividade, falta de tempo devido a responsabilidade de trabalho e familiares, não possuem capacidades económicas para realizar exercício físico, sofrem de bulliying nos locais para a prática de AF; <u>Facilitadores</u>: ambiente propicio para a atividade física e a interação social).</p> <p><b>Dieta saudável</b> (<u>Barreiras</u>: Alimentação tradicional da sua cultura é diferente da do país recetor, não havendo conhecimento sobre qual é a dieta saudável, custos. <u>Facilitadores</u>: Refeições comunitárias, ou seja, quando os imigrantes almoçam nos locais de trabalho e observam os hábitos alimentares dos residentes, sendo influenciados)</p> <p><b>Fumar</b> (<u>Barreiras</u>: custo. <u>Facilitadores</u>: o processo de imigração leva ao início ou manutenção de fumar, sendo um meio preferível ao álcool, já que não é proibido na sua religião).</p> <p><b>Álcool</b> (<u>Barreiras</u>: pode ser barreira na socialização já que é proibido na sua cultura. <u>Facilitadores</u>: stress no trabalho, influência dos pares, usado como mecanismo de coping,</p>
		<p>Mulheres devem ficar em casa, devido a cultura/crenças, a realizar as suas atividades domésticas. Os usos de determinadas roupas para determinadas atividades físicas não são toleradas, sendo proposto a existência de um edifício só para mulheres para a prática. Ter um meio de transporte próprio é sinal de prosperidade.</p> <p>Alimentação tradicional da sua cultura é diferente da do país recetor, não havendo conhecimento sobre qual é a dieta saudável. Existe uma ligação de prazer e comida. Utiliza-se remédios caseiros e automedicação.</p>
	<b>Fatores Económicos</b>	Falta de meios económicos para adotar uma alimentação em fruta e legumes
	<p><b>Fatores Políticos e Legais</b> <b>Fatores Educacionais</b> <b>Crenças e Valores Culturais</b></p>	<p><b>Barreiras:</b> 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 agoiro, já que são presságio de doença. Falta de conhecimento.</p> <p><b>Facilitadores:</b> Opinião dos seus pares sobre determinados profissionais leva-os a recorrerem aos serviços. Preferem profissionais que os compreendam já que manifestam dificuldade em manifestar os seus sintomas.</p>
		Diabetes e hipertensão, Alcoolismo
<p><b>Artigo 4</b> Too long to wait: South Asian</p>	<b>Crenças e Valores Culturais</b>	<p><b>Barreiras:</b> Comunicação Discriminação cultural Imigrantes pedem profissionais assertivos perante as necessidades de saúde transmitidas.</p>

migrants' experiences of accessing health care in Australia	<b>Fatores Económicos</b>	<b>Barreiras:</b> Salários Baixos, baixos recursos económicos
	<b>Fatores Políticos e Legais</b>	<b>Barreiras:</b> Comunicação, elevados Tempos de espera, profissionais de saúde, Discriminação cultural Imigrantes pedem profissionais assertivos perante as necessidades de saúde transmitidas. Já foram discriminados durante o processo de consulta
<b>Artigo 5</b> Refugee and Immigrant Community Health Champions: a Qualitative Study of Perceived Barriers to Service Access and Utilisation of the National Health Service (NHS) in the West Midlands, UK	<b>Crenças e Valores Culturais Fatores Religiosos e Filosóficos</b>	Consumos (hábitos tabágicos, alcoolismo e drogas), provenientes do seu estado mental.
	<b>Crenças e Valores Culturais Fatores Religiosos e Filosóficos</b>	Acreditam que o seu estado de saúde ou a sua situação de legalidade pode influenciar a sua presença no país. Por isso não recorrem aos SS. Não priorizam o seu estado de saúde.
		Mortalidade Infantil elevada devido a problema políticos; Doenças Infeciosas

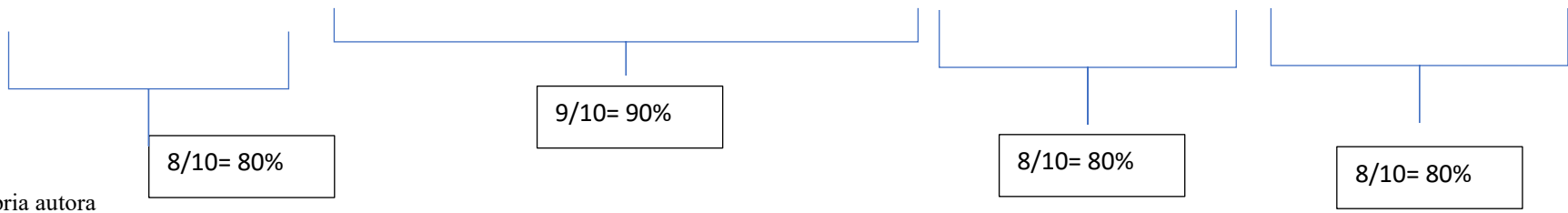
Fonte: Da própria

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

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

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

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



Fonte: própria autora

## **Discussão/Conclusão**

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

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

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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

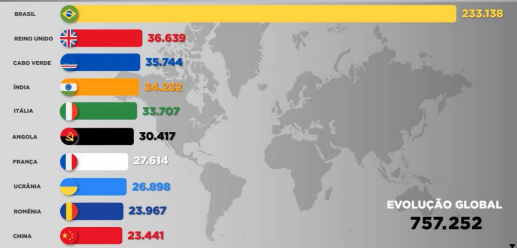
- Adhikari, M., Kaphle, S., Dhakal, Y., Duwadi, S., Subedi, R., Shakya, S., Tamang, S., & Khadka, M. (2021). Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia. *BMC public health*, 21(1), 2107. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12132-6>
- Aromataris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

**APÊNDICE 3** – Apresentação de comunicação livre “PROJETO ENGAGE - Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande” no Encontro Comemorativo do 10º Aniversário da UCC da Marinha Grande



## Evolução da População Imigrante em Portugal

### TOP 10 DE NACIONALIDADES 1999-2022



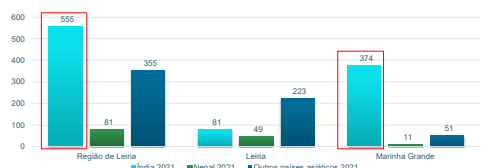
## População Imigrante Residente em Leiria



Districtos	Total	TRs	VLDs	H	M
Total Nacional	698 887	698 538	351	359 862	339 025
Aveiro	20 395	20 374	21	9 884	10 531
Bragança	15 953	15 953	0	10 640	5 313
Bragança	23 619	23 615	4	11 723	11 896
Bragança	3 856	3 856	0	1 784	2 072
Castelo Branco	7 006	7 006	0	3 751	3 255
Coimbra	17 545	17 547	18	8 538	9 027
Évora	4 903	4 897	6	2 550	2 353
Faro	105 142	105 137	5	55 691	49 451
Guarda	2 685	2 685	0	1 351	1 334
Leiria	26 952	26 951	0	13 862	13 090
Lisboa	294 730	294 495	241	151 941	142 795
Portalegre	2 881	2 881	0	1 416	1 465
Porto	55 473	55 459	14	27 101	28 372
Santarém	18 255	18 253	2	9 106	9 149
Silves	66 901	66 901	0	33 518	33 383
Viana do Castelo	7 505	7 505	0	3 923	3 582
Vila Real	2 887	2 870	17	1 403	1 484
Viseu	7 288	7 284	4	3 734	3 554
Açores	4 480	4 462	18	2 268	2 212
Madeira	10 405	10 405	0	5 098	5 307

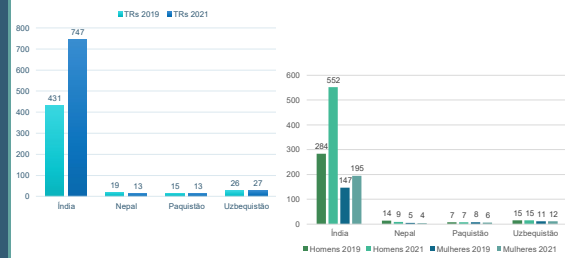
(SEF, 2021)

## População Residente em Leiria da Ásia Central e Meridional



(PORDATA, CENSOS, 2021)

## População Residente Imigrante na Marinha Grande da Ásia Central e Meridional



(SEF, 2021)

## EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

Associado ao incremento da população imigrante na Marinha Grande

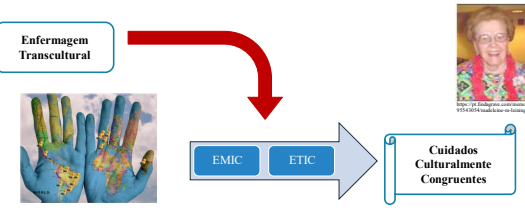


### OBJETIVOS

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

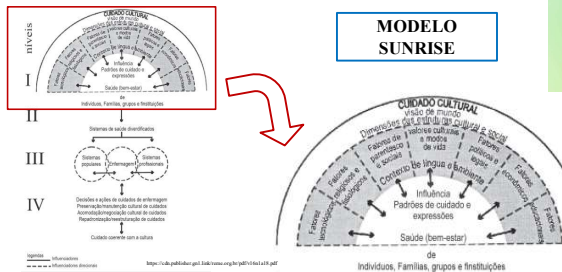
## EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger



(Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoinça & Figueiredo, 2014)

## Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger



## EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

### METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO – Estudo Qualitativo

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

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - Entrevista Semiestruturada

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



## Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

### Fatores Tecnológicos

- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)

### Fatores Parentesco e Sociais

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

### Fatores Religiosos e Filosóficos

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

### Fatores Económicos

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

## Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

### Valores Culturais e Modos de Vida

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

## Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

### Fatores Políticos

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

### Fatores Educacionais

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

## Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

### DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

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



### Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

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

↓

**EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO**

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

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

### Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

**Desenho Metodológico**

Aplicação da EAIEC

Medição do nível de empoderamento comunitário

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

Questionário/Entrevistas

Avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária

Questionário/Entrevistas

(Melo, 2020)

### Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

**Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário**

Participação Comunitária

Capacidade de Avaliação do Problema

Liderança Local

Estruturas Organizativas

Mobilização de Recursos

Ligações a Outros

Capacidade para questionar o Porquê

Gestão de Programas

Relação com Agentes Externos

(Melo, 2020)

### Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)

**Resultados Grupo Focal**

Participação Comunitária

Capacidade de avaliação do problema

Liderança Local

Estruturas organizativas

Mobilização de recursos

Ligações a outros

Habilidade para questionar

Gestão de Programas

Relação com agentes externos

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

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

### EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

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

↓

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

### EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE DA MARINHA GRANDE - ENGAGE

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



**APÊNDICE 4** - Submissão de Resumo para apresentação de póster e respetivo Póster  
“Determinantes de Saúde e o Empoderamento Comunitário dos Imigrantes da Ásia Central e  
Meridional – Uma Revisão da Literatura”

## FORMULÁRIO DE RESUMOS

### TÍTULO DO TRABALHO

Determinantes de Saúde e o empoderamento comunitário dos Imigrantes da Ásia Central e Meridional – Uma Revisão da Literatura.

### AUTORES

Raquel Pires Soares, Enfermeira, ESSLei

Silvia Maria Margarido Duarte, Enfermeira, ESSLei

Ana Catarina Nunes Veríssimo Duarte, Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, USP - ACES PL

Dina Maria Puidival Pascoal, Enfermeira Especialista Saúde Comunitária e Saúde Pública, USP - ACES PL

Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Huttel Barros, ESSLei

Professor Doutor Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento, ESSLei

### IDENTIFICAÇÃO DO APRESENTADOR

Silvia Duarte

### TIPO DE COMUNICAÇÃO

Comunicação Oral

Poster com  
apresentação

×

Poster sem  
apresentação

RESUMO (**máximo 400 palavras**, calibri, tamanho 11, espaço 1,5, sem justificação)

#### Breve introdução (ao tema e objetivos de estudo)

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

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

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

Este trabalho teve como objetivo identificar os principais determinantes de saúde desta comunidade.

#### Metodologia (tipo de estudo, população e amostra, instrumentos, procedimentos e tratamento dados)

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura sendo que questão de investigação foi estruturada segundo a mnemónica PCC (população, conceito e contexto), em que a população se refere aos imigrantes provenientes da Ásia central e meridional; o conceito, aos determinantes em saúde; e o contexto, aos cuidados de saúde primários. A colheita de dados, considerando os critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, ocorreu nas bases de dados: Pubmed, B-on e EBSCO, durante o mês de julho de 2023. A avaliação metodológica do acervo de artigos, foi orientada segundo o método de Joanna

Briggs Institute.

### Resultados

Recorrendo ao método PRISMA de identificação e inclusão de estudos, foram identificados cinco artigos. Os determinantes de saúde identificados referem-se às barreiras associadas à comunicação, relacionadas com a língua, a qualidade da relação com os profissionais de saúde e o baixo nível de literacia em saúde quanto à legislação de acesso aos cuidados de saúde. Quanto ao estilo de vida, influenciado pela cultura, crenças e religião, emergem barreiras associadas aos hábitos alimentares, atividade física e dependências. Os fatores sociais e económicos, refletem as limitações inerentes aos baixos salários e às precárias condições de habitação.

### Conclusões

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

### Palavras-Chave

Determinantes de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Imigrantes Asiáticos, Cuidados Culturalmente Congruentes.

### Bibliografia

INE (2023). O que nos dizem os censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. INE, Lisboa. ISBN 978-989-25-0671-5 e-ISBN 978-989-25-0633-3

Organização Internacional das Migrações [IOM]. (2023). Relatório mundial de migração 2022. Disponível em

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado em: [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Lidel.

Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. Desafios de segurança. *População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155.

Caso **não autorize** a publicação do resumo, deve assinar com uma cruz no quadrado seguinte

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

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

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

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

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

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

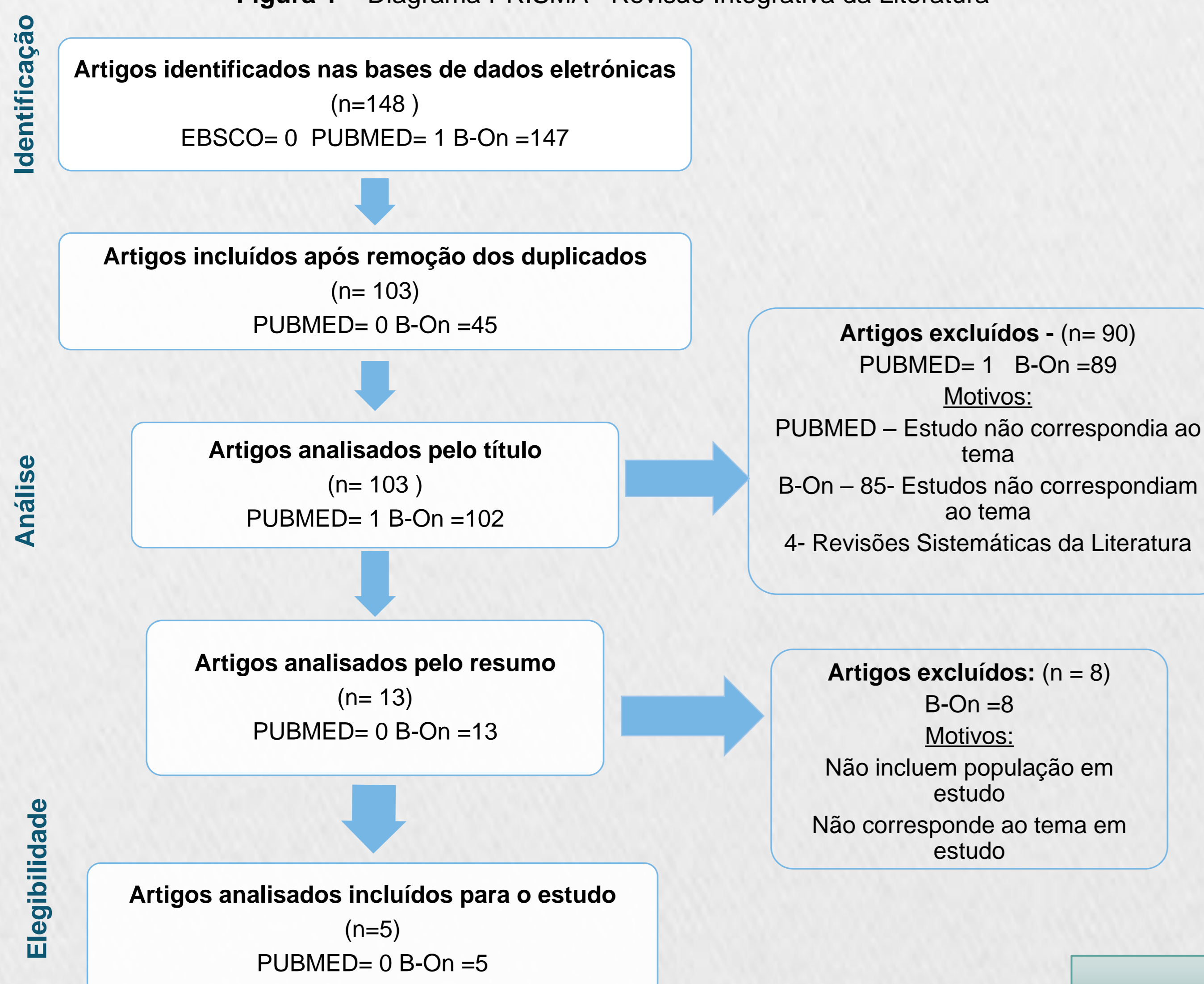
## OBJECTIVO

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

## METODOLOGIA

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

Figura 1 – Diagrama PRISMA - Revisão Integrativa da Literatura



## CONCLUSÃO

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

## RESULTADOS

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

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE 5** – Submissão de Resumo para apresentação de comunicação livre e respetiva apresentação “Perceção dos Determinantes da Saúde pela População Imigrante da Marinha Grande: Empoderamento Comunitário – Projeto ENGAGE”

## **TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

### **Perceção dos Determinantes da Saúde pela População Imigrante da Marinha Grande: Empoderamento Comunitário (Projeto ENGAGE)**

Raquel Soares\*; Silvia Duarte\*; Ana Catarina Duarte \*\*; Dina Pascoal\*\*; Ana Sofia Machado\*\*\*; Lúcia Grácio\*\*\*; Tiago Nascimento\*\*\*\*; Teresa Kraus\*\*\*\*\*

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

\*\* Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, USP – Pólo Marinha Grande, ULS Região de Leiria

\*\*\* Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, UCC Marinha Grande, ULS Região de Leiria

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

#### **Introdução**

O movimento migratório de pessoas é um fenómeno nacional e internacional, sendo um dos desafios da saúde pública e dos governos, na medida em que obriga à formulação de políticas que tenham em atenção o acesso aos cuidados de saúde, a diminuição das desigualdades e das barreiras (Rodrigues & Ferreira, 2014).

A Organização Internacional para as Migrações (2023) estimou que, em 2020, 3,6% da população mundial era migrante. Em Portugal, 5,2% da população residente é imigrante, verificando-se um incremento de 37% desde os últimos Censos, sendo os imigrantes provenientes da Ásia Central e Meridional os que registaram um dos maiores fluxos migratórios (INE, 2023). No concelho da Marinha Grande, apesar de apenas terem sido registados 374 imigrantes de origem Indiana, 51 do Nepal e 11 de outros países asiáticos (INE, 2023; PORDATA, 2023), existe um fluxo crescente.

A Teoria da Multiculturalidade de Madeleine Leininger perspetiva o utente de uma forma holística. (Smith e Parker, 2015) e faz emergir o conceito de Enfermagem Transcultural, com enfoque na análise comparativa de diferentes culturas. Evidencia a importância do conhecimento das crenças, das expressões, práticas e costumes, pelo Enfermeiro, para a implementação de cuidados culturalmente congruentes e seguros (George, 1993).

## **Objetivos**

Este trabalho de investigação teve como objetivos: determinar os dados sociodemográficos dos imigrantes da Ásia Central e Meridional, residentes na Marinha Grande e avaliar a perceção dos participantes quanto aos fatores determinantes da sua saúde com vista ao empoderamento comunitário.

## **Metodologia**

Este trabalho de investigação teve em consideração a metodologia do Planeamento em Saúde e a Teoria da Multiculturalidade de Madeleine Leininger.

A população-alvo deste estudo foi a comunidade indiana residente no concelho da Marinha Grande.

Para a recolha de dados, selecionaram-se participantes para realização de entrevista semiestruturada, durante os meses de novembro e dezembro, que estavam envolvidos na comunidade em estudo, tendo sido identificados 4 voluntários.

Como critérios de inclusão do estudo: idade  $\geq$  a 18 anos, falar português e ter conhecimentos para a análise da problemática em estudo (cultura, crenças, rituais, estilos de vida, entre outros) e voluntariar-se para participar.

## **Tipo estudo**

Estudo qualitativo de carácter exploratório.

## **Instrumentos**

A entrevista semiestruturada foi suportada num guião considerando as dimensões do Modelo Sunrise da Teoria de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado de Madeleine Leininger (Tecnológicos, Religiosos e Filosóficos, Sociais e de Parentesco, Valores culturais e Modos de vida, Políticos e Legais, Educacionais e Económicos).

## **Procedimentos Éticos**

Foram respeitadas as recomendações formais e éticas preconizadas, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes.

Todos os participantes foram informados quanto aos objetivos e procedimentos durante as entrevistas, bem quanto aos benefícios do seu envolvimento, tendo sido garantido o direito à recusa em participar, sem que daí resultasse qualquer inconveniente para ninguém.

Foi assegurado o consentimento livre, informado e esclarecido por parte de todos os participantes no estudo. As condições foram descritas numa linguagem clara e acessível, no documento entregue aos participantes, tal como a autorização para a gravação em registo áudio. O projeto obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria (PARECER N° CE/IPLEIRIA/57/2023).

### Procedimentos Técnicos

Após uma Revisão Integrativa da Literatura, iniciaram-se entre novembro e dezembro de 2023, entrevistas semiestruturadas.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um gravador áudio.

Foi feita a transcrição das entrevistas utilizando como instrumento informático (SONIX®), tendo sido realizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2010) com o auxílio do programa informático webQDA, identificando-se as categorias de significado que se pretendiam analisar segundo os objetivos do estudo, permitindo definir os diagnósticos de saúde da comunidade indiana na Marinha Grande, priorizados segundo o Método Cendes/OPA (Rodrigues, 2021).

### Resultados

Para análise das entrevistas obtidas, foi utilizado o Modelo Sunrise, mais especificamente, as dimensões presentes do nível I. Esta análise encontra-se esquematizada na tabela 1.

Dimensões	Resultados
Valores Culturais e Modos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recurso a serviços de saúde em casos de urgência ou quando a “Medicina Tradicional” /Popular não dão resposta aos sintomas.</li> <li>- Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtêm resposta no SNS em Portugal</li> <li>- Perceção alterada do estado de saúde (ter uma boa alimentação é sinal de saúde, recorrem ao SNS só em caso de doença)</li> <li>- Religião condiciona o regime alimentar e ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem. Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, mas nunca em frente a familiares)</li> <li>- Adesão ao Plano de vacinação em Portugal para as crianças. Nos adultos só se expostos (especificamente no caso da vacina do tétano).</li> </ul>
Fatores Tecnológicos	Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)
Fatores de Parentesco e Sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio inexistente ou fraca</li> <li>- Família presente em Portugal, coabita na mesma casa</li> </ul>
Fatores Religioso e Filosóficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locais de culto diferentes consoante a religião</li> <li>- Influência da religião sobre a saúde/doença</li> <li>- Regime alimentar associado à sua religião</li> </ul>
Fatores Económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emprego precário, com contratos de trabalho (possíveis baixos salários)</li> <li>- A aquisição de habitação/quarto é difícil (rendas altas ou Habitação inexistente)</li> </ul>

Fatores Políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços</li> <li>- Conhecimento/Informação sobre os serviços de saúde transmitido por amigos, familiares (que estão em Portugal, entidade patronal ou Junta de Freguesia da Marinha Grande)</li> <li>- Tempos de espera elevados para acesso a cuidados de saúde (como estratégia recorrem: seguros de saúde, serviços de saúde privados e Serviço de Urgência)</li> </ul>
Fatores Educacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação sobre saúde transmitida de geração em geração</li> <li>- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)</li> <li>- Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços</li> <li>- Barreira da Comunicação (entrevistados referem dificuldade quando chegam a Portugal, isto porque apesar de falarem inglês, o domínio desta não é muito eficiente).</li> </ul>

Decorrente das entrevistas emergiram três principais diagnósticos de saúde na comunidade indiana sendo: Atitude Face ao estado de Saúde-Doença comprometida, associada à cultura; falta de conhecimento acerca do acesso aos cuidados de saúde e Barreira à comunicação associada à Língua.

### **Discussão /Conclusão**

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

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

A barreira linguística é uma das principais problemática evocadas pelos participantes das entrevistas, acrescentando a esta dificuldade à cultura existente no seu país de origem e às condições de acesso à educação. Simultaneamente aquando da chegada ao país de acolhimento, é também problemático o acesso aos vários serviços de saúde, tal como referido por Salami et al (2020), Dahal, et al (2022), Nisar, Khan e Kolbe-Alexander

(2022) e Adhikari et al (2021), acrescentando estes autores, que a barreira linguística, é uma dificuldade que irá influenciar o processo de relação entre o profissional de saúde e o utente, comprometendo o processo de aceitação do diagnóstico e a qualidade da adesão ao regime terapêutico, influenciando a saúde desta população.

Os tempos de espera e a falta de conhecimento sobre o acesso aos cuidados de saúde, mais especificamente, sobre os direitos e deveres ao chegar ao país de destino São também uma problemática (Salami et al, 2020; Dahal et al, 2022; Nisar, Khan, & Kolbe-Alexander, 2022 e Adhikari et al, 2021), serão também uma problemática. Esta informação é maioritariamente obtida, segundo os entrevistados, através de familiares, amigos, conhecidos, pela sua entidade patronal aquando da procura de emprego ou quando se deslocam à Junta de Freguesia para obter documentos. Este procedimento pode levar a comunidade imigrante a não obter a toda a informação correta, não só sobre os seus direitos e deveres, como também quanto à forma como pode aceder aos vários serviços, com quem contactar ou onde se deslocar. A criação de um guia de acolhimento na língua nativa pode ajudar a resolver este problema (Nisar, Khan & Kolbe-Alexander, 2022), assim como realizar sessões de educação para a saúde que possam apresentar esta informação, aumentando a literacia em saúde sobre as respostas que a comunidade de destino depõe (Dahal et al, 2022).

Assim, apesar da movimentação para um novo país, os estilos de vida, os comportamentos associados à cultura e as crenças, mantêm-se. Em situação de doença, é usual recorrer ao “*cooking*”, isto é, a “remédios caseiros”, e à automedicação. Apenas procuram os serviços de saúde quando estas estratégias são insuficientes e os sintomas persistem ou se agravam (Nisar, Khan & Kolbe-Alexander, 2022).

Apesar do elogio à prestação de cuidados de saúde, os participantes referem a barreira linguística como um dificultador e mesmo, bloqueador, de todo o processo, pelo fato das queixas não serem percebidas. Aqui, é importante que sejam desenvolvidas as competências culturais aos profissionais para poderem compreender as necessidades desta comunidade, como por exemplo pelo recurso a um intérprete (Dahal et al, 2022).

É fundamental que as medidas políticas e sociais devam ser desenvolvidas para facilitar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, considerando o direito universal à saúde. Estas políticas devem continuar a investir na identificação dos determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde de todos os grupos vulneráveis, contribuindo para o alcance das metas do ODS 3 - Saúde e bem-estar, nunca esquecendo da importância de

fortalecer os meios de implementação e de revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS 17) (Mosler Vidal & Laczko, 2022). É importante continuar a investigar as dimensões e implicações dos cuidados de saúde da população imigrante, permitindo um incremento na acessibilidade e equidade em saúde em todo o território nacional, independentemente do seu país de origem.

O **Projeto ENGAGE** no qual se enquadra a presente investigação, prevê a definição de estratégias de intervenção comunitárias, tendo em vista o empoderamento comunitário e a sua avaliação.

### Referências Bibliográficas

- Adhikari, M., Kaphle, S., Dhakal, Y., Duwadi, S., Subedi, R., Shakya, S., Tamang, S., & Khadka, M. (2021). Too long to wait: South Asian migrants' experiences of accessing health care in Australia. *BMC public health*, 21(1), 2107. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12132-6>
- Bardin, L. (2010) *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, Portugal:
- Dahal, R., Naidu, J., Bajgain, B. B., Thapa Bajgain, K., Adhikari, K., Chowdhury, N., & Turin, T. C. (2022). Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members. *Journal of primary care & community health*, 13, 21501319221141797. <https://doi.org/10.1177/21501319221141797>
- George, J. (1993). Madeleine Leininger in George, J. e colaboradores (1993). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional*. pp. 286-299. Artes Médicas. Brasil
- INE (2023). *O que nos dizem os censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal*. INE, Lisboa. ISBN 978-989-25-0671-5 e-ISBN 978-989-25-0633-3
- Lopes, J. Santos, M., Matos, M. Ribeiro, O. (2009). *Multiculturalidade – Perspectivas de enfermagem- Contributos para melhor Cuidar*. Lusociência. Loures
- Mosler Vidal, E. and F. Laczko, 2022. *Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume*. International Organization for Migration (IOM), Geneva, disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
- Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022). ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. *Health & Social Care in the Community*, 30, e3138–e3149. <https://doi.org/10.1111/hsc.13759>
- Organização Internacional das Migrações [IOM]. (2022). *Relatório mundial de migração 2022*. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança. População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155. [https://research.unl.pt/ws/portalfi-les/portal/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfi-les/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es_Desafios_de_seguran_a.pdf)
- Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. (2020). Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3320. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice*. In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed.* (4.a ed). F.A. Davis Company - Philadelphia. Disponível em [http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7\\_0803633122Nursin.pdf](http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf)

## V Congresso Nacional da AUCC

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

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

**Autores:**

Raquel Soares <sup>a</sup> Sílvia Duarte <sup>a</sup> <sup>a</sup> Mestrandas	Ana Duarte <sup>b</sup> Dina Pascoal <sup>b</sup> <sup>b</sup> Unidade de Saúde Pública UCC Marinha Grande	Ana Machado <sup>c</sup> Lúcia Grácio <sup>c</sup> <sup>c</sup> Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria <sup>c</sup> CTEchCare - Center for Innovative Care and Health Technology
---	---	--

Tiago Nascimento <sup>d</sup>  
Teresa Kraus <sup>d,e</sup>  
<sup>d</sup> Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria  
<sup>e</sup> CTEchCare - Center for Innovative Care and Health Technology

Évora, 21 e 22 março 2024

## ÍNDICE

Fonte: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.001>  
© 2013 Elsevier B.V. Todos os direitos reservados.

**INTRODUÇÃO**

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

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

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

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## INTRODUÇÃO

### Migração

Desafios

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

(Rodrigues e Ferreira, 2014)

## ENQUADRAMENTO

### Imigrantes no Mundo

### IMIGRANTE

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

Fonte: <https://www.gettyimages.com/detail/stock-photo/immigrants-walking-through-a-port-of-entry>

## Imigrantes no Mundo

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

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

<b>Females<sup>(a)</sup></b> 135 million international female migrants globally in 2020, or 3.5 per cent of the world's female population	↑ Up from 130 million (or 3.4%) in 2019
<b>Males<sup>(a)</sup></b> 146 million international male migrants globally in 2020, or 3.7 per cent of the world's male population	↑ Up from 141 million (or 3.6%) in 2019
<b>Labour migrants<sup>(b)</sup></b> 169 million migrant workers globally in 2019	↑ Up from 164 million globally in 2017
<b>Missing migrants<sup>(c)</sup></b> Around 3,900 dead and missing globally in 2020	↓ Down from almost 5,400 in 2019 (IOM, 2023)

1 pessoa em cada 30 é imigrante

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

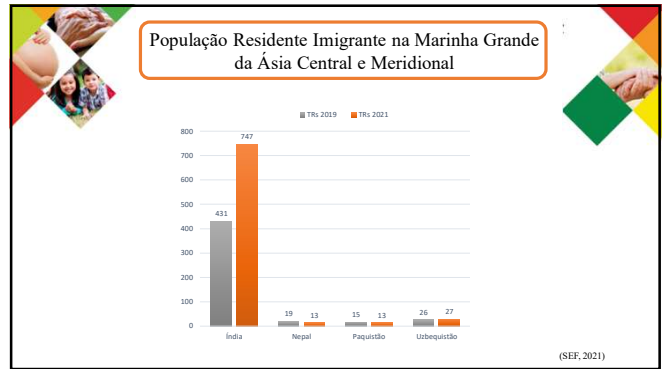
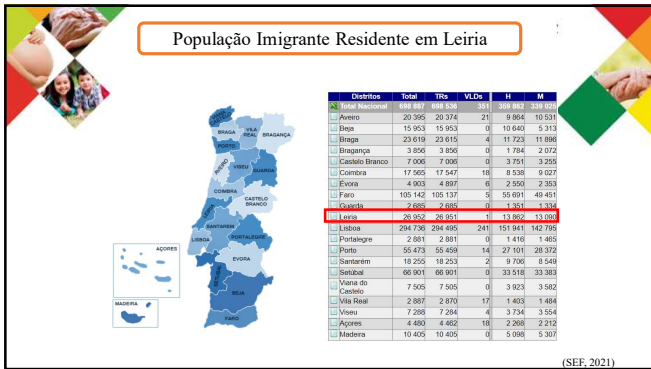
## Evolução da População Imigrante em Portugal

### TOP 10 DE NACIONALIDADES 1999-2022

Nacionalidade	População Imigrante (2022)
BRASIL	233.138
REINO UNIDO	36.639
CAPO VERDE	35.744
ÍNDIA	34.232
ITALIA	33.707
ANGOLA	30.417
FRANÇA	27.614
UCRÂNIA	26.696
ROMÉLIA	23.967
CHINA	23.441

**EVOLUÇÃO GLOBAL**  
**757.252**

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



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

Associado ao incremento da população imigrante na Marinha Grande

**Projeto ENGAGE**

**OBJETIVOS**

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

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

Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

Enfermagem Transcultural

EMIC → ETIC

Cuidados Culturalmente Congruentes

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

### Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado - Madeleine Leininger

**MODELO SUNRISE**

II

III

IV

Indivíduos, Família, grupo e instituições

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

**METODOLOGIA**

**TIPO DE ESTUDO** – Estudo Qualitativo

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

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS** - Entrevista Semiestruturada

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

**ETHICS**

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

**Fatores Tecnológicos**

- Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)

**Fatores Parentesco e Sociais**

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

**Fatores Religiosos e Filosóficos**

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

**Fatores Económicos**

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

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

**Valores Culturais e Modos de Vida**

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

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

**Fatores Políticos**

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

**Fatores Educativos**


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

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

**DIAGNÓSTICO DE SAÚDE**

↓

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



**CONSIDERAÇÕES FINAIS**



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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amadoeira, J., & Figueiredo, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação de IP Santarém*, 2, 1-20. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Cos-Balhar-Figueiredo/publication/271440695\\_Teoria\\_da\\_Diversidade\\_e\\_Universalidade\\_do\\_Cuidado\\_Cultural\\_Analise\\_segundo\\_o\\_Metodo\\_Sintetico\\_de\\_McEwen\\_e\\_Wills/links/550b7290d261812106d97999/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-e-Wills.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Cos-Balhar-Figueiredo/publication/271440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/550b7290d261812106d97999/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-e-Wills.pdf)
- George, J. (1993). *Modelos de Cuidado*. In George, J. e colaboradores (1993). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional*. pp. 286-299. Artes Médicas, Brasil
- Oliveira, Catarina Reis. (2022). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022. 1ª ed. (Imigração em Números - Relatórios Anuais 7). Albo Comissariado para as Migrações (ACM, IP). Lisboa. Disponível em <https://www.iam.acm.gov.pt/documento/3842f833402/Relatorio-Estatistico-Anual-7-Indicadores-de-Integracao-de-Imigrantes-2022.pdf?ccf=fb58604ac4-b0ad-a391e69c3bed>
- Organização Internacional das Migrações [OIM]. (2023). Relatório mundial de migração 2022. Disponível em <https://worldingratereport.oim.int/wmr-2022-intentive/>
- FORDATA. (2022). População residente estrangeira segundo os censos. Disponível em <https://www.podata.pt/municipios/populacao/residente/estrangeira/segundo-os-censos+total+e+por+pais+de+nacionalidade-10517855>
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança, População e Sociedade*, Porto, vol.22, p. 137-155.
- SEF (2021). População Estrangeira Residente em Portugal disponível em <https://sefstat.sef.pt/form/distr/anos.aspx>
- SEF (2021). Mapa de total de residentes no Concelho: Marinha Grande e no Distrito: Leiria, no ano 2021. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/form/leiria.aspx>



# QUESTÕES?

Obrigado!

## **APÊNDICE 6 – Artigo Jornal InfoSaúde do ACESPL**

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

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



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

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

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



## **Introdução**

Atualmente, a migração tem levado à redefinição de políticas públicas pela necessidade de adaptação emergente aos novos contextos sendo a migração considerada como a movimentações de pessoas e valores sociais, culturais, económicos e políticos<sup>1</sup> que pode conduzir a dificuldades na integração e acesso aos serviços de saúde das populações imigrantes mais vulneráveis.

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

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo imigrantes, têm o direito a aceder ao Serviço Nacional de Saúde<sup>4</sup> pelo que, considerando os desafios que envolvem esta população, é necessário o seu empoderamento comunitário, sendo este entendido tanto como um processo como um resultado que se relaciona com a participação

dos membros da comunidade, da sua coesão e do desenvolvimento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma<sup>5</sup>.

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

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

### **Fundamentação Teórica**

A migração faz parte da experiência humana, sendo reconhecida como uma fonte de prosperidade, inovação e de desenvolvimento sustentável num mundo globalizado. No entanto, este processo afeta os países, as comunidades, os próprios migrantes e suas famílias em formas diferentes e imprevisíveis. É por isso crucial que a oportunidade de migração internacional nos una, em vez de nos dividir, otimizando-a através da criação de políticas de migração<sup>6</sup>.

Um dos maiores desafios que surgem com a migração é o respeito dos direitos humanos, criando questões políticas, sociais, culturais e de saúde<sup>7</sup>, tornando-se essencial garantir que os atuais e potenciais migrantes sejam informados sobre os seus direitos, obrigações e opções para uma migração segura, ordenada e regular. Importa também garantir que estejam cientes dos riscos da migração irregular, devendo estas informações ser objetivas, claras e baseadas em evidência sobre os benefícios e desafios da migração, dissipando mitos e expectativas infundadas<sup>6</sup>.

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

Em Portugal, segundo os Censos de 2021<sup>3</sup>, o número de pessoas de nacionalidade estrangeira era de 542.165 (5,2% da população), existindo um aumento de 37% desde os Censos de 2011. A Região Centro encontra-se em terceiro lugar com uma representatividade de população estrangeira de 15,5%, encontrando-se em primeiro e segundo lugar a região de Lisboa (46,9%) e do Norte (17,1%), respetivamente. No distrito de Leiria encontra-se 3,8% desta população com residência<sup>8</sup>.

As comunidades que se encontram em crescimento no nosso país são as provenientes do Nepal e da Índia, com um acréscimo superior a dez mil residentes, segundo os Censos de 2021, constituindo-se os grupos de comunidades estrangeiras mais numerosas<sup>3</sup>.

Esta mobilização da população para um país novo traz vários desafios, não só para a população que se desloca, como também para quem os recebe. Desenvolver políticas relativamente aos serviços de saúde e às estruturas legislativas e financeiras devem ser uma prioridade ao nível nacional, regional e local, proporcionando melhor qualidade de vida para todos e diminuição das desigualdades. Estas políticas devem considerar os determinantes socioeconómicos e ambientais da saúde bem como fortalecer os sistemas de saúde tendo em conta as necessidades de todos os grupos vulneráveis<sup>9</sup>, pela via do empoderamento comunitário, já referido.

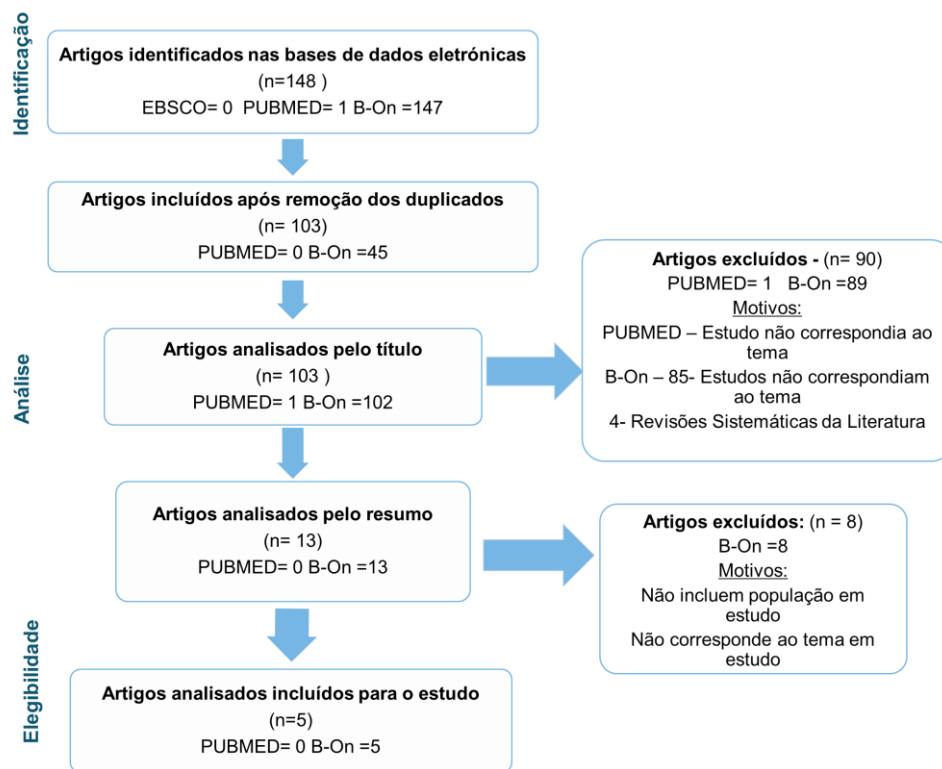
## **Metodologia**

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

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

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

**Figura 1** – Diagrama PRISMA - Revisão Integrativa da Literatura



A avaliação metodológica da qualidade do acervo de artigos, foi orientada segundo o método de Joanna Briggs Institute<sup>10</sup>, que veio confirmar que os 5 artigos considerados possuem os critérios preconizados.

## Resultados

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

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

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

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

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

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

### **Discussão/Conclusão**

A imigração traz benefícios para os países recetores, como seja a diminuição do índice de envelhecimento (já que grande parte da população que imigra é jovem e parte na expectativa de melhores condições de vida que aquela que deixa no seu país de origem) e a dinamização do mercado de trabalho<sup>12</sup>. No entanto, também surgem desafios para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde quanto à melhoria da qualidade de vida, não só da população já residente no país, como também daqueles que agora chegam à procura de novas oportunidades.

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

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

de relação entre o profissional de saúde e o utente, comprometendo ao processo de aceitação do diagnóstico e a qualidade da adesão ao regime terapêutico, influenciando a saúde desta população<sup>13-16</sup>. Para além da barreira linguística são também identificadas as barreiras do tempo de espera e do baixo índice de literacia em saúde, nomeadamente, quanto à acessibilidade aos serviços e à informação sobre os seus direitos e deveres, ao chegar ao país de destino<sup>13-16</sup>.

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

No segundo artigo analisado foram dadas sugestões pelos participantes para promover o acesso à saúde: promoção de melhores estilos de vida através de sessões de educação para a saúde ou a presença de intérpretes para melhorar a forma de comunicação entre profissionais de saúde e os utentes imigrantes. No entanto, é também referido que esta comunidade compreende que se deve envolver mais na procura de informação e conhecimento sobre os seus direitos e deveres tendo em consideração a sua presença no país, para poderem articular corretamente com os vários pares da comunidade<sup>14</sup>.

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

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

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

## Referências Bibliográficas

1. Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. Portugal e a globalização das migrações. Desafios de segurança. *População e Sociedade*. Porto. 2014. vol.22, p. 137-155. Disponível em [https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es_Desafios_de_seguran_a.pdf)
2. Organização Internacional das Migrações [IOM]. Relatório mundial de migração 2022. 2022. Disponível em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
3. INE. O que nos dizem os censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. 2023. Lisboa. ISBN 978-989-25-0671-5 e-ISBN 978-989-25-0633-3
4. Lei de bases da Saúde nº95/2019 de 4 de setembro. Assembleia da República. Diário da República I Série nº 169. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
5. Melo, P. Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. 2020. Lisboa: Lidel.
6. ONU. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, in Intergovernmental Conference to Adopt the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. 2018. Disponível em <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/244/47/PDF/N1824447.pdf>
7. Redin, G., Minchola, L., & Almeida, A. O papel da Academia na Proteção e Promoção dos Direitos Humanos de Migrantes e Refugiados no Brasil A prática Extensionista do Mifraidh UFSM. In *Migrações Internacionais - Experiências e Desafios para a Promoção de Direitos Humanos no Brasil*. 2020. (Issue 9, pp. 1689–1699). Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/07/migracoes-internacionais.pdf>
8. SEF. População Estrangeira Residente em Portugal. 2021. Disponível em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
9. Mosler Vidal, E., F. Laczko. Migration and the SDGs: Measuring Progress – An Edited Volume. International Organization for Migration (IOM). 2022. Geneva, Disponível em <https://publications.iom.int/books/migration-and-sdgs-measuring-progress-edited-volume>
10. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
11. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. 2021. Disponível em [https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5\\_wengine.netdnssl.com/files/2022/03/PNS\\_21\\_30\\_Versao\\_editada\\_1\\_Final\\_DGS.pdf](https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5_wengine.netdnssl.com/files/2022/03/PNS_21_30_Versao_editada_1_Final_DGS.pdf);
12. Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. 2009. Loures: Lusociência.
13. Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International journal of environmental research and public health*. 2020. 17(9), 3320. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>
14. Dahal, R., Naidu, J., Bajgain, B. B., Thapa Bajgain, K., Adhikari, K., Chowdhury, N., & Turin, T. C. Patient-Identified Solutions to Primary Care Access Barriers in Canada: The Viewpoints of Nepalese Immigrant Community Members. *Journal of primary care & community health*. 2022. 13, 21501319221141797. Disponível em <https://doi.org/10.1177/21501319221141797>
15. Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. *Health & Social Care in the Community*. 2022. 30, e3138–e3149. Disponível em <https://doi.org/10.1111/hsc.13759>
16. Adhikari, M., Kaphle, S., Dhakal, Y., Duwadi, S., Subedi, R., Shakya, S., Tamang, S., & Khadka, M. Too

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

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



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



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

## **APÊNDICE 7 – Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável”**

## Plano de Sessão – Alimentação Saudável

**População – Alvo:** Turmas do 5º ano

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

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

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

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



# ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**Enfermeiras Orientadoras:**  
 En<sup>o</sup> Ana Machado  
 En<sup>o</sup> Lúcia Grácio

**Alunas:** Raquel Soares  
 Sílvia Duarte

Dezembro, 2023

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

**População – Alvo:** Crianças entre os 6 e os 13 anos de idade.

**Local:** ATL

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

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

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

## OBJETIVOS

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

<https://00.wp.com/taurvsda.com.br/wp-content/uploads/2023/06/alimentacao-saudavel-901&sl=1>

<https://blog.dereverecolli.co/wp-content/uploads/2021/09/lanche-cvictar.jpg>

## ÍNDICE

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

<https://00.wp.com/taurvsda.com.br/wp-content/uploads/2023/06/alimentacao-saudavel-901&sl=1>

<https://blog.dereverecolli.co/wp-content/uploads/2021/09/lanche-cvictar.jpg>

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

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

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

(DGS, 2019)

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1 em cada 3 crianças tem excesso de peso

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

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

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

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

## RODA DOS ALIMENTOS

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

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

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

## O que NÃO está na Roda dos Alimentos?

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-lemgo-333ml-4546689.html>

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-333ml-4546689.html>

<https://www.confitec.pt/prod/suavifrigorato-com-gelato-333ml-4546689.html>

<https://www.fabricsopropo.net/pt-categoria-de-bolachas/>

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

## COMO MONTAR UM PRATO SAUDÁVEL ?

FRUTAS

VERDEURAS E LEGUMES

CARNES E OVOS/ LEGUMINOSAS E OLEAGINOSAS

CEREAIS E TUBERCULOS

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

## NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS?

O ideal é fazer 5 a 6 refeições por dia.

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

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

## Lanches o que devem conter ?

**LATICÍNIOS**  
OPÇÕES:  
- LEITE  
- IOGURTE  
- QUEIJO  
(Fato de Frutas ou requesado)

**+ CEREAIS E DERIVADOS**  
OPÇÕES:  
- PAO VARIADO\*  
(Evitar as variedades mais açucaradas)  
- CEREAIS POUCO AÇUCARADOS

**+ FRUTA**  
OPÇÕES:  
- FRUTA FRESCA  
(De preferência da época)  
- SUMO DE FRUTA NATURAL  
(Sem adição de açúcar, não excedendo os 300ml ou 1 copo)

\*Não incluir café, chá e bebidas alcoólicas no lanche da manhã, pois interferem na absorção de nutrientes essenciais.

<https://alimentacaosaudavel.dps.pt/temas/temas/5-Vantagens-de-um-programa-alimentar-completo-e-saudavel-CCN811-1-18.pdf>

## O MEU LANCHE....

## CHECKLIST – Como saber se o meu lanche é saudável?

**CHECKLIST**

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

(Gregório et al. 2021)

## Que quantidade de açúcar que posso consumir?

Consumo máximo diário

20 gramas

2 colheres sopa rasas

**ASÚCAR**

*Bundt*

<https://www.instagram.com/brasilidade-do-lanche-saudavel-para-leva-a-cocula/>

(Graça et al. 2015)

## O Açúcar Escondido...

<https://www.facebook.com/dbrakati.vidaaudevel.photica.196576043933251208002555739/?type=photo>

<https://projacobitacrioprendiz.wordpress.com/2015/04/20/quantidade-do-acucar-nos-alimentos/>

## EXEMPLOS:

- Receita: almoço: 60 cereais +200 leite +30 mel (5 pacotes)
- Lanche da manhã: 1 pacote leite + 1 pacote leite + 1 pacote leite (5 pacotes)
- Almoço: Fritas de Lanche + 1 pacote leite + 1 pacote leite + 1 pacote leite (5 pacotes)
- Lanche da tarde: 1 pacote leite + 1 pacote leite + 1 pacote leite (5 pacotes)
- Jantar: 1 pacote leite + 1 pacote leite + 1 pacote leite (5 pacotes)

**TOTAL**

????

<https://www.facebook.com/brakati.vidaaudevel.photica.196576043933251208002555739/?type=photo>

## TOTAL:

Por dia: 170 gr = 28 pacotes

Por semana: 1,2 Kg = 196 pacotes

*Bundt*



## Dicas Saudáveis para o dia-a-dia

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

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

## Sugestões:

### Pequeno Almoço

### Lanche da Manhã

## Sugestões:

### Almoço

### Lanche da Tarde

## Sugestões:

### Jantar

### Ceia

## CONCLUSÃO

### Alimentação Saudável – Para quê?

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

## CONCLUSÃO

### TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

- FRUTAS
- LEGUMINOSAS
- LEITE
- GRANIS
- YOGURTES
- ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

- SALGADOS
- ALIMENTOS PROCESSADOS
- DOÇURIA TRÁNS
- BEBIDAS AÇUCARADAS
- ALCOOL

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



## Dicas para os Pais

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



## Bibliografia:

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



# LANCHES SAUDÁVEIS



## Elaborado por:

Enfermeiras Especialistas em S. Comunitária e S. Pública:

Enfª Ana Machado

Enfª Lúcia Grácio

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

Raquel Soares

Sílvia Duarte

dezembro, 2023

## LANCHES SAUDÁVEIS

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

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

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

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



## O que deve conter os teus lanches?



Lacticínios  
(Leite, queijo, iogurte)



Fruta



Cereais e derivados

Frutos Oleaginosos  
(noz, amêndoa)



Leguminosas  
(grão, ervilha)

Hortícolas  
(cenoura, alface, couve)



## Sugestões de Lanches Saudáveis

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



## **APÊNDICE 8**– Sessão de Educação para a Saúde “SBV”

## PLANO DE SESSÃO – SBV

**População** – Alunos do 10º ano

**Local:** Escola Secundária

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

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

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

**POLITÉCNICO DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**UGG**

# Suporte Básico de Vida




Enfermeiras Orientadoras:  
Enfª Ana Machado  
Enfª Lúcia Grácio

Alunas: Raquel Soares  
Sílvia Duarte

Janeiro, 2024


## OBJETIVOS



- Compreender a cadeia de sobrevivência;
- Identificar vítima em Paragem cardiopulmonar;
- Sensibilizar para a importância do Suporte Básico de Vida (SBV);
- Realizar eficazmente as compressões torácicas e ventilações;
- Conhecer o algoritmo de SBV e a importância da PLS.

## ÍNDICE

- Paragem Cardiopulmonar
- O que é o SBV?
- Cadeia de sobrevivência
- Algoritmo de SBV
- Posição Lateral de Segurança
- Considerações Finais
- Bibliografia




<https://www.restarttheheart.ca/basic-48-support/>

<https://repositorio.uacis.gov.pt/pt/curso/suporte-basico-de-vida>

## Introdução

A PCR é a principal causa de morte na Europa e EUA: 350000-700000 casos por ano.

A intervenção rápida por quem presencia uma PCR, aumenta a possibilidade de sobrevivência e diminui os índices de morbilidade e mortalidade.



(INEM, 2022)

## Paragem Cardiopulmonar

Acontecimento repentino, consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória.


Leva à morte no período de 3 a 5 minutos.

(INEM, 2022)

**↓**




Inconsciente  
Não responde  
Não respira ou não respira normalmente

(SNS 24, 2023)



## Paragem Cardiopulmonar

### CAUSAS

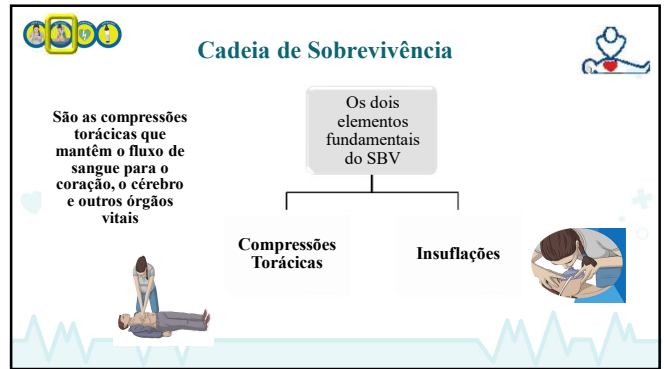




<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sudden-cardiac-death>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicidal-thoughts-and-behavior>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>





## Suporte Básico de Vida



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=HzZbjfqoK0>

## Avaliar as Condições de Segurança

**Diapositivos ocultos 20-31**

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


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

(INEM, 2022)

## Avaliar Estado de Consciência

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

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




(INEM, 2022)

## Permeabilizar a Via Aérea

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

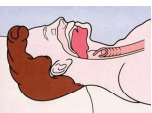
- Coloque a vítima em decúbito dorsal;
- Coloque uma mão na região frontal e dois dedos da outra mão no mento;
- Fazer extensão da cabeça e elevação do queixo, evitando a queda da língua.




(INEM, 2022)

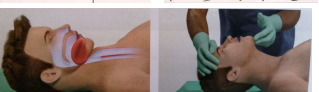
## Permeabilizar a Via Aérea

A) Queda da língua



B) Abertura da via aérea





(AHA, 2016)

## Verificar Respiração

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

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

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



(INEM, 2022)



## QUANDO SUSPENDER AS MANOBRAS

Chegar ajuda diferenciada

Ficar exausto

A vítima retomar sinais de vida

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

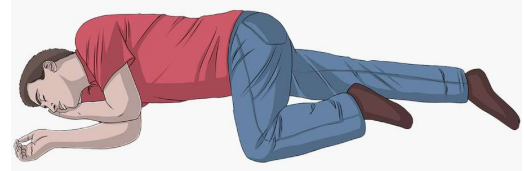


30

2

(ENEM, 2022)

## Posição Lateral de Segurança (PLS)



(ENEM, 2022)

## Posição Lateral de Segurança (PLS)



**Não realizar PLS se a pessoa:**

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

(ENEM, 2012)

## Posição Lateral De Segurança (PLS)



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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

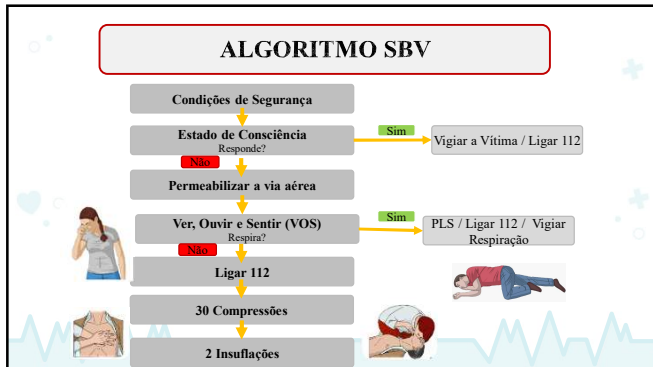
O reconhecimento de uma situação de PCR e o início imediato de manobras de SBV é importante o aumento das hipóteses de sobrevivência.

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



# VAMOS TREINAR!





### Bibliografia

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



## **APÊNDICE 9 – Sessão de Educação para a Saúde “Primeiros Socorros ao Bebê e Criança”**

## PLANO DE SESSÃO – Primeiros Socorros ao bebê e Criança

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

**Local:** Sala Biblioteca da Marinha Grande

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

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

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

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

# PRIMEIROS SOCORROS AO BEBÉ E CRIANÇA

ENFERMEIRAS ORIENTADORAS:  
ENF. ANA MACHADO ENF. CRISTIANA ANÍS  
ENF. LÚCIA GRÁCIO

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

JANEIRO, 2024

## ÍNDICE

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

## RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA

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

**Lactente** entre os 29 dias e 1 ano de idade

**Criança** encontra-se entre 1 ano de idade e os 18 anos

(NEM, 2022)

## MORTALIDADE NEONATAL EM PORTUGAL

Ano	Mortalidade Neonatal (%)
1960	28%
1980	15,4%
2022	1,6%

A maior vigilância das mulheres desde a gravidez ao pós-parto associada a mudança de alguns comportamentos (ex. Dormir barriga para cima), permitiu a redução da mortalidade dos bebés no 1º mês de vida.

(Pordata, 2023)

## PRIMEIROS SOCORROS

"São a resposta rápida e inicial a uma emergência médica, através da realização de técnicas simples e eficazes."

- Permite reduzir a gravidade da situação
- Melhora as hipóteses de sobrevivência
- Diminui o grau de sofrimento

<https://hif.mis-saude.pt/primeiros-socorros-como-agir-em-situacoes-de-emergencia/>

## FEBRE NO RECÉM-NASCIDO / CRIANÇA

A febre é apenas um sintoma e não uma doença

É a subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual.

Nos primeiros meses de vida a medição da temperatura deve ser retal, é o **método mais rigoroso**.

Com a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro, cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas.

Febre (**temperatura retal superior a 38°C**) no primeiro mês de vida, o recém-nascido deve ser sempre avaliado pelo médico.

(P6, 2018)

**Medição Axilar** - Método mais usado e prático, embora não seja tão preciso como o retal.

**Febre - Temperatura axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ ,**  
com a leitura aos 5 minutos.

**Medição Timpânica** - desaconselhada em crianças com menos de 3 anos de idade.

**Febre - temperatura timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ .**

**Medição oral** - crianças a partir dos 5 anos, deve realizar-se com boca fechada durante os 3 minutos e com a ponta termómetro colocada debaixo da língua.

**Febre - Temperatura oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$**

**FEBRE NO RECÉM - NASCIDO / CRIANÇA**

(DGS, 2018)



## CONVULSÃO FEBRIL

### QUANDO ACONTECE?

As convulsões febris são uma consequência da febre e acontecem entre os 6 meses e 6 anos. São na maioria dos casos breves, e param sem qualquer intervenção.

### PORQUE ACONTECE?

1 em cada 20 crianças têm convulsões acompanhadas de febre. Acontecem por uma tendência familiar, a idade mais jovem da criança, a subida rápida da temperatura num cérebro imaturo.

(Monteiro, 2021)



## CONVULSÃO FEBRIL

### COMO SÃO AS CONVULSÕES?

A criança perde os sentidos, revolução ocular (revira os olhos), fica com o corpo contraído e logo a seguir os braços e pernas começam a tremer. Depois de alguns segundos a minutos os movimentos param, o corpo fica mole e a criança adormece e acorda bem. Durante a crise pode ficar com cianose labial (lábios roxos), sialorreia (espumar pela boca) ou urinar.

(Monteiro, 2021)

**Fases da Convulsão**

**FASE TÓNICA**

**FASE CLÓNICA**

https://healthvision.in/epilepsy-common-chronic-disorder-of-the-brain/



## CONVULSÃO FEBRIL

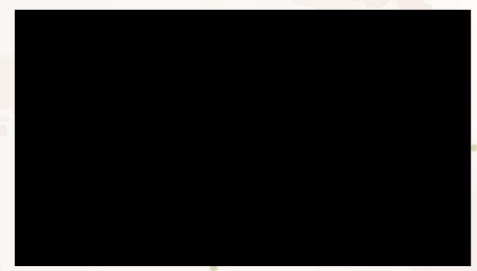
### O QUE FAZER?

- Não entrar em pânico
- Anotar as horas em que começou e terminou
- Não colocar nada na boca da criança
- Deite a criança de lado, num local seguro onde ela não se possa magoar
- Despir a criança e reduzir a temperatura ambiente
- Baixe a temperatura com paracetamol retal
- Na primeira convulsão febril ir ao SU, para uma avaliação cuidadosa da situação

(Monteiro, 2021)

## MEDIDAS PREVENTIVAS

http://criancaefamiliaapp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-de-morte-subita.aspx



## MEDIDAS PREVENTIVAS

- O bebé deve dormir **SEMPRE** de costas
- Cama de grades, colchão firme e adequado ao tamanho do berço
- Retirar do berço peluches, cobertores soltos, brinquedos
- Não expor o bebé ao fumo do tabaco
- Usar chupeta pode reduzir esta síndrome
- Evitar sobreaquecimento (temperatura ambiente 20-22°C)

(Silva, 2021)



## ENGASGAMENTO/OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA



## OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA



Ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões.

São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.

Na criança, a obstrução da via aérea por corpo estranho manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito com tosse e ruído ao respirar.

(NEM, 2022)

## DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA < DE 1 ANO DE IDADE



5 Pancadas Interescapulares

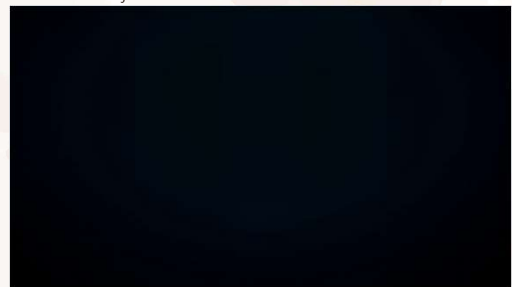


5 Compressões Torácicas

O objetivo é provocar uma "tosse artificial" capaz de deslocar o corpo estranho

<https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatico>

## DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA < DE 1 ANO DE IDADE



<https://www.youtube.com/watch?v=Pa7iLolM1PE>

## DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA > 1 ANO DE IDADE

5 Pancadas interescapulares

5 compressões abdominais -  
Manobra de Heimlich



(NEM, 2022)



<https://www.prevenir.pt/familia/bebes-e-criancas/bofista-ou-engasgamento-como-agir/#>

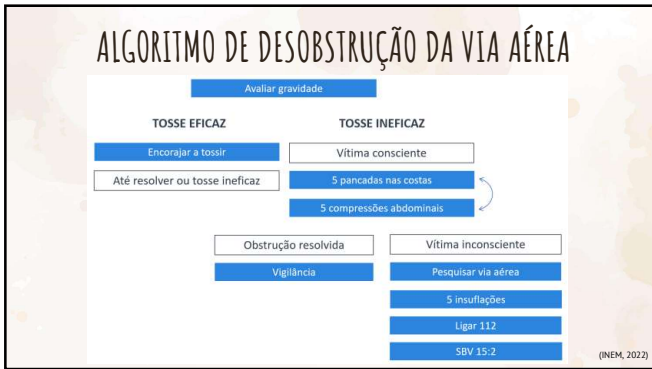


<https://primeirosocorrosocorremergencia.wordpress.com/2014/11/11/manobra-de-heimlich-2/>

## DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA > 1 ANO DE IDADE



<https://www.youtube.com/watch?v=TYwuoG4d060>



## SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

SE ENCONTRAR  
O SEU BEBÊ INCONSCIENTE

ATUE RAPIDAMENTE

PEQUENOS GESTOS SALVAM VIDAS

## SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

**OBJETIVO**

Oxigênio  
(Coração e Cérebro)

Aumentar a  
probabilidade  
de  
sobrevivência

<https://abccardiol.org/short-editorial/analise-de-de-frechos-apos-parada-cardiorrespiratoria-em-hospitalar/>

(NEM, 2022)

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

PREVENÇÃO

REANIMAR

LIGAR 112

DESFIBRILHAR

ESTABILIZAR

Prevenir a PCR

Reanimar - SBV

Ligar 112

Desfibrilhar

Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação

(NEM, 2022)

## PERMEABILIZAÇÃO/ABERTURA DA VIA AÉREA

**A) Queda da língua**

**B) Abertura da via aérea**

**Posição neutra**

<https://pt.scribd.com/document/614794496/VIDEO-POSICAO-LATERAL-DE-SEGURANCA-BEBE>

<https://www.proxiv.viaaccpratica.net/fotos/documentos/3490290487.pdf>

## SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

### TÉCNICA DA INSUFLAÇÃO

Insuflação "boca-nariz" no recém-nascido/lactente

Insuflação "boca-a-boca" na criança

<https://silo.tips/download/suporte-basico-de-vida-pediatico>

## SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

### TÉCNICA DE COMPRESSÕES TORÁCCICAS

Depressão do tórax - 4-5 cm  
Frequência - 100-120 comp/minuto



<https://netmart.com.br/br/maletplace/produtos/primeiros-socorros-para-escolas-lei-luciana/481486060>

Compressões torácicas, técnica do abraço

Compressões torácicas, técnica dos 2 dedos

Compressões devem ser efetuadas decúbito dorsal, no chão ou em superfície dura

## SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

### TÉCNICA DE COMPRESSÕES TORÁCCICAS



Compressões torácicas, técnica de uma mão

Compressões torácicas, técnica de duas mãos

## Algoritmo Suporte Básico de Vida Pediátrico

**Condições de segurança**

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112
- SBV (15:2)

(INEM, 2022)

## CRIANÇA NÃO RESPONDE...

- ESTIMULAR
- PERMEABILIZAR
- AVALIAR VENTILAÇÃO
- 5 INSUFLAÇÕES
- Ligar 112

TÉCNICAS DO ABRAÇO E DOS POLEGARES

SBV 15/2

(INEM, 2022)

## SUORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

As manobras de SBV só devem ser interrompidas se:

- Chegar ajuda diferenciada.
- A criança recuperar sinais de vida (respiração, tosse, choro, movimentos ou abertura dos olhos).
- Ficar exausto e incapaz de continuar o SBV.


(INEM, 2022)

## QUEDAS

Acidentes muito comuns nos recém-nascidos. São evitáveis e geralmente ocorrem porque se acredita que os bebês pequenos não se mobilizam sozinhos!

**EM CASA**

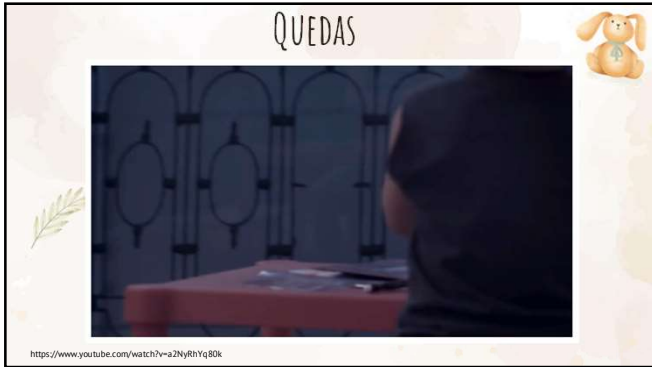
- ✓ Não deixar o bebê sozinho em cima de uma superfície
- ✓ As grades do berço ou cama devem estar sempre levantadas
- ✓ Tenha junto de si todos os materiais antes de começar a tratar do bebê (mudar a fralda, dar banho)



**OUTROS LOCAIS**

- ✓ Pousar o ovo **sempre** no chão
- ✓ Vigiar sempre que outras crianças pegam no bebê
- ✓ Colocar sempre o cinto de segurança tanto no carrinho de passeio como na cadeira de transporte

Quedas podem causar fraturas, feridas e hemorragias ao bebê



# QUEIMADURAS

Lesões que resultam do contacto com o calor ou frio extremo, substâncias químicas, eletricidade ou radiações.

**GRAU DE GRAVIDADE**

1º Grau	2º Grau	3º Grau
<p>epiderme derme camada de gordura</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vermelhidão</li> <li>•Calor</li> <li>•Dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Dor intensa</li> <li>•Bolhas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Pele acastanhada, negra ou branca</li> <li>•Destruição de tecidos</li> <li>•Sem dor</li> </ul>

1º Grau  
 2º Grau  
 3º Grau

(SPMS b, 2022)

# QUEIMADURAS – COMO ATUAR?

- Lave e arrefeça abundantemente a zona da queimadura com água tépida até alívio da dor
- Cubra as áreas queimadas com compressas humedecidas com soro fisiológico ou água
- Não remova as roupas se estas estiverem coladas ao corpo pelo risco de aumentar a lesão
- Não utilize gelo, pasta de dentes, manteiga, azeite, ou outro tipo de produtos para arrefecer ou hidratar a queimadura, pois os mesmos poderão agravar as lesões

Telefonar 112. Uma queimadura no bebé deve ser sempre avaliada pelo médico pelo risco de infeção

(SPMS b, 2022)



# QUEIMADURAS – COMO ATUAR?

- Na banheira colocar sempre primeiro a água fria e só depois a quente e misturar
- Os bebés **nunca** devem estar expostos diretamente ao sol
- Se aquecer a roupa do bebé, tenha cuidado com peças metálicas que sobreaquecem
- Não cozinhar ou comer alimentos quentes com o bebé ao colo
- Avaliar sempre a temperatura da água do banho (36-37°C) e do leite que é aquecido

**Atenção** a queimaduras na boca ou face que podem causar inchaço e comprometer as vias aéreas

(Centro Hospitalar Universitário Santo António, 2024)

# HEMORRAGIAS

**TIPOS DE HEMORRAGIA**

ARTERIAL	VENOSA	CAPILAR
<p>Sangue em jato e cor vermelho vivo e brilhante;</p>	<p>Com fluxo mais lento e cor vermelho escuro;</p>	<p>Com fluxo de controle fácil e cor vermelho claro.</p>

[https://www.facebook.com/brantel/photos/?set=pcb336a9-definida-como-perda-de-sangue-brusca-ocorrida-por-rompimento-de-v51133790518303/?paipv=0&ev=AZZetB\\_N13Ret\\_zetapkoWz9PE6GD050yFmBUEdZbaq70m@QZSUWE3HC6\\_c\\_yd](https://www.facebook.com/brantel/photos/?set=pcb336a9-definida-como-perda-de-sangue-brusca-ocorrida-por-rompimento-de-v51133790518303/?paipv=0&ev=AZZetB_N13Ret_zetapkoWz9PE6GD050yFmBUEdZbaq70m@QZSUWE3HC6_c_yd)

## HEMORRAGIAS – COMO ATUAR?



Compressão Direta



Compressão + Penso Compressivo

<https://biblioteca.ciim.df.gov.br/sgw/bitstream/23456/895/7/106662D92204e59820-9206calenopdf>

Se a compressa ficar com muito sangue, **não a retire** e coloque outra por cima. Se necessário, retire ou corte as roupas para expor a lesão.

**Se for num membro** - Eleve para que fique num nível superior ao do coração.

Se a hemorragia se dever a um objeto espetado (ex. Vidro), este deve ser estabilizado mas não removido.

Recorrer ao **Serviço de Urgência**

(SPMS a, 2022)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes acontecem quando menos esperamos e a aplicação de técnicas de primeiros socorros nos minutos a seguir podem fazer a diferença entre a vida e a morte

Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorrespiratória e salvar uma vida.

É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente o SBV

## BIBLIOGRAFIA

- Centro Hospitalar Universitário Santo António (s.d.). Segurança do Recém-Nascido. Disponível em <https://www.chporto.pt/OE0V0I0D/seguranca-do-recem-nascido>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (1ª edição). 4ª Versão. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>
- Pordata (2023). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/taxa-de-mortalidade-perinatal-e-neonatal-529-5723>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2023). Como Reduzir o Risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). Recuperado de <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=116&op=2&ID=152>
- DGS. (2018). Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. Orientação n.º 004/2018 de 03/08/2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-03082018.aspx>
- Monteiro, José Paulo. (2021). CONVULSÕES FEBRIS. Portal C&F, SPP 2021. Disponível em <http://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/convulsoes-febris.aspx>
- Silva, Ana Rita. (2021). Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Portal C&F, SPP. Disponível em <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subitida.aspx>
- SPMS a (2022). Gestos que salvam! – Saiba como atuar em caso de hemorragia?. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/04/11/gestos-que-salvam-sabe-como-atuar-em-caso-de-hemorragia/>
- SPMS b. (2022). Gestos que salvam! – o que fazer em caso de queimaduras. Disponível em <https://www.inem.pt/2022/05/10/gestos-que-salvam-o-que-fazer-em-caso-de-queimaduras-4/>



**APÊNDICE 10** – Desdobrável Informativo sobre Doenças Cardiovasculares - Dia Nacional da Doença Coronária

O controlo dos fatores de risco é a melhor forma de prevenir as doenças cardiovasculares.

- ✓ Pratique exercício físico regularmente;
- ✓ Mantenha uma alimentação saudável;
- ✓ Deixe de fumar;
- ✓ Avalie a sua tensão arterial, o nível de açúcar e gorduras no sangue com regularidade;
- ✓ Quebre a sua rotina;
- ✓ Procure ajuda quando necessário.



NUTRIÇÃO



EXERCÍCIO



TABACO &  
ÁLCOOL



CONTROLE  
DO ESTRESSE



SONO



RELACIONAMENTOS  
SAUDÁVEIS



**Realizado por:**

Enfermeira Especialista de Saúde  
Comunitária e Saúde Pública  
Lúcia Grácio  
Enfermeira Mestranda  
Raquel Soares

**Referências Bibliográficas:**

<http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/>

<http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/sinais-de-alarme/>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+do+a+parelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>

## Doenças Cardiovasculares



"Uma boa cabeça e um bom coração são sempre uma combinação formidável."

Nelson Mandela

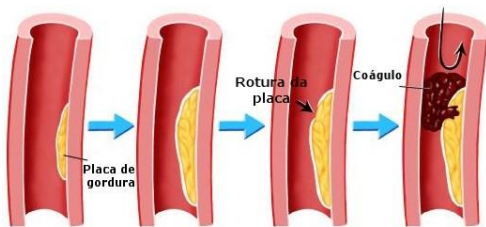
Dia Nacional do Doente Coronário  
14 de fevereiro 2024

## O que são as Doenças Cardiovasculares?

São as doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos.

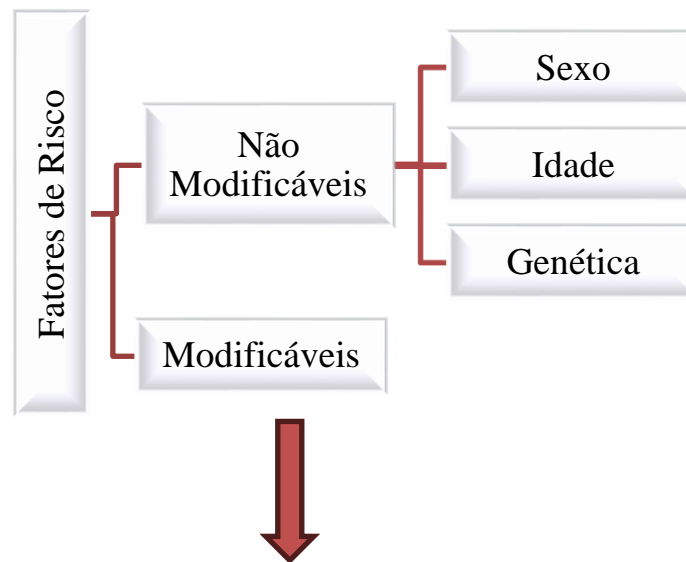
Segundo o Portal da Saúde a doença mais comum é:

- **Aterosclerose:** Depósito de placas de gordura e cálcio no interior das artérias que dificultam ou impedem a circulação sanguínea nos órgãos.



### Complicações:

- ✓ Angina de Peito
- ✓ Ataque cardíaco
- ✓ Arritmias cardíacas
- ✓ Insuficiência cardíaca
- ✓ Acidente vascular cerebral



- ✓ Hábitos Tabágicos
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Obesidade
- ✓ Diabetes
- ✓ Hipertensão Arterial
- ✓ Stress Excessivo
- ✓ Dieta desequilibrada
- ✓ Colesterol Elevado



## Sinais de Alarme

- ✓ Dificuldade em respirar.
- ✓ Alterações do ritmo cardíaco;



- ✓ Desconforto no centro do peito e na parte superior do corpo (braços, pescoço ou estômago);
- ✓ Falta de ar, náuseas, vômitos, suores frios, podem ser sinais de um ataque cardíaco;
- ✓ Entorpecimento, formigueiro na cara, braço ou perna (especialmente num dos lados do corpo);
- ✓ Sensação de confusão (dificuldade em falar e compreender);
- ✓ Dificuldades de visão;
- ✓ Dificuldade em andar, equilibrar-se ou coordenar os movimentos;
- ✓ Dor de cabeça forte (sem causa aparente).

(Portal da Saúde e a Fundação de Cardiologia )

## **APÊNDICE 11 – Desdobrável Informativo sobre a 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 ਲਵੋਣ ਦੀ ਉਦਾਹਰਣ ਦੇਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

#### Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2022) (Norma 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](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:

Raquel Soares e Silvia Duarte—Alunas do Mestrado Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, ESSLeiria

Ana Duarte e Dina Pascoal —Enfermeiras Especialistas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na USP Pinhal Litoral



## Vacina BCG

### Folheto Informativo



### Cuidados a ter após a vacinação

Care to be taken after vaccination

ਟੀਕਾ ਪਿਛੋਕੜ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ:

Unidade de Saúde Pública  
Pinhal Litoral





## O que é a BCG?

É uma vacina viva atenuada, para prevenção 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 ao seu bebé os cuidados de higiene habituais.

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 for the prevention 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 ਟਿਊਬਰਕੁਲੋਸਿਸ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧ ਲਈ ਇੱਕ ਜੀਵੰਤ ਕਮਜ਼ੋਰ ਬਣਾਈ ਗਈ ਵੈਕਸੀਨ ਹੈ, ਜੋ ਇੱਕ ਮੁੱਕਮਲ ਖੁਰਾਕ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

### ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਥਾਨਕ ਪ੍ਰਤੀਕਰਿਆਵਾਂ:

ਵੈਕਸੀਨ ਤਾਪ ਨਹੀਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ।

ਇੱਕ ਲਾਲ ਬੁੰਦੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਸੁਜਨ ਵਜੋਂ ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

2 ਤੋਂ 4 ਹਫ਼ਤੇ ਬਾਅਦ, ਟੀਕਾ ਦੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੱਟ ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਪ੍ਰਤੀਕਰਿਆ 2 ਤੋਂ 5 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗਾਇਬ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਸੁਪਨਿਵੀ ਛੱਡ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

### ਵੈਕਸੀਨ ਦੀ ਦਿੱਖਣ ਸਥਾਨ ਦੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ।

ਆਪਣੇ ਬੇਬੇ ਨੂੰ ਮਾਮੂਲੀ ਹਾਈਜ਼ੀਨ 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।



Raquel Soares <raquel.pires.soares@gmail.com>

## Tradução de Folhetos para Punjanbi ou Indiano

6 mensagens

**Raquel Soares** <raquel.pires.soares@gmail.com>  
Para: stt@acm.gov.pt

29 de junho de 2023 às 13:32

Boa tarde.

Chamo-me Raquel Soares, sou aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e encontro-me a estagiar na Unidade de Saúde Pública da Marinha Grande, com as enfermeiras Especialista e orientadoras Ana Catarina Duarte e Dina Pascoal e com a professora orientadora da Escola Superior de Saúde de Leiria Teresa Kraus.

Estamos a desenvolver um folheto para entregar à população da marinha grande que realiza a vacinação da BCG e queríamos disponibilizá-lo nos idiomas português, inglês e pujambi/indiano, considerando que a população imigrante neste concelho está a aumentar.

Existe possibilidade de auxiliar nesta tradução ou na confirmação da tradução já realizada?

Aguardo resposta.

Melhores cumprimentos

Raquel Soares

**STT** <stt@acm.gov.pt>  
Para: Raquel Soares <raquel.pires.soares@gmail.com>

30 de junho de 2023 às 08:48

Bom dia,

Cara Enf. Raquel Soares,

No seguimento do solicitado, agradecemos que nos faça chegar o folheto para verificação do conteúdo e resposta concreta ao vosso pedido.

Obg

Att

**De:** Raquel Soares [mailto:raquel.pires.soares@gmail.com]

**Enviada:** 29 de junho de 2023 13:33

**Para:** stt@acm.gov.pt

**Assunto:** Tradução de Folhetos para Punjanbi ou Indiano

**INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA:** Este email é externo. Poderá comprometer a segurança e a privacidade. Verifique o remetente e conteúdo antes de abrir anexos ou ligações.

Em caso de dúvida, contacte o *Service Desk*.


[Citação ocultada]

**Raquel Soares** <raquel.pires.soares@gmail.com>  
Para: STT <stt@acm.gov.pt>

30 de junho de 2023 às 13:33

Bom dia.  
Como pedido, envio em anexo o folheto desenvolvido.  
Grata pela atenção.  
Com os melhores cumprimentos

Raquel Soares  
[Citação ocultada]

 **Folheto BCG traduzido 1.docx**  
765K

**STT** <stt@acm.gov.pt>  
Para: Raquel Soares <raquel.pires.soares@gmail.com>

30 de junho de 2023 às 13:42

Boa tarde,

Agradecemos o envio do folheto.

Pergunta: é para validar o que está escrito, é isso?

[Citação ocultada]

**Raquel Soares** <raquel.pires.soares@gmail.com>  
Para: STT <stt@acm.gov.pt>

30 de junho de 2023 às 13:44

Boa tarde.

Sim, para podermos efetuar a entrega aos utentes de forma a transmitir a informação com a tradução correta e adequada.

Grata pela atenção.

Melhores cumprimentos

Raquel Soares  
[Citação ocultada]

**STT** <stt@acm.gov.pt>  
Para: Raquel Soares <raquel.pires.soares@gmail.com>

30 de junho de 2023 às 13:46

Iremos verificar.

Devolveremos assim que nos for possível

Tenha um ótimo fds

[Citação ocultada]

## **APÊNDICE 12 - Guião de Entrevista semiestruturada aos Informantes-Chave Imigrantes**

## GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### Informantes-Chave Imigrantes da Ásia Central e Meridional

Bom dia, sejam bem-vindos a este grupo de trabalho, que demorará cerca de uma hora, e agradecemos a vossa disponibilidade para este Projeto, que queremos, seja promotor de ganhos em saúde.

QUESTÕES
<b>Dados socio demográficos e de saúde</b> Idade: ____ anos; Sexo: ____ Altura: ____ m Peso: ____ Kg País de origem? Há quanto tempo (em anos) reside em Portugal?
<b>Fatores Ambiental e de Linguagem</b> À chegada, como geriu a diferença cultural? Quais foram as principais dificuldades/facilidades sentidas? E agora, passado este tempo, quais considera serem as suas principais dificuldades/facilidades relacionadas com a imigração? Como classifica as condições da habitação onde vive? Qual é a língua falada no seu Países de origem? Quanto considera ser a sua compreensão da língua portuguesa? Quais são as principais dificuldades de comunicação que sentiu quando chegou? Já as ultrapassou?
<b>Fatores Religiosos / Filosóficos</b> Professa alguma fé, religião ou orientação filosófica? Se respondeu sim, pode referir qual? A sua fé, religião ou orientação filosófica implica práticas ou rituais individuais ou em grupo? Se respondeu sim, pode refira quais? Considera que a sua fé, religião ou orientação filosófica influencia o seu estilo de vida? Se respondeu que sim, pode refira de que forma? Quais os seus Objetivos de Vida?
<b>Fatores de Parentesco e Sociais</b> Vive com a sua família ou esta ainda está no seu país de origem? Qual é a sua rede de apoio?
<b>Fatores Educacionais</b> Qual é o seu nível de escolaridade? Quanto ao acesso aos serviços de saúde qual era a informação/ o conhecimento que à chegada detinha sobre os seus direitos e deveres? E neste momento? Tem alguma patologia ou problema de saúde, conhecido? Quais são as patologias ou problemas de saúde, mais frequentes, na sua comunidade imigrante, residente em Portugal?

**Fatores Económicos**

Considera que a sua comunidade de imigrantes residente em Portugal tem dificuldades económicas?  
Se sim, qual será a principal causa?

Tem algum vínculo laboral/emprego? Se sim, em que área teve facilidade no acesso ao emprego?

Considera que no seu local de trabalho estão asseguradas as condições de saúde e segurança com consultas periódicas e exames de saúde?

**Crenças e Valores Culturais**

Na sua Família, de que forma são transmitidos os saberes das tradições, da cultura, da religião, da saúde (de geração em geração)?

Qual é o significado que atribui à sua Saúde? E qual o significado que atribui aos cuidados pelos profissionais de saúde?

Quando está doente, onde recorre e a quem?

Considera que as crenças (princípios), valores culturais, hábitos e costumes da sua comunidade influenciam o acesso aos cuidados de saúde?

Quais considera serem as suas principais necessidades de saúde e as da sua comunidade? E os principais fatores facilitadores e dificultadores do acesso aos cuidados de saúde?

Quais são os seus Estilos de Vida?

**Fatores Políticos e Legais**

De que forma é fornecida informação à sua comunidade, sobre os seus direitos e deveres de acesso aos serviços de saúde, aquando da sua chegada à Marinha Grande?

Indique outro(s) fatores políticos e legais que tenham facilitado ou dificultado o seu acesso à saúde.

**Fatores Tecnológicos**

Tem meio de comunicação (telemóvel)?

Tem acesso à Internet?

Qual o recurso que mais utiliza para aceder à informação relativa aos cuidados de saúde e ao serviço nacional de saúde (Literacia em saúde)?

**Acesso à Saúde**

Qual das dimensões acima avaliadas considera que mais condiciona o seu acesso à saúde?

## **APÊNDICE 13 - Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas**

## ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

### Segundo as Dimensões do Modelo Sunrise

#### FATORES EDUCACIONAIS

Os entrevistados tiveram conhecimento quanto ao sistema de saúde e à prestação de cuidados através de amigos ou pessoas conhecidas que já viviam em Portugal, fornecendo informação de como obter documentos, número de utente, entre outros. Foi também possível saber que esta informação também foi fornecida pela Junta de Freguesia da Marinha Grande e pelas diversas entidades patronais.

**Entrevistado 1:** “Foi uma amiga”, “Foi ela que ajudou a ir aos sítios todos para ter esses números, para poder trabalhar”; “(...) no trabalho, eles pediram os documentos segurança social, contribuinte e depois consegui ir trabalhar”.

**Entrevistado 2:** “Foi com a ajuda de um amigo. Como vieram antes de nós, eles já sabiam isto tudo”.

**Entrevistado 3:** “(...) quem deu essas informações foi esse colega do seu pai? Ele já é cidadão português”

**Entrevistado 4:** “Foi na Junta de Freguesia que disseram o que era necessário.”

#### FATORES POLÍTICOS E LEGAIS

Quanto ao acesso aos serviços de Saúde os entrevistados referem que um dos problemas são os tempos de espera não só para terem uma consulta no centro de saúde, como no hospital, quando se deslocam ao SU. Um deles preferiu ter um seguro de saúde, de forma a conseguir obter uma resposta mais rápida para os seus problemas de saúde e da sua família.

**Entrevistado 2:** “Se se passa algo com o meu corpo eu penso que tenho de ir aos cuidados de saúde, leva muito tempo”; “Vou à urgência e espero 6/7h”

**Entrevistado 3:** “Tenho um plano do médico privado, pago sempre a minha saúde”; “Não há médico sempre, em Leiria espera de 8/9h. Então o melhor é ficar num privado e pagar mensalmente”; “Eu vou a um privado”.

De salientar que um dos entrevistados referiu que irá deslocar-se à Índia para cuidados de saúde oral, referindo o alto custo para acesso a estes cuidados em Portugal. Tendo também conhecimento de outras pessoas que já fizeram o mesmo para outros problemas de saúde.

**Entrevistado 2:** “Acho que em Portugal todo o tratamento de dentes é muito caro”.

“Eu também tenho problema com os meus dentes (...), depois vou à Índia para tratamento.”;  
“Mas tenho um amigo que tinha um problema de costas, na zona lombar. tinha muitas dores, foi às urgências do Hospital de Leiria, mas não mandaram fazer nada. Decidiu ir à Índia para realizar o tratamento.”

## **VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA**

Os entrevistados referem que recorrem ao SNS só quando estão doentes, se os sintomas não aliviarem, mas só depois usarem a “Medicina Tradicional”/popular e à automedicação, acrescentam se a comida for boa eles não têm doenças. Assim, consideram que uma boa alimentação é a condição essencial para ter boa saúde.

**Entrevistado 1:** “A primeira coisa é eu se não estou doente, não vou ao centro de saúde”,

“Tomo chá indiano”; “Tomo paracetamol”; “Eu tenho cá a minha família há três anos, meu filho, minha filha, meu irmão e meu sobrinho e nunca foram ao hospital. Se comida é boa, não há doenças.”

“Não ter doença é comer comida boa.”; “O importante é a comida.”; “Acho que se houver uma boa comida, não há doenças.”

**Entrevistado 2:** “Alguma coisa eu bebo um bocadinho de chá.”; “Quando estou constipado eu faço chá e vapores”; “Por exemplo uma constipação é natural, ... mas se demorar muito tempo a melhorar, então vamos ao hospital. Se demorar mais de 3 dias a uma semana, não é normal e vamos.”; “Quando fico com diarreia, como bananas duas, três vezes e fico bem.”

“Porque na Índia a saúde é muito diferente. (...) Quando usamos os comprimidos, a medicina chamamos alopática. Na Ayurvédica nós utilizamos a alimentação, coisas naturais ou "cooking things".” “Ayurvédica nós preparamos os medicamentos através das plantas naturais. Na Índia somos muitos avançadas na Ayurvédica.”; “Mas quando não temos a alopática, usamos a Ayurvédica e a homeopática.”

**Entrevistado 3:** “As ervas fazemos algumas, esperamos um dia para ver se há melhoras, senão tem de se ir ao médico”; “Tenho febre e tomo comprimidos ibuprofeno”; “O importante é comer bem (...).”

**Entrevistado 4:** “Eu tenho uma dor de estômago e tomo medicação e também vou ao médico”

Os entrevistados recorrem aos serviços de saúde para os cuidados à grávida, pós-parto e criança (relacionado com o acompanhamento após o nascimento e a vacinação), sendo este muitas vezes o primeiro contacto que têm com o SNS. De salientar que também recorreram aos cuidados de saúde para a Vacinação para a COVID-19. No que respeita à vacina do COVID-19, estes foram vacinados para poderem viajar e trabalhar. Para eles, segundo um dos entrevistados (E2), as vacinas trazem elementos que são estranhos ao seu corpo e podem trazer problemas. Quanto às restantes vacinas do PNV só fazem a do tétano se estiverem expostos.

**Entrevistado 1:** “(...) Fui ao Centro de saúde quando a minha mulher estava grávida”; “Vou sempre quando o médico chama”; “Fiz três vacinas do covid.”

**Entrevistado 2:** “Os cuidados à grávida são bons”, “A vacinação para a COVID, foi precisa por causa de podermos viajar e até mesmo para trabalhar, e por isso tomei as duas doses”; “Porque não devemos colocar assim coisas no nosso corpo. Quando a vacina entra dentro do corpo há muitos problemas.”; “Para a vacina do Tétano só quando as pessoas estão a trabalhar com ferro, por exemplo, eu fui soldador. Só se acontecer alguma coisa”

**Entrevistado 4:** “Fui por causa das vacinas para o meu filho”; “Fiz a vacinas covid cá e a família fez na Índia.”

Quanto aos estilos de vida, dos 4 participantes, 2 realizam exercício físico (caminhadas/corrída). Os restantes não realizam, argumentando falta de tempo devido ao trabalho e às responsabilidades com a família, no entanto, ambicionam iniciar esta atividade, pois compreendem a sua importância para se manterem saudáveis.

**Entrevistado 1** “faço ginástica todos os dias”; “Corro acho que sete quilómetros.”

**Entrevistado 2** “Com o trabalho é difícil realizar exercício físico”; “no futuro espero conseguir ir ao ginásio ou começar a fazer exercício físico”

**Entrevistado 3** “Não faço exercício físico”

**Entrevistado 4** “Sim faço todos os dias de manhã.”

Dois dos entrevistados têm doença crónica (DM2), encontrando-se um deles (E1) medicado, mas não cumpre regime terapêutico, já que refere que pratica exercício físico e que não ingere açúcar, sendo suficiente para controlar as glicémias. O outro entrevistado (E4) encontra-se em avaliação, com registo de plano de dieta diário para melhor adequar os dados analíticos.

**Entrevistado 1** “(Pergunta) toma medicamentos neste momento? Sim para a diabetes, mas não tomo sempre”; “Há 3 anos”

**Entrevistado 4** ““(Pergunta) Tem o açúcar alto no sangue? Sim, agora está 109-110.” “Não tomo comprimidos, tenho que escrever o que como.”

## **FATORES TECNOLÓGICOS / VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA**

A dificuldade em comunicar devido ao desconhecimento da língua portuguesa foi referida por todos os entrevistados como a primeira dificuldade quando chegaram a Portugal.

No entanto referem que os profissionais de saúde têm uma abordagem muito boa na prestação dos cuidados, falando o inglês. Muitos Indianos falam inglês dependendo se estudaram numa escola pública ou privada, quando estes só conhecem a sua língua nativa, tornando-se a comunicação muito difícil.

Uma forma mais fácil de conseguirem aprender a falar português é através dos portugueses com quem trabalham. Sendo importante também os cursos de Língua Portuguesa ministrados por uma escola na Marinha Grande e também na comunidade religiosa através da Igreja Batista.

**Entrevistado 1:** “Quando cheguei a Portugal eu só falava inglês. Problema é que não consegui arranjar o trabalho durante muito tempo, estive 1 ano à procura, por causa da língua.”; “Estive seis meses, na escola. Depois, eu sempre trabalhei com portugueses.”; “(...) aprendi mais no trabalho. Falava sempre com portugueses e aprendi.”; “Eu aprendi muita coisa na Igreja Batista.”

**Entrevistado 2:** “A comunicação é muito boa com os enfermeiros e médicos”; “Quando eu cheguei à Marinha Grande trabalhei com um português e por isso escolhi aprender o português. Também percebi que quando trabalhei na agricultura, só estava com indianos e isso é um problema para aprender português.”; “Agora eu contacto muito com a Igreja Batista, muitas pessoas falam português e ajuda muito para aprender a língua.”; “contacto com muitos amigos em português na Igreja Batista. Também aqui há horas para aprender português”.

Na Índia “temos a Escola Pública e a Escola Privada. Na pública aprendemos a língua nativa de lá, as várias línguas nativas. Na Escola Privada aprende-se então o inglês. Portanto estudantes da escola privada aprendem o inglês, da escola pública depende do seu historial familiar”

**Entrevistado 3:** “Primeiro encontro aqui que eu tive com profissionais de saúde foi em Santarém (...) Eles falavam em inglês, naquela altura não sabia nada de português. Só bom dia, boa tarde”; “Fiz cursos de 150 horas”.

**Entrevistado 4:** “Tive dificuldade quando cheguei, não falavam a minha língua e nem inglês.”

## FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

Segundo os entrevistados estão presentes na comunidade Indiana residente na Marinha Grande 5 religiões: o Sikhismo, o Hinduísmo, o Cristianismo e o Islamismo. Os cristãos recorrem à Igreja Batista para praticar o culto, encontrando aqui apoio também a nível social. Os Sikh e os Hindus têm de se deslocar a Lisboa para a prática religiosa nas mesquitas, pois não existe nenhum local na Marinha Grande. As deslocações não são frequentes, no entanto realizam em casa as suas práticas religiosas.

**Entrevistado 1** “Eu sou cristão, vou à Igreja Batista”; “Para os Sikh a Igreja é em Lisboa, aqui não há nada”; “São Sikh, Hindu ou muçulmanos.”

**Entrevistado 2** “Eu sou Cristão e a família na Índia também. Agora eu contacto com a Igreja Batista”; “Eu não sou católico (...). Nós acreditamos na Santa Trindade. E aqui na Marinha foi difícil encontrar pessoas da religião Pentecostal e a mais próxima é a Evangelista”; “Portanto temos sikhismo, hinduísmo, budismo e Cristianismo.”; “Também existe comunidade muçulmana”

**Entrevistado 3** “Eu sou Sikh”; “nós vamos no novo ano e depois tem um dia de Santos também”; (pergunta – e em casa fazem todos os dias?) - “Fazemos todos os dias, todos.”

**Entrevistado 4** “Eu sou Sikh”; (Pergunta – e a prática da religião, onde realizam?) - “Em casa e em Lisboa – Odivelas. (Pergunta –Vão lá muitas vezes?) “Sim.”

Um dos entrevistados referiu que estão a tentar encontrar um local para a prática do culto, para os praticantes da religião Sikh, no entanto este tem de ter características específicas, como uma cozinha e um grande salão, já que é ritual oferecerem uma refeição a quem se desloque lá.

**Entrevistado 3** “nós precisamos de cozinha também é importante. Porque a comida é grátis na nossa igreja, qualquer dia, qualquer noite e, portanto, nós precisamos da cozinha e precisamos um espaço para tivesse até mais 150 ou 200 pessoas.”

O ritual de iniciação do culto sikh é realizado em Lisboa, tendo de ser realizado nos primeiros 15 dias após o nascimento, segundo um dos entrevistados. Já no caso de morte, o ritual implica queimarem o corpo e levarem os ossos para um rio na Índia, onde todos são colocados independentemente da religião.

**Entrevistado 3** “Quando o bebé está nasce, depois de 15 dias, tem de ir marcar com a nossa igreja”; “Eles utilizam uma faca, fazem uma pasta com açúcar, com ponta a dão para a boca da criança.”

#### Na morte

“Acho que demora 21 dias ou mais, quando a pessoa morre, nós esperamos para o queimar.”; “depois tem de esperar pelo corpo queimado quatro dias.” “esperasse pelas cinzas” “e colocasse no rio na Índia.”; “Quando uma pessoa morre levam para a Índia. E depois toda a gente vai ver a pessoa pela última vez”; “o filho ou filha tem de ir queimar”; “Independentemente da religião, todos fazem isso.”

## **FATORES RELIGIOSOS**

Consoante a religião, varia também a *dieta*. Quem pratica sikhismo e o hinduísmo, adota a dieta vegetariana.

**Entrevistado 2** “Se alguém for mesmo sikh, só comem vegetais, são mesmo vegetarianos.”; “Se são mesmo de origem sikh ou Hindu eles são vegetarianos”; “Eles não comem peixe nenhum, nem carne.”

**Entrevistado 3** “A alimentação é a grande mudança aqui. Aqui, os portugueses não comem picante.”; “bebo um copo de chá com leite, quatro colheres de açúcar”; “Alguns são vegetarianos”; “Não comem carne nenhum e o resto é tudo igual”

**Entrevistado 4** “Sou vegetariano, só como vegetais e ovos. Não como nem carne nem peixe.”

## **FATORES TECNOLÓGICOS/FATORES EDUCACIONAIS**

A cultura tradicional e os conhecimentos sobre esta e outros assuntos são transmitidos pela família, de geração em geração, mas com as novas tecnologias e o acesso às redes de informação através da internet, muitos já procuram a resposta às suas questões sobre temas relacionados com a saúde/doença, através desta via. Quem tem oportunidade de frequentar a escola e ir para estudos superiores também tem acesso a informação.

**Entrevistado 1** “aprendemos em casa, da vossa cultura aprendemos na escola”; “quando é alguma coisa de saúde o meu médico diz-me.”

**Entrevistado 2** “Aprendemos das duas maneiras. Antes não havia oportunidade de ir à escola ou à universidade e era muito de mãe/pai para filho que se aprendia. Mas agora há estudantes e há acesso à internet que permite procurar, ler e explicar muita coisa. Eu aprendi muito com os pais, mas a escola também ajuda”; “Agora aprende-se dos pais, na escola e na internet.”

**Entrevistado 3** “Eu sempre meto lá o Google e já tenho a informação que quero saber de saúde.”

**Entrevistado 4** “Também se aprende na escola.”; “Vou ao telemóvel para saber e senão percebo faço a tradução também.”

## **VALORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA / FATORES RELIGIOSOS**

Quem segue os dogmas da sua religião, seja esta qual for, considera o álcool um “tabu” e não tem hábitos etílicos, no entanto há os que ingerem bebidas alcoólicas, mas sabem que não é correto, fazendo-o em oculto, nunca em frente a familiares, sendo em segredo.

**Entrevistado 1** “na minha família, ninguém fuma nem bebe. Sou único que bebe cervejas às vezes com amigos.”; “em frente à mãe e pai, não bebo, por causa da cultura”; “eu não bebo à frente da minha mãe e pai ou irmão mais velho, meu irmão não bebe à minha frente e eu não bebo à frente do meu irmão mais novo. Isso é sempre segredo”

**Entrevistado 2** “Os que seguem mesmo as regras não podem beber.”

**Entrevistado 3** “Não, não é muito hábito, mas só em festas”; “Em casa ninguém bebe”

**Entrevistado 4** “Não bebo álcool”

## **FATORES ECONÓMICOS / FATORES PARENTESCO E SOCIAIS**

Referem terem assistido à prática de grande especulação imobiliária na região da Marinha Grande com inflação dos preços. Habitam em casas arrendadas ou próprias todas com condições habitacionais e recursos essenciais para viver. Têm por hábito viverem em família alargada, pais, filhos, irmãos e até mesmo sobrinhos, todos na mesma habitação e ajudando os que chegam, arrendando-lhes um espaço.

**Entrevistado 1** “Tenho uma casa e a família está toda junta”; “Tem 3-4 quartos 1 sala, cozinha, uma sala, casa de banho”; “É um T3.”; “já a comprei”; “eu e a minha família estamos juntos. Estamos 6 pessoas meu irmão, irmão, minha sobrinha.”

**Entrevistado 2** “Apartamento.”; “T2”; “Agora não há casas para pagar renda, só para comprar.”; “a dificuldade foi arranjar casa”

**Entrevistado 3** “T3 mais uma sala, uma cozinha?”; “Tenho duas casas”

**Entrevistado 4** “3 quartos, 1 casa de banho.”; “Pago renda”

Quando chegam a Portugal, começam por trabalhar na agricultura em Santarém e na região do Alentejo. Já na Marinha Grande, trabalham nas grandes empresas de moldes, de vidro, de plástico, limpeza florestal entre outras indústrias. Um dos entrevistados tem um negócio próprio (E1), e um outro ambiciona ter no ramo da restauração, (E3). No entanto, a sua maioria trabalha por conta de outrem, referindo que o trabalho é duro e que não é fácil de encontrar.

Normalmente trabalham com pessoas da sua comunidade e referem ter todas as condições no trabalho, com acesso aos serviços de saúde ocupacional e às condições de segurança no trabalho.

As mulheres também trabalham se assim acharem necessário e quiserem. No entanto, quando são mães, ficam em casa a cuidar dos seus filhos e a gerir as necessidades da casa e da família.

**Entrevistado 1** “estive 1 ano à procura, por causa da língua”; “Agora eu tenho três lojas. Abri uma nova Churrasqueira. Agora já tenho quatro lojas em Marinha Grande.”; “Quando eu trabalhei na Tecfil, durante três anos. Trabalhei na fábrica na Barosa de plásticos QPlásticos, 6 anos”; “trabalhei 1 ano num restaurante de frango, na Barosa.”; “depois eu comprei o kebab.”; “As mulheres mais novas trabalham. As mais antigas ficam com os filhos, fazem comida, limpeza de casa.”

**Entrevistado 2** “Primeiro trabalhei a tirar erva da batata-doce. Trabalho muito duro”; “trabalhei nos campos há muita chuva e sol. Para mim foi complicado. Depois fui então para os armazéns, para o embalamento de cenoura e estive lá três anos e seis meses.”; “fábrica moldes, reparação de moldes”; “contrato é temporário”

**Entrevistado 3** “Eu estou a trabalhar em matérias-primas, zona de plásticos, em empresa de injeção, na Maceira”; “primeiro emprego que tive foi na agricultura, Santarém”

**Entrevistado 4** “Trabalhei num restaurante, 1 ano e depois vim para a MG, porque havia fábricas.”; “Trabalho numa fábrica na Vieira de leiria, sou soldador de ferro.”; “Contrato de 1 ano é renovado todos os anos.”. (pergunta) ”No seu local de trabalho tem acesso a consultas do Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho? Sim.”

## **FATORES ECONÓMICOS**

Os entrevistados referiram que trabalham para auferir rendimento para viver e economizar para realizar futuros investimentos.

**Entrevistado 1:**“ trabalhei para depois guardar dinheiro e fui para a Alemanha, depois guardei dinheiro e vim a Portugal.”; “agora quero dar boa vida à família.”

**Entrevistado 3:** “Eu quero abrir uma empresa. Eu estou interessado num restaurante.”

# Modelo Sunrise – Leininger

## Valores Culturais e Modos de Vida

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

## Fatores Religiosos

Locais de culto diferentes consoante a religião  
Influência da religião sobre a saúde/doença.  
Regime alimentar associado à sua religião.  
Religião condiciona a ingestão de bebidas alcoólicas (Bebidas alcoólicas considerado tabu/proibido, não sendo consumidas no seu país de origem. Em Portugal, podem consumir se não seguirem os costumes religiosos, consomem, mas nunca em frente a familiares)

## Fatores Políticos

Falta de conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, acesso ao SNS e respetivos serviços.  
Conhecimento/Informação sobre os serviços de saúde transmitido por amigos, familiares (que estão em Portugal, entidade patronal ou Junta de Freguesia da Marinha Grande)  
Tempos de espera elevados para acesso a cuidados de saúde (estratégia – recorrem: seguros de saúde, serviços de saúde privados e SU).  
Recurso a serviços de saúde do seu país de origem quando não obtêm resposta no SNS em Portugal.

## Fatores Parentesco e Sociais

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

## Fatores Económicos

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

## Fatores Tecnológicos

Acesso à informação através das novas tecnologias (Internet)  
Baixa comunicação (Língua)

## Fatores Educacionais

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

Comunidade Indiana

Sistemas Populares

Enfermagem

Sistemas Profissionais

### **Preservação/Manutenção do cuidado cultural**

Manter as ligações/vínculos com familiares/amigos  
Sustentar tradições culturais, a prática da religião (com idas aos locais de culto)  
Manter os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença

### **Acomodação/negociação do cuidado cultural**

Recorrer ao Serviço de tradução telefónica, no acesso aos serviços de saúde  
Procurar informação sobre o Sistema Nacional de Saúde em Portugal  
Procurar informações sobre saúde  
Diminuir como primeiro recurso ao sistema de saúde a idas ao SU  
Frequentar aulas de Língua Portuguesa (com objetivo de melhorar a comunicação)  
Negociar os hábitos culturais/religiosos relacionados com o processo de saúde/doença

### **Repadronização/reestruturação do cuidado**

Promover e orientar para a utilização da linha SNS 24, sempre que necessário (em vez de recorrerem ao SU)  
Promover o conhecimento em saúde sobre a adequação da gravidade da situação de saúde e os respetivos níveis de assistência em saúde em Portugal (evitando recorrerem ao SU)  
Adquirir conhecimentos por parte dos enfermeiros sobre práticas de saúde de diferentes culturas (+ presentes na Índia)  
Procurar conhecimento, por parte dos enfermeiros, sobre religião, cultura e hábitos (+ presentes na Índia)  
Respeitar os hábitos culturais da comunidade  
Promover uma prestação de cuidados em conformidade com a crenças culturais e valores dos utentes

## **APÊNDICE 14 - Análise do Grupo Focal**

## ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

### (Avaliação do nível de Empoderamento Comunitário da comunidade imigrante)

Enquadramento da temática

A percepção de que houve um aumento da população de imigrantes na Marinha Grande surgiu em 2019, associado à afluência desta comunidade ao centro de saúde. Com o COVID, associado à vacinação, compreendeu-se que realmente esta comunidade estava presente na Marinha Grande em grande número, existindo uma necessidade de análise dos determinantes de saúde desta comunidade para assim poder compreender melhor as necessidades desta comunidade para que esta tenha melhores cuidados de saúde.

DP - “E já em 2018 e 2019 nós tínhamos tido reunião na altura, com o presidente do Conselho clínico, no nosso ACES, porque já tínhamos verificado as dificuldades de acessibilidade na saúde dos imigrantes. Tínhamos verificado a quantidade de pessoas que estávamos a receber e que não estávamos preparados e pedimos uma reunião para tentarmos arranjar uma solução que até hoje vamos remediando. E então tem sido esta sempre foi uma área de grande preocupação, até porque há várias questões que envolvem. Depois colocam em risco a vossa saúde e a nossa saúde enquanto um grupo. E daí nós temos proposto esta área de trabalho, às colegas, quando elas começaram, quando elas vieram fazer o estágio.”

Criou-se um grupo de *stakeholders* para discutir esta realidade, tendo sido proposto às estudantes do mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública o desenvolvimento de um projeto que permitisse não só identificar o diagnóstico de saúde desta comunidade, assim como delinear intervenções que dessem resposta a este, segundo o planeamento em saúde.

Iniciou-se o grupo focal com as apresentações dos vários *stakeholders* presentes, tendo sido apresentados já alguns conhecimentos que cada elemento tinha associado ao seu contacto com esta comunidade.

Foram mencionadas problemáticas associadas a questões de saúde, alimentação, roupa, habitação, acessibilidade, alcoolismo e violência doméstica.

Nas questões de saúde, foi mencionado a falta de adesão ao regime terapêutico, mais precisamente às consultas de vigilância da doença

J – “Quando eu não vou às consultas, ela liga e diz "J tem hoje consulta" e eu digo "V, desculpa, eu vou outra consulta. Agora ela disse-me que ontem faltei. Ela controla sempre controla ou liga. Olha, J. hoje tu tens marcação, é que facilita.”

Ao nível da situação socioeconómica também já foi sentida pelos *stakeholders* presentes, referindo que têm pedidos de ajuda com necessidade de alimentação e roupa para os bebés e crianças e, atualmente, para adultos também, evidenciando que esta comunidade começa a necessitar de uma atenção. É referida a falta de oferta de trabalho dentro de áreas em que se pensa que normalmente esta população trabalha, como a agricultura. A Marinha Grande é uma zona industrial, com oferta de trabalho diferente, o que faz com que esta comunidade tenha de se adaptar a esta realidade.

EC – “O aumento desta população migrante e que é muitas vezes sem respostas a nós, tem sido as temáticas, as questões da saúde. Mas agora, nos últimos tempos, têm vindo as questões ao nível alimentar, ao nível da roupa, portanto. Ou seja, já são outras problemáticas que antes não eram manifestadas, mas que neste momento os próprios já nos procuram (...) A habitação é uma preocupação, mas de alguma forma eu penso que eles resolvem de alguma forma se arranjar, tentam arranjar. Por acaso ontem foi uma das questões ali no serviço. E eles quando fazemos a questão, quando questionamos sobre a habitação, às vezes em ligeiro, num âmbito de um atendimento normal, eles às vezes ficam retraídos porque eles sabem o que é que nós sentimos em relação à habitação”.

C.:” Alimentação? E que o leite artificial, por exemplo.”

EC: “Por exemplo, e já não é só para o bebé, é também para eles.”

Dr C: “Mas isso significa que não tem emprego?”

EC: “Sim, também e outros recursos económicos baixos. Eu acho que esta é uma questão que antes não era visível, mas que neste momento já é visível. E procuram mais. Eu acho que é visível porque procuram mais e porque é uma realidade efetiva. E até mesmo quem é que procura mais? Por exemplo, os agricultores, ou seja, pessoas que que anteriormente não tinham uma profissão ligada às empresas.”

J: “Também não há agricultura sempre. Trabalho nesta área sempre em maio, julho e agosto. Depois de julho agosto, não há trabalho na agricultura. A agricultura também eu não preciso de trabalho, faço outras coisas. Eu arranjo trabalho para muitos indianos que não têm trabalho. Eu tenho quatro lojas. Eu não tenho tempo. Hoje tenho 8 pessoas a trabalhar. Quando alguém não

tem comida e não consegue pagar a renda, eu arranjo trabalho para indianos, para eles pagarem renda e ter leite para os filhos. Sempre quando come kebab, se tem dinheiro paga, senão tem dinheiro pode comer e paga depois quando tiver trabalho.”

## **PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA**

Esta dimensão trouxe alguma discussão sobre o envolvimento da comunidade imigrante na problemática em análise. Chegou-se a considerar o depoimento 2 porque a percepção presente era que ainda não existia uma participação da comunidade em que os membros participem nas decisões. No entanto, ao considerarem o trajeto realizado até ao momento, com várias intervenções na comunidade associadas a problemas que foram identificadas (violência doméstica, alcoolismo) e com o início deste projeto, foi possível determinar que os membros da comunidade já iniciaram este processo, tendo assim sido escolhido o **depoimento 3** da EAVEC.

AL: “Existe realmente um grupo de várias entidades da comunidade envolvidas na discussão e na implementação de medidas para melhorar quer o acesso à saúde, quer. A percepção que esta comunidade tem em relação à questão da doença da saúde. Eu acho que este trabalho que está a começar está a ser feito, envolve a comunidade, mas efetivamente a comunidade imigrante não foi envolvida ainda no processo. Neste processo, eu bocado falei da reunião dos vários stakeholders e se calhar é isso que nos falta. Mas também era isto que nos faltava para passarmos, para darmos esse passo. Portanto, é por isto que eu digo que é o três”.

EC: “Eu também acho que sim. Eu acho que de alguma forma eles já foram envolvidos, mas ainda não tomam.”

AL: “Decisões e não planeiam. Isso é realmente uma coisa extremamente importante.”

EC: “Eu acho que o objetivo é chegar lá, não é? Exato. Isto é o caminho.”

AL: “Eu consideraria nos dois, até porque nós temos experiências anteriores do ponto de vista da saúde, em que a atitude face à doença saúde foi muito trabalhada, não de uma forma alargada, mas com situações específicas que nos apareceram e que têm a ver até com os valores culturais que são atribuídos a determinadas problemáticas de saúde. Comparativamente, Índia e Portugal, estou a falar, por exemplo, do alcoolismo, por exemplo. Estou a falar da violência doméstica, por exemplo. São áreas que nós já trabalhámos antes e, portanto, que envolvemos a

comunidade, mas numa perspectiva de tratamento ou de prevenção e numa perspectiva de de. De tomar.”

RF: “Especificamente relacionado com a saúde? Em relação às pessoas com quem nós convivemos, podemos dizer que é três, porque tem havido bastante interação, mas. Mas não somos nada, porque somos muito pequenos. Portanto, aceito o três na base das nossas pequenas experiências.”

## **CAPACIDADE DE AVALIAÇÃO DO PROBLEMA**

Durante a avaliação desta dimensão, foi referido que a procura de ajuda provém muitas vezes de grupos específicos, como grávidas ou casal com filhos. Enquanto adultos esses pedidos não acontecem, tendo sido associada à cultura presente nesta comunidade.

EC: “Mas, por exemplo, aqui, em relação da minha pouca experiência, a saúde é mais procurada por alguns grupos. Por exemplo, estou grávida, preciso de ajuda. Para onde é que eu devo de ir? Ou tenho filhos? Qual é a escola? Qual é a melhor escola? Agora, adultos, por exemplo, é uma questão que não é habitual, portanto, a questão da saúde. De um modo geral, por esta comunidade e se calhar por questões culturais, não será identificada como uma problemática.”

Outro assunto foi relativo à vigilância em saúde, onde existe a percepção de que não é dada importância e esta fator, relacionado com a cultura e as crenças presente na comunidade indiana.

AL: “Olha eu aqui, se me permitem, diria também que uma das coisas que temos identificado na saúde é que uma ausência da percepção da importância, por exemplo, da vigilância de saúde, não é. Mesmo em relação às grávidas e às crianças. Ou seja, realmente recorrem à saúde porque precisam dos cuidados, mas não têm esta percepção da importância da vigilância, da promoção da saúde. É um recurso mais como reação a uma necessidade identificada no momento. Isto também pode ser o choque cultural que tem a ver com os hábitos em termos de saúde no país de origem e os nossos, que têm aqui já os cuidados primários com esta. Com a implementação deste modelo de prevenção e promoção da saúde. Essa ausência de percepção da necessidade de fazer uma vigilância de saúde em determinadas idades chave, quer sejam das crianças, quer sejam das grávidas.”

Esta ideia acaba por ser contraposta por um dos intervenientes indianos, mas dirigindo para os cuidados à mulher grávida, onde são garantidos os cuidados de vigilância. Refere mesmo que os cuidados na Índia são bons, já que os acessos aos serviços de saúde, em caso de urgência,

são rápidos ao contrário do que se vive em Portugal. De um modo geral, foi abordado como a diferença ao nível do acesso aos cuidados de saúde, onde na Índia é mais rápido e eficaz, enquanto em Portugal existem longos períodos de espera. Aqui, a comunidade indiana vê uma resposta nos seguros de saúde e no privado para obter uma melhor e rápido acesso aos cuidados de saúde.

Referem até que existe conhecimento sobre como aceder aos serviços de saúde, mas, devido à falta de resposta associada aos tempos de espera e a todo o processo de acesso aos cuidados de saúde, que acabam por recorrer às farmácias ou às suas “mesinhas”.

A: “Sim, na Índia há consultas para grávidas, enfermagem e quando uma pessoa está doente. Lá é mais rápido. Sim, a emergência é rápida. Aqui não. Aqui espera, espera.

T: “E aqui muita gente e desde aqui a não desconta valores na segurança social. Até agora não tenho consulta desde 2021, 2022. Não há consultas. Quando eles vão aqui no centro de saúde não há. Tem que ir pagar 35 ou qualquer valor, mas tem que esperar pelo médico. Então eu acho que é melhor é para ir a privado para pagar 35 €. E é bom.”

T:” Não sei. Não podem pagar no centro de saúde o valor 34 €- 50. É melhor pagar 30 fora no privado então se espera até às 20h00. Quando uma pessoa está doente desde 08h00.”

T: “Toda a gente sabe como é que a Saúde trabalha, mas a única coisa é que quando nós chegamos lá, não há número de saúde e toda a gente volta para trás. Vão à farmácia, compram qualquer coisa.”

Na Índia, o sistema de saúde acaba por ter mais oferta ao nível do privado, com pequenos consultórios com médico e enfermeiro, onde recorrem a cuidados de menor urgência. Quando existe uma urgência, deslocam-se então ao hospital, para obter outra resposta.

J:”Numa cidade pequena há consultas com médico, se 2-3 dias não melhorar vai ao Hospital.

Fica evidente que eles só recorrem aos serviços de saúde quando têm sintomas ou estão realmente doentes.

DP: “Fazemos rastreios, ou seja, o que é que é? São alguns testes. A pessoa que está saudável para identificar os problemas que possam estar a surgir, que ainda não há sintomas, que tipo de rastreios é que fazem na Índia preventivos? Se tem algum a mama, a mulher faz a faz exame a mama sim, faz uma, faz uma mamografia ou uma eco mamária. Na Índia também fazem?”

J: “ fazemos exames quando tem um problema.”

Depois de muita discussão, chegou-se à conclusão de que o **depoimento 2** se adequava.

## **LIDERANÇA LOCAL**

Iniciou-se a discussão com a questão se existia um líder na comunidade ou uma organização que acabasse por fazer de interlocutor entre os vários elementos da comunidade indiana e a Marinha Grade.

Compreendeu-se que tal não existia. Nem um interlocutor nem uma organização. A ajuda que surgia encontrava-se associada a uma rede de conhecidos ou amigos, que acabavam por ajudar a encontrar respostas para os problemas, como recorrer aos serviços sociais ou de saúde para saberem como proceder em todo o processo de aquisição de documentos ou de respostas para as necessidades de saúde.

J: “Quando alguém chega à Marinha Grande, perguntam e eu ajudo.”

AL: “Mas há mais alguém, Mais alguém grande também ajuda? Não há uma organização?”

J: “Não. Se eu conheço ele, a família. Ele foi ter comigo e eu ajudei há 5 anos. Agora ele tem aqui trabalho, a irmã, pai e mãe.”

RF: “Portanto, não, nós começámos as aulas em março, mas o nosso apoio a indianos e vem muito atrás. Já lá vão muitos anos. E então, o que é que nós temos feito? Eu posso dizer que eu que tenho ido à Consulta de gravidez. Depois de primeiras consultas temos ido ao registo civil ajudar a registar crianças (...). Que precisavam da nossa ajuda nesse aspeto ...) nós fazemos essa informalmente, mas fazemos essa integração. Em relação aos certificados de residência, nós não apoiamos quem não conhecemos. Portanto, as pessoas que frequentam durante algum tempo as aulas ou a igreja. E então, a partir daí. Então temos vindo à Junta de Freguesia. Portanto, fazemos um trabalho que equivale a isto a integração. E tem muito a ver com a saúde, curiosamente. Eh. Mas informalmente. E é para meia dúzia de pessoas.”

EC: “Eu não consigo identificar nenhuma organização com líder para isso. Identifico, se calhar três ou quatro pessoas indianas que se que acabam por ser uma referência para os próprios indianos. Mas ao que me parece e daquilo que eu tenho vindo a Noto ali é que será para estas situações. Ou seja, não é efetivamente um líder.”

Decidiu-se então escolher o **depoimento 1**.

## **ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS**

Esta dimensão não teve muita discussão, chegando-se rapidamente à resposta, no **depoimento**

**1.** Referiram que apesar de existir uma organização que tem uma ligação com esta comunidade, não se enquadra nos depoimentos presentes nesta escala.

RF: “Mesmo falando por nós, é informal, não é? Eu não estou a representar a Igreja Baptista. A nossa experiência lá. Pronto e com calma. Como se lembra no passado de outras iniciativas que tivemos.

AL: “Fizemos e fazemos.”

RF:“(...) não, não, não como estrutura, para mim.”

## **MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS**

O **depoimento** decidido foi o **3.**

AL: “(...) houve efetivamente um aumento dos recursos existentes do ponto de vista da saúde e outros.”

AL: “(...) eu acho que é o três, sendo que, nomeadamente ao nível da saúde, foi criada uma resposta de saúde. Mais específica para a comunidade imigrante e foram acionadas respostas até a nível social na comunidade da Marinha Grande.”

EC: “foram criadas para a comunidade geral maior e a indiana, de alguma forma, todas elas têm vindo a aumentar recursos”; “Quer para a comunidade indiana, para eles próprios e quer nós, quer eles próprios para fora”.

J: “Só foi há 15 anos, só existia uma loja que vendia produtos indianos. A comida indiana agora são cinco.”

EC: “E acho que muitas vezes a comunidade indiana não recorre. Não recorre a outros, por exemplo, não questiona tanto porque há aqui outras questões. Por causa da legalidade e então, às vezes terceiros que não fazem muito sentido, mas que eu consigo entender e se calhar por isso é que não recorrem porque têm medo.”

AL: “(...)eu por acaso agora vou partilhar aqui uma apreciação que eu tenho há bocado, quando falavas que havia mais pessoas a pedir roupa. O que eu sinto é que há uns anos a comunidade indiana tinha medo e vergonha de pedir. Não pedia. Com esta abertura dos serviços, quer sejam

da saúde às juntas e com esta, o facto de nós desconstruirmos um bocadinho esta questão de que o facto de ir pedir a saúde não implica que tenha aqui um processo qualquer relativamente à sua legalidade ou não de estar no país, também abriu aqui o caminho para que estas comunidades recorram mais aos serviços. Não tem.”

EC: Às vezes parece que se perde. Há ali um bocadinho, mas por exemplo, ao nível do trabalho. Se formos ver, há muitos indianos a trabalhar com indianos. Sim. Ou seja, eles próprios, exatamente eles próprios. Também é um recurso, não é? E eles partiram esse recurso. O que eu acho é que lá está. Daí eu considerar que sim.

## LIGAÇÕES A OUTROS

O grupo após discussão decidiu o **depoimento 2**.

Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, no entanto são ligações que não são interdependentes e não são formais. Sendo ligações destinadas para um propósito e momento, sendo, no entanto, necessário desenvolver.

DP: “E a minha dúvida é se essas ligações porque têm só um carácter mais informal e que foram dando resposta e se tem propósitos bem definidos. Quer dizer, o propósito geral, mas a um nível muito informal.”

AL: “(...) não são ligações interdependentes, não são ligações formais.”

EC: “(...) bom para aquele propósito e para aquele momento. É necessário desenvolver.”

A: “(...) primeira dificuldade é a língua. Muitos indianos não têm educação, estudos. Querem ter uma atividade e não podem por causa da língua. Aqui todas as mulheres não têm trabalho. Quando sabem português querem trabalhar.”

EC: “Mas eu acho que a barreira, efetivamente, a barreira linguística, ela existe e é um facto. E apesar de termos muitas respostas na comunidade, eu posso vos dizer agora há várias. Portanto, temos e nós encaminhamos muitas vezes e há muitos que não. Mas depois disso que eu vou dizer até pode parecer mal, mas às vezes parece que também há uma certa resistência cultural.”

EC: “Por exemplo, já estivemos muitas mulheres ali que procuram trabalho, muitas vezes sozinhas, porque não é muito habitual as mulheres irem sozinhas falar connosco, mas já se nota essa diferença. Portanto, já vão e já nos pedem trabalho. Mas há muitas que também têm estratégia, que é põem logo o tradutor e nós nem precisamos de falar inglês. Falamos o

português e traduz e pronto. Mas depois, no grupo, quando estão a trabalhar e às vezes também nós, às vezes a barreira linguística também depende. Não é só o é. Não é só a barreira ou a barreira linguística existente. Às vezes.

EC: “Cultural. E, portanto, não será só a questão da língua, também cultural.”

## **HABILIDADE PARA “QUESTIONAR PORQUÊ?”**

Foi decidido como mais adequado o **depoimento 1**.

Não são realizadas discussões em grupo, com a comunidade, para questionar o assunto da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.

A comunidade Indiana não tem um local fixo para se reunirem. Surgem grupos de amigos no qual discutem, falam sobre assuntos relacionados com a sua vida quotidiana. Na Marinha Grande quem tem a religião sikismo não tem um local para realizar culto, têm de ir a Lisboa. Existiu num local um encontro desta comunidade religiosa, no entanto não acontece com frequência.

T: “Existem dois, nos juntamos aqui às vezes no Parque da Cerca, porque não há nenhum lugar para ter reuniões.” “ (...)sobre as coisas que acontecem e às vezes problemas na Marinha Grande, às vezes problemas à casa”

AL: “Não é nada organizado. Um grupo de amigos, não é?”

Surge nesta dimensão novamente a questão do acesso aos cuidados de saúde, onde os imigrantes presentes demonstram a falta de conhecimento relativo ao acesso aos cuidados de saúde, mais precisamente dos direitos que esta população tem e de que forma devem aceder aos cuidados.

AL: “A questão é os cuidados a crianças e grávidas são gratuitos de acordo com a nossa legislação. Os cuidados a adultos têm de pagar a taxa porque não têm acordos de cooperação em saúde. Pronto. Enquanto não conseguem, sempre.”

J: “(...) eu tenho uma mulher indiana chegou cá quando estava grávida de sete meses. E ela não tem passaporte, nem contribuinte e segurança social. Pois primeiro ela vai lá e não atende, sabe.”

## **GESTÃO DE PROGRAMAS**

Foi realizada a discussão e ficou decidido o **depoimento 1**.

Foi unanime para todos os elementos que existe o início de um projeto a ser desenvolvido por um agente externo à comunidade, o projeto agora denominado ENGAGE, no entanto não existe uma discussão e intervenção com a comunidade indiana.

Ana Laura: Existe efetivamente (...) porque de facto este é um programa, a não ser o que estamos aqui a fazer hoje (...) ainda não está em discussão com a comunidade indiana. Portanto, e nesse sentido, é um, existe, mas não está em discussão.

## **RELAÇÃO COM OS AGENTES EXTERNOS**

Ficou o **depoimento 2**.

Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

AL: Falta-nos esta questão de as tomadas de decisão conjuntas não existem efetivamente. discutem, mas não tomam decisões. As decisões não são tomadas em conjunto. As situações que não são excluídos não é agora na tomada de decisão. Efetivamente, isso não. Ainda não chegámos lá

Na tabela seguinte estão representados os domínios da EAvEC , os respetivos depoimentos decididos pelos participantes do grupo focal e a justificação da escolha para cada um.

<b>Dimensão da Escala EAvEC</b>	<b>Depoimento escolhido</b>	<b>Justificação</b>
<b>Participação comunitária</b>	3 – Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades como trabalho voluntário	Ao considerarem o trajeto realizado até ao momento, com várias intervenções na comunidade associadas a problemas que foram identificadas (violência doméstica, alcoolismo) e com o início deste projeto, foi possível determinar que os membros da comunidade já iniciaram este processo.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	2 – A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação	<p>A procura de ajuda provém muitas vezes de grupos específicos, como grávidas ou casal com filhos. Enquanto adultos esses pedidos não acontecem, tendo sido associada à cultura presente nesta comunidade.</p> <p>Não é dada grande importância à vigilância em saúde, relacionado com a cultura e as crenças presente na comunidade indiana, principalmente nos adultos. No caso das grávidas e crianças são garantidos os cuidados de vigilância.</p> <p>O acesso aos cuidados de saúde na Índia são bons, com resposta rápida, existindo uma maior oferta de serviços privados (clínicas ou pequenos consultórios médicos). Quando existe uma urgência, deslocam-se ao hospital</p> <p>Em Portugal, o acesso aos serviços de saúde é difícil, com elevados tempos de espera, o que os leva a recorrer a farmácias ou às “mesinhas”. Outra resposta, para os que têm possibilidade, têm seguros de saúde.</p>
<b>Liderança Local</b>	1 – Algumas organizações comunitárias sem líder	Não existe um interlocutor nem uma organização que tenha um líder. A ajuda que surgia encontrava-se associada a uma rede de conhecidos ou amigos, que acabavam por ajudar a

		encontrar respostas para os problemas, como recorrer aos serviços sociais ou de saúde para saberem como proceder em todo o processo de aquisição de documentos ou de respostas para as necessidades de saúde.
<b>Estruturas organizacionais</b>	1 – A comunidade não tem estruturas organizativas, tais como conselhos ou comissões.	Foi referido que apesar de existir uma organização que tem uma ligação com esta comunidade, não se enquadra nos depoimentos presentes nesta escala.
<b>Mobilização de Recursos</b>	3 – A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados	Este é um fator que tem vindo a aumentar e a ser melhorado com o aumento da perceção das necessidades que esta comunidade tem.  Colocada em questão a posição legalidade/medo influenciar o pedido de ajuda. Esta questão, no entanto, já foi desmistificada através da divulgação de informação sobre as regras de recolha de recursos necessário.  A comunidade indiana começa também a ter mais conhecimentos sobre onde existe a oferta e como os mobilizar.
<b>Ligação a outros</b>	2 – A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	Existem ligações entre a comunidade e outras organizações e pessoas, no entanto são ligações que não são interdependentes e não são formais. Sendo ligações destinadas para um propósito e momento, sendo, no entanto, necessário desenvolver.  É colocada a língua como barreira para o desenvolvimento desta dimensão.
<b>Capacidade para “questionar o porquê”</b>	1 – Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos na comunidade	A comunidade Indiana não tem um local fixo para se reunirem. Surgem grupos de amigos no qual discutem, falam sobre assuntos relacionados com a sua vida quotidiana, de forma informal.  Os grupos existentes encontram-se relacionados com a sua religião e sua prática. Na Marinha Grande, quem tem a religião sikhismo não tem um local para realizar culto, têm de ir a Lisboa. Existiu num local um encontro desta comunidade religiosa, no entanto não acontece com frequência.

		Aqui, surge novamente a questão do acesso aos serviços, demonstrando que não existe conhecimento sobre os procedimentos para o acesso ao número de utente e os direitos que têm como imigrantes neste aspeto.
<b>Gestão do Programa</b>	1 – Por agente	Foi unanime para todos os elementos que existe o início de um projeto a ser desenvolvido por um agente externo à comunidade, o projeto agora denominado ENGAGE, no entanto não existe uma discussão e intervenção com a comunidade indiana.
<b>Relação com agentes externos</b>	2 – Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados	Houve consenso quanto à relação dos agentes externos no controlo e discussão com a comunidade, no entanto não existe tomadas de decisão da comunidade.

Fonte: Da própria

O gráfico radar que corresponde à avaliação do empoderamento da comunidade imigrante para a atitude Face ao estado de saúde-doença comprometida, associada à cultura, está representado a seguidamente:



Fonte: Da própria

## **ANEXOS**

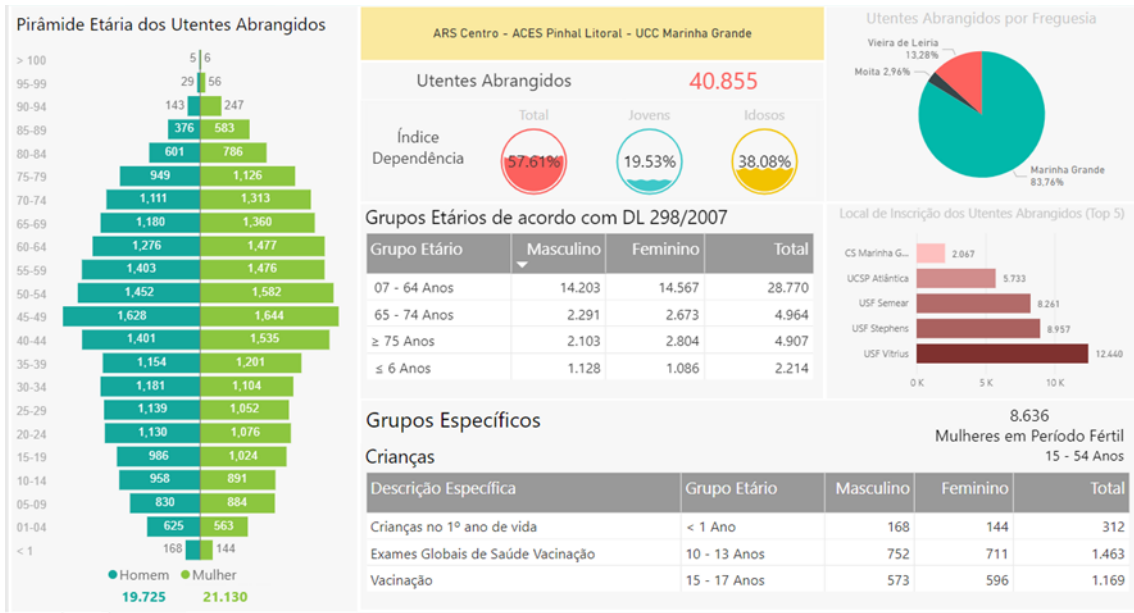
## **ANEXO I – Projetos desenvolvidos pela USP PL no âmbito da Proteção e Promoção da Saúde**

Quadro 1 - Projetos desenvolvidos pela USP PL no âmbito da Proteção e Promoção da Saúde (ACESPL, 2016).

Área	Programas/Projetos
<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	Vigilância e Controlo das Doenças transmissíveis de Declaração Obrigatória.
	Programa Nacional Vacinação
<b>SAÚDE AMBIENTAL</b>	Vigilância de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas
	Alimentação segura e saudável: Qualidade Alimentar nos Estabelecimentos de Educação e Ensino e de Apoio Social, Estratégia minorsal.saúde – sopa.come, vigilância de Estabelecimentos de Fabrico de Pão e Óleo.vitae
	Vigilância da Qualidade das Águas de Abastecimento Público
	Vigilância Sanitária de Piscinas e Recintos com Diversões Aquáticas
	Vigilância das Zonas Balneares e Estabelecimentos Termais: Qualidade das zonas balneares, costeiras, de transição e Interiores; Qualidade dos estabelecimentos termais
	Vigilância dos Estabelecimentos Comerciais e Prestação de Serviços
	Vigilância dos Estabelecimentos de Apoio Social
	Vigilância dos Estabelecimentos de Educação e Ensino
	Escolas sem Ruído – 2ª fase
	Gestão de Resíduos
<b>PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE</b>	Gestão de Pareceres, Vistorias e Reclamações
	Consulta de Medicina do Viajante
	Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)
	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNSO)
	Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas - Plano Sazonal: Verão e Saúde e módulo Inverno
	Centro de Atendimento de Adolescentes e Jovens
	Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
	Programa de prevenção da Infecção VIH/SIDA
	Prevenção de maus tratos em crianças e jovens
	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
	DARE+ Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares
	Cuidar pelo Bem-Estar
	Alice - Alimentação Inteligente em Casa e na Escola
Estratégia Nacional para a integração das Comunidades Ciganas	
<b>PLANEAMENTO EM SAÚDE</b>	Observatório Local de Saúde: Perfil de Saúde do ACES PL
	Núcleo de Planeamento do ACES PL: Plano de Desempenho do ACES PL
	Grupo de Planeamento da USP
	Conteúdos - eBoletim informativo da USP Pinhal Litoral
<b>AUTORIDADE DE SAÚDE</b>	Avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência
	Execução das competências da Autoridade de Saúde não incluídos em programas específicos
	Programa promoção da Saúde Ocupacional
<b>OUTROS</b>	Centro de Diagnóstico Pneumológico
	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)
	Plano estratégico do Baixo Carbono

Fonte: Adaptado do Plano de Ação 2016-2018

**ANEXO II – Número de utentes da área de abrangência da UCC MG**



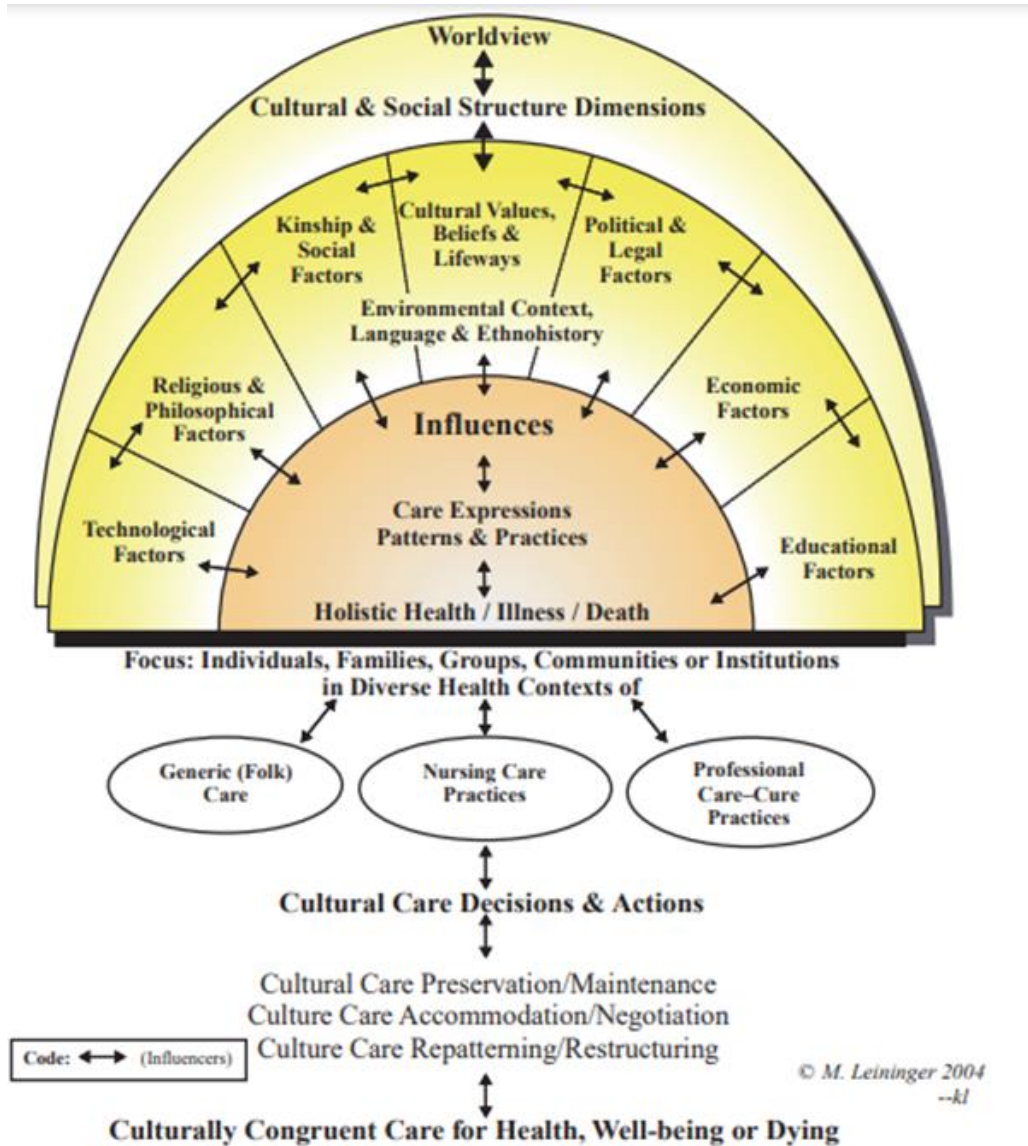
Fonte: SPMS (2024)

## **ANEXO III – Carteira de Serviços da UCC MG**

Programa/Projeto	Nº Horas semanais afetas	Nº Horas semanais previstas	População alvo
Vamos Nascer (preparação profilática para o parto, recuperação pós parto; hidroginástica para grávidas e workshops parentais; aconselhamento amamentação)- e enfermeiras	46	46	Grávidas, puérperas e famílias
Promoção Saúde Infantil e juvenil; (PL Seguro , PIOI, consulta de adolescentes)	2	8	Crianças dos 0 aos 18 anos menos 1 dia com intervenção em: consulta de Enfermagem para adolescentes
SNIPi	13	13	Crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento referenciados ao SNIPi
NACJR ( 2 enfermeiras)	2	2	Famílias de crianças e jovens referenciados ao NACJR, incluindo grávidas , cujo técnico gestor é da equipa da UCC
CPCJ (restrita e alargada)	10	10	Crianças e jovens com processo na CPCJ
EPVA (2 Enfermeiras)	2	2	Utentes referenciados à equipa EPVA cujo gestor de caso é o técnico da UCC
Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais	3	3	Cuidadores informais referenciados para o projeto
Rede Social e Núcleo executivo	2	2	População da Marinha grande
NLI	7	7	Utentes com contrato RSI
Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos	7	7	consultas e visitas domiciliárias a utentes referenciados: Saúde Mental, GRT, etc..
Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE; outros)	18	18	Alunos do parque escolar da Marinha Grande ( cerca de 6000) e restante comunidade educativa.
Diabetes em movimento	7	7	Utentes diabéticos tipo 2 referenciados ao projeto
Projeto Marinha sem quedas	3	3	Idosos da Marinha Grande referenciados pela sua unidade funcional para o programa
ECCI	96		Utentes referenciados na plataforma RNCCI
Projeto de formação	2	2	Profissionais de saúde

Fonte: UCC MG (2023)

## **ANEXO IV – Modelo Sunrise**



## **ANEXO V - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC)**

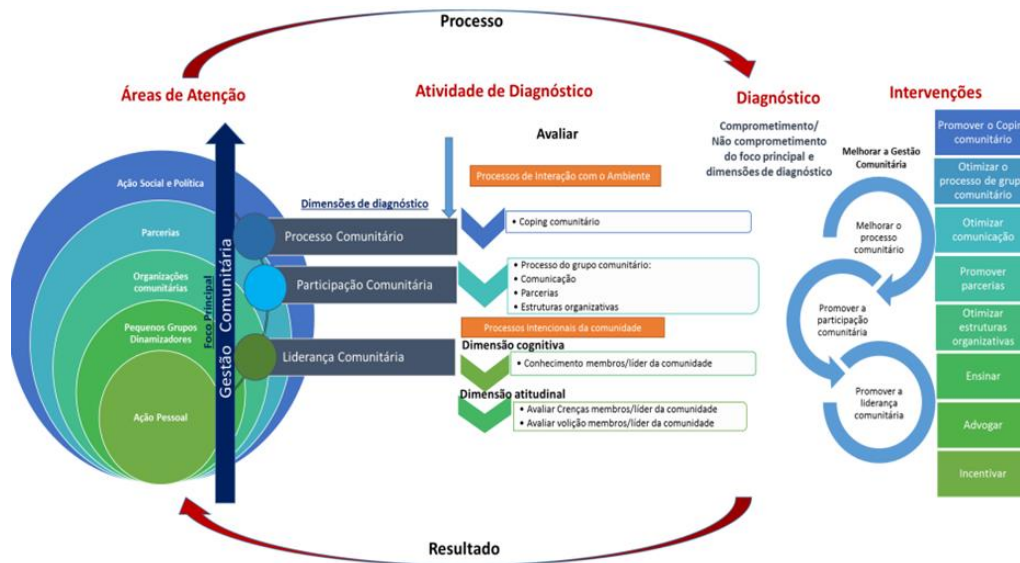
## ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EA<sub>v</sub>EC) (Melo et al., 2020)

Domínio	1	2	3	4	5
<b>Participação Comunitária</b>	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar em atividades e reuniões na comunidade	Os membros da comunidade participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos.	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões, no planeamento e implementação de projetos sobre atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	Não existe avaliação da problemática: atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde desenvolvida pela comunidade.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação do estado de arte da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os setores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações para atuar na atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar a problemática da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
<b>Liderança Local</b>	Não existem organizações comunitárias, que envolvam toda comunidade relacionada com atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	Existe pelo menos uma organização comunitária que junta toda a comunidade. Esta organização, contudo, não tem identificado um líder.	Existe pelo menos uma organização comunitária que junta toda a comunidade, aqui representada e funciona sob liderança.	O líder está a desenvolver iniciativas com o suporte da sua organização. O líder necessita de treino de competências.	O líder tem iniciativa total. Organização em suporte total. O líder trabalha com grupos externos para ganhar recursos.
<b>Estruturas organizacionais</b>	Considerando a comunidade aqui representada, não existem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	Estruturas organizativas foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Existe mais do que uma estrutura organizativa ativa. As estruturas têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas estruturas organizativas estabeleceram ligações umas com as outras dentro desta comunidade.	As estruturas organizativas estão ativamente envolvidas dentro e fora desta comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
<b>Mobilização de recursos</b>	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas com mais poder mobilizam os recursos criados pela Comunidade.	A Comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora desta comunidade. Existe discussão pela comunidade, sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	São criados recursos consideráveis e a Comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.

Domínio	1	2	3	4	5
<b>Ligações a outros</b>	Não existe qualquer ligação com outras pessoas ou organizações relacionadas com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, nesta comunidade.	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento desta comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento desta comunidade baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade.
<b>Habilidade para “questionar porquê”</b>	Não são realizadas discussões em grupo, com a comunidade, para questionar o assunto da atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre o assunto: a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde na comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.	Foi criado um grupo para a comunidade. Este tem a capacidade para refletir na atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções relacionadas com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde.	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
<b>Gestão de programas</b>	Não há (ou desconheço) um programa ou projeto relacionado com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, desenvolvido por esta comunidade ou é desenvolvido por um agente externo à comunidade.	É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade.	É desenvolvido um programa ou projeto pela Comunidade, supervisionada por um agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados entre comunidade. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	Gestão da Comunidade, independente de um agente externo. A gestão permite responsabilização.
<b>Relação com agentes externos</b>	Não existem políticas, finanças, recursos partilhados na comunidade e avaliação de programas relacionados com a atitude face ao estado de saúde-doença e acesso aos cuidados de saúde, ou existem agentes externos à comunidade no controlo das mesmas.	Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão desta comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	Agentes externos e a comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado.	A comunidade toma decisões com o suporte de agentes externos. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da Comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

Fonte: Adaptação de Melo, et. al. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446

## **ANEXO VI - Matriz de decisão clínica do MAIEC**



Fonte: Melo (2020)

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

**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.**

**Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral**

---

# CERTIFICADO

Certifica-se que:

**RAQUEL PIRES SOARES**

Participou na ação de formação “**1º Fórum da UL PPCIRA ACES Pinhal Litoral**” promovido pelo ACES Pinhal Litoral, que se realizou no, no dia 16 de novembro de 2023, das 08h30 às 16h30, com a duração total de 7 Horas.

Leiria, 21 de novembro de 2023

O Diretor Executivo

Assinado por : **MARCO ALEXANDRE SANTOS DAS**

**NEVES**

Num. de Identificação: 10341256

Data: 2023.11.27 10:43:26+00'00'

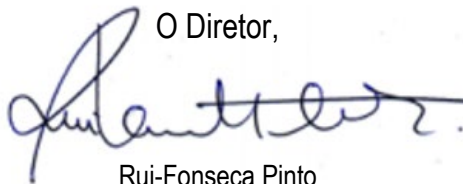


**ANEXO VIII – Certificado de Palestrante no Encontro de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública**

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Raquel Soares** moderou a Mostra de Estudos: Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no âmbito do I Encontro Científico de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que teve lugar nesta Escola de Saúde, no dia 11 de novembro de 2023, entre as 14h00 e as 17h30.

O Diretor,



Rui-Fonseca Pinto

**ANEXO IX - Certificado de Palestrante Encontro Comemorativo do 10º Aniversário da UCC da Marinha Grande**

10 ANOS

EM PROXIMIDADE

## CERTIFICADO

Declara-se para os devidos efeitos que **Raquel Soares**, proferiu a conferência “*Engage - Empoderamento Comunitário da População Imigrante da Marinha Grande*” na mesa com o tema “Em proximidade” realizada no dia 23 de fevereiro de 2024 no âmbito do Encontro Comemorativo do 10º aniversário da UCC da Marinha Grande subordinado ao tema “10 anos em proximidade”.

Marinha Grande, 13 de março de 2024

**PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

*Diana Baird*

**ANEXO X** – Quadro representativo da população estrangeira residente em Portugal, para os cinquenta municípios onde assume maior importância relativa face ao total de residentes no município, 2022.

**Quadro 3.3. População estrangeira residente em Portugal, para os cinquenta municípios onde assume maior importância relativa face ao total de residentes no município, 2022**

Município (top 50)	Estrangeiros residentes 2022 (SEF)*	População Residente 2022 (INE, Estimativas População**)	% de estrangeiros no total de residentes
Vila do Bispo	2.446	5.799	42,2
Odemira	12.286	31.488	39,0
Albufeira	16.779	45.169	37,1
Aljezur	2.264	6.166	36,7
Lagos	12.165	33.512	36,3
Tavira	7.406	27.505	26,9
Loulé	19.364	72.455	26,7
Lagoa	5.574	24.255	23,0
Lisboa	118.104	548.703	21,5
Portimão	13.036	60.879	21,4
Silves	7.622	38.581	19,8
Pedrógão Grande	662	3.517	18,8
Monchique	934	5.357	17,4
Vila Real de Santo António	3.304	18.991	17,4
Cascais	36.381	213.928	17,0
Odivelas	23.766	150.366	15,8
Amadora	26.980	174.511	15,5
Faro	10.322	68.192	15,1
São Brás de Alportel	1.683	11.424	14,7
Castro Marim	979	6.672	14,7
Olhão	5.515	44.586	12,4
Sintra	47.607	388.767	12,2
Loures	23.910	203.724	11,7
Montijo	6.663	57.706	11,5
Almada	19.198	178.254	10,8
Calheta [R.A.M.]	1.178	10.962	10,7
Alcoutim	243	2.457	9,9
Porto	23.312	240.592	9,7
Ferreira do Alentejo	742	7.812	9,5
Rio Maior	2.026	21.748	9,3
Oeiras	15.751	172.742	9,1
Valença	1.263	13.900	9,1
Caldas da Rainha	4.755	52.399	9,1
Setúbal	10.975	122.547	9,0
Seixal	15.066	169.797	8,9
Ourique	427	4.817	8,9
Óbidos	1.131	12.776	8,9
Penamacor	418	4.745	8,8
Lajes das Flores	126	1.434	8,8
Barreiro	6.890	78.855	8,7
Cuba	381	4.429	8,6
Sines	1.247	14.561	8,6
Nazaré	1.290	15.119	8,5
Porto Santo	453	5.346	8,5
Aveiro	6.885	83.508	8,2
Penela	452	5.524	8,2
Alvaiázere	509	6.281	8,1
<b>Marinha Grande</b>	<b>3.206</b>	<b>39.836</b>	<b>8,0</b>
Moita	5.432	67.755	8,0
Vila Nova de Cerveira	733	9.175	8,0
<b>Total</b>	<b>781.915</b>	<b>10.467.366</b>	<b>7,5</b>

Fonte: SEF (\* Só contabilizados títulos de residência) e Estimativas Anuais dos Residentes, INE. (cálculos da autora).