

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

**Relatório Final do Estágio:**

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

Tânia Manuela Marques Luís

Leiria, março de 2025



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

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

**Relatório Final do Estágio: Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**Projeto Integra-TE - Promoção do Acesso aos Cuidados de Saúde de uma Comunidade Imigrante**

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

Tânia Manuela Marques Luís, N° 5230047

**Docente Orientadora:** Professora Doutora Eva Menino

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

Leiria, março de 2025

*"If you can dream it, you can do it."*

**Walt Disney**

*"Comece por fazer o que é necessário, depois o que é possível, e, de repente, estará a fazer o impossível."*

**São Francisco de Assis**

## **AGRADECIMENTOS**

Trilhar este caminho só foi possível com o incentivo, energia e força de várias pessoas, que me apoiaram de forma incondicional neste desafio pessoal e profissional. Assim, agradeço:

À Professora Eva Menino, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar, pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse e empenho constante, contribuindo, com grande dedicação, para o desenvolvimento das minhas competências.

Aos Enfermeiros orientadores, pela disponibilidade, orientação e esforço hercúleo, que foram contributos essenciais para o desenvolvimento das minhas competências, proporcionando experiências que me enriqueceram não só profissional como pessoalmente.

Ao Professor Tiago Nascimento, por todo o seu apoio ao longo deste percurso, sempre acompanhado de palavras positivas e de um humor especial, a sua forma sábia, dinâmica e motivadora tornou cada desafio menos pesado e cada conquista mais gratificante.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela calma e segurança me transmitiram em todos os momentos, pela força e motivação que me foram transmitindo ao longo deste desafio, por nunca me terem deixado desistir e por serem sempre um exemplo e um pilar na minha vida.

Aos meus queridos filhos, Maria Inês e João Pedro, pelo apoio excepcional, pelos abraços únicos e mágicos, pela paciência, amor, carinho e compreensão ao longo deste percurso e por serem a minha grande inspiração para ser uma pessoa e uma profissional melhor.

À minha irmã, pelo apoio incondicional desde sempre, desde o primeiro dia deste nosso percurso, pelo respeito dos meus silêncios e dos meus desabafos, pelo entusiasmo de cada obstáculo superado e por acreditar sempre em mim.

A toda a minha família, que sempre me apoiou das mais variadas formas e que sempre estiveram lá quando precisei e nunca me deixaram desistir.

À minha amiga de mestrado, Daniela, pelas partilhas, espírito de equipa, momentos de amizade e apoio nos momentos mais difíceis que este desafio nos proporcionou, que, com muita determinação, conseguimos ultrapassar, tornando esta caminhada mais leve, especial e uma experiência enriquecedora, fortalecida por uma amizade que levarei para a vida.

Aos meus amigos, e eles sabem quem são, pelas palavras de coragem, ânimo e positivismo.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, deram o seu contributo e incentivo para nunca me desviar do caminho a seguir, que muito me orgulho de ter realizado.

Sem vós não teria sido possível!

A todas as pessoas-trevo da minha vida: Obrigada por serem a minha sorte grande!

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

AIMA – Agência para a Integração, Migração e Asilo  
APF – Associação para o Planeamento da Família  
BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários  
CDP – Centro de Diagnóstico Precoce  
CS – Centro de Saúde  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
DNO – Doenças de Notificação Obrigatória  
DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde  
EESCSP – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria  
GHAF – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia  
HPV – Vírus do Papiloma Humano  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge  
IST's – Infeções Sexualmente Transmissíveis  
km<sup>2</sup> – quilómetros quadrados  
MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender  
N.º – número  
NUTS – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OIM – Organização Internacional para as Migrações  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
p. – página  
PIC – Projeto de Intervenção Comunitária  
PLS – Plano Local de Saúde  
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
pp. – páginas

PS – Planeamento em Saúde

SiiMA Rastreios – sistema de informação para a gestão de Programas de Rastreio de Base Populacional

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO – Sistema de Informação para Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCFM – Unidades de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego

UE – União Europeia

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

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidades Locais de Saúde

ULSBM – Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

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

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VASPR – Vacina Anti Sarampo, Parotidite e Rubéola

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## RESUMO

O presente relatório descreve o percurso desenvolvido durante o estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O relatório tem como objetivo desenvolver uma análise reflexiva sobre a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública e descrever o projeto de intervenção comunitária Integra-TE, com base na metodologia de Planejamento em Saúde, tendo como referenciais teóricos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, evidenciando a importância da prática especializada baseada na evidência.

O fluxo migratório e a movimentação constante das pessoas são crescentes, o que exige adaptações nos sistemas de saúde para garantir acessibilidade e equidade nos serviços de saúde. Os imigrantes enfrentam barreiras que dificultam o acesso à saúde, o que pode levar ao aumento de doenças preveníveis, disseminação de doenças infecciosas e sobrecarga dos serviços de emergência. Investir em políticas de saúde inclusivas melhora a qualidade de vida dos imigrantes e fortalece o sistema de saúde como um todo.

Neste sentido, o projeto Integra-TE visa promover o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes a residir na Marinha das Ondas. A amostra foi constituída por 22 imigrantes que cumpriam os critérios de inclusão. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário inicial e um questionário final para avaliar a aquisição de conhecimentos. As estratégias de intervenção utilizadas foram a promoção da saúde, através de intervenções educativas, *soundbites* e *marketing* social, e o estabelecimento de parcerias com os *stakeholders*. Após análise descritiva dos dados, apurou-se que os imigrantes tinham um conhecimento reduzido sobre o acesso aos cuidados de saúde, onde foi identificada como a principal barreira no acesso aos cuidados de saúde a língua. Adicionalmente, foram observados esquemas de vacinação incompletos ou ausentes. Com a implementação do projeto, verificou-se a promoção do acesso aos cuidados de saúde, aumento dos conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde, diminuíram as barreiras no acesso aos serviços de saúde e foi promovido o acesso à vacinação para a população imigrante.

O projeto Integra-TE permitiu o desenvolvimento das competências em enfermagem comunitária e contribuiu para uma melhoria contínua, promoção da saúde, prevenção de doenças e naturalmente obter ganhos em saúde.

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

## **ABSTRACT**

The present report describes the journey undertaken during the Community Health and Public Health Nursing internship. The report aims to develop a reflective analysis of the specialist nurse's acquisition of both common and specific competencies in Community Nursing, particularly in the fields of Community Health and Public Health. It also aims to describe the Integra-TE community intervention project, developed using the Health Planning methodology. The theoretical frameworks guiding this project include Nola Pender's Health Promotion Model and Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality, which highlights the importance of evidence-based specialised practice.

Migration flows and the constant movement of people is increasing, requiring adaptations in health systems to ensure accessibility and equity in healthcare services. Immigrants face barriers that hinder access to healthcare, which can lead to an increase in preventable diseases, an overload of hospital emergency services, and the spread of infectious diseases. Investing in inclusive health policies improves the quality of life for immigrants and strengthens the healthcare system as a whole.

In this regard, the Integra-TE project aims to promote access to healthcare services for immigrants residing in Marinha das Ondas. The study sample included 22 immigrants who met the inclusion criteria. Data collection instruments included an initial questionnaire and a final questionnaire was used to assess the acquisition of knowledge. The intervention strategies employed involved health promotion through educational interventions, soundbites, and social marketing, as well as the establishment of partnerships with stakeholders. After the descriptive data analysis, it was revealed that immigrants had limited knowledge regarding access to healthcare services, with language identified as the main barrier. Additionally, incomplete or absent vaccination records were observed. After implementing the project, improvements in healthcare access, reduced barriers to health services, and increased vaccination rates among the immigrant population were observed. This contributed to continuous improvement and, consequently, the promotion of health, disease prevention, and overall health gains. With the implementation of the project, it was observed the promotion of healthcare access, increasing knowledge about access to healthcare, reduced barriers to health services, and promotion of access among the immigrant population.

The Integra-TE project enabled the development of community nursing skills and contributed to continuous improvement, health promotion, disease prevention, and overall health gains.

**Keywords:** Nursing, Community Health, Public Health, Immigrants, Health Promotion, Access to Healthcare

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>xii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>xii</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>15</b>
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO .....	15
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE FAROL MONDEGO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO .....	19
<b>2. MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA</b> .....	<b>22</b>
2.1 MODELO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER .....	23
2.2 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER .....	25
<b>3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>28</b>
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	29
3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	30
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	32
3.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	33
3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	35
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA .....	36
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; .....	37
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; .....	38
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde .....	40
3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. ....	42
<b>4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	<b>44</b>
4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	45
4.1.1 Revisão da Literatura com foco no Grupo Comunitário .....	45
4.1.1.1 Acesso aos cuidados .....	47
4.1.1.2 Vacinação .....	49

4.1.1.3 Infecções Sexualmente Transmissíveis .....	51
4.2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE APLICADO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....	54
4.2.1 Considerações Éticas .....	55
4.2.2 Diagnóstico de Situação de Saúde .....	56
4.2.2.1 Caracterização da população abrangida pela ULSBM da Figueira da Foz.....	57
4.2.2.2 População Alvo e Amostra .....	61
4.2.3 Definição de Prioridades.....	64
4.2.4 Fixação de Objetivos .....	65
4.2.5 Seleção e Elaboração de Estratégias .....	67
4.2.6 Elaboração de Programas e Projeto e Preparação da Execução .....	70
4.2.7 Execução .....	71
4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO .....	72
4.4 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	78
<b>CONCLUSÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – Cronograma do Estágio	
APÊNDICE II – Pedido de parecer à comissão de Ética da ULSBM	
APÊNDICE III – Avaliação de Impacto de Proteção de Dados	
APÊNDICE IV – Declaração de Garantia de Anonização de Dados	
APÊNDICE V – Pedido de Autorização de Implementação do PIC na USF Figueira Sul	
APÊNDICE VI – Consentimento Informado em português, inglês e bengali	
APÊNDICE VII – Diagnóstico de Situação de Saúde da ULSBM	
APÊNDICE VIII – Alerta Informativo sobre Sarampo	
APÊNDICE IX – Artigo Info Saúde “Fenómeno Migratório e a Importância da Literacia em Saúde”	
APÊNDICE X – Artigo Info Saúde “Impacto do Ruído na Saúde”	
APÊNDICE XI – Apresentação do Projeto Integra-TE	
APÊNDICE XII – Símbolo do Projeto Integra-TE	
APÊNDICE XIII – Convite para a Intervenção	
APÊNDICE XIV – Apresentação da Intervenção Educativa	
APÊNDICE XV – Questionário de Avaliação Inicial	
APÊNDICE XVI – Questionário de Avaliação Final	
APÊNDICE XVII – Folheto Informativo sobre Acesso aos Serviços de Saúde	
APÊNDICE XVIII – Folheto Informativo sobre Vacinação	

## **ANEXOS**

ANEXO I - Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pelo UCCFM

ANEXO II – Parecer favorável da Comissão de Ética da ULSBM

ANEXO III – Autorização do Coordenador de USF Figueira Sul

ANEXO IV – Dia Aberto da Vacinação

ANEXO V – Comprovativo de participação no III Encontro de Investigação 2024 da ULSBM

ANEXO VI – Comprovativo de participação no Encontro Envelhecimento Protegido da Sociedade Portuguesa de Saúde Pública

ANEXO VII – População residente por sexo Censos de 2021

ANEXO VIII – Mapa de freguesia do município de Figueira da Foz

ANEXO IX – Pirâmide Etária da População do município da Figueira da Foz

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População residente por grupo etário no ano 2022 .....	58
Tabela 2- Indicadores demográficos do município da Figueira da Foz, em 2022.....	58
Tabela 3 - Critérios Método Hanlon .....	64
Tabela 4 - Aplicação do Método Hanlon aos diagnósticos de enfermagem .....	65
Tabela 5 - Avaliação dos Indicadores de Processo .....	76
Tabela 6 - Avaliação dos Indicadores de Resultado antes da intervenção .....	76
Tabela 7 - Avaliação dos Indicadores de Resultado após intervenção .....	77
Tabela 8 - Avaliação das Metas .....	77

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	24
Figura 2 - Modelo <i>Sunrise</i> .....	27
Figura 3 - Taxa de inscrição no Centro de saúde (n=22).....	73

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra quanto ao sexo .....	62
Gráfico 2 - Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias.....	62
Gráfico 3 - Caracterização da amostra quanto ao país de origem .....	63
Gráfico 4 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de permanência em Portugal .....	63
Gráfico 5 - Caracterização da amostra quanto à capacidade de falar ou escrever português .....	63
Gráfico 6 – Percentagem de inscritos antes e após intervenção (n=22) .....	74
Gráfico 7 – Resposta à questão 11 do questionário inicial “Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas? E sim, qual?” (n=22).....	74
Gráfico 8 - Resposta à questão 12 do questionário inicial “Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde?” (n=22) .....	75
Gráfico 9 - Resposta à questão 15 do questionário inicial "15. Quais as barreiras a aceder aos cuidados de saúde, desde que está a residir na Marinha das Ondas?" (n=22) .....	75

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com relatório final, do terceiro curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), foi elaborado o presente relatório final de estágio com o objetivo de realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo do mesmo. Este relatório será apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O Estágio de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com relatório final decorreu na Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM) em dois contextos. O primeiro contexto foi a Unidade de Saúde Pública (USP), durante 7 semanas, com início a 2 de setembro de 2024 até dia 18 de outubro de 2024, durante 125 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica. O segundo contexto foi Unidade de Cuidados na Comunidade Farol Mondego (UCCFM), durante 14 semanas, tendo iniciado a 21 de outubro de 2024 e com término a 3 de fevereiro de 2025, com componente prática de 250 horas.

A realização deste estágio permitiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos, quer ao longo das unidades curriculares, como no estágio anterior, uma vez que permitiu a compreensão das dinâmicas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) e a consolidação das aprendizagens essenciais no contexto da prestação de cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), pretende-se que o estágio seja uma componente fundamental na transição para enfermeiro especialista (2021). Assim, o presente relatório procura ser uma síntese reflexiva deste processo formativo e inclui o Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) Integra-TE, que cumpre as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde (PS), tendo em consideração os determinantes sociais de saúde. Segundo a OMS (2024), os determinantes sociais de saúde são as circunstâncias nas quais “as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem” e que influenciam o seu estado de saúde.

Segundo Rabello (2010), George Rosen refere que Saúde Pública é a “consciência desenvolvida, por parte da comunidade, da importância do seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença” (Rabello, 2010). Deste modo, indo de encontro ao definido no Regulamento n.º 428/2018, o estágio com relatório final visa proporcionar condições de aprendizagem de forma a desenvolver as competências especializadas na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com particular atenção para grupos e comunidades de vulneráveis (OE, 2018).

Para o EESCSP é importante aprofundar conhecimentos e refletir sobre os problemas de saúde e as necessidades reais de saúde, atuando no sentido da prevenção da doença e na promoção da saúde, tendo em consideração os determinantes de saúde e atuando de forma a alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) (ONU, 2015).

Assim, este estágio com relatório final tem como objetivos gerais desenvolver competências de enfermagem especializada no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes: Executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; Utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; Refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Elaborar um relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade. Como objetivos transversais foram definidos os seguintes: Comunicar resultados de intervenção com linguagem técnico-científica; Gerir adequadamente o tempo e os recursos; Gerir e conceber projetos com vista à resolução de problemas.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos, cumprindo o que está definido no Guia Orientador do Estágio de natureza profissional de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com Relatório final. No primeiro capítulo é realizada a caracterização dos contextos da prática clínica, no segundo capítulo são abordados os modelos de referência para a tomada de decisão em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, no terceiro capítulo são abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESCSP, bem como as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências e a respetiva análise crítico-reflexiva e no quarto capítulo é abordada a prática especializadas baseada na evidência, que inclui o projeto Integra-TE de acordo com as etapas da metodologia do PS. Posteriormente, encontram-se as considerações finais, as referências bibliográficas, os Apêndices que contemplam os trabalhos desenvolvidos durante o estágio e por último os Anexos.

Adicionalmente, foram tidas em consideração as regras de formatação presentes no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei, na realização do presente trabalho (Instituto Politécnico de Leiria, 2018).

## 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2023), os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma abordagem integral e equitativa à saúde, focada nas necessidades das pessoas ao longo da vida. Envolvem ações de promoção, prevenção e tratamento, garantindo acesso próximo e a capacitação da população para melhorar o seu bem-estar e a participação ativa nos serviços de saúde (OMS, 2023). Além da prestação de serviços básicos, inclui uma abordagem dos determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, promovendo políticas públicas baseadas em evidências (OMS, 2023).

Os enfermeiros têm um papel essencial na prestação, expansão e coordenação dos CSP (OE, 2020). Indo de encontro ao definido pela OE (2021), é basilar que o enfermeiro especialista compreenda as dinâmicas das instituições e a realização dos estágios facilita o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos adquiridos. Deste modo, é crucial a integração nas respetivas equipas multidisciplinares de forma a conhecer a estrutura física, orgânica e funcional das unidades onde decorreu a prática clínica.

A ULSBM surgiu a 1 de janeiro de 2024, no cumprimento do definido no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. As Unidades Locais de Saúde (ULS) são entidades que integram hospitais e centros de saúde numa única estrutura organizativa, com o objetivo de prestar cuidados de saúde de forma mais coordenada e eficiente (Decreto-Lei n.º102/2023, 2023). A criação das ULS surge como um reforço das políticas de promoção da saúde e prevenção da doença e tem como principais objetivos a melhoria da continuidade dos cuidados, eficiência na gestão de recursos, acesso mais rápido e eficaz facilitando a comunicação entre diferentes níveis de cuidados, evitando burocracia e tempos de espera desnecessários, permite um acompanhamento mais personalizado e centrado no doente, promovendo uma resposta mais adequada às suas necessidades (Decreto-Lei n.º102/2023, 2023).

O estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública decorreu na ULSBM em dois contextos: USP da Figueira da Foz e na UCCFM.

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

As USP são unidades que atuam com autonomia e independência técnicas e são responsáveis pela vigilância epidemiológica, pela elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, bem como a gestão de programas de intervenção a nível da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos,

atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), reforça que todas as áreas de intervenção no âmbito de saúde pública devem ter em consideração “a íntima relação entre a saúde humana, ambiental e animal” definida como *One Health*, que significa uma só saúde (OMS, 2018).

O estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública decorreu numa primeira fase na USP da ULSBM, no concelho da Figueira da Foz. A ULSBM surgiu num contexto de remodelação estrutural da orgânica das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a 1 de janeiro de 2024, e tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados de qualidade em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do SNS, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais dentro dos princípios de eficácia e eficiência” (SNS, 2024a). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), quanto à Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), a ULSBM pertence à Região Centro (NUTS II), integrando a sub-região de Coimbra (NUTS III) (INE, 2015). A ULSBM abrange três municípios: Figueira da Foz (379,05 km<sup>2</sup>), Montemor-o-Velho (228,96 km<sup>2</sup>) e Soure (265,06 km<sup>2</sup>), com uma área total de abrangência de 873,07 km<sup>2</sup> (INE, 2023).

A USP da ULSBM, em articulação com as demais unidades funcionais (UF) da ULSBM e instituições comunitárias, bem como a interação com a população geral, tem como visão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geografia de intervenção, visando a obtenção em ganhos em saúde e tem como imperativo a transparência e disponibilidade, contribuindo assim para o bem público em saúde, assumindo-se como um parceiro privilegiado junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do setor da saúde (USP - ULSBM, 2024).

Segundo o Regulamento Interno da USP da ULSBM (2024), a gestão, atitude e comportamento dos profissionais que a integram esta unidade devem reger-se pelos seguintes valores: trabalho em equipa e multidisciplinaridade participativa; satisfação dos profissionais; equidade e garantia de acessibilidade à população; garantia de qualidade interna e externa; excelência técnica e eficiência, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado à população e às instituições; procura de uma inovação técnica e metodológica; sentido de responsabilidade, lealdade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais de saúde, no cumprimento dos respetivos códigos deontológicos; transparência nas atividades desenvolvidas; disponibilidade para o bem público em saúde; dever de cooperação e partilha de informações em saúde, entre profissionais e instituições.

Indo de encontro ao definido no Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022), segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP, 2024a), a Equipa da USP da ULSBM é composta por 5 médicos, 2 EESCSP, 2 secretários clínicos, 2 internos e 4 técnicos de saúde ambiental. Sendo a equipa da USP da Figueira da Foz composta por: três médicos de Saúde Pública, dois internos; dois EESCSP; dois técnicos de saúde ambiental e uma administrativa.

As instalações são compostas por cinco gabinetes: um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete destinado às Técnicas de Saúde Ambiental, um gabinete para a administrativa e um para médicos internos de Saúde Pública. Tem também a sala de arquivo, sala de reuniões, partilhada com a Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Julião, e uma pequena copa. A unidade não dispõe de viatura própria, pelo que as deslocações são asseguradas, por marcação prévia, com o motorista da Câmara Municipal da Figueira da Foz.

Quanto à organização da USP da ULSBM, o trabalho desenvolvido pela equipa é concretizado com autonomia de acordo com as competências definidas em regulamento das carreiras específicas. Assim, cada profissional desenvolve as suas atividades de acordo com as suas competências e os recursos materiais e humanos necessários, em articulação com a equipa multidisciplinar, as outras UF da ULSBM e parceiros da comunidade.

A USP da Figueira da Foz desenvolve vários programas e projetos, nas seguintes áreas: Execução normativa que engloba a Autoridade de Saúde e a Sanidade internacional marítima no Porto da Figueira da Foz; Função de observatório em que é feita a avaliação do nível de saúde da comunidade através da identificação de fatores demográficos, culturais, ambientais, sociais, económicos e individuais; Doenças transmissíveis que inclui a notificação obrigatória de doenças transmissíveis no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), cujo objetivo é aferir a distribuição de caos de doença no espaço e tempo na população, de forma a adotar medidas de controlo e tratamento adequado; Programa Nacional de Vacinação (PNV) no que concerne a sua aplicação e cumprimento permitindo o controlo de doenças, incluindo a vacinação sazonal de grupos vulneráveis e outros programas de erradicação de doença considerados prioritários; Determinantes ambientais em saúde nomeadamente programas de monitorização da água (vigilância da qualidade da água de consumo humano, águas balneares e vigilância da *Legionella*), de alimentos (vigilância da qualidade e segurança alimentar) e de vetores; Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, através do controlo de resistência aos antimicrobianos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI); Comunidade escolar com o cumprimento do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) engloba toda a comunidade escolar da Figueira da Foz.

No acesso à informação clínica dos utentes são utilizados vários sistemas informáticos.

O SClinico permite o uso e a partilha dos dados com os vários profissionais de saúde de diferentes áreas e a sua sistematização, com a potencialidade de uniformizar as práticas e as informações recolhidas. Assim, a utilização desta ferramenta permite atuação mais eficaz, fazendo com que o desempenho seja o melhor no seio da equipa multidisciplinar e, conseqüentemente, se consiga realizar um melhor apoio, assistência e acompanhamento dos utentes e/ou as comunidades.

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

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

Outra plataforma utilizada é o Sistema de Informação para Saúde Oral (SISO) que integra o PNPSO e tem como objetivo avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais. Através deste sistema é possível também, emitir os cheques dentistas e controlar informação sobre a saúde oral dos utentes.

A Rede Nacional de Utes é, também, uma base de dados de referência do SNS, que é constantemente atualizada com base na informação dos Centros de Saúde. Este sistema engloba informação sobre a identificação de cada utente e a caracterização da sua inscrição no SNS, podendo aceder a dados de identificação do utente, unidade de saúde onde se encontra registado, benefícios que possa ter, histórico de acessos, de medicamentos, exames, bem como listagem das vacinas.

É ainda utilizado o sistema de informação para a gestão de Programas de Rastreio de Base Populacional (SiiMA Rastreios), que permite a implementação do circuito funcional do rastreio desde o convite para o exame até ao tratamento e seguimento.

Quanto ao referencial de contratualização interna das USP para 2024, este não assenta numa matriz de competências, de forma a garantir o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”. Segundo as Enfermeiras Orientadoras não existe um referencial de contratualização da USP. Esta é uma lacuna que emerge como sendo um grande desafio para esta área de cuidados de saúde pública, que desenvolve intervenções para grupos e comunidades e os sistemas de informação são direcionados para os cuidados individualizados e personalizados. Ao analisar

os Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 (SNS, 2024b) e o documento sobre Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024 (SNS, 2024c), podemos constatar que estes não fazem qualquer referência às USP.

De acordo com a Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, cada USP deve ter, de forma indicativa, os recursos humanos disponíveis e conforme as características geodemográficas da área de intervenção, o seguinte rácio: 1 Enfermeiro por 30 000 habitantes (OE, 2019b). Sendo a área de abrangência da USP BM os municípios da Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure, considerando que a população inscrita, em maio de 2024, é de 108 015 utentes, (BI-CSP, 2024b), podemos concluir que as dotações seguras na USP da ULSBM não se encontra dentro do preconizado pela OE, pois seriam necessários quatro enfermeiros.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE FAROL MONDEGO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, tanto a nível domiciliário como comunitário, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis e têm um papel importante na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (SNS, 2019; Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Desde o início da sua atividade, em abril de 2012, a UCCFM apresenta como missão prestar cuidados na comunidade, garantindo ao cliente a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade de cuidados de qualidade. Dirige-se a pessoas e/ou grupos mais vulneráveis na comunidade, que se apresentem em situação de risco, dependência física/funcional ou de doença e atua de igual modo na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à família, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população do concelho da Figueira da Foz (UCCFM, 2024).

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

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

A UCCFM presta serviços de saúde aos utentes que residem no concelho da Figueira da Foz, abrangendo uma área geográfica de 380km<sup>2</sup> divididos em 14 freguesias sendo estas: Alhadas, Alqueidão, Bom Sucesso, Buarcos, Ferreira-a-Nova, Lavos, Maiorca, Marinha das Ondas, Moinhos da Gândara, Paião, Quiaios, São Pedro, Tavarede e Vila Verde (UCCFM, 2024).

De acordo com os dados disponibilizados no BI-CSP, referentes a outubro de 2024, a população inscrita na UCCFM é de 61 217 utentes, dos quais 29 049 do sexo masculino e 32 168 do sexo feminino, como evidencia a Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos (Anexo I) onde é possível analisar a total de utentes por faixa etária e género (BI-CSP, 2024).

Segundo a mesma fonte, estão inscritos na UCCFM cerca de 9 740 jovens (5 006 do sexo masculino e 4 734 do sexo feminino), 33 681 adultos (16 220 do sexo masculino e 17 398 do sexo feminino) e, por fim, 17 859 idosos, sendo que 7 823 do sexo masculino e 10 036 do sexo feminino (BI-CSP, 2024). Assim, de acordo com os dados obtidos pode-se depreender que o concelho da Figueira da Foz apresenta uma população decrescente e evidencia-se um duplo envelhecimento, uma vez que, demonstra uma diminuição da população jovem e um aumento da proporção de idosos.

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

No cumprimento do PNSE, a UCCFM desenvolve todas as intervenções desde o ensino pré-escolar até ao ensino secundário, em parceria com os responsáveis pelas áreas do Projeto de Educação para a Saúde e Educação Sexual e com os diretores de todas as escolas públicas e privadas. Assim, as ações de promoção de saúde desenvolvidas pela equipa da UCCFM nos estabelecimentos de educação e ensino, são direcionadas a toda a comunidade educativa (alunos, pais, docentes e não docentes). Com vista a implementar o PNSE, tendo em consideração os eixos de intervenção, são desenvolvidos os seguintes projetos: Aprender a Crescer, E-Saúde Escolar, +Contigo, “Moch-Lev” e o Disconnect (UCCFM, 2024).

Relativamente à Saúde Comunitária, de acordo com o Manual de Acolhimento (2024), a UCCFM desenvolve os seguintes projetos: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Projeto Figueira Respira +, Projeto Reabilit’Arte, Estatuto do Cuidador Informal (ECI),

Cuid'Arte, Com'Unidade, Projeto da consulta de apoio ao aleitamento materno, Projeto do curso de preparação para o parto, nascimento e Parentalidade positiva e o Curso de Recuperação Pós-Parto (UCCFM, 2024).

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

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

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

A caracterização dos contextos da prática clínica realça a importância dos cuidados de saúde na comunidade. Estes são fundamentais para a promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida da população, conseqüentemente garantem o acesso a serviços de saúde, reduzem desigualdades e fortalecem a educação em saúde, promovendo hábitos saudáveis e prevenindo complicações de doenças. O EESCSP desempenha um papel crucial neste contexto, desenvolvendo a sua ação no sentido de promover a saúde pública, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis.

Com base na caracterização das UF em que decorreram os estágios e no contributo para o desenvolvimento das competências da EEESCSP, é essencial destacar os Modelos Teóricos de Enfermagem, uma vez que nortearam a prática dos cuidados ao longo dos estágios.

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

A enfermagem, enquanto disciplina científica, necessita de fundamentos teóricos, que orientam a sua prática clínica, e de padrões de qualidade dos cuidados, que asseguram que os cuidados prestados à comunidade sejam eficazes, seguros, éticos e baseados em evidência científica.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, constituem um referencial para a prática especializada, que estimula a reflexão e a criação de projetos de enfermagem (OE, 2015b).

As teorias de enfermagem servem como estruturas conceituais que orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões dos enfermeiros, permitindo uma abordagem sistemática e intencional nos cuidados à pessoa, grupos e comunidades (Souza, Brandão, Martins, Morais, & Jesus, 2021). A adoção de uma teoria específica confere propósito às intervenções, promove o desenvolvimento do conhecimento e aprimora a atuação profissional, possibilitando a compreensão e previsão de acontecimentos específicos que podem surgir no contexto da prática clínica, permitindo compreender as relações entre os dados obtidos e as intervenções planeadas (Lacerda, Santos, Tonin, & Diogo, 2024).

O uso de referenciais teóricos auxilia na articulação entre o conhecimento teórico e a experiência prática, permitindo que os enfermeiros construam a sua identidade profissional e desenvolvam competências específicas (Souza, Brandão, Martins, Morais, & Jesus, 2021).

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

Neste contexto, o projeto Integra-TE foi orientado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), pois é o que mais se enquadra no âmbito da intervenção comunitária em causa, com o objetivo de promover o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes. Possibilitando, desta forma, compreender a complexidade dos comportamentos de saúde, delineando estratégias de intervenção com vista à promoção do acesso aos serviços e cuidados de saúde dos imigrantes, promovendo assim a sua vigilância de saúde e capacitando-os na procura dos mesmos. Tendo em consideração a população alvo, este projeto baseou-se também na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger, de forma a enfatizar a importância de fornecer cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, respeitando as crenças, práticas e valores culturais da comunidade imigrante.

## 2.1 MODELO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

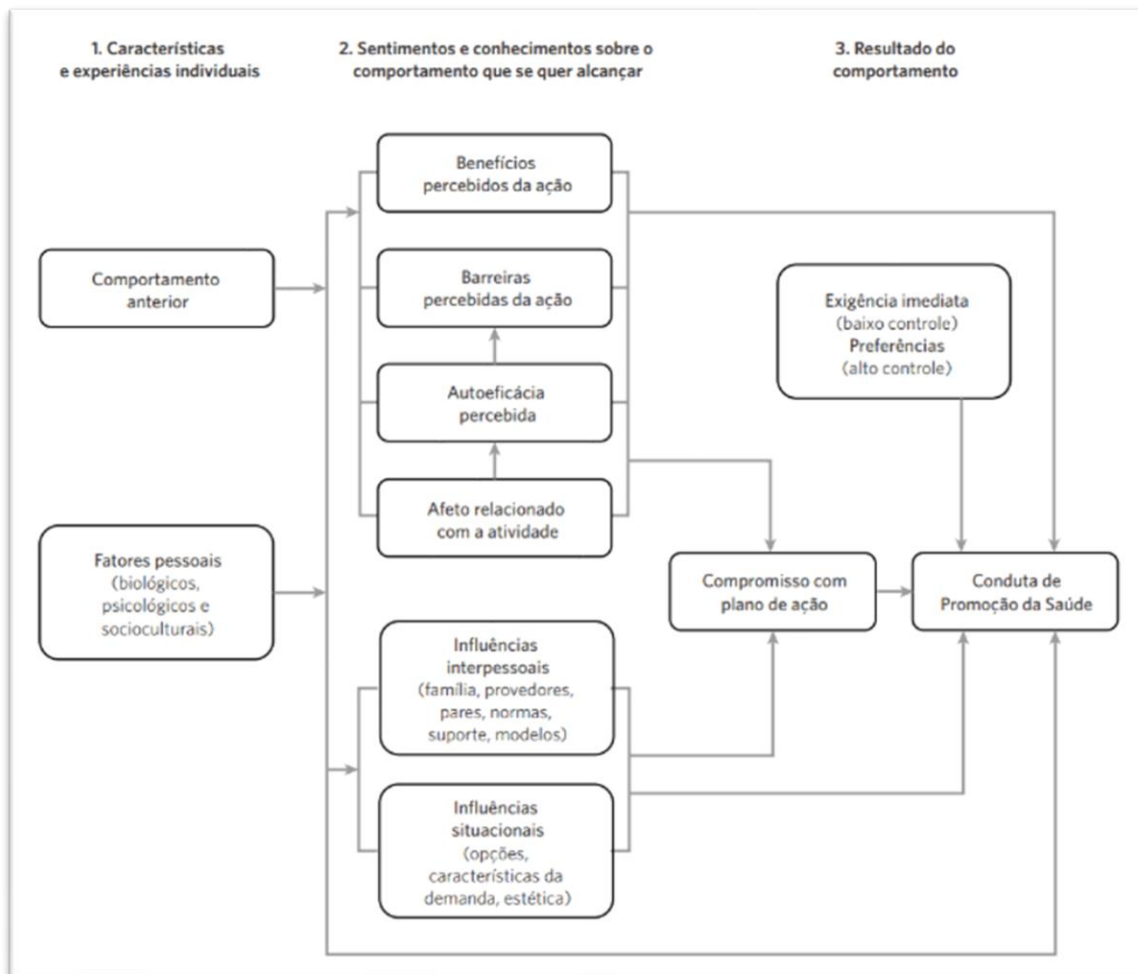
Segundo a OMS & UNICEF (1978), a Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, que decorreu no Cazaquistão, em 1978, foi um marco fundamental na promoção da saúde como um direito humano universal. Segundo Rodrigues (2021), a OMS define promoção de saúde como um processo que tem como objetivo capacitar as pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, enquanto pessoas e comunidades ativas.

O MPSNP, desenvolvido em 1982, consolida uma ferramenta teórico-prática para enfermeiros desenvolverem a promoção da saúde, baseada em evidências para as mais diversas populações (Santi & Baldissera, 2023). O MPSNP usa como alicerces três conceitos fundamentais, que refletem a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental: uma perspectiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem social (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021).

O MPSNP é um modelo de enfermagem, que permite implementar e reavaliar ações de promoção de saúde, interpretando a relação entre os estilos de vida favoráveis à saúde e os comportamentos adotados (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021) e, conseqüentemente, permitir mudanças individuais, organizacionais e comunitárias (Santi & Baldissera, 2023).

Assim, o MPSNP (Figura 1) analisa a natureza multidimensional das pessoas nos seus ambientes interpessoais e físicos, analisando a inter-relação entre três componentes principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Santi & Baldissera, 2023).

A primeira componente (Figura 1) diz respeito às características e experiências individuais, que são uma componente importante pois afetam diretamente os comportamentos e têm influência nos estilos de vida (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021). Nesta componente são incluídos os fatores individuais, divididos em fatores biológicos (sexo, idade, índice de massa corporal, agilidade), fatores psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, etnia, religião, estado civil, nível socioeconómico). Esta componente inclui também o comportamento anterior, ou seja, o comportamento existente e que deve ser mudado, uma vez têm influência direta nos comportamentos futuros e, portanto, são fatores que podem direta e indiretamente influenciar no comportamento de promoção de saúde. (Santi & Baldissera, 2023; Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021).



**Figura 1** - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender  
Fonte: (Santi & Baldissera, 2023)

A segunda componente (Figura 1), segundo Santi & Baldissera (2023), corresponde aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar. Esta componente permite orientar a definição de objetivos e contempla seis variáveis:

- 1) a percepção dos benefícios do comportamento (resultados positivos);
- 2) as barreiras para a adoção de ações promotoras da saúde e constitui um núcleo central e de atenção para a enfermagem porque eles podem ser modificados por meio de intervenções;
- 3) A autoeficácia percebida é a capacidade de executar ações de promoção da saúde e, desta forma, influenciar as barreiras para a ação percebidas;
- 4) Os afetos relacionados com a atividade são sentimentos subjetivos que ocorrem antes, durante ou após uma atividade, podendo ser positivos ou negativos, e que influenciam o comportamento de saúde e a ação promotora da saúde;

- 5) As influências interpessoais relacionam-se com a influência que as outras pessoas (os pares, os familiares e os profissionais de saúde), os comportamentos, as culturas, as crenças e as normas, o apoio e os modelos sociais que afetam a predisposição dos indivíduos para adotarem comportamentos promotores de saúde;
- 6) As influências situacionais dizem respeito às percepções das opções disponíveis no ambiente e às normas e regulamentos, podendo facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. É importante ter conhecimento dessas influências para poder aproveitar ou criar um contexto ambiental propício ao comportamento promotor de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

O último componente do MPSNP (Figura 1) é o comportamento de promoção da saúde desejável, onde se destaca o compromisso com o plano de ação, dando início ao evento comportamental, impulsionando o indivíduo para o comportamento promotor de saúde (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021). Nessa fase de execução do comportamento promotor de saúde propriamente dito, prevê-se uma correlação de forças descritas como exigências concorrentes e preferências, ou seja, situações sobre as quais a pessoas ou grupo teriam baixo ou alto controle para manutenção do comportamento, sendo esse apontado no 'Comportamento promotor de saúde'. (Santi & Baldissera, 2023)

Desta forma, o MPSNP é importante na análise dos comportamentos promotores de saúde adotados pelos imigrantes, uma vez que este modelo considera a pessoa, e não o profissional da saúde, como protagonista na gestão dos seus comportamentos, cuidados de saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis. O acesso a programas inovadores de promoção da saúde para todas as populações, particularmente as mais vulneráveis como os imigrantes, é um foco importante (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

## 2.2 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

O fluxo migratório e a movimentação constante das pessoas a nível global, nacional e regional são crescentes, como tal é importante que a diversidade cultural seja um fator a ter em consideração nos cuidados de enfermagem prestados pelo EESCSP, uma vez que este desempenha um papel crucial na prestação de cuidados culturalmente competentes.

A TDUCC, desenvolvida por Madeleine Leininger no final dos anos de 1950, é a teoria de enfermagem que procura compreender e respeitar as diferenças e semelhanças culturais entre indivíduos, grupos e comunidades (Ruschel, Azzolin, & Rabelo, 2012). A TDUCC é uma teoria que tem como foco principal a análise comparativa entre a cultura, o bem-estar e os

cuidados em saúde (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021), ou seja, a enfermagem transcultural, que propõe que o cuidado cultural é a essência e o objetivo central da enfermagem, promovendo saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005).

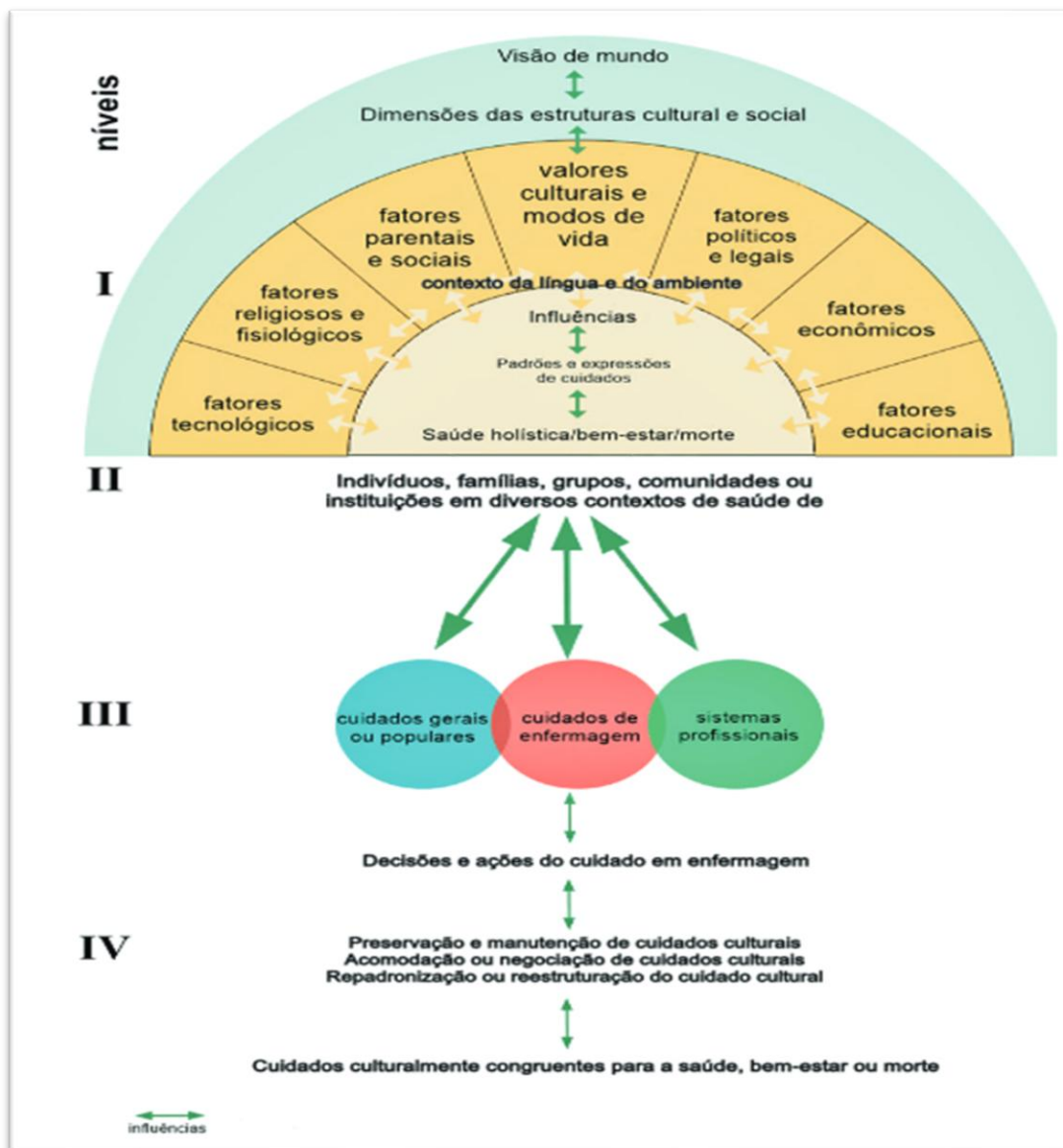
A TDUCC de Leininger visa fornecer um cuidado de enfermagem culturalmente coerente e responsável, adequado às necessidades, culturas, valores, crenças e modo de vida da população, de forma a apoiar ou capacitar o indivíduo ou grupo para manter seu bem-estar e melhorar seu modo de vida (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Os objetivos da teoria incluem: documentar, conhecer, prever e explicar as diferenças e semelhanças no cuidado popular e profissional das culturas estudadas segundo o Modelo *Sunrise*; identificar as perspectivas culturais das pessoas sobre o cuidar e usar esse conhecimento para orientar a prática de enfermagem e fornecer um cuidado culturalmente coerente e responsável que atenda às necessidades culturais, valores, crenças e modo de vida do cliente (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Para Leininger são fundamentais os conceitos de cultura e de cuidado, estes devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem, entendendo que o cuidado à pessoa é exercido tendo em consideração dois sistemas: o sistema *emic* (considerado como o sistema local, das tradições, no qual está a família e a comunidade) e o sistema *etic* de cuidado (desenvolvido nos serviços especializados por profissionais nas instituições) (Oriá, Ximenes, & Alves, 2005). Nestes sistemas, a saúde é 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 (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

O cuidado transcultural e o processo saúde-doença em enfermagem estão diretamente relacionados com a prática do enfermeiro, tendo como princípio o respeito pela diversidade cultural de cada indivíduo. Com base nas informações obtidas, a descrição da importância do cuidado transcultural de Leininger, ressalta que, o enfermeiro que insere essa teoria na sua área de trabalho terá mais autonomia na prática do cuidado, trazendo mais conforto ao paciente, preservando a cultura, religião, etnia e crenças do mesmo (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021).

O modelo *Sunrise* (Figura 2), que simboliza o nascer do sol, é um diagrama conceitual, desenvolvido por Leininger, que complementa e esquematiza as componentes essenciais da sua teoria e considera os seres humanos inseparáveis dos seus antecedentes culturais, da estrutura social, do ambiente em que se inserem, da visão do mundo e da história (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021; Machado, Borges, & Robban, 2023). Este modelo serve como uma ferramenta visual para auxiliar os enfermeiros a compreender e aplicar os

princípios do cuidado transcultural na prática de enfermagem, de forma a melhorar o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012). O modelo *Sunrise* (Figura 2) é representado por um círculo dividido em quatro níveis de abstração e a inter-relação dos conceitos da sua teoria (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012; Machado, Borges, & Robban, 2023).



**Figura 2 - Modelo Sunrise**  
 Fonte: (Machado, Borges, & Robban, 2023)

O primeiro nível ilustra os componentes da estrutura cultural e social e os fatores que influenciam o cuidar e a saúde, incluindo fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e parentesco, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012; Machado, Borges, & Robban, 2023).

O nível dois, baseia-se no estudo do primeiro nível, onde o enfermeiro irá executar este conhecimento com o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade ou a instituição no âmbito de um sistema de saúde (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012; Machado, Borges, & Robban, 2023).

O terceiro nível representa o foco dos sistemas de saúde, incluindo práticas de cuidado tradicionais e profissionais, crenças e valores. A teórica determina o reconhecimento das particularidades específicas e universais da cultura do indivíduo/família/grupo estudado (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012; Machado, Borges, & Robban, 2023). Ou seja, o enfermeiro identifica o que o indivíduo considera importante na sua vida e na sua situação de vida, após o levantamento do problema, o que equivale à identificação dos diagnósticos de enfermagem.

O quarto nível representa o cuidado de enfermagem congruente, descrito por três modos de ação: a preservação, a acomodação e a remodelação do cuidado cultural. A preservação do cuidado cultural diz respeito às ações que apoiam as culturas a permanecer e preservar os seus valores e crenças. A acomodação do cuidado cultural diz respeito às intervenções que auxiliam as culturas a ajustar o cuidado congruente. A reestruturação do cuidado cultural diz respeito às ações e medidas de capacitação que contribuem para que os indivíduos transformem ou reestremem o seu modo de vida e as entidades para os melhores cuidados à saúde (Ruschel , Azzolin, & Rabelo, 2012; Machado, Borges, & Robban, 2023). Deste modo, o modelo considera o ser humano inseparável de sua cultura e estrutura social, aspetos considerados básicos na teoria de Leininger (Silva, Alencar, Dias, Rocha, & Carvalho, 2021).

Assim, a articulação do MPSNP e TDUCC de Leininger promove uma prática de enfermagem mais holística, humanizada e sensível ao contexto, pilares fundamentais no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública, bem como no desenvolvimento do projeto Integra-TE, que será apresentado no ponto 4 deste relatório.

### **3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

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

A realização dos estágios e do projeto de intervenção comunitária tem como finalidade o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019a) e o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde comunitária e de saúde pública, segundo o Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho (OE, 2018).

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

A USP e a UCC têm muitas características específicas que as diferem das restante UF, quer a nível da sua orgânica quer a nível do seu âmbito de atuação, sendo um contexto completamente diferente do meu contexto laboral. Neste sentido, tratou-se de um desafio que considero ter ultrapassado, sendo uma das minhas prioridades conhecer as unidades, assim como todos os seus intervenientes e o papel que cada um desempenha na equipa, de forma a facilitar o meu processo de aprendizagem e o desempenho individual. Para ultrapassar este desafio foi muito importante a apresentação da USP e da UCC, bem como das equipas no primeiro dia de estágio, assistimos a uma apresentação que caracterizava a USP, foram abordados os projetos que são desenvolvidos pelas unidades, quais as fontes de dados de saúde pública utilizadas, dados epidemiológicos e taxas de vacinação das diferentes UF da ULSBM. Como ferramenta de auxílio à organização das diferentes atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e à implementação do PIC, elaborei um cronograma dos estágios, disponível no Apêndice I.

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

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, as Competências Comuns do enfermeiro especialista são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e devem ser demonstradas

através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a).

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

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

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: desenvolvimento de uma prática profissional, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional das práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a). Estas competências dizem respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional centrada no ser humano, na área de especialidade, agindo, em todas as ocasiões, de acordo com os valores e as normas legais, os princípios éticos e deontológicos prestando cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, 2019), todos os cidadãos têm direito aos cuidados de saúde independentemente da sua condição social, sejam cidadãos portugueses ou estrangeiros, com residência permanente ou temporária, com necessidade de proteção internacional e migrantes com ou sem a sua situação legalizada, sendo a promoção da saúde e prevenção da doença uma prioridade, devendo o enfermeiro respeitar sempre os princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, 2019).

Assim, durante este estágio para o desenvolvimento desta competência desenvolvi atividades de enfermagem com responsabilidade ética e legal, uma vez que é minha competência prestar aos utentes, grupos e/ou comunidades, uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, como definido no Código Deontológico inserido no estatuto da OE (OE, 2015a), adotei uma conduta ética, garantindo a segurança, privacidade e a dignidade da pessoa, grupo e/ou comunidade, de acordo com os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (OE, 2015a), atendendo às suas necessidades e respeitando a sua individualidade, indo de encontro ao definido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 1998).

Para o desenvolvimento das atividades durante os estágios na USP da ULSBM e da UCCFM foi fundamental a consulta da documentação normativa, nomeadamente dos Regulamentos Internos das unidades, Relatórios de atividades e do Manual de Acolhimento da UCC, o que me permitiu compreender melhor a dinâmica de cada unidade e quais os projetos em desenvolvimento, em que a comunidade é o foco dos cuidados prestados pelo EESCSP.

Ao longo do estágio surgiram dilemas éticos que levaram a tomadas de decisões éticas e conscientes, para tal foi essencial a partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar e com peritos na área. Um desses dilemas surgiu ao longo da elaboração do projeto Integra-TE, mais concretamente na fase de priorização, este tem como foco de intervenção uma comunidade imigrante residente na área de abrangência de ULSBM. Para a resolução deste dilema foram fundamentais a pesquisa e as partilhas com os enfermeiros orientadores que, com os seus conhecimentos, orientaram a minha prática e a tomada de decisões baseadas na evidência científica.

Importa referir que a pesquisa e o estudo sobre o MPSNP e a TDUCC de Leininger foi fundamental ao longo do estágio e na prestação de cuidados a comunidades imigrantes, uma vez que esta teoria defende o cuidado de enfermagem culturalmente coerente e responsável, adaptado às necessidades, culturas, valores, crenças e modo de vida da população, de forma a apoiar ou capacitar o indivíduo ou grupo para manter seu bem-estar e melhorar seu modo de vida (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015; Machado, Borges, & Robban, 2023).

Para o desenvolvimento do projeto Integra-TE, indo de encontro ao definido na Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014, 2014), foi elaborado um pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSBM (Apêndice II), também analisado pelo Conselho de Administração da ULSBM, tendo sido obtido parecer favorável (Anexo II). Foi também elaborado um pedido de avaliação de Impacto de Proteção de Dados (Apêndice III), preenchimento da Declaração de Garantia de Anonimização de Dados (Apêndice IV), foi também realizado um pedido de autorização ao coordenador a USF Figueira Sul para a aplicação do PIC (Apêndice V) que foi autorizada (Anexo III).

Ao longo do preenchimento destes documentos surgiram dificuldades que foram ultrapassadas, para tal foram fundamentais as reuniões com peritos na área, a leitura de regulamentos, da legislação e das orientações descritas no Plano Nacional de Saúde (PNS), bem como as pesquisas em fontes de dados estatísticos e foram realizados ajustes no projeto cumprindo todas as sugestões de melhoria solicitadas pela Comissão de Ética.

No desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional,

foram ainda elaborados o consentimento informado em português, inglês e bengali (Apêndice VI), garantindo desta forma práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Assim, estas atividades permitiram o alcance e o cumprimento desta competência, na medida em que para as desenvolver foi fundamental a pesquisa de forma a prestar cuidados de enfermagem fundamentados na evidência científica.

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

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a). Assim, considero ter adotado um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica, a nível institucional, indo de encontro ao definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que constituem um referencial para a prática especializada de enfermagem e que incentiva à reflexão e à criação de projetos, visando a melhoria contínua dos cuidados de saúde (OE, 2015b).

A partilha de reflexões, experiências, documentos e dados científicos com os enfermeiros orientadores, colega de estágio e restante equipa multidisciplinar da USP e da UCC favoreceu o desenvolvimento, troca ativa e aquisição de conhecimentos, nomeadamente na realização do Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) para Plano Local de Saúde (PLS) (Apêndice VII). Importa referir que a participação nas reuniões formais com a USP da ULSBM, bem como a reunião de saúde escolar com a equipa da USP e das UCC, a reunião do Conselho-Geral da UCC foram atividades fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

Também o “Dia aberto para a Vacinação” na Marinha das Ondas (Anexo IV), uma atividade desenvolvida pela USP da Figueira da Foz com resultados excelentes, contribuindo para a melhoria contínua, permitiu-me desenvolver esta competência, uma vez que tive necessidade de pesquisar e atualizar conhecimentos sobre a vacinação. Esta atividade permitiu-me também perceber a importância do PS e do cumprimento das suas etapas para a melhoria contínua dos cuidados e para obter ganhos em saúde.

O desenvolvimento do projeto Integra-TE contribuiu, em muito, para o desenvolvimento desta competência. Este projeto visa promover o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante a residir na Marinha das Ondas e para a sua elaboração e desenvolvimento foi fundamental a pesquisa em bases de dados estatísticos, conversas com peritos,

desenvolvimento de parcerias de forma a perceber quais as necessidades em saúde, quais os recursos disponíveis e as melhores estratégias a adotar, de forma a prestar cuidados de enfermagem fundamentados na evidência científica e conseqüentemente obter ganhos em saúde e assim contribuir para a melhoria contínua da qualidade.

Ainda no cumprimento desta competência, com o objetivo de facilitar e informar as equipas das UF e com foco na melhoria contínua, colaborei com a equipa da USP na elaboração de um procedimento para a aquisição das vacinas, este tem como objetivo informar as diferentes UF como, quando e onde devem realizar os pedidos das vacinas da gripe e covid na Plataforma GHAF, bem como o agendamento dos utentes na SClinico Central. Foi também possível assistir à reunião de acompanhamento da Campanha de Vacinação da gripe e Covid com a DGS, a Direção Executiva do SNS e elementos das equipas regionais da ULS. Nesta reunião foi discutido o ponto de situação da vacinação sazonal, taxas de cobertura vacinal e foram analisadas dificuldades sentidas pelas várias equipas no arranque da campanha.

De forma a assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, devem ser garantidas as dotações seguras e criar estruturas que promovam o exercício profissional de qualidade, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015b). Ou seja, o nível de qualificação e competência dos enfermeiros, bem como dotações seguras e adequando os recursos humanos às reais necessidades de cuidados, são elementos cruciais para alcançar padrões elevados de segurança e qualidade dos cuidados de saúde. Como referido anteriormente, de acordo com a Norma para o Cálculo da Dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), as dotações seguras na USP da ULSBM e na UCCFM não se encontra dentro do preconizado pela OE.

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

As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a). Assim, o enfermeiro especialista possui conhecimentos especializados e tem o dever de dirigir não só os enfermeiros, mas toda a equipa de saúde, tendo em consideração esses mesmos conhecimentos e a sua experiência profissional, participando ativamente nos processos de tomada de decisão proporcionando à pessoa, grupo e comunidade, cuidados diferenciados em múltiplas áreas do conhecimento e referenciar para outros profissionais especializados quando for necessário (OE, 2019a).

Independentemente da área de atuação, é previsto que o enfermeiro especialista, faça uma gestão adequada dos cuidados, para otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multidisciplinar, como forma de garantir a segurança e a qualidade das tarefas confiadas, tendo em consideração as necessidades do grupo e/ou comunidade e os recursos disponíveis. No entanto, a gestão de cuidados nem sempre é uma tarefa fácil, pelo que o trabalho em equipa e as parcerias são fundamentais para alcançar a excelência nos cuidados prestados. Neste sentido e de forma a compreender o funcionamento das equipas, foi fundamental a consulta dos regulamentos internos da USP e da UCC, a fim de compreender a organização e a dinâmica das unidades e das equipas multidisciplinares.

Este é um domínio que considero não ser facilmente alcançável num contexto de estágio, pois gerir recursos e otimizar respostas de equipas nem sempre está ao alcance de um estudante num curto espaço de tempo. Não obstante, considero que foi possível desenvolver esta competência nas várias atividades desenvolvidas, como por exemplo na reunião da USP da ULSBM, na reunião de saúde escolar da ULSBM, na qual participaram vários representantes das UF da ULSBM onde se realizam projetos direcionados à saúde escolar de acordo com o PNSE, mas principalmente na elaboração do DSS para o PLS da USP BM (Apêndice VII) e na elaboração do alerta informativo (Apêndice VIII), a divulgar nas UF da ULSBM, sobre o aumento de casos de Sarampo na ULSBM e da importância de notificar. Colaborar nestas atividades permitiu-me compreender a importância da liderança, da comunicação, da elaboração de procedimentos e divulgação dos mesmos, bem como da gestão dos recursos, na otimização do desempenho e trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades, garantindo a segurança e qualidade nas tarefas delegadas, através da supervisão das mesmas. Para o desenvolvimento desta competência foi igualmente importante a participação na reunião do conselho geral da UCC e as reuniões informais com os peritos na área, que foram deveras importantes no desenvolvimento do projeto Integra-TE.

Com a reorganização do SNS e formação das ULS, de acordo com o Decreto de Lei n.º 102/2023, houve a necessidade de um reajuste na organização e gestão dos cuidados nas diferentes UF, podendo levar a iniquidades no acesso aos cuidados. A USP do BM deixou de ter acesso a algumas plataformas e dados de registos, assim como alguns materiais ficaram indisponíveis, como o equipamento necessário para a realização dos rastreios de saúde visual nas crianças de 2 e 4 anos, impossibilitando, temporariamente, a continuidade da sua aplicação, assim como a colaboração da equipa nas consultas do viajante.

Os sistemas de informação são fundamentais na gestão dos cuidados de enfermagem, permitindo uma gestão mais eficaz dos recursos, uniformização de procedimentos e registos

fáceis, rápidos e acessíveis, nomeadamente no Sclínico, no SINAVE, no SiiMA rastreios, no Registo de Saúde Eletrónico e na plataforma BI-CSP.

A gestão exige tempo, conhecimento e muita prática. É fundamental fazer um bom PS, perceber quais as necessidades de saúde e quais os recursos disponíveis para que se possa fazer uma boa gestão dos projetos e atividades. Neste sentido, colaborei com a equipa na elaboração de um procedimento para a aquisição das vacinas, este tem como objetivo informar as diferentes UF como, quando e onde devem realizar os pedidos das vacinas da gripe e covid na Plataforma GHAF, bem como o agendamento dos utentes na SClinico Central e, conseqüentemente, uma melhor gestão dos cuidados.

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

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais visam desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a prática clínica especializada na evidência científica. Assim, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão, juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente baseado na evidência científica, desenvolve autoconhecimento e gere as suas competências na construção dos processos de ajuda com vista à melhoria da qualidade (OE, 2019a).

Para alcançar esta competência no contexto de estágio, para além da investigação em Enfermagem, foi muito importante as partilhas de conhecimentos com os EESCSP, com as equipas da USP da ULSBM e da UCCFM, bem como com a colega de estágio. Estas partilhas de conhecimentos suportam reflexões individuais e interpares que me levaram à necessidade de pesquisar vários temas como por exemplo sobre migração, acessos aos cuidados de saúde, vacinação, tosse convulsa, sarampo e tuberculose, bem como a elaboração do DSS para o PLS, que elevaram a minha capacidade de reflexiva e de interpretação dos vários determinantes de saúde.

Assim, ao longo deste estágio procurei aproveitar todas as oportunidades promotoras de desenvolvimento de aprendizagem profissional, tendo participado no “Dia aberto para a Vacinação” na Marinha das Ondas (Anexo IV), na reunião de Saúde escolar da USP BM, na realização do DSS para o PLS (Apêndice VII), compreender o procedimento a seguir quando surge uma suspeita de doenças de notificação obrigatória (DNO), na elaboração de nota informativa sobre o sarampo a divulgar nas diferentes UF da ULSBM (Apêndice VIII), colaborei na consulta mensal do Centro de Diagnóstico Precoce (CDP), assisti a uma formação sobre o SINAVE e a um *webinar* sobre *One Health*.

Para além das atividades referidas, ao logo do estágio, colaborei na gestão do processo da Campanha de Vacinação 2024/2025, tive também a oportunidade de assistir à realização de provas de tuberculina em crianças elegíveis para BCG, bem como a leitura das provas. Para colaborar nestas atividades senti necessidade de relembrar e aprofundar conhecimentos, realizar pesquisas para obtenção de conhecimentos baseadas na evidência científica. Durante o estágio na UCCBM foi igualmente importante, para o desenvolvimento desta competência, a participação no III Encontro de Investigação Clínica 2024 da ULSBM (Anexo V). Importa também referir a importância do contributo das várias unidades curriculares dos semestres anteriores no desenvolvimento desta competência.

Durante os estágios tive a possibilidade de elaborar e publicar dois artigos na Revista InfoSaúde, integrando rigor científico, inovação e humanização no contexto da saúde. Um dos artigos científicos intitulado “Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde” (Apêndice IX), trabalho este desenvolvido em parceria com alguns mestrandos e outro artigo intitulado “Impacto do Ruído na Saúde” (Apêndice X).

Tive também a possibilidade de participar na organização e dinamização do Encontro Envelhecimento Protegido (Anexo VI), organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública. Esta foi sem dúvida uma oportunidade de desenvolvimento de competências, sendo este um evento de carácter nacional, com entidades de relevo a nível nacional e com uma dinâmica complexa.

Estas atividades foram importantes no desenvolvimento desta competência, uma vez que me permitiram desenvolver o autoconhecimento e gerir as minhas competências na construção dos processos de ajuda com vista à melhoria da qualidade.

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

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

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

Segundo Rodrigues (2021), o PS é um processo que permite planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de ações com a finalidade de intervir numa realidade de saúde, cujo objetivo é contribuir para melhorar o nível de saúde da população, através dos conhecimentos atuais e dos recursos disponíveis, garantindo assim, a promoção da saúde, a prevenção de doenças direcionando a população à mudança de comportamentos. Este processo deve ser contínuo, flexível e com capacidade de adequação às constantes dificuldades e necessidades que vão emergindo numa realidade em constante mutação (Nunes, 2016). Ou seja, o EESCSP deve seguir as diferentes etapas da metodologia do PS, onde deve considerar a complexidade das várias necessidades de saúde da população com a qual desenvolve os seus cuidados especializados, para tal é necessário realizar o DSS.

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

A fim de desenvolver esta competência, propõe-se a elaboração de um PIC, com base na metodologia do PS. Assim, indo de encontro às competências e áreas de intervenção da saúde pública, durante o estágio foi realizada a avaliação do estado de saúde da população abrangida pela USP BM, através da elaboração dos DSS a integrar no PLS da ULSBM (Apêndice VII), tendo em consideração a caracterização geográfica, demográfica e socioeconómica e os diferentes indicadores epidemiológicos, integrando os conhecimentos adquiridos sobre os determinantes de saúde.

De acordo com o diagnóstico de situação realizado, foi desenvolvido o projeto Integra-TE, direcionado ao grupo vulnerável dos imigrantes a residir na Marinha das Ondas e a operacionalização do projeto realizou-se em contexto de UCC, na USF Figueira Sul. Como ferramenta de auxílio à sua implementação e organização das diferentes atividades desenvolvidas, planeando as diferentes etapas do PS, foi elaborado um cronograma do estágio (Apêndice I).

A descrição detalhada das etapas do PS do projeto Integra- TE encontram-se explanadas no ponto quatro deste relatório. A primeira etapa do PS é o DSS, que foi desenvolvido em conjunto com a colega de estágio, no qual consta a caracterização da população abrangida pela ULSBM da Figueira da Foz, a população alvo e a revisão da literatura com foco no grupo comunitário. Esta revisão da literatura com foco no grupo comunitário é fundamental, pois permite adquirir conhecimentos sobre a temática, perceber as causas dos problemas de saúde do grupo vulnerável e as suas implicações na saúde pública. Posteriormente, foram estabelecidas as prioridades em saúde da população alvo, através do método de Hanlon, utilizando critérios objetivos alinhados com as orientações estratégicas definidas no PNS. Numa fase posterior, foram definidos objetivos mensuráveis e estratégias de intervenção exequíveis e coerentes, tendo em consideração as características da população alvo e os recursos disponíveis, promovendo a participação da comunidade e dos *stakeholders*. Seguidamente, tendo em consideração a evidência científica, foram definidas as intervenções com vista à resolução dos problemas identificados e por último foi realizada a avaliação do projeto Integra-TE.

O desenvolvimento do projeto Integra-TE foi um trabalho complexo e exigente, que permitiu compreender o foco dos cuidados de EESCSP, baseando a sua prática na metodologia do PS, e desenvolver as competências específicas do EESCSP, tendo em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Para o desenvolvimento deste projeto foi também crucial o uso dos modelos teóricos, descritos no ponto dois deste relatório, pois estes orientam a prática e são fundamentais para tornar as intervenções mais eficazes e baseadas em evidências. A continuidade e replicação do projeto Integra-TE permitirá promover o acesso aos cuidados de saúde, garantindo melhores resultados e consequentemente obter ganhos em saúde, pois esta é uma necessidade que se impõe como fundamental para comunidade imigrante residente no concelho da Figueira da Foz.

### **3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

A Carta de Ottawa, apresentada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada a 21 de novembro de 1986, propôs um conjunto de ações que visam alcançar a promoção da saúde (OMS, 1986). A promoção da saúde é o processo que visa capacitar pessoas, grupos e comunidades para assumirem um maior controlo sobre a sua saúde e melhorarem o seu bem-estar, para isso é importante fortalecer grupos e comunidades, uma vez que essa capacitação permite que indivíduos e comunidades desenvolvam competências para gerir e melhorar a sua qualidade de vida (Rodrigues, 2021).

É objetivo desta competência, colocar em prática projetos de saúde comuns de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados na comunidade (OE, 2018). Assim, pretende-se que o EESCSP desenvolva PIC, planeando adequadamente estratégias e intervenções que visem a capacitação de grupos e comunidades.

Relativamente a esta competência, em termos práticos foi possível participar ativamente no “Dia aberto para a Vacinação” (Anexo IV), “direcionada a todos os utentes da área de abrangência da USF Figueira Sul, com especial foco nas populações migrantes a residir na Marinha das Ondas, como potenciais bolsas de suscetibilidade a doenças preveníveis pela vacinação” (ULSBM, 2024a). A participação nesta atividade permitiu desenvolver esta competência, uma vez que foi importante perceber que é necessário desenvolver parcerias e estratégias adequadas para capacitar os grupos e comunidades. Nesta atividade, a adesão por parte da comunidade foi notória, conforme divulgado no *site* institucional da ULSBM (Anexo IV), tendo sido uma estratégia de intervenção adequada para a população-alvo, levando à melhoria da taxa de cobertura vacinal daquela comunidade e consequentemente obter ganhos em saúde.

Com a nova organização dos cuidados de saúde em ULS, desde janeiro de 2024, as unidades de saúde estão ainda numa fase de reorganização, procurando manter os projetos, de forma a capacitar os grupos e comunidades tendo em conta os recursos disponíveis e as necessidades da comunidade. Com o intuito de uniformizar as intervenções nas várias UCC da ULSBM e contribuir para a capacitação da comunidade escolar, foi realizada a primeira reunião entre USP e as UCC da ULSBM, à qual tive oportunidade de assistir. O objetivo era perceber que projetos cada unidade desenvolve e em conjunto, avaliarem os resultados dos projetos aplicados no ano letivo de 2023/2024 e definirem quais as áreas de maior necessidade de intervenção para o ano letivo 2024/2025, no âmbito do PNSE e do PNPSO.

O estágio na UCCFM permitiu-me desenvolver esta competência de participação ativa no processo de capacitação de grupos e comunidades, nomeadamente em intervenções direcionadas para o PNSE, através de diversas sessões de educação para a saúde, com diferentes temáticas e aplicadas a diferentes comunidades. Durante o estágio na UCCFM, tive a oportunidade de participar no projeto +Contigo. Este projeto é uma iniciativa de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio, aplicado em contexto escolar e está organizado em várias sessões educativas, nas quais são abordados temas como a adolescência, afetos, autoestima, autoconfiança, sexualidade e são explicadas algumas ferramentas e estratégias de forma a capacitar os adolescentes a ultrapassar esta fase de forma positiva.

Neste contexto, tive também a oportunidade de colaborar numa intervenção educativa, dirigida a adolescentes do 9ºano, sobre métodos contraceptivos. Nesta sessão foram

abordados os diferentes métodos contraceptivos, foram esclarecidas dúvidas sobre esta temática e transmitida a informação de que a UCCFM disponibiliza à população jovem, consultas individuais para que possam expor as suas dúvidas e preocupações, de forma confidencial e individualizada.

Desenvolver e implementar o projeto Integra-TE, tendo por base os referenciais teóricos, os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares e a metodologia do PS, foi basilar para o desenvolvimento desta competência. Elaborar e implementar este projeto foi um grande desafio que permitiu identificar as necessidades em saúde dos imigrantes a residir na Marinha das Ondas, gerir e disponibilizar informação adequada às características específicas desta comunidade, utilizar estratégias que promovam a procura de informação e consequentemente promover a capacitação deste grupo vulnerável e obter ganhos em saúde.

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

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

A USP da Figueira da Foz colabora com as escolas ao nível do pré-escolar e 1º ciclo coordenando, monitorizando e avaliando cumprimento dos PNSE e PNPSO, com a distribuição de fluor pelas escolas e com a emissão dos cheques dentista para os alunos elegíveis (coortes dos 7, 10 e 13 anos até 31 de dezembro) até final do mês de novembro, sendo emitido o cheque dentista pela USP, através da Plataforma SISO. Em 2023, a taxa de utilização de cheques dentistas é de 31%, na USP da Figueira da Foz. Outro projeto implementado pela USP, no âmbito do PNSE, é o projeto “Quero Crescer Forte”, dirigido para crianças, pais e educadores e que tem como objetivo contribuir para um ambiente promotor da saúde, na área da alimentação, higiene oral, atividade física e emoções.

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

Ainda no âmbito do PNV, a USP avalia o estado de saúde das populações migrantes e respetiva referenciação para cuidados de saúde, sendo que o principal objetivo é aumentar as taxas de cobertura vacinal e conseqüentemente a imunidade de grupo. Neste sentido, foi possível integrar na atividades desenvolvidas no âmbito do PNV, uma vez que participei na campanha de vacinação sazonal contra gripe e Covid-19, onde colaborei na vacinação de utentes e funcionários numa Estrutura Residencial Para Idosos localizada a norte do concelho da Figueira da foz e participei também no “Dia aberto para a Vacinação”, na Marinha das Ondas, onde reside uma comunidade de imigrantes de várias nacionalidades, em parceria com uma empresa local que emprega muitos imigrantes. Participar nestas atividades foi muito importante, permitindo perceber a importância da coordenação eficiente de programas e projetos e do planeamento da operacionalização, de intervenções que sejam pertinentes e das quais se obtenham ganhos em saúde. Foi também possível assistir à reunião de acompanhamento da Campanha de vacinação da gripe e Covid com a DGS, a Direção Executiva do SNS e elementos das equipas regionais da ULS. Nesta reunião foi discutido o ponto de situação da vacinação sazonal, taxas de cobertura e foram também analisadas dificuldades sentidas pelas várias equipas no arranque da campanha. Ainda neste âmbito, colaborei ativamente na administração e registos de vacinas da gripe e Covid-19.

Relativamente ao Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, a enfermeira da USP da Figueira da Foz colabora com o CDP uma vez por mês, na vacinação da população elegível para BCG, nos rastreios dos contatos e conviventes dos casos de tuberculose pulmonar, cooperam na realização de inquéritos epidemiológicos e na vigilância de doença crónica. Durante o estágio foi possível acompanhar a EESCSP na colaboração com o CDP, considero que foi uma experiência muito enriquecedora, uma vez que desconhecia este serviço e o seu funcionamento. A tuberculose é uma DNO e segundo dados obtidos no SINAVE, disponibilizados pelo médico de saúde pública, em 2023, na ULSBM foram notificados cinco casos de tuberculose, sendo que quatro foram no concelho da Figueira da Foz. Este número é preocupante e aumentou relativamente a 2022 e 2021 em que foram notificados dois casos.

No âmbito desta competência, tive a oportunidade de participar na reunião do conselho geral da UCCBM, na qual foi realizada a monitorização dos projetos desenvolvidos e realizada uma análise e interpretação do impacto das intervenções realizadas em cada projeto.

No que concerne ao projeto Integra-TE, elaborado e executado de acordo com os objetivos do PNS, para o alcance e cumprimento desta competência foi muito importante a apresentação deste projeto (Apêndice XI) às várias unidades e instituições, nomeadamente na UCCFM, USPBM, USF Figueira Sul, Junta de Freguesia e na Caritas, permitindo assim a sua divulgação.

É essencial que o EESPSC, na sua prática profissional desenvolva intervenções de âmbito comunitário, capacitando grupos vulneráveis, com o objetivo de obter ganhos em saúde, tendo em consideração os eixos estratégicos e prioritários do PNS e, nesta ótica, o projeto Integra-TE enquadra-se nas grandes linhas de orientação estratégica do PNS 2021-2030, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias que permitam melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, reduzindo desigualdades e iniquidades em saúde.

### **3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

A vigilância ativa dos indicadores epidemiológicos da população é de extrema importância para se poder compreender com mais clareza os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população, o EESCSP deve estar desperto para dados epidemiológicos da população abrangida pela USP, mas também para os dados das demais áreas geográficas a nível nacional e mundial, a fim de os poder analisar e correlacionar entre si, analisando os fatores determinantes de saúde que podem pôr em causa a saúde da população (OE, 2018).

Relativamente à sua atuação, a USP da Figueira da Foz, em caso de surto por microrganismo epidemiologicamente importante, procede à aplicação de inquérito epidemiológico e identificação dos contactos para intervenção profilática, bem como a determinação de medidas corretivas entendidas como necessárias, que podem incluir higienização e limpeza e até mesmo o encerramento de espaços.

A OMS emitiu um alerta, em janeiro de 2024, sobre um aumento alarmante da propagação de surtos de sarampo. Na Europa, em 2023, os casos de sarampo registados aumentaram 30 vezes face a 2022 (OMS, 2024c). Segundo a DGS (2024), no Relatório Epidemiológico de 13/06/2024, entre 1 de janeiro de 2024 e 13 de junho de 2024 foram confirmados 30 casos de sarampo em Portugal, sendo que 4 foram na região centro e desses 2 foram na ULSBM. É fundamental que as equipas de saúde estejam sensibilizadas para a importância dos registos das DNO no SINAVE. Neste sentido, em parceria com a equipa da USP da Figueira da Foz, colaborei no desenvolvimento de um alerta informativo sobre o número de casos notificados e quais os procedimentos que as várias UF devem seguir sempre que surja a suspeita de um caso de sarampo (Apêndice VIII), este alerta informativo foi divulgado nas diferentes UF da ULSBM. Apesar da gestão do SINAVE ser realizado pela equipa médica, tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre o funcionamento do SINAVE, esta formação foi fundamental para a elaboração do alerta informativo.

O projeto Integra-TE permitiu o desenvolvimento desta competência, uma vez que este surge após uma análise dos dados estatísticos disponíveis, que refletem um aumento significativo

dos fluxos migratórios. Este aumento representa grandes desafios para os países recetores e para a população imigrante, nomeadamente no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde, onde os imigrantes enfrentam barreiras significativas ao tentar utilizar os serviços de saúde. Neste sentido, através da cooperação com serviços de saúde e entidades locais, o projeto Integra-TE contribui para uma abordagem mais eficaz na prevenção e controlo de doenças, especialmente nas doenças preveníveis por vacinação.

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

Desta forma, considero ter desenvolvido as competências específicas do EESCSP e alcançado os objetivos propostos ao longo dos estágios. No entanto, estou ciente de que o processo de aprendizagem é contínuo e que há sempre novos conhecimentos a adquirir e competências a aperfeiçoar, o que me motiva para uma constante evolução.

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

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

Para o sucesso da prática baseada na evidência é fundamental considerar a melhor evidência disponível, as necessidades e preferências da pessoa alvo dos cuidados e as experiências, competências e juízo clínico dos profissionais (OE, 2012; Santos, et al., 2024). A prática baseada na evidência remete-nos para o uso consciente, explícito e criterioso das evidências no que se refere à tomada de decisão nos cuidados de saúde (Néné & Sequeira, 2022).

Para que a prática baseada na evidência tenha sucesso é fundamental planear. Segundo Rodrigues (2021), para planear é importante refletir, estimar e investigar, de forma que se possa melhorar a realidade identificada, delineando intervenções adequadas, para obter resultados, ganhos em saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade da saúde de uma população. Desta forma, a investigação em enfermagem tem como objetivo responder e desenvolver conhecimento científico, procurando as possíveis causas de um acontecimento para compreender a realidade (Vilelas, 2022).

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

De acordo com o mesmo autor, uma das principais características de investigação - ação é que esta utiliza uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática, de forma a aperfeiçoar e resolver os problemas identificados (Fonseca, 2012). Assim, a metodologia da investigação - ação caracteriza-se por ser: participativa e colaborativa (os indivíduos e investigadores trabalham em conjunto na concretização de um projeto); Situacional, (orientado para o diagnóstico de situação, num contexto específico e a sua resolução ocorre no mesmo contexto); Cíclica (a investigação envolve um conjunto de ciclos, onde as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança, onde as intervenções são implementadas e avaliadas como introdução do ciclo seguinte); Auto - avaliativa (as modificações são continuamente avaliadas e monitorizadas, revelando flexibilidade e adaptabilidade, produzindo novos conhecimentos e a alterar a prática) (Fonseca, 2012).

Desta forma, cumprindo a prática especializada baseada na evidência e a metodologia da investigação - ação, foi desenvolvido o projeto Integra-TE. Para o seu desenvolvimento foram fundamentais os referenciais teóricos pois orientam o pensamento crítico e a tomada de

decisões em saúde, bem como as pesquisas bibliográficas que sustentam cientificamente o projeto. O projeto Integra-TE baseou-se na metodologia do planeamento em saúde e tem por objetivo a promoção da saúde na comunidade de imigrantes a residir na Marinha das Ondas, com vista a promover o acesso aos cuidados de saúde, em particular à vacinação e tem por base as orientações do PNS 2021-2030 e como referência o PNV.

#### 4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

##### **4.1.1 Revisão da Literatura com foco no Grupo Comunitário**

Segundo o Relatório Mundial sobre Migração de 2024, desenvolvido pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), a migração global está em constante mudança, com um aumento significativo no número de pessoas deslocadas e remessas internacionais (OIM, 2024a). De acordo com o mesmo relatório, em 2020, 281 milhões de pessoas eram migrantes internacionais, o que representa 3,6% da população global. Em 2020, havia mais 128 milhões de migrantes internacionais do que em 1990 e três vezes mais o número estimado do que em 1970, revelando que o número estimado de migrantes internacionais tem vindo a aumentar (OIM, 2024a). Em 2020, cerca de 40% dos migrantes internacionais em todo o mundo, ou seja, 115 milhões de migrantes internacionais nasceram na Ásia, dos quais quase 20% têm origem na Índia, China, Bangladesh, Paquistão, Filipinas e Afeganistão (OIM, 2024b).

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

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

De acordo com o último Relatório de Migrações e Asilo, em 2023, houve um aumento de 33,7% na população estrangeira residente em Portugal, face a 2022, totalizando 1 044 238 cidadãos estrangeiros titulares de Autorização de Residência (AIMA, 2024). Relativamente às nacionalidades, a nacionalidade brasileira é a mais representativa (35,3%), 4,2% eram de nacionalidade indiana, 2,9% eram de nacionalidade nepalesa e 2,7% eram de nacionalidade chinesa (AIMA, 2024). Em 2023, 165 430 estrangeiros residentes são de origem asiática, o que representa um aumento de 33,5%, face a 2022 (AIMA, 2024). Quanto ao grupo etário, cerca de 80,5%, ou seja, 532 214 cidadãos estrangeiros têm entre 25 – 44 anos, 11,6% são jovens entre os 0 – 19 anos e 7,9% têm mais de 65 anos, sendo o litoral a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir (AIMA, 2024).

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

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

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

Deste modo, o PNS 2021-2030 surge como uma estratégia e um compromisso, assumido por Portugal, no cumprimento da Agenda 2030 para o alcance dos 17 ODS, que representam um apelo urgente à ação de todos os países para uma parceria global no alcance das metas

definidas (ONU, 2015). O PNS 2021-2030 tem como objetivo melhorar a saúde e o bem-estar da população, dando resposta às necessidades de saúde identificadas, adotando estratégias de intervenção de saúde adequadas, tendo em consideração os determinantes de saúde, assumindo como premissa “não deixar ninguém para trás” (DGS, 2021, p. 44).

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

#### 4.1.1.1 Acesso aos cuidados

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

A “igualdade de acesso” não se limita apenas ao direito de recorrer ao sistema de saúde, mas também à disponibilidade de informação para todos acerca do sistema de saúde, tornando-o acessível e minimizando as barreiras linguísticas e culturais (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). Assim, o acesso aos cuidados de saúde inclui não só os direitos de utilização dos serviços, mas também a capacidade financeira para aceder e usufruir dos mesmos, e é neste aspeto que surgem as maiores barreiras no acesso à saúde entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis.

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

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

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

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

Segundo um estudo desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), para além destes fatores, as iniquidades no acesso aos cuidados também ocorrem por insuficiências de transporte, por desconhecimento, falta de informação, falta de conhecimento relativamente ao funcionamento do serviço nacional de saúde, e também por receio ou medo (ERS, 2015). Por outro lado, também os próprios serviços de saúde se deparam com dificuldades que limitam o acesso aos cuidados por parte dos imigrantes, nomeadamente falta de formação e informação dos administrativos, excesso de burocracia, falta de acesso a serviços de tradução, limitação do sistema informático, falta de sensibilidade cultural e socioeconómica por parte de alguns profissionais de saúde que condicionam o acesso, algum desconhecimento e falta de sensibilização por parte dos administrativos (ERS, 2015).

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

A utilização de serviços de saúde por parte da população migrante é, na sua maioria, inferior à da população residente, nomeadamente no acesso aos CSP, adesão a programas de rastreio e vacinação, uma vez que, o acesso a cuidados de saúde dessa população é realizado essencialmente por meio do serviço de urgência (Machado, 2024). Promover a saúde para proporcionar o acesso aos cuidados de saúde e combater as desigualdades sociais entre imigrantes é crucial. Esta torna-se uma dimensão necessária de estudo, pois a

integração destes, através de cuidados e promoção de saúde, gera benefícios para políticas e cuidados, devendo ser uma prioridade estratégica (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

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

#### 4.1.1.2 Vacinação

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

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

A pandemia por COVID-19, que devastou o mundo nos últimos anos, é um dos exemplos do que as populações estão expostas. O impacto da COVID foi minimizado através da vacinação, reforçando a importância desta para o controlo de ameaças por doenças infecciosas (DGS, 2024a).

No entanto, apesar da eficácia da vacinação, ainda estão identificadas algumas lacunas na imunização, associadas a dificuldades no acesso aos cuidados, a movimentos e crenças sobre a vacinação, que levam à hesitação e recusa vacinal, colocando em causa a eficácia dos programas de vacinação dirigidos à população (DGS, 2024a). As condições instáveis nos países de origem levam à interrupção dos serviços nacionais de saúde, incluindo programas de imunização, provocando quebras na cobertura de vacinação (Giambi, et al., 2019).

Segundo a OMS (2024b), a nível mundial, a imunização previne de 3,5 milhões a 5 milhões de mortes todos os anos por doenças como difteria, tétano, tosse convulsa, gripe e sarampo.

Atualmente, existem vacinas para prevenir mais de vinte doenças fatais, permitindo à população ter mais anos de vida saudáveis (OMS, 2024b).

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

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

Em Portugal, todas as pessoas têm acesso à vacinação através do PNV. Este é um programa universal, gratuito e acessível e tem como objetivo garantir a imunidade individual e de grupo, minimizando o impacto das doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual, preveníveis através da vacinação (DGS, 2024b).

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

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

#### 4.1.1.3 Infeções Sexualmente Transmissíveis

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

De acordo com a OMS, as IST's encontram-se entre as causas mais comuns de infeção no mundo e têm vastas consequências de natureza sanitária, social e económica (Veríssimo, 2023). Globalmente, as IST's estão a aumentar e, com o aumento da migração internacional, representam uma ameaça à saúde pública internacional (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2020).

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, estabelece a meta de reduzir em 90% a incidência de sífilis e gonorreia até 2030 (ONU, 2015). Para garantir que essa meta seja cumprida, um esforço coletivo de diferentes nações é vital para entender a dinâmica das IST's e estabelecer intervenções direcionadas para evitar novas infeções (Santos, Gomes, & Ribeiro, 2020).

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

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

de pessoas com HIV (UNAIDS, 2024a). Segundo a UNAIDS (2024a), em 2023, morreram 630 000 pessoas com doenças relacionadas com a SIDA.

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

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

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

A nível nacional, segundo o Relatório sobre Infeção por VIH em Portugal – 2024, entre 1983 e 2023 foram notificados, 68 627 casos de infeção por VIH, dos quais 23 955 atingiram o estágio de SIDA e foram ainda comunicados 15 918 óbitos em pessoas que viviam com infeção por VIH (DGS & INSA, 2024). De acordo com o mesmo relatório, em 2023, foram notificados 924 casos de infeção por VIH, dos quais 876 foram diagnosticados em Portugal, sendo que 873 com idade igual ou superior a 15 anos e 3 casos com idade inferior a 15 anos (DGS & INSA, 2024). Relativamente ao país ou região geográfica de origem, 458 casos de infeção por VIH foram em pessoas com origem geográfica fora de Portugal, ou seja, 53,1% dos novos casos foram em imigrantes (DGS & INSA, 2024). Desta forma, os imigrantes são considerados um grupo vulnerável à infeção por VIH e outras IST's, pelo que urge investir na sua prevenção, promovendo o acesso aos cuidados de saúde (DGS & INSA, 2024).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da infeção VIH/SIDA e Tuberculose define como objetivo, entre outros, “promover iniciativas de base comunitária, tendo como prioridades populações mais vulneráveis ou em maior risco” (DGS, 2017, p. 11).

Deste modo, as IST's, pelas doenças que provocam e pelas complicações que podem ocasionar, são um problema de saúde pública (APF, 2020), sendo um dos objetivos do PNS 2021-2030, diminuir a taxa de incidência do VIH para 5,7%, até 2030 (DGS, 2021).

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

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

## 4.2 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE APLICADO NO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O Planeamento teve início no setor económico e posteriormente no setor social, foi em 1977 que o conceito foi aplicado na saúde. Durante a 3ª Assembleia Mundial, o diretor geral da OMS declarou que “este instrumento, que denominamos PS, oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de traduzirem numa ação correta do desenvolvimento no domínio da saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993). O PS é “um processo contínuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com as alterações que decorram do mesmo” (Imperatori & Giraldes, 1993). A metodologia do PS tem como objetivo utilizar de forma eficaz os recursos existentes, intervir na causa dos problemas, definir prioridades, evitar intervenções isoladas e utilizar de forma eficiente recursos (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

Imperatori & Giraldes (1993) definiram que as etapas da metodologia do PS são: Diagnóstico de Situação de Saúde, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução; Execução e Avaliação. Este processo deve ser contínuo, flexível e com capacidade de adequação às constantes dificuldades e necessidades que vão emergindo numa realidade em constante mutação (Nunes, 2016).

Deste modo, este PIC baseou-se na metodologia do PS proposto por Imperatori & Giraldes (1993), indo de encontro ao Regulamento de Competências Específicas do EESCSP, que prevê que este seja capaz de estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do PS (OE, 2018). Para além desta competência, o EESCSP tem outras competências específicas que o distingue das outras áreas de especialidade, tais como, contribuir para o processo de capacitação de grupos e de comunidades, integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, este é o profissional mais capacitado e bem posicionado para intervir na consecução de projetos que visam manter ou melhorar a saúde de grupos e comunidades (OE, 2018).

O projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com etapas e ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às

necessidades de saúde identificadas. Este, tem como objetivo promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma determinada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

São várias as vantagens de um PIC. Se por um lado, este permite uma atuação integrada entre quem intervém e a população alvo de intervenção, por outro permite uma maior flexibilidade na adequação dos projetos às características específicas da população, levando à sua identificação com o projeto (Hespanha, 2008).

Assim, o projeto Integra-TE foi desenvolvido cumprindo as etapas do PS e tem por base as orientações do PNS 2021-2030 e como referência o PNV.

#### **4.2.1 Considerações Éticas**

Sendo enfermagem uma profissão autorregulada, com um código deontológico reconhecido na legislação portuguesa, estão definidos os princípios éticos e deontológicos a respeitar, quer na prática clínica quer nos processos de investigação, indo de encontro ao definido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, que define as Competências Comuns do enfermeiro especialista.

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

Neste sentido, realizamos inicialmente, o pedido de Parecer à Comissão de Ética da ULSBM, formalizado em impresso próprio (Apêndice II) tendo sido obtido parecer positivo por parte da Comissão de Administração da ULSBM (Anexo II), foi solicitada autorização para a implementação do projeto Integra-TE ao coordenador da USF Figueira Sul (Apêndice V) que foi autorizada (Anexo III). Cumprindo as orientações da ULSBM, foi também elaborado um pedido de avaliação de Impacto de Proteção de Dados (Apêndice III) e preenchida a Declaração de Garantia de Anonimização de Dados (Apêndice IV).

No desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, foi ainda elaborado o consentimento informado, livre e esclarecido em português, inglês e bengali (Apêndice VI), garantindo desta forma práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Neste sentido, de acordo com Vilelas (2022,

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

Nesta investigação, os participantes foram igualmente informados que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins académicos ou de publicação de carácter científico. Os dados em formato papel encontram-se armazenados em envelope selado, sendo que apenas as mestrandas deste projeto e supervisores poderão ter acesso aos mesmos. Os dados informáticos foram tratados nos equipamentos da UCCFM. Terminado o estudo, os dados manter-se-ão de acesso exclusivo das mestrandas e serão destruídos após 2 anos (em janeiro de 2027), data em que termina a licença de utilização dos instrumentos de colheita de dados.

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

O diagnóstico de situação é considerado como a primeira etapa do PS, por isso é fundamental que seja rigoroso na avaliação dos determinantes da saúde que possam afetar os processos de doença e saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação de saúde “pretende traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, para identificar e posteriormente priorizar os problemas e as necessidades de saúde e clarificar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde” (Rodrigues, 2021, p. 70). Este deve descrever, de forma objetiva, a caracterização da população-alvo (a nível geodemográfico e socioeconómico), os problemas de saúde da população (através dos indicadores morbimortalidade, identificando os determinantes de saúde que afetem mais significativamente os problemas de saúde definidos e identificando a utilização dos serviços de saúde), as suas necessidades em saúde (passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis) e os recursos da comunidade (parceiros internos e externos, também definidos por *stakeholders*) (DGS, 2016).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico de situação de saúde deve terminar com uma lista de problemas e só quando o diagnóstico da situação estiver elaborado é que será

possível transitar para a próxima etapa do planeamento. Permitindo assim, priorizar as necessidades reais e sentidas pela comunidade, para proporcionar uma atuação com vista a obter ganhos em saúde.

#### 4.2.2.1 Caracterização da população abrangida pela ULSBM da Figueira da Foz

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

A área de intervenção da USP da ULSBM no concelho da Figueira da Foz, que integra 14 freguesias (Anexo VIII) (SIG, 2024), e encontra-se dividido em 3 zonas geográficas: Zona Norte - Bom Sucesso e Quaios (norte litoral), Ferreira-a-Nova, Moinhos da Gândara, Maiorca e Alhadas (norte interior); Zona Sul - Lavos e Marinha das Ondas (sul litoral), Alqueidão e Paião (sul interior); Zona Urbana - Buarcos e São Julião (a grande Freguesia urbana onde se localiza a cidade da Figueira da Foz e sede do Município), Tavadrede e Vila Verde (urbana norte interior) e ainda (urbano sul litoral) São Pedro.

O município da Figueira da Foz é um território posicionado ao nível regional, nacional e ibérico, dotado de acessibilidades e infraestruturas adequadas, uma vez que apresenta: uma localização estratégica no contexto norte-sul e litoral-interior, com acesso fácil e rápido a vias rodoviárias estruturantes (N109, A14 e A17), ferroviárias (Linha do Norte e Linha do Oeste) e marítimas (porto da Figueira da Foz) (Município da Figueira da Foz, 2015).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023a), a população residente na área geográfica do município da Figueira da Foz, em 2022, é de 59 348 habitantes, sendo que destes 31 134 (52,46%) são mulheres e 28 214 (47,54%) homens. O grupo etário maior situa-se nos 25 aos 64 anos e o segundo maior é o grupo etário dos 65 e mais anos, o que significa que menos de um quarto da população tem menos de 24 anos (Tabela 1).

Segundo Pordata (2021), conforme o que acontece a nível nacional, ao longo dos últimos três censos, o município da Figueira da Foz viu diminuir sucessivamente a sua população residente, à exceção de Tavadrede e Marinha das Ondas (Município da Figueira da Foz, 2015).

**Tabela 1** - População residente por grupo etário no ano 2022

<b>Grupo etário</b>	<b>População residente n.º</b>
<b>0 – 14 anos</b>	6606
<b>15 - 24 anos</b>	5615
<b>25 - 64 anos</b>	29982
<b>65 e mais anos</b>	17145

Fonte: INE, Pordata (2023b)

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

Segundo dados do INE (2023a), considerando os indicadores mais recentes que influenciam o crescimento demográfico para o concelho da Figueira da Foz, no ano de 2022, explanam-se os seguintes dados no Tabela 2.

**Tabela 2-** Indicadores demográficos do município da Figueira da Foz, em 2022

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

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente e Indicadores Demográficos

Segundo dados do INE (2023c), a esperança média de vida à nascença, no período de 2020-2022, a nível nacional era de 81,07 anos e na Região Centro (NUTS II) era de 81,34 anos. Na ULSBM, no período de 2019-2021, a esperança média de vida à nascença era de 82,2 anos, sendo que para os homens é 79,2 anos e nas mulheres 85,0 anos (ARS Centro, 2024).

Segundo Pordata (2023), nos últimos 15 anos, cerca de meio milhão de estrangeiros obtiveram nacionalidade portuguesa. Em Portugal, em 2023, havia mais de um milhão de estrangeiros com estatuto legal de residente, mais 33,7% comparando com o ano de 2022 (Pordata, 2024). Quanto ao grupo etário, o mais representativo é dos 20-49 anos e o litoral é a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir (AIMA, 2024). Em 2022, um em cada três estrangeiros em Portugal vive em risco de pobreza ou exclusão social (Pordata, 2023).

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

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

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

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

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

- A taxa de vacinação referente à 1ª dose contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis B*, dos 3 meses de idade (coorte de 2023), foi superior a 95%, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- A taxa de vacinação da vacina contra sarampo, parotidite e rubéola (VASPR), aos 13 meses de idade (coorte de 2022), era de 87,39% e contra a *N. meningitidis C* 84,87%, não atingindo a meta de 95%, o mesmo acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- As crianças até aos 7 anos (coortes de 2023 a 2016) atingiram a meta dos 95%, exceto aos 6 anos (coorte 2017), tal como acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- A cobertura vacinal da 1ª dose de VASPR, nas crianças que completaram os 2 anos de idade foi de 98,02% (coorte de 2021) e a 2ª dose desta vacina foi de 92,68% na coorte de 2017, não ultrapassou na coorte de 2016 (95,70%), ao contrário do que acontece a nível nacional em que foi atingida a meta de 95% (DGS, 2024c).
- Na vacina combinada contra o tétano, difteria, tosse convulsa e poliomielite foi alcançada a meta de 95,70%, nas crianças que completam 7anos, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- Na vacina contra *N. meningitidis B*, introduzida no PNV em outubro de 2020, a taxa de cobertura foi de 96,61% na coorte de 2021 que completou o esquema de 3 doses, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- A cobertura vacinal contra infeções por HPV no sexo feminino, na coorte de 2011 (12 anos de idade), para a 1ª dose é de 95,67% e para a 2ª dose é de 92,52%, ultrapassando a meta dos 85%. Quanto às raparigas da coorte de 2012 (11 anos de idade) a taxa de cobertura vacinal foi de 92,83% para a 1ª dose e 81,01% para a 2ªdose. Nos rapazes nas coortes de 2009 e 2011 (respetivamente 14 e 12 anos de idade), verificam-se coberturas inferiores a 85% para a 2ª dose da vacina, enquanto na coorte de 2010 (13 anos) foi superior a 85% para a segunda dose. Nos rapazes da coorte de 2012 (11 anos de idade), verifica-se uma cobertura vacinal para a 1ª dose de 92,98%, e na 2ª dose 70,66%, à semelhança do que acontece a nível nacional (DGS, 2024c).
- A cobertura vacinal contra o tétano e a difteria nas crianças de 2 anos foi de 97,74%, atingindo a meta e nas idades de 6, 11, 25, 45 e 65 (corte 2017, 2012,1998,1978,1958) não foi atingida a meta de 95% (DGS, 2024c).

É da competência da USP a caracterização dos determinantes de saúde e monitorização do estado de uma população, com o objetivo de prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, através da formulação de intervenções adequadas e proporcionais. A USP deve realizar o DSS, sendo este a base orientadora para a prestação de cuidados pelas restantes UF (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022). Assim, durante este estágio desenvolvi, em

parceria com colega de estágio e a equipa da USP da Figueira da Foz, o DSS (Apêndice VII), tendo em consideração o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde (DGS, 2016).

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

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

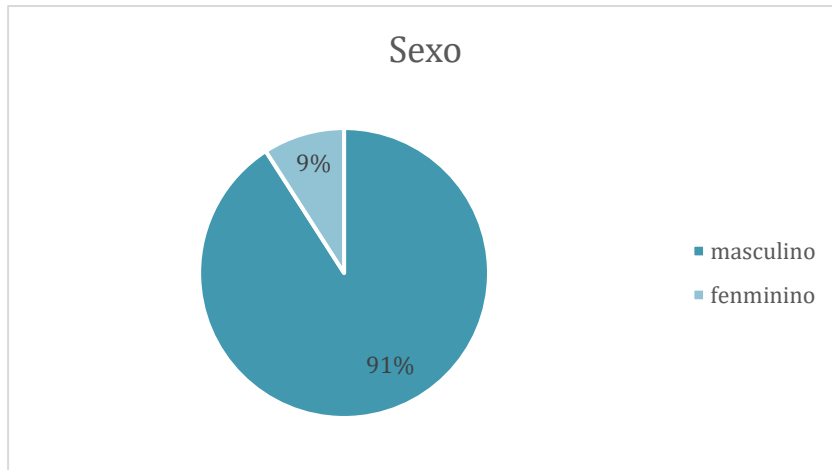
- Défice de conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde;
- Comportamento de procura de serviços de saúde comprometido;
- Défice de conhecimentos sobre vacinação;
- Adesão à vacinação comprometida;
- Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos;
- Défice de conhecimentos sobre IST's;

#### 4.2.2.2 População Alvo e Amostra

Segundo Fortin (1999, p. 202) população define-se como “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham de características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, e a amostra é considerada como um subconjunto da população ou “uma réplica em miniatura da população alvo”. Ou seja, a população são todos os indivíduos que se pretende investigar, que têm em comum uma ou mais características, e a amostra corresponde a uma parte da população, que se pretende que seja representativa e que ao ser investigada “se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população” (Vilelas, 2022, p. 179). Para obtenção da amostra o ideal seria utilizar a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, que, segundo Fortin (1999), permite selecionar sujeitos acessíveis, num local determinado, que satisfaçam os critérios de seleção e aceitem participar no estudo. Este tipo de amostra limita a generalização dos resultados.

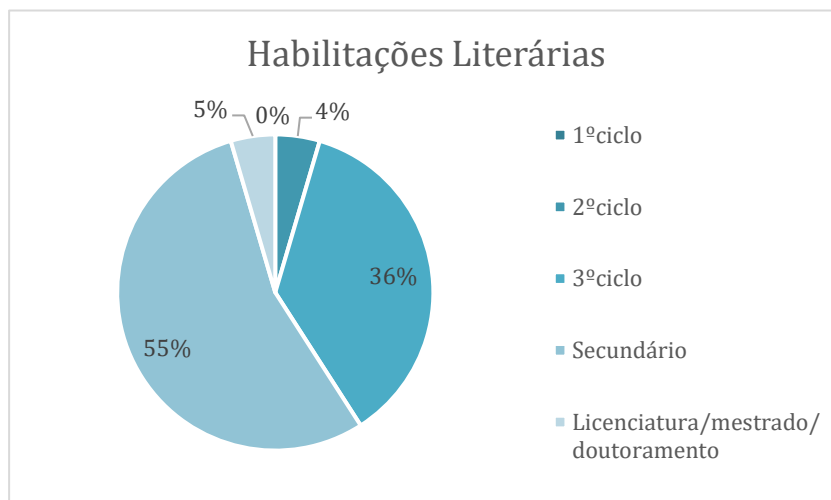
Neste projeto, foi definida como população alvo, a população imigrante a residir na Marinha das Ondas. Os critérios de inclusão são: imigrantes, estarem inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas, idade igual ou superior a 18 anos e concordância em participar no estudo. Os critérios de exclusão são: Incapacidade de responder ao questionário devido a défices cognitivos e idades inferiores a 18 anos.

A amostra correspondeu ao número de imigrantes a residir na Marinha da Ondas, que cumprem os critérios de inclusão, ou seja, a 22 imigrantes, sendo que 9% são do sexo feminino e 91% do sexo masculino (Gráfico 1).



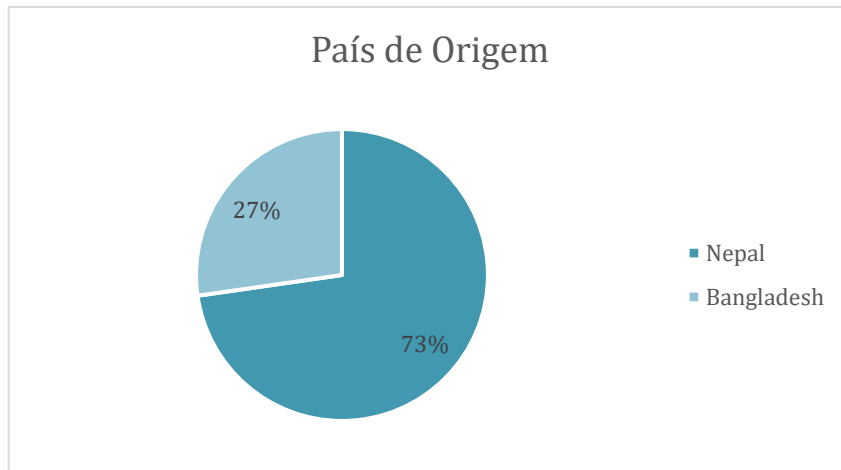
**Gráfico 1** - Caracterização da amostra quanto ao sexo  
Fonte: Elaboração própria

A idade média da amostra é de 35,7 anos, sendo a idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 53 anos. Quanto às habilitações literárias (Gráfico 2), a maioria (55%) têm o secundário e 36% o 3ºciclo.

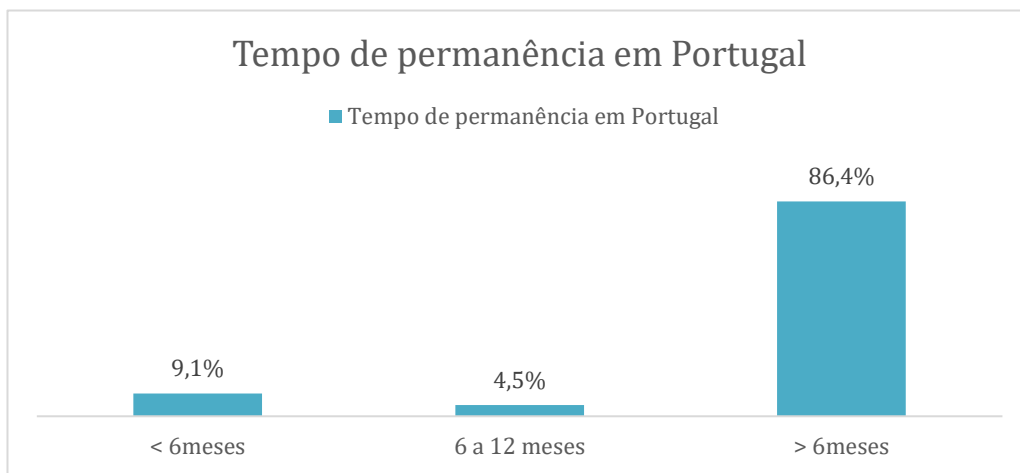


**Gráfico 2** - Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias  
Fonte: Elaboração própria

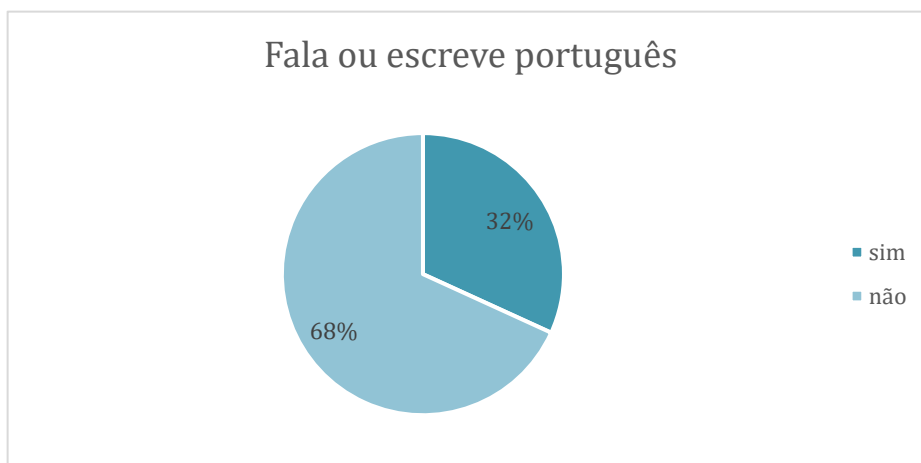
Relativamente ao país de origem (Gráfico3), cerca de 73% da amostra é do Nepal e 27% do Bangladesh, 86,4% reside em Portugal há mais de 1 ano (Gráfico4) e 68% não fala ou escreve português (Gráfico5).



**Gráfico 3** - Caracterização da amostra quanto ao país de origem  
**Fonte:** Elaboração própria



**Gráfico 4** - Caracterização da amostra quanto ao tempo de permanência em Portugal  
**Fonte:** Elaboração própria



**Gráfico 5** - Caracterização da amostra quanto à capacidade de falar ou escrever português  
**Fonte:** Elaboração própria

### 4.2.3 Definição de Prioridades

A segunda etapa do PS é, segundo Tavares (1990), um processo de tomada de decisão. Nesta etapa selecionam-se os problemas de saúde que serão intervencionados, recorrendo a critérios de diversa ordem, devendo sempre ter-se em consideração o uso eficiente dos recursos e o horizonte temporal em que as atividades serão desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Melo, é importante priorizar uma vez que os recursos disponíveis muitas vezes são insuficientes para responder a todas as necessidades, assim “a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor” (Melo, 2020, p. 19).

Desta forma, considera-se, neste PIC, que o plano é de curto prazo e que a intervenção será a nível local, logo, os recursos são limitados ao mesmo. Recorreu-se ao Método de Hanlon (Tavares 1990), para hierarquizar os diagnósticos de enfermagem identificados. Este método utiliza quatro critérios (Tabela 3) para a realização da priorização: A-Magnitude do problema; B-Gravidade do problema; C-Eficácia da solução do problema; D-Exequibilidade da intervenção. A ordenação dos problemas está representada no Tabela 4 e foi obtida pelo cálculo da fórmula  $(A + B) \times C \times D$ , (Rodrigues, 2021).

**Tabela 3** - Critérios Método Hanlon

<b>(A) Magnitude do problema (0 a 10)</b>	<b>(B) Gravidade do problema</b>	<b>(C) Eficácia da solução do problema</b>	<b>(D) Exequibilidade da intervenção</b>
2 – 0% a 20%	4 – Pouco grave	0,5 – Solução difícil	0 – Não exequível
4 – 21% a 40%	7 – Gravidade média	1 – Solução razoável	1 - Exequível
6 – 41% a 60%	10 – Muito grave	1,5 – Solução fácil	
8 – 61% a 80%			
10 – 81% a 100%			

Fonte: (Rodrigues, 2021)

**Tabela 4** - Aplicação do Método Hanlon aos diagnósticos de enfermagem  
Fonte: (Rodrigues, 2021)

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

Fonte: Elaboração própria

Assim, os diagnósticos de enfermagem alvo de intervenção no decorrer do projeto são:

- Défice de conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde;
- Défice de conhecimentos sobre vacinação;
- Adesão à vacinação comprometida;

Tendo em consideração que este projeto foi desenvolvido com a colega de estágio, a intervenção que desenvolvi foi direcionada para o diagnóstico: Défice de conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde. Os outros diagnósticos priorizados foram intervencionados pela colega de estágio.

#### **4.2.4 Fixação de Objetivos**

A fixação de objetivos é a terceira etapa do PS, onde são definidos objetivos após terem sido determinadas as prioridades de intervenção. Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 79), o objetivo é “um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”. Ao formular os objetivos há a considerar que estes idealmente devem cumprir cinco pressupostos: ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporizáveis, (Rodrigues, 2021).

Foi definido como objetivo geral promover o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes a residir na Marinha das Ondas, inscitos na USF Figueira Sul, até fevereiro de 2025.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Promover o acesso aos serviços de saúde;
- Identificar as barreiras no acesso aos cuidados de saúde;
- Aumentar os níveis de conhecimentos sobre os serviços de saúde em situações urgentes e não urgentes;
- Promover o acesso à vacinação;

Nesta etapa é essencial estabelecer os indicadores de estrutura, os indicadores de processo e os indicadores de resultado, sendo que um indicador de resultado mede a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema, e um indicador de processo mede a atividade que é desenvolvida com vista a atingir os indicadores de resultado, (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, como indicadores de estrutura defini: Projetor multimédia, computadores, enfermeiros, administrativa, auxiliar de ação médica, sala ampla, consentimento informado, questionários, folhetos e vacinas.

Como indicadores de processo defini:

- (intervenção)  $\frac{\text{n.º de intervenções realizadas}}{\text{n.º de intervenções programadas}} \times 100$
- (reuniões com *stakeholders*)  $\frac{\text{n.º de reuniões com stakeholders realizadas}}{\text{n.º de reuniões com stakeholders programadas}} \times 100$

E como indicadores de resultado defini:

- $\frac{\text{n.º de imigrantes inscritos no CS (Centro de Saúde)}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde a contactar em caso de dúvida}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre número de emergência médica}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações não urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes que indicaram pelo menos uma barreira}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$
- $\frac{\text{n.º de imigrantes que têm PNV atualizado}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$

Após a definição de objetivos e dos indicadores, são definidas as metas. Assim, as metas para este projeto são:

- Que 100% das sessões programadas sejam realizadas;
- Que 95% das reuniões com *stakeholders* sejam realizadas;
- Que 95% dos imigrantes estejam inscritos no CS;
- Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre serviços de saúde a contactar em caso de dúvida;
- Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre número de emergência médica;
- Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde em situações não urgentes;
- Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde em situações urgentes;
- Que 95% dos imigrantes tenham o PNV atualizado;

#### **4.2.5 Seleção e Elaboração de Estratégias**

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p. 65), estratégia é “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde”.

Na quarta etapa do PS selecionam-se as estratégias mais adequadas para alcançar os objetivos propostos. O EESCSP deve delinear as estratégias de intervenção tendo em consideração os recursos disponíveis, tempo e obstáculos, assim como da aceitação pela população, de forma a satisfazer as necessidades de saúde e consequentemente melhorar o estado de saúde da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1993; Rodrigues, 2021). Esta é uma etapa crucial no projeto, uma vez que a forma como são planeadas as estratégias determina o sucesso do alcance das metas propostas (Melo, 2020).

Seguindo os pressupostos do MPSNP e da TDUCC de Leininger, que norteiam este projeto, a estratégia estipulada assenta na educação para a saúde e visa promover o acesso aos serviços de saúde aos imigrantes a residir na Marinha das Ondas, respeitando os seus valores culturais e as suas crenças.

Segundo Pender, Murdaugh, & Parsons (2019), a educação para a saúde, é uma estratégia de capacitação que permite aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde. Também Loureiro & Miranda (2018) referem que, a educação para a saúde fundamenta-se

na educação para o *empowerment*, permitindo que a pessoa assuma um papel ativo na sua própria aprendizagem através da reflexão crítica e análise das circunstâncias em que vive.

Desta forma, a promoção da saúde constitui-se como a principal estratégia a ser utilizada neste projeto. De acordo com Portillo, Vasquez, & Brown (2020), a promoção da saúde no contexto comunitário emerge como uma estratégia essencial para mitigar as desigualdades e melhorar o acesso e a adesão aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes. Os programas de promoção de saúde mais eficazes são aqueles que respeitam a diversidade cultural, promovem a literacia em saúde e consideram as condições específicas deste grupo vulnerável (Portillo, Vasquez, & Brown, 2020). Segundo Palacios *et al* (2023), a promoção da saúde é uma estratégia basilar em projetos comunitários direcionados para grupos vulneráveis como os imigrantes, sendo que as intervenções devem diminuir as barreiras linguísticas e serem adequadas ao contexto cultural de origem (Parker, et al., 2023).

As estratégias de promoção da saúde são variadas e representam um desafio para o EESCSP, pois, para serem efetivas, é preciso considerar as implicações, as perceções da população-alvo e as teorias que influenciam o comportamento (Rodrigues, 2021).

Neste PIC, como estratégia para promover a saúde recorreremos a *soundbite* e intervenções educativas. Os *soundbites* são mensagens curtas ou expressões de fácil memorização utilizadas com o objetivo de inspirar e persuadir a população alvo (Rodrigues, 2021).

Assim, em conjunto com a colega de estágio, foi desenvolvido o símbolo do projeto Integra-TE (Apêndice XII), associado ao *soundbite* "Cuidar de todos é o nosso Compromisso", e posteriormente validado pelos peritos na área. Este *soundbite* e o símbolo do Projeto Integra-TE foram desenvolvidos com o objetivo de fortalecer a identidade do projeto, facilitar a comunicação e promover a participação, além de aumentar sua visibilidade e impacto na comunidade.

A palavra "Integra" sugere inclusão, pertença e envolvimento na comunidade, o "TE" destacado remete para a integração, enfatizando o papel ativo de cada indivíduo, confere um tom acolhedor, acessível e humano, transmitindo proximidade e empatia. A combinação de letras mais formais e manuscritas reforça o equilíbrio entre estrutura organizacional e abordagem humanizada. O círculo simboliza união, continuidade e comunidade e o facto de não estar totalmente fechado representa abertura e acolhimento. O uso de folhas e ramos em tons de verde transmite crescimento, renovação e cuidado, aspetos fundamentais em projetos de intervenção comunitária. A linha contínua que percorre o logótipo representa conexão, trajetória e movimento, reforçando a ideia de um processo de integração em curso. Assim, o símbolo do projeto Integra-TE (Apêndice XII) reforça a necessidade de uma abordagem

acessível e inclusiva e transmite uma identidade visual voltada para acolhimento, crescimento e integração, elementos essenciais para um PIC.

Neste projeto, foi também utilizada como estratégia de promoção de saúde, o *marketing* social em saúde que visa melhorar a adesão da população alvo a uma prática ou campanha de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis, contribuindo para a eficácia das intervenções e para a alteração de comportamentos (Rodrigues, 2021). Assim, a comunicação, realizada no âmbito do projeto Integra-TE, assenta em ações que foram desenvolvidas com o objetivo de promover a sua divulgação, procurando mobilizar tanto a população-alvo, como todos os parceiros e intervenientes. Neste sentido, a divulgação do projeto foi realizada em reuniões de apresentação do mesmo aos profissionais de saúde da UCCFM, USP e da USF Figueira e também na junta de freguesia e na Cáritas.

De forma a atingir os objetivos definidos e intervir adequadamente, foram ainda selecionadas as seguintes estratégias: estabelecimento de parcerias com os *stakeholders* e envolvimento dos profissionais de saúde das várias UF.

Segundo Mattei, *et al.* (2024), os programas que integram mediadores culturais e parcerias têm maior sucesso na superação das barreiras linguísticas e aumentam os níveis de confiança dos imigrantes na utilização dos serviços de saúde. Assim, o estabelecimento de parcerias com os *stakeholders* foi uma estratégia que se configura de relevância para que se consiga atingir os objetivos.

Os resultados de uma parceria envolvem não só os ganhos em termos de recursos e meios para a intervenção, mas também a visibilidade, divulgação e o sucesso do projeto. Neste PIC foram constituídos os seguintes *stakeholders*: presidente da junta de freguesia, profissionais de saúde da USF Figueira Sul, profissionais da Caritas que inclui uma assistente social que é uma pessoa de referência para a população alvo. As parcerias com estas entidades, permitiram um reforço das intervenções dirigidas aos imigrantes, potencializando a resposta global às necessidades para a obtenção de mais ganhos em saúde.

Em resumo, a promoção da saúde como estratégia em projetos de intervenção comunitária para imigrantes é uma abordagem eficaz para melhorar a saúde e o bem-estar dessas populações, facilitando sua integração e contribuindo para comunidades mais saudáveis e inclusivas.

#### 4.2.6 Elaboração de Programas e Projeto e Preparação da Execução

Conforme previsto pelo Regulamento n.º 428/2018, compete ao EESCSP criar programas e projetos de intervenção que permitam dar resposta às necessidades específicas da comunidade, para tal é fundamental planear todo o processo, garantindo uma execução clara e objetiva, envolvendo os responsáveis organizacionais e políticos, de acordo com as problemáticas identificadas (OE, 2018).

Neste sentido, torna-se fundamental perceber a diferença entre programa e projeto. Rodrigues (2021, p. 49) refere que o programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros geridas por um mesmo organismo” e o projeto é “um conjunto específico de operações projetadas para atingir uma meta única e é circunscrito para aquela população e para aquele horizonte temporal” (Rodrigues, 2021, p. 49).

Imperatóri & Giraldes (1993) referem que é nesta etapa que, em função dos objetivos operacionais, são explanadas as atividades a desenvolver para a operacionalização do projeto. Segundo Rodrigues (2021), o planeamento das atividades deve ser uma tarefa flexível, detalhada e adaptada às necessidades da população alvo, permitindo a sua monitorização e adequações necessárias.

Cumprindo o definido, nesta fase foram estabelecidas as atividades necessárias tendo em consideração as estratégias educativas selecionadas, focadas na educação para a saúde, com base no Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, de forma a atingir os objetivos operacionais definidos. Desta forma, a aplicação do modelo teórico na prática de enfermagem, fundamentou a definição dos cuidados a implementar e contribuiu para a elaboração deste projeto. Assim, posso afirmar que a utilização deste modelo, configurou-se fundamental na intervenção desenvolvida com foco nos imigrantes.

Tendo em consideração os dados obtidos no diagnóstico de situação, a priorização das necessidades, os objetivos, geral e específicos, e as estratégias a adotar é importante definir as atividades a desenvolver durante o projeto. As atividades devem ter relação direta com os objetivos específicos (Rodrigues, 2021).

Assim, foram definidas e realizadas as seguintes atividades:

- Reuniões com os *stakeholders* / Apresentação do projeto na USP da ULSBM, UCCFM, USF Figueira Sul, Caritas, Junta de Freguesia (Apêndice XI);
- Divulgação informação através convite (Apêndice XIII);

- Apresentação da intervenção educativa sobre acesso aos serviços de saúde e vacinação em português, inglês e bengali (Apêndice XIV);
- Questionário de avaliação inicial (Apêndice XV) e Questionário de avaliação final (Apêndice XVI) sobre conhecimentos sobre acesso aos serviços de saúde e vacinação, ambos os questionários foram redigidos em português, inglês e bengali;
- Folhetos informativos com *QR code* com informação sobre acesso aos serviços de saúde (Apêndice XVII) e sobre vacinação (Apêndice XVIII), em português, inglês e bengali;
- Vacinar de acordo com o PNV;

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

#### **4.2.7 Execução**

Na etapa da execução são implementadas as atividades delineadas, dando resposta aos objetivos definidos (Imperator & Giraldes, 1993). Neste sentido, esta etapa iniciou com a elaboração do plano operacional das atividades a ser implementado, incluído no Cronograma do Estágio (Apêndice I).

Começamos por realizar reuniões com os *stakeholders*, onde realizamos a apresentação do projeto Integra-TE (Apêndice XI), através do método expositivo e participativo, nomeadamente na USP da ULSBM, UCCFM, USF Figueira Sul, Caritas e na Junta de Freguesia. A realização destas reuniões tem como objetivo divulgar os resultados do diagnóstico de situação, validar os resultados obtidos no diagnóstico de situação, sensibilizar para os problemas identificados e a necessidade de intervenção, obter colaboração para a implementação do PIC e consolidar parcerias.

De seguida divulgamos o projeto e a sua intervenção, após parecer favorável da Comissão de Ética e das demais autorizações anteriormente descritas, através de convite (Apêndice XIII) afixado em pontos de referência, como a USF Figueira Sul, cafés, Junta de Freguesia assim como nas redes sociais. O convite realizado, para além de divulgar a atividade a realizar no âmbito do projeto Integra-TE, também objetiva promover maior mobilização e participação da comunidade.

No dia da intervenção, numa primeira fase, foi aplicado um questionário inicial (Apêndice XV) em português, inglês e bengali, no qual são colocadas questões sobre dados

sociodemográfico, questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde em vários contextos e sobre vacinação. O objetivo é perceber quais os conhecimentos da população alvo sobre os serviços de saúde, quais as barreiras percecionadas no acesso aos cuidados de saúde e conhecimentos sobre vacinação. Importa referir que antes da aplicação dos questionários foi solicitado o consentimento informado, foram explicadas todas as etapas da intervenção, bem como referenciado que a qualquer momento os participantes poderiam desistir sem qualquer consequência.

De seguida, foi realizada uma intervenção educativa sobre acesso aos serviços de saúde e vacinação, em português, inglês e bengali (Apêndice XIV), na qual foi explicado o circuito de acesso aos serviços de saúde, bem como da importância de se vacinar. Foram também distribuídos folhetos informativos com *QR code* com informação sobre acesso aos serviços de saúde (Apêndice XVII) e sobre vacinação (Apêndice XVIII), em português, inglês e bengali. Após abordar os temas anteriormente explanados, procedeu-se à vacinação de acordo com o PNV. De salientar que é essencial aproveitar todas as oportunidades para vacinar os imigrantes e comunidades estrangeiras, não só porque protege esta população específica, mas também fortalece a imunidade de grupo e promove uma sociedade mais saudável, indo de encontro ao definido nos ODS da Agenda 2030 e no PNV (ONU, 2015; DGS, 2024b).

Posteriormente, foi aplicado o questionário de avaliação final (Apêndice XVI) com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos sobre acesso aos serviços de saúde, também este questionário foi redigido em português, inglês e bengali.

#### 4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO

A Avaliação é a etapa do PS onde se verifica o grau de sucesso da intervenção no alcance dos objetivos (Tavares, 1990; Rodrigues, 2021).

Imperatori & Giraldes (1993), bem como Rodrigues (Rodrigues, 2021, pp. 194-197), referem que o PS é um processo contínuo, no qual as etapas se interligam. Assim, a avaliação deve concretizar-se, de forma sistemática, ao longo de todo o processo, garantindo ajustes e melhorias constantes. A avaliação permite analisar se o diagnóstico é correto, se as estratégias e as atividades foram bem definidas e deve ser realizada durante e após a sua implementação (Rodrigues, 2021, pp. 196-197).

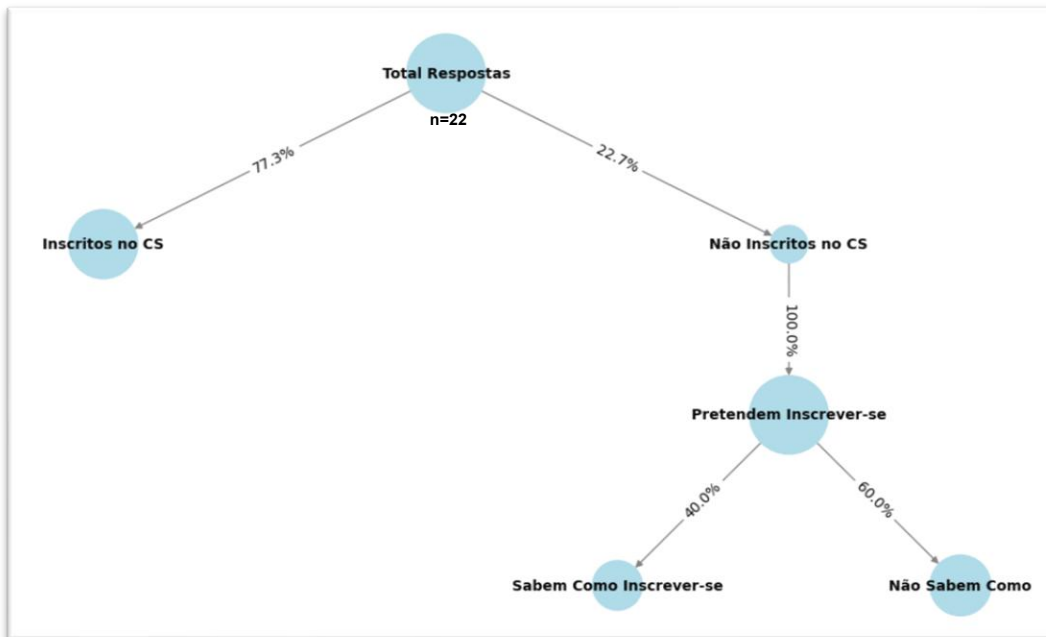
Neste sentido, ao longo de todo o processo de implementação do projeto Integra-TE, zelamos por uma monitorização cuidada do mesmo, principalmente na identificação de aspetos passíveis de serem alterados ou corrigidos de forma a alcançar a sua finalidade. Assim, de forma precisa e objetiva, pretendemos determinar o grau de cumprimento das metas

previamente estabelecidas e analisar a eficácia e o impacto das estratégias selecionadas, tendo em consideração aos objetivos inicialmente traçados, por forma a responder aos problemas identificados.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), os indicadores de avaliação permitem clarificar a realidade e validar progressos. De acordo com Rodrigues (2021, pp. 200-201), indo de encontro ao modelo de avaliação em saúde de Donabedian, a avaliação do projeto Integra-TE é feita tendo por base os indicadores de estrutura, de processo, de resultado e as metas estabelecidas anteriormente. Estes encontram-se explanados e analisados nos seguintes gráficos e tabelas.

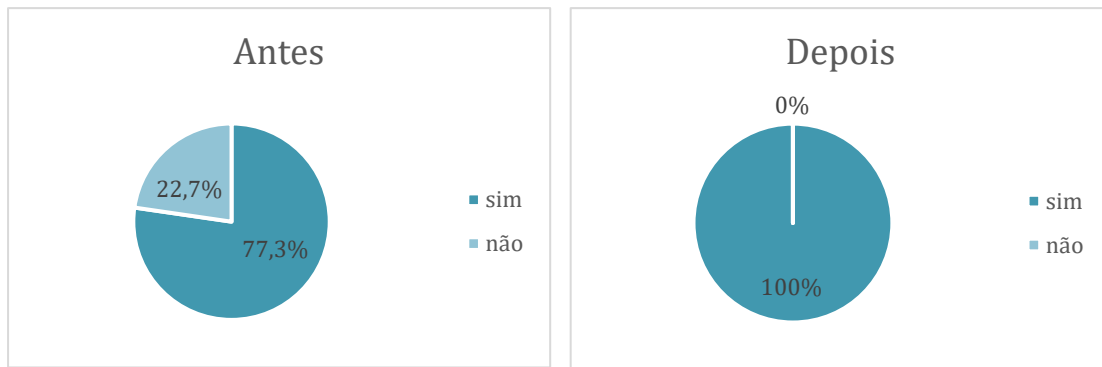
Para avaliar a eficácia das intervenções planeadas e implementadas ao longo do Projeto Integra-TE, efetuámos previamente um questionário inicial de avaliação de conhecimentos (Apêndice XV) e, no final da intervenção, foi aplicado um instrumento de avaliação (Apêndice XVI). Os dados obtidos são analisados de seguida, tem em consideração a amostra de 22 imigrantes.

A Figura 3 representa a taxa de inscrição no Centro de Saúde da amostra. Antes da intervenção, 77,3% dos imigrantes estavam inscritos no CS e 22,7% não estavam inscritos no CS e pretendiam inscrever-se no CS, sendo que 60% não sabe como se inscrever. Após a intervenção de promoção do acesso aos serviços de saúde, 100% efetuou a inscrição no CS, como evidencia o Gráfico 6.



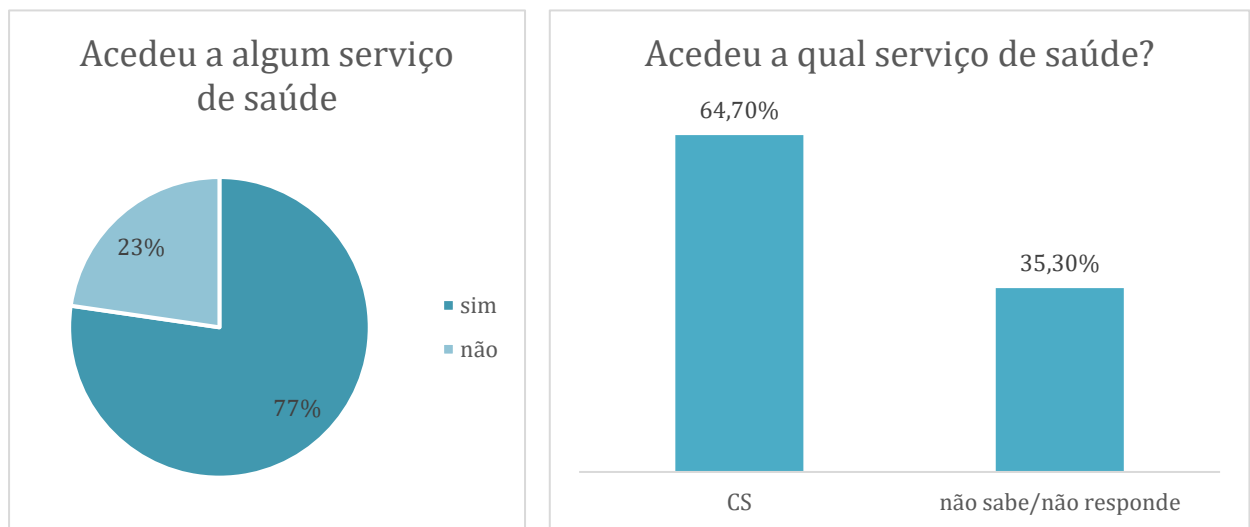
**Figura 3** - Taxa de inscrição no Centro de saúde (n=22)

Fonte: Elaboração própria



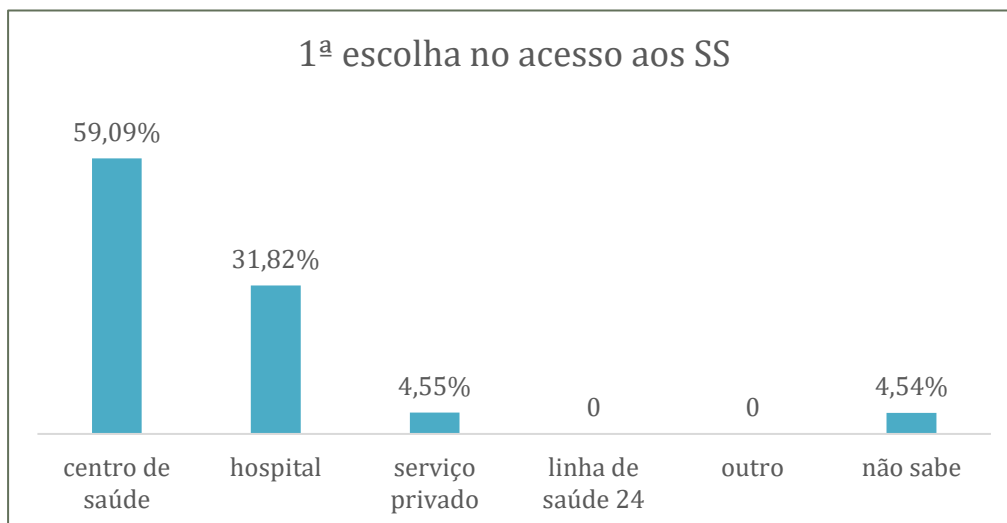
**Gráfico 6** – Percentagem de inscritos antes e após intervenção (n=22)  
 Fonte: Elaboração própria

O gráfico 7 representa as respostas à pergunta “Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas? Se sim, qual?”. Podemos perceber, pela análise do Gráfico 7, que 22% nunca acedeu a um serviço de saúde e 77% acederam, sendo que desses 64,7% recorreu ao CS e 35,3% não sabe ou não responde.



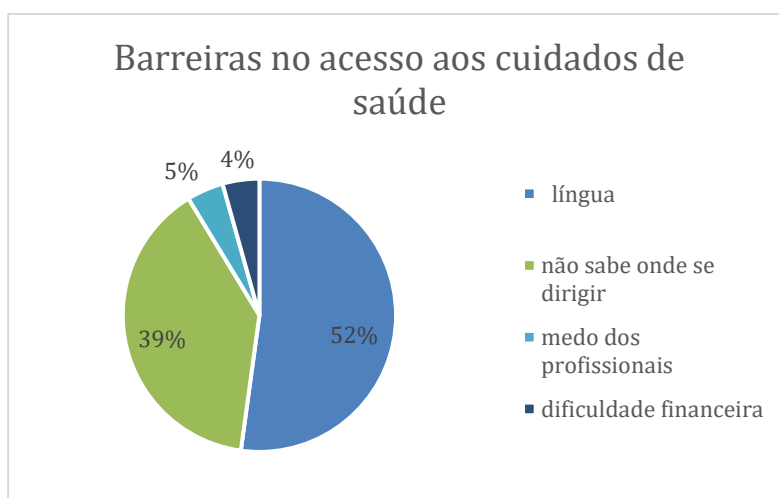
**Gráfico 7** – Resposta à questão 11 do questionário inicial “Acedeu a algum serviço de saúde desde que está a residir na Marinha das Ondas? E sim, qual?” (n=22)  
 Fonte: Elaboração própria

O gráfico 8 representa as respostas à pergunta do questionário inicial “Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde?”. Podemos perceber, pela análise do Gráfico 8, que 59,09% tem como primeira escolha no acesso aos serviços de saúde o CS e 31,82% referem o hospital como primeira escolha.



**Gráfico 8** - Resposta à questão 12 do questionário inicial "Qual a primeira escolha para o acesso aos serviços de saúde?" (n=22)  
 Fonte: Elaboração própria

Quanto às barreiras no acesso aos cuidados de saúde (Gráfico 9), 52% referiu que a língua é a maior barreira, seguida da falta de conhecimentos sobre onde se dirigir com 39% de respostas.



**Gráfico 9** - Resposta à questão 15 do questionário inicial "15. Quais as barreiras a aceder aos cuidados de saúde, desde que está a residir na Marinha das Ondas?" (n=22)  
 Fonte: Elaboração própria

Como referido anteriormente, a avaliação é suportada por indicadores de processo e indicadores de resultado antes e após a intervenção, bem como pelas metas que são apresentadas e avaliadas nas Tabelas 5,6,7 e 8, respetivamente.

No Tabela 5 são analisados os indicadores de processo. Relativamente à intervenção, estava planeada uma que foi realizada. Quanto às reuniões com os *stakeholders*, estavam planeadas

e foram realizadas cinco reuniões de divulgação do projeto Integra-TE, conforme explanado no cronograma do estágio (Apêndice I).

**Tabela 5 - Avaliação dos Indicadores de Processo**

Indicador de Processo	Cálculo	Resultado (%)	Avaliação
$\frac{\text{n.º de intervenções realizadas}}{\text{n.º de intervenções programadas}} \times 100$	1/1x100	100	Atingido
$\frac{\text{n.º de reuniões com stakeholders realizadas}}{\text{n.º de reuniões com stakeholders programadas}} \times 100$	5/5x100	100	Atingido

Fonte: Elaboração própria

Como referido anteriormente, a amostra é constituída por 22 imigrantes a residir na Marinha das Ondas, sendo, portanto, uma amostra pouco representativa. Esta situação ocorreu pelo curto espaço temporal do estágio e as devidas autorizações para a implementação deste projeto que foram atribuídas uma semana antes do *términus* do estágio, sendo uma limitação deste projeto.

Antes da intervenção foi aplicado um questionário inicial, do qual foi feita análise e avaliação dos indicadores de resultado (Tabela 6), antes da intervenção não estavam atingidos os indicadores definidos.

**Tabela 6 - Avaliação dos Indicadores de Resultado antes da intervenção**

Indicador de Processo	Cálculo	Resultado (%)	Avaliação
$\frac{\text{n.º de imigrantes inscritos no CS}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	17/22x100	77,3	Não atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde a contactar em caso de dúvida}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	6/22x100	27,3	Não atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre número de emergência médica}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	4/22x100	18,2	Não atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações não urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	13/22x100	59,1	Não atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	9/22x100	40,9	Não atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes que indicaram pelo menos uma barreira}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	22/22x100	100,0	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes que têm PNV atualizado}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	4/22x100	18,2	Não atingido

Fonte: Elaboração própria

A intervenção visa colmatar a falta de conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, após a intervenção foi aplicado um questionário final com o objetivo de perceber o impacto da intervenção e o alcance dos indicadores de resultado (Tabela 7) e das metas propostas (Tabela 8).

**Tabela 7 - Avaliação dos Indicadores de Resultado após intervenção**

Indicador de Resultado	Cálculo	Resultado (%)	Avaliação
$\frac{\text{n.º de imigrantes inscritos no CS}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	22/22x100	100,0	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde a contactar em caso de dúvida}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	20/22x100	90,9	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre número de emergência médica}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	22/22x100	100,0	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações não urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	13/22x100	100,0	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes com conhecimentos sobre serviços de saúde em situações urgentes}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	19/22x100	86,4	Atingido
$\frac{\text{n.º de imigrantes que têm PNV atualizado}}{\text{n.º total de imigrantes que participaram}} \times 100$	22/22x100	100,0	Atingido

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 8 - Avaliação das Metas**

Metas	Resultado (%)	Avaliação
<b>Que 100% das sessões programadas sejam realizadas;</b>	100	Meta atingida
<b>Que 95% das reuniões com <i>stakeholders</i> sejam realizadas;</b>	100	Meta atingida
<b>Que 95% dos imigrantes estejam inscritos se inscrevam no CS;</b>	100	Meta atingida
<b>Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre serviços de saúde a contactar em caso de dúvida;</b>	90,9	Meta atingida
<b>Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre número de emergência médica;</b>	100	Meta atingida
<b>Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde em situações não urgentes;</b>	100	Meta atingida
<b>Que 80% dos imigrantes tenham conhecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde em situações urgentes;</b>	86,4	Meta atingida
<b>Que 95% dos imigrantes tenham o PNV atualizado;</b>	100	Meta atingida

Fonte: Elaboração própria

Assim, analisando as tabelas anteriormente apresentadas, considerando que as metas propostas foram todas alcançadas, poderemos concluir que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos com sucesso.

#### 4.4 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O projeto Integra-TE demonstra implicações significativas para a prática clínica, sobretudo na abordagem à população imigrante. Uma vez que a sua implementação evidencia a necessidade de estratégias inclusivas e culturalmente sensíveis, que garantam a equidade no acesso aos cuidados de saúde, através da prática especializada baseada na evidência.

As estratégias de promoção da saúde definidas, nomeadamente *soundbites*, intervenções educativas e *marketing* social em saúde, bem como o estabelecimento de parcerias com os *stakeholders*, revelaram-se eficazes, pois permitiram a compreensão da importância de promover o acesso aos cuidados de saúde e à vacinação, contribuindo para decisões informadas e ganhos em saúde.

No que concerne aos resultados da implementação do Projeto Integra-TE, houve um aumento do número de imigrantes inscritos no CS, resultando no aumento de conhecimentos sobre o acesso aos serviços e sobre a vacinação. Com a implementação do projeto Integra-TE a amostra evidenciou ter adquirido conhecimentos sobre o número de emergência médica e linha de Saúde 24 e em que situações deve contactar cada número, bem como conhecimentos sobre em que situações deve recorrer ao CS ou ao serviço de urgência. A implementação do projeto Integra-TE permitiu o acesso à vacinação e o aumento da cobertura vacinal.

O projeto Integra-TE adota uma metodologia que permite ser adaptado a outras necessidades de saúde da população imigrante, nomeadamente na área da saúde materna, saúde infantil, rastreios oncológicos e deteção e vigilância de doenças crónicas.

Neste sentido, após a avaliação do projeto Integra-TE, faz sentido identificar algumas sugestões de melhoria. Desta forma, saliento que seria importante e pertinente avaliar o impacto do projeto Integra-TE a longo prazo, com objetivo de perceber se os resultados alcançados se mantêm ao longo do tempo e, conseqüentemente, se obtenham ganhos em saúde. Para tal, seria importante desenvolver indicadores de impacto, uma vez que estes “medem o efeito produzido de acordo com os objetivos propostos” (Rodrigues, 2021, p. 206).

Seria também muito importante para este projeto, obter dados sobre o real número de imigrantes a residir na área de abrangência desta UF, para tal seria fundamental a colaboração dos *stakeholders*, garantindo que os dados obtidos sejam precisos e completos.

Importa também referir que, na elaboração do diagnóstico de situação de saúde, foram identificados outros diagnósticos de enfermagem que seria importante intervir, nomeadamente a nível do défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos e IST's.

Ao longo da elaboração e implementação do projeto Integra-TE, surgiram alguns aspetos limitadores da sua concretização e implementação. Neste sentido, torna-se fundamental refletir e analisar essas limitações, compreendendo de que forma limitaram a sua execução e como foram ultrapassadas.

Assim, a elaboração do pedido de parecer à comissão de ética, revelou ser um processo burocrático moroso. Este é um documento muito específico que, em colaboração com os enfermeiros orientadores e com professora Eva Menino, foi possível submeter no dia 19 de novembro 2024, sendo que, só obtivemos aprovação para a sua implementação a 21 de janeiro 2025 (Anexo II). Consequentemente, a divulgação do projeto foi limitada, uma vez que só poderia ocorrer após a obtenção do parecer favorável Comissão de Ética da ULSBM, este facto limitou a visibilidade e o alcance do projeto Integra-TE, sendo que a intervenção comunitária decorreu no dia 25 de janeiro (Apêndice XIII).

Importa também referir que o espaço temporal relativamente curto do estágio foi uma limitação do projeto Integra-TE, mais concretamente na sua implementação. Importa referir que para ultrapassar estas limitações é fundamental a comunicação entre as diferentes equipas, de forma a não condicionar a fluidez das intervenções, a divulgação do projeto e a tomada de decisões rápidas.

Apesar das limitações referidas na elaboração e implementação do projeto Integra-TE, importa salientar que estas foram ultrapassadas pela resiliência e foco nos objetivos definidos e que determinaram a implementação e o sucesso deste projeto.

De salientar que, tendo em consideração as necessidades em saúde identificadas, a continuidade do projeto Integra-TE permitirá promover o acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante e diminuir as barreiras no acesso aos serviços de saúde, numa perspetiva de melhoria contínua e consequentemente promover a saúde, prevenir doenças e naturalmente obter ganhos em saúde.

Assim, perante a existência de contextos similares noutras comunidades imigrantes, admitimos que o projeto Integra-TE pode ser facilmente replicado, independentemente da nacionalidade dos participantes, tendo em consideração as necessárias adaptações. A sua implementação na prática clínica reforça a importância de estratégias proativas, inclusivas e sustentáveis e com isto permite reduzir desigualdades em saúde. Esta característica torna o projeto ainda mais pertinente e fundamental na promoção do acesso aos cuidados de saúde, na capacitação deste grupo vulnerável e na promoção da literacia em saúde.

## **CONCLUSÃO INTEGRATIVA**

A elaboração do presente relatório de estágio explana, através de análise crítico - reflexiva, o percurso formativo que trilhei e que me permitiu desenvolver competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, contribuindo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Com a realização deste relatório foi possível aprofundar conhecimentos sobre o MPSNP e sobre a TDUCC de Madeleine Leininger e perceber a sua aplicabilidade, bem como a sua importância, uma vez que estes orientaram a prática, o pensamento crítico e a tomada de decisões dos enfermeiros.

Os estágios realizados foram extremamente importantes e benéficos no meu processo de aprendizagem, pois permitiram consolidar os conhecimentos já adquiridos nas várias unidades curriculares, desenvolver competências específicas, permitiram a partilha de experiências, bem como a capacidade de análise, reflexão, planeamento, comunicação e trabalho em equipa e, deste modo, dar continuidade ao meu processo de construção de identidade enquanto futura EESCSP.

O EESCSP desempenha um papel fundamental na avaliação do estado de saúde da comunidade, na elaboração de projetos ajustados às necessidades da comunidade e aos recursos disponíveis, com intervenções adequadas, assim como a sua monitorização e avaliação, com objetivo de capacitar os grupos e comunidades e obter ganhos em saúde, indo de encontro ao definido no Regulamento das Competências específicas do EESCSP e aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste sentido, os estágios permitiram realizar a avaliação do estado de saúde de uma comunidade vulnerável, através da análise de determinantes de saúde e de dados epidemiológicos, permitindo a elaboração do projeto Integra-TE, indo de encontro ao definido do PNS.

O aumento do fluxo migratório a nível global e a crescente diversidade cultural têm um impacto significativo na saúde e nos cuidados de enfermagem prestados. Como tal, face aos novos desafios é fundamental promover o acesso aos cuidados de saúde e minimizar as barreiras ao acesso dos serviços de saúde.

Neste sentido, o projeto Integra-TE baseou-se na evidência científica e foi desenvolvido com o objetivo de promover o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes a residir na Marinha das Ondas. Para sua elaboração, operacionalização e implementação foi fundamental o desenvolvimento de parcerias e os resultados da avaliação do projeto evidenciam ganhos em saúde por parte dos imigrantes. Assim, apesar de a amostra não ser representativa, as metas

foram alcançadas e os objetivos definidos foram atingidos com sucesso e evidenciam ganhos em saúde. A continuidade e replicação deste projeto permitirá promover o acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante, diminuir as barreiras no acesso aos serviços de saúde e obter ganhos em saúde.

Deste modo, todo o percurso formativo e a elaboração deste relatório foram essenciais para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESCSP, garantindo o cumprimento dos objetivos gerais, assim como os objetivos específicos.

Este percurso formativo foi um grande desafio pessoal e profissional, pautado por fatores facilitadores da aprendizagem e fatores limitadores do processo que deve ser alvo de análise. Como fator facilitador da aprendizagem destaca-se a disponibilidade, os conhecimentos e a forma acolhedora como fui recebida por todos os profissionais que constituem as equipas das unidades onde decorreram os estágios, em especial dos enfermeiros orientadores. Este fator permitiu a minha integração, a partilha de saberes e proporcionou oportunidades para o desenvolvimento das minhas competências como EESCSP. Trabalhar em equipa e num ambiente saudável, mantendo boas relações com os pares foi sem dúvida um fator facilitador, uma vez que o apoio e o trabalho desenvolvido com a colega de estágio foram aspetos positivos neste percurso, tornando-o mais positivo e gratificante. Quanto ao fator limitador do processo destaca-se a duração do estágio, sendo este curto para o cumprimento de todos os pressupostos, tendo em conta que os processos burocráticos se mostraram morosos.

Desta forma, a realização dos estágios na USP e na UCCFM da ULSBM, a elaboração deste relatório e considerando o Plano de Estudos no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública foram adquiridos e desenvolvidos um conjunto de conhecimentos e competências, que são exigidos e preconizados para a atribuição do Grau de Mestre, indo de encontro ao definido no Artigo 15º do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março (Decreto-Lei nº74/2006, 2006).

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C., Barbosa e Silva, M., Queiroz, S., & Santos, R. (2021). Health promotion model as a support in nursing practice. *Saúde Coletiva*, 11(64). doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- AIMA. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Obtido em 20 de setembro de 2024, de Agência para a Integração, Migração e Asilo: <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- APF. (2020). *Infeções Sexualmente Transmissíveis*. Obtido em 19 de março de 2024, de Associação para o Planeamento da Família: <https://apf.pt/informacao-tematica/infecoes-sexualmente-transmissiveis/>
- ARS Centro. (2024). *Perfil Local de Saúde – 2023 da ULS do Baixo Mondego*. .
- Bäckström, B., Gomes de Sousa, L. M., Costa, P. M., Magano, O., & Albuquerque, R. d. (2023). Acesso à saúde por parte dos refugiados recolocados Estratégias de acolhimento e integração das instituições da sociedade civil portuguesa. *RELASP Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político*, 4(7), pp. 105 - 136. doi:<https://doi.org/10.35305/rr.v4i7.110>
- BI-CSP. (2024). *BI-CSP UCC Farol do Mondego*. Obtido em 6 de outubro de 2024, de Serviço Nacional de Saúde: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/923/20026/2061351/Pages/default.aspx>
- BI-CSP. (2024a). *USP Baixo Mondego*. Obtido em 08 de junho de 2024, de BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/923/20026/2061384/Pages/default.aspx>
- BI-CSP. (2024b). *Área dos CSP da ULS Baixo Mondego - Distribuição das inscrições no CSP*. Obtido em 23 de maio de 2024, de BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/923/20026/Pages/default.aspx>
- Cá, O. (2022). *Práticas e Comportamentos Sexuais de Imigrantes que vivem em Portugal*. Dissertação, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Obtido em 24 de setembro de 2024, de [https://run.unl.pt/bitstream/10362/159123/1/Olimpio%20sami%20c%3%A1\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Definitiva.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/159123/1/Olimpio%20sami%20c%3%A1_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Definitiva.pdf)
- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal. (*Societies*, 12, 55). Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, n.º 38/2008, Série I, 1182 - 1189. Obtido em 26 de outubro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04. Obtido em 20 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>
- Decreto-Lei n.º 102/2023. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro - Proceda à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, 4 - 20. Obtido em 20 de fevereiro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei nº74/2006. (2006). Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março - Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, 2242 - 2257. Obtido em 15 de março de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- DGS & INSA. (2024). *Infeção por VIH em Portugal – 2024*. (Direção-Geral da Saúde, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Edits.) Obtido em 16 de Dezembro de 2024, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-por-vih-em-portugal-2024/>
- DGS. (2009). *Circular Informativa nº12/DQS/DMD de 07-05-09, Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 24 de setembro de 2024, de Direção Geral da Saúde: <chromehttps://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx>
- DGS. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 24 de março de 2024, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>

- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA E Tuberculose - 2017*. Direção Geral da Saúde. Obtido em 28 de março de 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.26/22713>
- DGS. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s*. Direção Geral da Saúde. Obtido em 24 de março de 2024, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- DGS. (2024). *Boletim Epidemiológico do Sarampo de 04/06/2024*. Obtido em 15 de junho de 2024, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/boletim-epidemiologico-n-14-atividade-epidemica-do-sarampo-em-portugal-2024-pdf.aspx>
- DGS. (2024a). *Relatório - Estudo sobre a perceção de eficácia da Campanha de Comunicação para a promoção da vacinação sazonal Outono-Inverno | 2023-2024*. Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Prevenção da Saúde, Lisboa. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/estudo-sobre-a-percecao-de-eficacia-da-campanha-de-comunicacao-para-a-promocao-da-vacinacao-sazonal-outono-inverno-2023-2024-pdf.aspx>
- DGS. (2024b). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido em 18 de fevereiro de 2025, de DGS Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/normas-e-orientacoes.aspx>
- DGS. (2024c). *Relatório Síntese Anual da Vacinação - 2024*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 4 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- ECDC. (2023). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2023 (2022 data)*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2023-2022-data>
- ECDC. (2024a). *Sexually transmitted infections: an ongoing threat*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sexually-transmitted-infections-ongoing-threat>
- ECDC. (2024b). *A systematic review of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis, and syphilis prevalence in Europe*. Obtido em 18 de setembro de 2024, de European Centre for Disease Prevention and Control: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-chlamydia-gonorrhoea-trichomoniasis-and-syphilis-prevalence>
- ERS. (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde, Porto. Obtido em 22 de outubro de 2024, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1480/Estudo\\_ERS\\_-\\_Acesso\\_a\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_por\\_Imigrantes\\_v2\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes_v2_.pdf)
- ERS. (2023). *Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 21 de setembro de 2024, de Entidade Reguladora da Saúde: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Eurostat. (2024). *Emprego por sexo, idade e nacionalidade (1 000)*. Obtido em 19 de setembro de 2024, de Eurostat - Navegador de dados: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa\\_egan\\_\\_custom\\_8841567/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=a2e95b51-c08a-462c-b4b7-c0a11bab32a7](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_egan__custom_8841567/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=a2e95b51-c08a-462c-b4b7-c0a11bab32a7)
- Fernandes, M., Sequeira, P., Luís, T., & Luís, C. (2024). Impacto do Ruído na Saúde. *Info Saúde, Número 10 - Ano IV*, 21-22. Obtido em 31 de janeiro de 2025, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://7015f2340a.clvaw-cdnwnd.com/f0ce26b359f4719013933715de7fb368/200000347-ae447ae449/InfoSaude%20n%C2%BA%2010\\_final-9.pdf?ph=7015f2340a](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://7015f2340a.clvaw-cdnwnd.com/f0ce26b359f4719013933715de7fb368/200000347-ae447ae449/InfoSaude%20n%C2%BA%2010_final-9.pdf?ph=7015f2340a)
- Fonseca, K. O. (2012). Investigação - Ação: Uma metodologia para a prática e reflexão Docente. *Revista Onis Ciência, 1(2)*. Obtido em 16 de março de 2025, de <https://revistaonisciencia.com/wp-content/uploads/2020/02/2ED02-ARTIGO-KARLA.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à investigação*. Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.
- Freitas, I., Igreja, R., Pacheco, M., & Teodósio, R. (2024). Knowledge and Attitudes Regarding the Vaccination of Brazilian Immigrants in Portugal: Risks When Returning to Their Country of Origin? *Tropical Medicine and Infectious Disease, 9, 67*, pp. 2-14. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9040067>
- Giambi, C., Manso, M., Marchetti, G., Olsson, K., Ali, K., & Declich, S. (2019). Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. *Elsevier, Vaccine 37, 439–5451*. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>

- Hespanha, P. (2008). Políticas Sociais: novas abordagens, novos desafios. *Revista de Ciências Sociais*, 39(1), 5-15.
- ICN. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Obtido em 31 de março de 2024, de International Council of Nurses [ICN]: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2015). *NUTS 2013 - As novas Unidades Territotiais para fins estatísticos*. Obtido em 15 de maio de 2024, de [https://www.compete2020.gov.pt/admin/images/NUTS2013\\_\(1\).pdf](https://www.compete2020.gov.pt/admin/images/NUTS2013_(1).pdf)
- INE. (2023). *Área geográfica dos municípios*. Obtido em 15 de maio de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9959&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9959&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)
- INE. (2023a). *Anuários Estatísticos Regionais - 2022*. Obtido em 15 de maio de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_doc\\_municipios](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_doc_municipios)
- INE. (2023b). *RETORNO DE INFORMAÇÃO AOS RESPONDENTES MUNICÍPIOS*. Obtido em 22 de maio de 2024, de [https://www.ine.pt/documentos/municipios/0605\\_2023.pdf](https://www.ine.pt/documentos/municipios/0605_2023.pdf)
- INE. (2023c). *Esperança de vida à nascença*. Obtido em 22 de maio de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008459&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008459&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto Politécnico de Leiria. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicas*. Leiria: Conselho técnico-científico - ESSLei. Obtido em 18 de outubro de 2023, de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- Lacerda, M., Santos, M., Tonin, L., & Diogo, P. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–6. doi:<https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>
- Lei n.º 21/2014. (2014). Lei da Investigação Clínica - Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril. *Diário da República, n.º 75/2014, Série I*. Obtido em 10 de janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2014-56927694-56927982>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República, n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04*, 55 -66. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). *Promover a saúde: Dos fundamentos à Ação*. 3ª edição revista e atualizada. Edições Almedina SA. (Vols. 3ª Edição - Reimpressão 2023). Almedina.
- Machado, C., Borges, L., & Robban, S. (2023). Análise do Papel da Enfermagem na Sociedade sob a Ótica da Teoria Transcultural de Leininger. *UNICIÊNCIAS*, 27(1), 38 - 44. doi:<https://doi.org/10.17921/1415-5141.2023v27n1p38-44>
- Machado, R. S. (2024). Comunidades de Países de Língua Portuguesa e Determinantes Sociais de Saúde. *Migração em Portugal e na Europa: Determinantes e Impacto na Saúde*, pp. 300 - 311. Obtido em 21 de setembro de 2024, de <https://www.conass.org.br/biblioteca/comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa-e-determinantes-sociais-da-saude/>
- Mattei , J., Caballero-González, A., Maafs-Rodríguez, A., Zhang, A., O'Neill , H., & Gago, C. (2024). Lessons learned by adapting and implementing LUCHA: a deep-structure culturally tailored healthy eating randomized pilot intervention for ethnic-diverse Latinos. *Frontiers in Public Health*. doi:10.3389/fpubh.2023.1269390
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2015). Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory. *Jones and Bartlett Publishers, Inc.*(978-1-284-02662-7). Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de [https://www.researchgate.net/publication/263542934\\_Culture\\_Care\\_Diversity\\_and\\_Universality\\_A\\_Worldwide\\_Nursing\\_Theory](https://www.researchgate.net/publication/263542934_Culture_Care_Diversity_and_Universality_A_Worldwide_Nursing_Theory)
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Município da Figueira da Foz. (2015). *Plano de Desenvolvimento Social*. Obtido em 15 de maio de 2024, de [https://www.cm-figfoz.pt/cmfigueiradafoz/uploads/writer\\_file/document/340/pds\\_2015.pdf](https://www.cm-figfoz.pt/cmfigueiradafoz/uploads/writer_file/document/340/pds_2015.pdf)
- Néné, M., & Sequeira, C. C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel - Edições Técnicas Lda. Obtido em 20 de abril de 2024, de

[https://www.researchgate.net/publication/360088996\\_Investigacao\\_em\\_Enfermagem\\_-\\_Teoria\\_e\\_Pratica](https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica)

- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planejamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- OE. (1998). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril), Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido em 14 de junho de 2024, de [Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf)
- OE. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Obtido em 18 de fevereiro de 2025, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- OE. (2015a). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16*, 8059 - 8105. Obtido em 10 de junho de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- OE. (2015b). Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015*, 16481 - 16486.
- OE. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 135, Série II, 19354 - 19359*. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário de Notícias, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744 - 4750. Obtido em 23 de maio de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*, 128 - 155. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- OE. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. Obtido em 19 de janeiro de 2025, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título de Enfermeiro Especialista*. Obtido em 4 de junho de 2024, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OIM. (2024a). *Relatório Mundial sobre Migração de 2024*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de OIM ONU Migração: <https://worldmigrationreport.iom.int/news/world-migration-report-2024-reveals-latest-global-trends-and-challenges-human-mobility>
- OIM. (2024b). *OIM - Une Migration*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/>
- OIM Brazil. (2024). *Pacto Global para para uma Migração Segura, Ordenada e Regular*. Obtido em 23 de outubro de 2024, de OIM |Brazil: <https://brazil.iom.int/pt-br/pacto-global-para-uma-migracao-segura-ordenada-e-regular>
- OMS & UNICEF. (1978). *Declaração de Alma - Ata*. Obtido em 19 de janeiro de 2025, de Organização Mundial de Saúde: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf)
- OMS. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. Obtido em 14 de fevereiro de 2025, de World Health Organization: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- OMS. (2018). *Especialistas debatem sobre o conceito 'Saúde Única' para reforçar a integração das vertentes humana, animal e ambiental na Saúde Pública*. Obtido em 16 de junho de 2024, de Organização Mundial de Saúde: <https://www.afro.who.int/pt/countries/cabo-verde/news/especialistas-debatem-sobre-o-conceito-saude-unica-para-reforcar-integracao-das-vertentes-humana>

- OMS. (2023). *Primary Health Care*. Obtido em 19 de janeiro de 2025, de Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- OMS. (2024). *Determinantes sociais da saúde*. Obtido em 18 de março de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- OMS. (2024a). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Obtido em 12 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OMS. (2024b). *Vaccines and immunization*. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
- OMS. (2024c). *Surto de sarampo na Europa: casos aumentaram 30 vezes no período de um ano*. Obtido em 19 de maio de 2024, de EuroNews: <https://pt.euronews.com/2024/01/24/surto-de-sarampo-na-europa-casos-aumentaram-30-vezes-no-periodo-de-um-ano>
- OMS. (2024d). *Vaccines and immunization - Europe*. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_2](https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_2)
- OMS. (2024e). *Immunization coverage*. Obtido em 5 de outubro de 2024, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- ONU. (2015). *A Agenda de Desenvolvimento Sustentável*. Obtido em 28 de março de 2024, de Nações Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- OPAS, & OMS. (2024). *Syphilis cases increase in the Americas*. Obtido de Pan American Health Organization and World Health Organization: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentam-nas-americas>
- Oriá, M. O., Ximenes, L., & Alves, M. (2005). Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Ceará. Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de [https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf\\_652/24459](https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf_652/24459)
- Palacios, R., Reyes, C., Garcia, I., & Frances, L. (2023). Cultural adaptation of an evidence-based intervention: The Conexiones program for Latina mothers with cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 32(12). doi:<https://doi.org/10.1158/1538-7755.DISP23-A073>
- Parker, L., Marx, K., Nkimbeng, M., Johnson, E., Koeuth, S., Gaugler, J., & Gitlin, L. (2023). It's More Than Language: Cultural Adaptation of a Proven Dementia Care Intervention for Hispanic/Latino Caregivers. *The Gerontologist*, 63(3), 558-567.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: Pearson Education, Inc. Obtido em 1 de abril de 2024, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134754085.pdf>
- Pordata. (2021). *CENSOS 2021 POR CONCELHO: EVOLUÇÃO 1960-2021*. Obtido em 15 de maio de 2024, de Pordata: Anuários Estatísticos Regionais - 2022
- Pordata. (2023). *Pordata divulga retrato da população estrangeira e dos fluxos migratórios em Portugal*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://pmf-sef.pt/wp-content/uploads/2023/12/PORDATA-dia-Internacional-dos-Migrantes-2023-12-12.pdf>
- Pordata. (2024). *População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente por Nacionalidade*. Obtido em 6 de dezembro de 2024, de PORDATA: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/migracoes/populacao-estrangeira/populacao-estrangeira-com-estatuto-legal-de-residente>
- Pordata. (2024a). *População residente segundo os Censos: total e por sexo*. Obtido em 10 de maio de 2024, de PORDATA, Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17>
- Pordata. (2024b). *População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades*. Obtido em 22 de fevereiro de 2025, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)
- Portillo, E., Vasquez, D., & Brown, L. (2020). Promoting Hispanic Immigrant Health via Community Health Workers and Motivational Interviewing. *International Quarterly of Community Health Education*, 41(1), 3-6. doi:10.1177/0272684X19896731
- Rabello, L. (2010). *A saúde pública e o campo da promoção da saúde*. Obtido em 16 de junho de 2024, de <https://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524-05.pdf>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon Press.

- Ruschel, K., Azzolin, K., & Rabelo, E. (2012). Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de Leininger. Obtido em 19 de fevereiro de 2025, de <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3625/html>
- Santi, D., & Baldissera, V. (2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA - Health promotion in nursing practice. *SAÚDE DEBATE*, 47(139), 993-996. doi:DOI: 10.1590/0103-1104202313919
- Santos, C. J., Gomes, B., & Ribeiro, A. (2020). Mapping Geographical Patterns and High Rate Areas for Sexually Transmitted Infections in Portugal: A Retrospective Study Based on the National Epidemiological Surveillance System. *Sexually Transmitted Diseases*, 47, Number 4, pp. 261 - 268. Obtido em 24 de setembro de 2024
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A., Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R., & Amaral, A. (2024). Formal nurse leaders' perception of evidence-based practice. *Journal of Nursing Referência*, 6(3), pp. 1-8. doi:<https://doi.org/10.12707/RV123.90.32426>
- Sequeira, P., Luís, C., Caldeira, D., Fernandes, M., & Luís, T. (2025). Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde. *Info Saúde, Número 11 - Ano V*, 11-12. Obtido em 25 de fevereiro de 2025, de <https://infosauodeonline.webnode.pt/artigos-em-ingles-articles-in-english/>
- SIG. (2024). *Mapa de freguesia do município de Figueira da Foz*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://sig.cm-figfoz.pt/web/mapawebfreguesias/>
- Silva, D. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 38, pp. 315-321. doi:10.32385/rpmgf.v38i3.13198
- Silva, E., Alencar, E., Dias, E., Rocha, L., & Carvalho, S. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 13(2). doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>
- SNS. (2019). *Unidades de Cuidados na Comunidade*. Obtido em 26 de outubro de 2024, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/04/unidades-de-cuidados-na-comunidade/>
- SNS. (2024a). *Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, EPE*. Obtido em 6 de junho de 2024, de SNS - Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-baixo-mondego/>
- SNS. (2024b). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Obtido em 22 de maio de 2024, de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf)
- SNS. (2024c). *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*. Obtido em 22 de maio de 2024, de <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Souza, D. G., Brandão, V. P., Martins, M. d., Morais, J. V., & Jesus, N. O. (2021). Teorias de Enfermagem; Relevância para a prática profissional na atualidade. (C. G. Inovar, Ed.) doi:[doi:doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9](https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9)
- Tavares, A. M. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- UCCFM. (2019). *Regulamento Interno - Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego*. Obtido em 26 de outubro de 2024
- UCCFM. (2024). *Manual de Acolhimento - Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego*. Obtido em 26 de outubro de 2024
- ULSBM. (2024). *Missão, Visão, Princípios, Valores e Atribuições*. Obtido em 11 de maio de 2024, de Unidade Local de Saúde Baixo Mondego: <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/2018/12/10/missao-valores-e-objetivos/>
- ULSBM. (2024a). *Dia aberto de Vacinação supera expectativas na Marinha das Ondas*. Obtido em 12 de junho de 2024, de Unidade Local de Saúde do BAixo Mondego: <https://www.hdfigueira.min-saude.pt/2024/06/12/dia-aberto-de-vacinacao-supera-expectativas-na-marinha-das-ondas/?sfnsn=mo>
- UNAIDS. (2024a). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de UNAIDS: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNAIDS. (2024b). *Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities. End AIDS*. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- United Nations. (2024). *Migração para a Europa: factos, não percepções*. Obtido em 17 de setembro de 2024, de Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental: <https://unric.org/pt/migracao-para-a-europa-factos-nao-percepcoes/>

USP - ULSBM. (2024). Regulamento Interno da USP da ULSBM.

Veríssimo, C. (2023). *Infeções Sexualmente Transmissíveis: quais são, como surgem e quais os sintomas?* Obtido em 15 de março de 2024, de Cintramédica: <https://www.cintramedica.pt/saberprevenir/infecoes-sexualmente-transmissiveis-quais-sao-como-surgem-e-quais-os-sintomas>.

Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

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

## **APÉNDICES**

## APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

## Cronograma do Estágio

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

APÊNDICE II – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSBM

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

1. IDENTIFICAÇÃO DO/A INVESTIGADOR/A e/ou PROMOTOR/A

Nome (completo): Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira

Categoria Profissional e Grau académico: Mestrandas em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Instituição: Escola Superior de Saúde Leiria

Endereço de *email* institucional:

Telemóvel:

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO/A INVESTIGADOR/A PRINCIPAL (se aplicável)

Nome (completo):

Categoria Profissional e Grau académico (ex. Doutorando/a ou Mestrando/a ou outro):

Licenciatura em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Saúde Leiria

Endereço de *email* institucional:

Telemóvel:

1.2. IDENTIFICAÇÃO DE CO-INVESTIGADOR/A (ES/AS) (se aplicável)

Nome (completo): Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino (Orientadora do Mestrado/Trabalho de Investigação/Projeto)

Categoria Profissional e Grau académico (ex. Doutorando ou Mestrando ou outro): Professora adjunta. Doutorada em Enfermagem

Instituição: Escola Superior de Saúde Leiria.

Endereço de *email* institucional:

Telemóvel:

2. ASPETOS GERAIS DO PROJETO

2.1. Título

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

2.2. Tipo de Estudo: Estudo com desenho pré/pós teste, descritivo – correlacional

2.3. Finalidade do Estudo: Promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população alvo e promover a adesão à vacinação de acordo com o PNV, até janeiro de 2025

2.4. Defina o objetivo do estudo:

Comercial – identifique o/a Promotor/a: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

Não comercial - identifique o/a Promotora: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

Data: Modificações: Atualização do impresso e conteúdo.	Página 1/11 I.CES.01.2	Aprovação: CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	---------------------------	---

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

- Projeto de Investigação da Iniciativa do/a Investigador/a;
- Trabalho Académico. Se sim, Identifique: Relatório de Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Monografia,
- Trabalhos de Conclusão de Curso,
- Dissertações de mestrado
- Teses de doutorado;
- Projeto/ Bolsa/ Prémio com pedido de financiamento
- Artigo Científico – Especifique a revista/jornal: Revista/jornal a definir
- Textos de divulgação científica “Paper/ Poster”/Comunicação oral em cursos, congressos, simpósios, outros).
- Especifique o evento: Evento(s) a definir
- Outro. Especifique: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**2.5. Indique a área de especialização em que se insere o projeto de investigação.**

**Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Saúde de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**2.6. Centro de investigação/ Serviço onde o estudo vai ser conduzido:**

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

**2.7. Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?**

Não  Sim  NA. Se sim indique qual/quais: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**2.6. O projeto foi ou vai ser submetido a outra Comissão de Ética (ex. universidade)?**

Não  Sim  NA. Se sim identifique qual: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**2.7. Duração do Estudo:**

**Especifique em meses ou anos: 2024 e 2025**

**Data prevista de início: 01/12/2024**

**Data prevista de conclusão: 30/03/2025**

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 2/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	----------------------------------	--

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**
**PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER**
**3. FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA E METODOLOGIA**

De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), a migração global está em constante mudança, com um aumento significativo no número de pessoas deslocadas e remessas internacionais (OIM, 2024).

Em 2022, viviam na Europa, cerca de 23,8 milhões de cidadãos não europeus, representando 5,3% da população. Segundo a United Nations (2024), 38 milhões de pessoas nascidas fora da UE adquiriram cidadania europeia, totalizando 8,5% da população europeia.

Em Portugal, a migração internacional também está a aumentar devido a diversos fatores, tais como condições económicas e sociais, legislação, relações históricas e culturais e eventos globais (AIMA, 2024). Em 2023, houve um aumento de 33,6% na população estrangeira residente em Portugal, totalizando 1 044 606 cidadãos e a maioria tem entre 25-44 anos e reside sobretudo no litoral (AIMA, 2024). Assim, de acordo Casquilho-Martins & Ferreira (2022), os migrantes são considerados um grupo vulnerável devido às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, educação, estigma e barreiras linguísticas.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 visa melhorar a saúde e bem-estar da população, com estratégias de intervenção para promover a saúde e melhorar o acesso aos cuidados de saúde para grupos vulneráveis como os migrantes, alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 que assume como premissa “não deixar ninguém para trás” (DGS, 2021).

O acesso à saúde é fundamental para garantir que as pessoas possam efetivamente utilizar os serviços de saúde, mas as populações migrantes, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis enfrentam as maiores barreiras devido a fatores como a falta de apoio político e desigualdades socioeconómicas (Bäckström, Gomes de Sousa, Costa, Magano, & Albuquerque, 2023). Os imigrantes são particularmente vulneráveis às disparidades no acesso aos cuidados de saúde preventiva, como exames de rastreio e vacinação. Promover a saúde para proporcionar acesso aos cuidados e combater desigualdades sociais entre imigrantes é crucial. A integração destes, através de cuidados e promoção da saúde, gera benefícios para políticas e cuidados, devendo ser considerada uma prioridade estratégica (Machado, 2024).

A utilização de serviços de saúde por parte da população migrante é, na sua maioria, inferior à da população residente, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde primários, adesão a programas de rastreio e vacinação. Proporcionalmente, o acesso a cuidados de saúde dessa população é realizado por meio do serviço de urgência (Machado, 2024).

A vacinação é essencial para prevenir doenças infecciosas e proteger a saúde pública, tendo um impacto significativo na redução da mortalidade por doenças infecciosas. Apesar da eficácia das vacinas, a hesitação e recusa à vacinação devido a preocupações e desconfianças ainda são desafios, afetando os programas de imunização (Freitas, Igreja, Pacheco, & Teodósio, 2024).

Atualmente, existem vacinas para prevenir mais de 20 doenças fatais, salvando milhões de vidas por ano. Em 2023, a cobertura global da vacina contra o tétano foi de 84%, deixando milhões de crianças sem acesso à vacinação, enquanto a cobertura vacinal do HPV aumentou de 20% para 27% (OMS, 2024a). A Europa tem altos níveis de cobertura vacinal e baixa incidência de doenças como sarampo e difteria, porém, ainda existem lacunas na imunização, tornando muitas pessoas vulneráveis a doenças preveníveis (OMS, 2024b). De salientar que em Portugal o Programa Nacional de Vacinação é acessível, gratuito e seguro (SNS24, 2023). As taxas de vacinação são elevadas devido ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem, resultando numa excelente adesão à vacinação da população residente.

Segundo o definido pela Ordem dos Enfermeiros, o EEECSPP centraliza a sua intervenção na comunidade, desenvolve a sua ação e dirige Projetos de Intervenção Comunitária com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Considerando as competências específicas, o EEECSPP desenvolve a sua ação orientada para a promoção da saúde, tem um papel privilegiado na proximidade com os grupos vulneráveis, o que lhe permite uma avaliação e identificação das crenças, comportamentos e atitudes.

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 3/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	----------------------------------	--

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

## PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

Baseando-se no diagnóstico de situação, desenvolve a sua intervenção na capacitação dos imigrantes para as suas tomadas de decisão promotoras de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2019).

Desta forma surge o Projeto **INTEGRA-TE** – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante asiática, a residir na Marinha das Ondas. A promoção da saúde constitui-se como a principal estratégia a ser utilizada neste projeto e baseia-se na educação para o *empowerment*, com o objetivo de capacitar a comunidade a tornar-se detentora da sua própria aprendizagem. Também a comunicação é uma estratégia de promoção em saúde e é fundamental em toda a sua interação, só assim conseguiremos alcançar a ativação. Outra estratégia que se configura de relevância para que se consiga atingir os objetivos deste projeto é o estabelecimento de parcerias com os *stakeholders*.

Este projeto tem como objetivo principal promover a acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população alvo até janeiro 2025 e como objetivos específicos, desenvolver a sua ação no sentido de capacitar esta população sobre a melhor forma de aceder aos cuidados de saúde, melhorar os comportamentos de procura de serviços dos Cuidados de Saúde Primários, melhorar os conhecimentos da população alvo sobre vacinação e promover a adesão à vacinação da população alvo.

**Tipo de estudo:** Estudo com desenho pré/pós teste, descritivo – correlacional. Prevê-se uma amostra não probabilística por conveniência de imigrantes residentes na Marinha das Ondas que cumpram os critérios de inclusão.

**Local onde decorre o estudo:** USF Figueira Sul no Polo da Marinha das Ondas

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

- 1) avaliação inicial: aplicação de um questionário com a recolha de dados sociodemográficos, de avaliação de conhecimentos sobre acesso aos cuidados e do estado vacinal;
- 2) intervenções educativas, distribuição folhetos informativos e vacinação de acordo com o PNV;
- 3) avaliação final: aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre acesso aos cuidados e do estado vacinal.

Com a realização e implementação deste PIC, através das estratégias delineadas, pretende-se melhorar o nível de acessibilidade da população migrante asiática, a residir na Marinha das Ondas, e desta forma obter ganhos em saúde.

#### 4. PARTICIPANTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

##### 4.1. N.º de participantes a incluir no estudo:

<100  100 – 1.000  1.000 – 10.000  indeterminada

**Especifique o N.º de participantes:** Espera-se de cerca de 50 participantes

##### 4.2. Critérios de inclusão/exclusão utilizados:

**Critérios de inclusão:** Concordância em participar no estudo, cidadãos asiáticos, estarem inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas e idade igual ou superior a 18 anos.

**Critérios de exclusão:** incapacidade de responder ao questionário devido a défices cognitivos e idades inferiores a 18 anos.

##### 4.3. Indique como se processará o recrutamento, se aplicável:

<b>Data:</b> Modificações: Atualização do impresso e conteúdo.	Página 4/11 I.CES.01.2	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
---	---------------------------	--

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

Haverá a divulgação do evento e os participantes serão os imigrantes que voluntariamente aderem à participação e se disponibilizam para participar nas atividades propostas.

**4.4. O estudo abrange:**

Grávidas?  Sim  Não | Maiores incapazes e/ou menores de idade?  Sim  Não

Se sim, especifique que medidas serão tomadas para estes grupos de risco?

Será cumprido o descrito no Plano Nacional de Vacinação para este grupo de risco.

**5. OUTROS DADOS SOBRE O PROJETO**

**5.1 A Investigação envolve a realização de exames complementares?**  Sim  Não

Se Sim, indique o tipo:

Frequência: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

Especifique se estes procedimentos são feitos especialmente para esta investigação ou são executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos/às utentes: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**5.2. A Investigação proposta envolve Questionários?**  Sim  Não

Se sim indique a quem são feitos: **imigrantes asiáticos residentes na Marinha da Ondas que cumpram os critérios de inclusão**

Como são aplicados? **Através de um questionário de autopreenchimento**

(NOTA: [Junte 1 exemplar](#) do questionário que será utilizado).

**5.3. A Investigação proposta envolve outros procedimentos?**  Sim  Não

Se sim indique o tipo: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

Frequência: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

Especifique se estes procedimentos são feitos especialmente para esta investigação ou são executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos/às utentes: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**5.5. Avaliação de risco/benefício**

Que riscos ou incómodos podem ser causados aos participantes pelo estudo?

**Não se prevê nenhum risco para os participantes.**

Que benefícios imediatos poderão advir para os participantes pela sua anuência em participar no estudo?

**Intervenção orientada para os objetivos definidos no Pacto Global para as Migrações, na Agenda 2030 e no PNS 2021-2030 permitindo o acesso aos cuidados de saúde, acesso à vacinação prevista no PNV e, portanto, obter ganhos em saúde para este grupo vulnerável.**

**6. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES**

**6.1. Que tipo de dados pessoais vão ser tratados, se aplicável?** *(descrever todas as variáveis a recolher no campo a cinza)*

Dados de identificação

Data: Modificações: Atualização do impresso e conteúdo.	Página 5/11 I.CES.01.2	Aprovação: CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	---------------------------	---

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

- Dados de contacto
- Dados demográficos: Sexo, idade, situação familiar, habilitações literárias, país de origem, língua
- Dados relativos à saúde (*dados relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa que revelem informações sobre o seu estado de saúde*)
- Dados genéticos:
- Outros - Descreva: grávida, estado vacinal, conhecimentos sobre acesso aos cuidados de saúde

**6.2. Como vai ser realizada a Colheita/Recolha de Dados Pessoais**

**Forma Direta (ao próprio). Especifique:**  Presencial

Por impresso

Telefone

Questionário *on-line*

Outro (*especificar*): [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**Forma Indireta:**  Processo Clínico;  RSE (*Registo de Saúde Eletrónico*);  Base de dados do Serviço;

Registos de outras Instituições

Familiares

Outro (*especificar*): [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**6.3. Como serão armazenados os dados do estudo/projeto?**

Indicar a forma como são armazenados ou gravados os dados recolhidos:

Formato físico (papel);

Formato eletrónico:

Equipamento informático do HDFF, EPE/posto de trabalho;

Equipamento informático pessoal;

Dispositivo móvel (disco externo/*pen*);

"Cloud" HDFF, EPE;

"Cloud" externa;

Correio eletrónico;

Outro. Qual? [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**6.4. Quem tem acesso aos dados?**

Promotor/a;

Investigador/a principal;

Investigador/a responsável no HDFF, EPE;

Investigador/a (es/as) da equipa de investigação;

Outros. Quem (nome, função e mecanográfico)? [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

<b>Data:</b> Modificações: Atualização do impresso e conteúdo.	Página 6/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
---	----------------------------------	--

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

**6.5. Existe Comunicação de Dados Pessoais a terceiros?**

Não  Sim

**6.6. Existem Fluxos de Dados Pessoais transfronteiriços para fora da EU/EEE?**

Não  Sim Se sim especifique o País [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**6.7. Por quanto tempo serão conservados os dados objeto de tratamento para este estudo/projeto?**

<2 ano;

> 2 anos e até 5 anos;

> 5 anos. Indicar prazo previsto: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

**6.8. Foi pedido o parecer do EPD do HDFS?**

Sim  Não

**7. CONSENTIMENTO INFORMADO**

**7.1. Deverá juntar um exemplar do Texto de Consentimento Informado a assinar pelo/a participante ou representante (s) legal (is).**

O Consentimento Informado é um documento fundamental no processo de instrução de qualquer Projeto de Investigação em que estejam envolvidos seres humanos. Sublinha-se a importância que apresenta a manifestação de uma vontade, devidamente esclarecida, por parte do participante e transmitida através do Consentimento Informado. A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.

**7.2. A dispensa de consentimento informado**

A lei considera a possibilidade de existência de situações excecionais, a analisar e decidir, caso a caso, pela Comissão de Ética para a Saúde, nas quais o/a investigador/a poderá solicitar uma dispensa de Consentimento Informado, fundamentando devidamente esse pedido, tendo em conta as especificidades do estudo que poderão incorporar as exceções legalmente admitidas (Lei da Investigação Clínica - LIC – Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de Julho) - Dispensa de Consentimento Informado em estudos clínicos sem intervenção (Artigo 6.º, n.º 2) e Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro (Art.º 19.º, n.º 6).

«2 - A CEC pode, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar os requisitos constantes das alíneas a), b), d) e g) do número anterior nos estudos clínicos sem intervenção.

3 - A CEC pode ainda, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar o requisito constante da alínea e) do n.º 1 nos estudos clínicos, exceto no caso dos ensaios clínicos e dos estudos clínicos com intervenção de dispositivos médicos.»

De acordo com o disposto no n.º 2 da Lei da Investigação Clínica – Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril – A Comissão de Ética para a Saúde pode, de forma fundamentada e a título excecional, dispensar a obtenção de um Consentimento Informado nos estudos clínicos sem intervenção. De acordo com a Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro (Art.º 19.º, n.º 6) verifica-se que, no caso de uso retrospectivo de amostras ou em situações especiais em que o consentimento das pessoas envolvidas não possa ser obtido devido à quantidade de dados ou de sujeitos, à sua idade ou outra razão comparável (Ex: elevada taxa de mortalidade, intervalo temporal alargado para inclusão de doentes no estudo, obtenção de dados epidemiológicos e de

<b>Data:</b> Modificações: Atualização do impresso e conteúdo.	Página 7/11 I.CES.01.2	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
---	---------------------------	--

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**  
**PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER**

*elevado interesse público*), o material e os dados podem ser processados, mas apenas para fins de investigação científica ou obtenção.

A dispensa de obtenção de Consentimento Informado terá sempre de ser solicitada pelo/a Investigador/ à Comissão de Ética para a Saúde com a devida fundamentação.

## 8. FONTE DE FINANCIAMENTO

### 8.1. Existe alguma fonte de financiamento?

Não  Sim Se sim identifique o/a promotor/a/fonte de financiamento (ex. Bolsa/Prémio outro) e o valor: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

### 8.2. Existe reembolso e/ou ressarcimento aos/às participantes?

Não  Sim

Se sim especifique o tipo de despesas e a entidade que assume a responsabilidade pelo reembolso e/ou ressarcimento ao/à participante: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

### 8.3. Existe compensação financeira para o/a investigador/a principal e/ou equipa de investigação?

Não  Sim Se sim especifique: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

### 8.4. Existe encargos adicionais para o Hospital?

Não  Sim Se sim especifique:

## 9. SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL

### 9.1 Existe um Seguro afeto a este Projeto de Investigação?

Não  Sim Se sim especifique: [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

## 10. OUTRAS INFORMAÇÕES

Neste estudo/investigação será mantido o anonimato e mantida a confidencialidade dos dados, tendo em conta que a equipa de investigação assume como sua obrigação e dever o sigilo profissional. Os dados serão recolhidos através de respostas por escrito ao questionário de autopreenchimento, a ser disponibilizado pelas investigadoras e colaboradores. Todos os dados e informações recolhidos serão confidenciais e exclusivos para a investigação. Não serão registados quaisquer dados de identificação pessoal e toda a informação será codificada. Após receberem uma explicação detalhada sobre o protocolo do estudo, os participantes que concordarem em integrá-lo deverão assinar o Consentimento Informado.

Posto isto, será ainda salvaguardado o princípio da autonomia, uma vez que a participação no presente estudo é voluntária e o participante tem autonomia para se retirar do estudo sempre que o desejar.

A participação no presente estudo de investigação deve ser determinada tendo em conta uma decisão livre e esclarecida. Assim sendo, ao longo da investigação os participantes serão devidamente esclarecidos sobre o

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 8/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	----------------------------------	--

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER**

tema, objetivos de investigação, ou outra questão que considerem pertinente. A garantia do anonimato, em todas as questões, disponibilização dos resultados, agradecimento de colaboração e da sua disponibilidade.

A participação na presente investigação, não acarreta custos aos participantes, nem para a ULSBM. O princípio da não maleficência, será salvaguardado, uma vez que o estudo não apresenta riscos para os seus participantes, e a sua participação será sempre alvo da proteção contra prejuízos ou desconfortos.

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 9/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	----------------------------------	--

**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo-assinado/a, declaro por minha honra, na qualidade de investigador/a principal, que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras.

Comprometo-me a respeitar a ética em geral e em particular os princípios universais subjacentes à investigação biomédica que contêm iniludivelmente o respeito pelas pessoas (princípio da autonomia e consentimento informado, proteção das pessoas com autonomia diminuída ou sem autonomia, populações vulneráveis, etc.), exigência de razoabilidade dos riscos envolvidos: os benefícios têm sempre de ser superiores aos riscos (princípio da beneficência e não maleficência), equidade na distribuição dos riscos e benefícios da investigação, bem como na carga económica que acarreta (princípio da justiça) e a responsabilidade que o ato clínico e de investigação acarretam (princípio da responsabilidade).

Declaro também que durante o estudo serão respeitadas todas as disposições legais em vigor e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e subsequentes revisões) e da Organização Mundial de Saúde.

Cumulativamente comprometo-me com as obrigações decorrentes da lei (Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD), artigo 12.º, da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto), concordo e fico ainda vinculado ao estrito cumprimento do dever de sigilo e de confidencialidade a que me encontro legalmente obrigado/a, nos seguintes termos e condições:

- Como Investigador/a principal assumo a responsabilidade do projeto de investigação proposto e a sua condução de acordo com os princípios éticos e deontológicos da investigação biomédica. Serei igualmente responsável pela equipa de investigação.
- Comprometo-me a manter confidencial a informação à qual terei acesso;
- Não elaborarei registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificáveis as pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Não elaborarei, nem ficarei na posse, de cópias de bases de dados utilizadas na recolha de informação;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nas instalações que me forem indicadas;
- Obterei, para além do parecer da Comissão de Ética para a Saúde, a autorização institucional para a realização do estudo no HDFF, EPE;
- Comprometo-me a enviar uma cópia do trabalho realizado ou um relatório final à Comissão de Ética para a Saúde do HDFF, EPE e ao HDFF, EPE, através do CiC2Fs, até 90 dias após a conclusão do mesmo.

Figueira da Foz, 18 de novembro de 2024

O/A Investigador/a Principal

*Tânia Manuela Marques Leão*

*Daniela Filipa Caçôo Caldeira*

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 10/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	-----------------------------------	--

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA - PEDIDO DE PARECER

RESERVADO À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER EMITIDO NA REUNIÃO DE \_\_\_/\_\_\_/20\_\_



Comissão de Ética para a Saúde

<b>Data:</b> <b>Modificações:</b> Atualização do impresso e conteúdo.	Página 11/11 <b>I.CES.01.2</b>	<b>Aprovação:</b> CA – 14/03/2023, ATA N.º 10
--	-----------------------------------	--

## APÊNDICE III – AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE PROTEÇÃO DE DADOS

**TÍTULO e  
Serviço/Promotor**

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

**PARECER DO EPD:**  
02/03/2025

Observações anexas do EPD: Sim  Não

## Introdução e Guia de Preenchimento

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

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

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

### FASES DA AIPD

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



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

**I - Identificação**

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

**II - Tipo de tratamento**

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

**III - Objetivo**

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

**IV - Finalidade**

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

## V - Descrição do tratamento

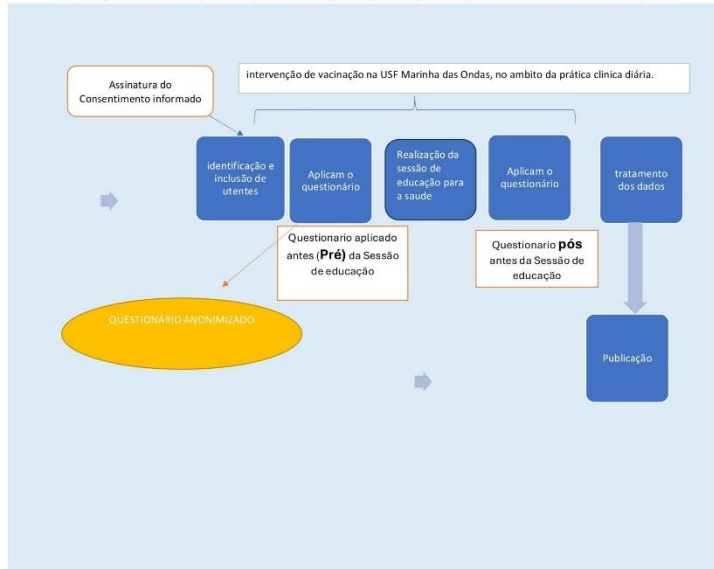
Assinale com um "x" à frente do quadrado, o correspondente à sua situação  
Respostas

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

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

### VI - Fluxo de Dados

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



VII - Princípios

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

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

**VIII - Riscos**

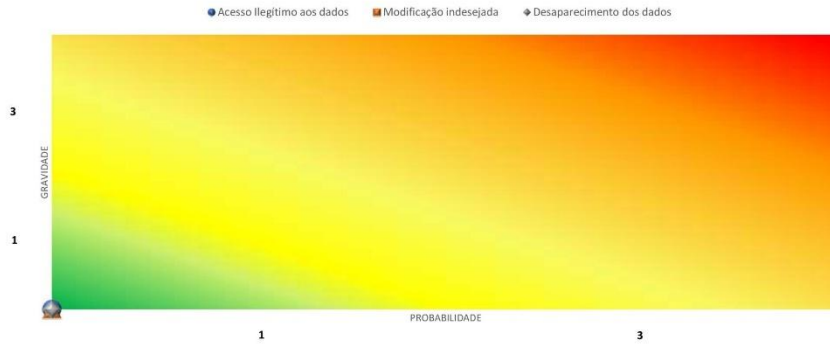
Acesso ilegítimo aos dados	Resposta	Observações
Em caso de acesso ilegítimo aos dados, quais os impactos sobre os titulares dos dados?	O impacto é mínimo uma vez que será atribuído um código de participante aquando do ingresso no estudo. Os dados pessoais de cada utente serão recolhidos através das respostas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

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

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

**Níveis de risco:**  
■ Aceitável  
■ Moderado  
■ Grave  
■ Muito grave

**IX - Mapeamento do Risco**



X - Medidas de Segurança

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

**XI - Requisitos Mínimos de Medidas de Segurança**

Assinale com um "X" à frente do quadro, o correspondente à sua situação

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



**XII - Recomendações**

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



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

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

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

## Glossário

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

#### APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE GARANTIA DE ANONIZAÇÃO DE DADOS



### Declaração de Garantia de Anonimização de Dados

**Título:**

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

**Número de identificação do estudo:**

**Tipo de Estudo:**

Estudo com desenho pré/pós teste, descritivo – ~~correlacional~~

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

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

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

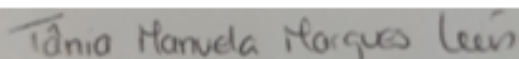
Este processo de anonimização garantirá que:

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

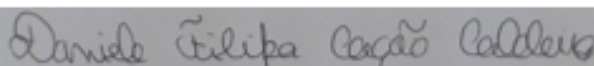
Desta forma, asseguro que a privacidade dos indivíduos será protegida, conforme os princípios estabelecidos pelo RGPD.

18 de novembro de 2024

Investigador Principal,



Tânia Manuela Marques Luís



Daniela Filipa Cação Caldeira

APÊNDICE V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PIC NA USF  
FIGUEIRA SUL

## Autorização de aplicação de questionários Caixa de entrada x



Daniela Filipa Cação Caldeira [redacted]

terça, 28/01, 19:47

Exmo. Sr<sup>o</sup> Coordenador da USF Figueira Sul  
Dr. Bruno Cardoso

Vimos por este meio solicitar a autorização de vossa excelência para a realização de um estudo de investigação e de intervenção comunitária, sob orientação da Professora Doutora Eva Menino e, também sob orientação dos enfermeiros da UCC Farol Mondego Luis Seixo e Fátima Claro. Este Estágio realiza-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria da Escola Superior de Saúde de Leiria.

O tema do estudo de investigação e de intervenção comunitária intitula-se

"Integra-TE – Projeto de Intervenção numa comunidade imigrante, inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas."

Objetivos do Projeto: Promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população alvo e promover a adesão à vacinação de acordo com o PNV, a partir de janeiro de 2025

Neste contexto, gostaríamos de obter a sua autorização para a realização deste projeto de intervenção comunitário.

Ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Sem outro assunto de momento,  
Com os melhores cumprimentos

Tânia Luis N<sup>o</sup> estudante 5230047  
Daniela Caldeira N<sup>o</sup>estudante 5230043.

...

APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO EM PORTUGUÊS, INGLÊS E BENGALI

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

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

**Título do estudo:**

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

Este projeto tem como objetivos:

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

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

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

**Condições e financiamento:**

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

**PROTEÇÃO DE DADOS/CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO:**

Toda a informação obtida nesta investigação é confidencial e será utilizada exclusivamente para fins científicos.

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

De acordo com os limites legais e quando aplicável, os titulares dos dados têm o direito de retirar

o consentimento, solicitar a retificação dos dados, o apagamento e a portabilidade dos dados. Sempre que o titular dos dados quiser exercer qualquer um dos direitos mencionados, deve solicitá-lo à investigadora.

Este estudo cumpre a legislação aplicável, nomeadamente o Regulamento (UE), 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE e a Lei no 58/2019 que assegura, na ordem jurídica nacional, a execução do referido Regulamento.

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

Investigadoras: Tânia Manuela Marques Luís e Daniela Filipa Cação Caldeira

Agradeço a sua participação,

**Assinatura/s de quem pede consentimento:**

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:** .....

**Assinatura:** .....

**Data:** 25/01/2025

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

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

**Study Title:**

**INTEGRA-TE Project – Intervention Project in an Immigrant Community**

**Objectives of this project:**

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

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

**Conditions and Funding:**

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

**DATA PROTECTION / CONFIDENTIALITY AND ANONYMITY**

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

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

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

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

This study complies with applicable legislation, including Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and Council of April 27, 2016, concerning the protection of individuals regarding personal data processing and the free movement of such data, repealing Directive 95/46/EC, and Law No. 58/2019, which ensures the execution of the said Regulation in the national legal framework.

For any questions, suggestions, or clarifications, please contact the research team via email:

[Redacted email address]

**Researchers:**

Tânia Manuela Marques Luís & Daniela Filipa Cação Caldeira

Thank you for your participation.

**Consent Statement**

**Signature(s) of the person requesting consent:**

.....

I declare that I have read and understood this document, as well as the verbal information provided by the person(s) who signed above. I have been assured that I can refuse to participate in this study at any time without any consequences.

Thus, I agree to participate in this study and allow the use of the data I voluntarily provide, trusting that they will be used solely for this research and in compliance with the confidentiality and anonymity guarantees provided by the researcher.

**Name:**.....

**Signature:**.....

**Date:** 25/01/2025

**Gabêşanâ adhyañanê anâagrahañera jan'ya abahita, spařta, êbam binâmûlyera sam'mati (hêlasiñki êbam ôbhîdô kanabhênaşanêra ghôşanâ anusarê)**

Anugraha karê nicêra tathyagulô manôyôga sahakârê paruna. Âpanâra yadi kôna praşna thâkê, âra'ô spařtikarañera jan'ya gabêşanâ dalakê jijnâsâ karatê dbidhâ karabêna nâ.

**Adhyañanêra şîrônâma:**

**INËGRA-TE** prakalpa - abhibâsi sampradâyêra hastakşêpa prakalpa ê'i prakalpêra uddêşya:

- Prâthamika sbâsthyasêbâ parişêbâgulitê ayâksêsayôgyatâ pracâra karâ;
- ê'i janasañkhyâkê sbâsthyasêbâ parişêbâ ayâksêsa karâra jan'ya kşamatâyana karâ;
- prâthamika sbâsthyasêbâ parişêbâgulira prati sbâsthyasêbâ-sandhâni âcarañera unnati;
- ãikâ samparkê lakşya janagôşthira jñâna brç'dhi karâ;
- lakşya janasañkhyâra madhyê ãikâ ânugatya pracâra.

Ê'i prakalpañi paricâlanâ êbam bâstabâyânêra mâdhyamê, âmarâ mârînahâ dâsa ôndâşê basabâsakârî êşîya abhibâsi janagôşthira jan'ya sbâsthyasêbâ parişêbâgulitê ayâksêsayôgyatâra stara unnata karâra lakşya râkhi, yâra phalê sbâsthya subidhâguli arjana karâ yâya. Êñi arjana karatê, âmâdêra ê'i gabêşanâyâ anâagrahañera karê âpanâra sâhâyyêra prayôjana.

**Şarta êbam tahabila:**

Praşnapatrañi pûraña karâ sbêcchâyâ êbam âpani anâagrahañera nâ karâra sid'dhânta nilê era phalê kônô sahayatâ-samparkita bâ an'yân'ya asubidhâ habê nâ. Gabêşanâñi êthiksa kamiñira kâcha thêkê êkañi anukûla matâmata pâyêchê.

**Đêtâ surakşâ/ gôpanîyatâ êbam paricaÿa gôpana râkhâ:**

Ê'i gabêşanâyâ prâpta samasta tathya gôpanîya êbam baijnânika uddêşyê êkacêñiyâbhâbê byabahâra karâ habê.

Yêkôna şanâktayôgya anâagrahañakârîra tathya (nâma êbam paricitî) êkañi ayâksêsa kî diyê kôđa karâ habê, an'yân'ya sañgrhîta đêtâ thêkê âlâdâbhâbê sanrakşana karâ habê, yatê anâagrahañakârîdêra paricaÿa gôpana râkhâ haya. Samasta sañgrhîta đêtâ êkañi ayâksêsa kî diyê ênakripta karâ habê êbam şudhumâtra gabêşakêra kâchê ayâksêsayôgya habê.

Ê'i gabêşanâñi jênârêla đêtâ prôtêkaşana rêgulêşana (EU) 2016/679 êra bidhâneguli mênê calê, byaktigata đêtâ prakriyâkaraña sañkrânta byaktidêra adhikâra êbam sbâdhinatâ rakşâ karê ê'i sam'matira adhinê gabêşanâra uddêşyê đêtâ du'i bacharêra jan'ya sanrakşana karâ habê êbam târapara muchê phêlâ habê.

Â'ini simâra madhyê êbam yakhana prayôjya, đêtâ bişayagulira sam'mati pratyâhâra karâra, đêtâ sanşôdhanêra anurôdha, muchê phêlâ êbam bahanayôgyatâra adhikâra rayêchê yadi đêtâ sâbajêkta ê'i adhikâragulira kônañi byabahâra karatê câya tabê tâdêra gabêşakêra sâthê yôgâyôga karâ ucita.

Ê'i adhyañanañi prayôjya â'ina mênê calê, yâra madhyê rayêchê i'urôpiya pârlâmêntêra rêgulêşana (EU) 2016/679 êbam êprila 27, 2016 era kâ'unsila, byaktigata đêtâ prasêsim êbam ê'i jâtiya đêtâra abâdha calâcala samparkita byaktidêra surakşâ samparkita nirdêşikâ 95/46/ bâtila karê EC, êbam â'ina nam 58/2019, yâ jâtiya â'inê ullikhita prabidhânêra bâstabâyana nişcita karê kâñhmô

yêkônô praşna, parâmarşâ bâ spařtikarañera jan'ya, anugraha karê imêtêra mâdhyamê gabêşanâ dalêra sâthê yôgâyôga karuna:

 Pt

**gabêşakarâ:**

Tânia Manuela Marques Luís êbam Daniela Filipa Caçõo Caldeira

âpanâra anâagrahañera jan'ya âpanâkê dhan'yabâda.

**Sam'mati bibrñi**

**sam'matira anurôdhakarî byaktira sbâkşara(gul):**

.....

Âmi ghôşanâ karachi yê âmi ê'i nathiñi parêchi êbam bujhêchi, sê'isâthê uparê yê byakti(đêra) sbâkşara karêchêna târa đê'ôyâ maukhika tathya. Âmâkê âşbasta karâ hayêchê yê âmi kôna phalâphala chârâ'i yê kôna samaÿa ê'i gabêşanâyâ anâagrahañera karatê asbikâra karatê pâri.

Ê'ibhâbê, âmi ê'i gabêşanâyâ anâagrahañera karatê êbam âmi sbêcchâyâ yê đêtâ sarabarâha kari tâ byabahârêra anumati ditê sam'mata, bişbâsa kari yê sêgulî şudhumâtra ê'i gabêşanâra jan'ya êbam gabêşaka dbârâ pradatta gôpanîyatâ êbam bênâmi gyârânñigulira sâthê sam'matitê byabahâra karâ habê.

Nâma:.....

Sbâkşara: .....

Târîkha: 25/01/2025

APÊNDICE VII – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA ULSBM



# **Diagnóstico de situação de saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego - 2024 -**

Autores: Daniela Caldeira

Tânia Luís

Fernanda Vitória

Manuela Branco

Junho de 2024

## **Lista de Siglas**

DNO- Doenças de Notificação Obrigatória

EN- Estrada Nacional

HPV- Vacina contra Papiloma Vírus Humano

IC- Itinerário Complementar

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

ISF- Índice Sintético de Fecundidade

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PNV - Plano Nacional de Vacinação

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

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

TBM -Taxa Bruta de Mortalidade

ULS BM -Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego

VASPR- Vacina contra o Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola

VIH -Vírus da Imunodeficiência Humana

## Índice

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

## Índice de Figuras

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

## Índice de Quadros

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

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

## Diagnóstico de situação de Saúde da ULS Baixo Mondego

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

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

### 1. Caracterização Geográfica e ambiental

#### 1.1 Território

A área geodemográfica da ULS BM (Figura 1) integra-se na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] II), abrangendo um total de três concelhos, sendo Figueira da Foz (379,05 km<sup>2</sup>), Montemor-o-Velho (228,96km<sup>2</sup>) e Soure (265,06km<sup>2</sup>), com uma área total de abrangência de 873,07 km<sup>2</sup>.

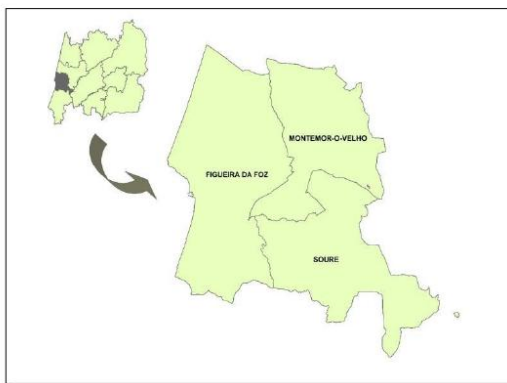


Figura 1-Localização e Área Geográfica da ULS BM.

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### 1.2 Caracterização da rede de Acessibilidades

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

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

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

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

Quadro 1 – Rede rodoviária dos concelhos da ULSBM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3 Unidades Funcionais da ULS Baixo Mondego

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

## 2. Caracterização demográfica

### 2.1 Evolução da população residente

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

Quadro 4 - População residente por sexo censos de 2021

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

## 2.2 Pirâmide etária

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

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

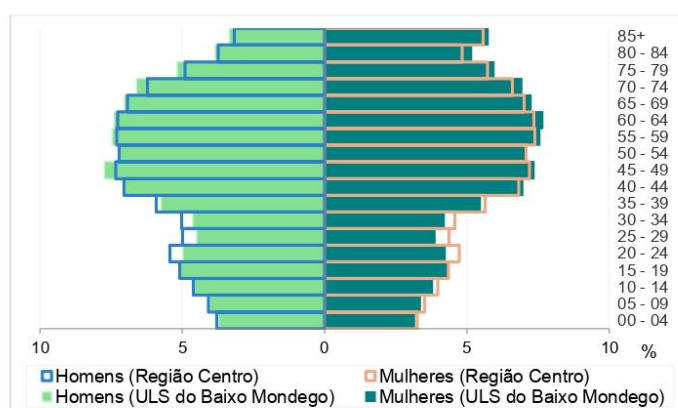


Figura 2 - Pirâmide etária da região centro e da ULS BM (censos 2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

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

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

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

## 2.4 População imigrante

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

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

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

Territórios	Nacionalidade																									
	Total		França		Itália		Reino Unido		Ucrânia		Outros países europeus		Angola		Brasil		Outros países americanos		China		Índia		Nepal		Outros países asiáticos	
	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022	2008	2022
<b>Contínente</b>	425 375	764 349	4 385	26 934	3 676	33 140	14 384	43 566	51 478	25 140	33 137	78 409	27 168	31 533	104 568	237 575	7 391	25 532	12 993	21 419	5 428	35 345	550	23 709	8 847	42 320
<b>Centro</b>	60 023	108 355	907	3 485	604	3 771	1 339	7 891	14 696	6 356	5 678	10 991	1 887	3 519	16 600	39 475	1 813	5 202	1 921	3 054	493	4 576	9	2 483	1 445	4 067
<b>Figueira da Foz</b>	1 879	3 366	32	162	10	164	17	99	438	167	246	371	47	52	628	1 262	50	155	85	99	3	88	0	320	43	188
<b>Montemor-o-Velho</b>	225	395	3	12	0	13	1	19	76	21	15	56	5	9	59	102	6	16	4	10	0	29	0	6	7	43
<b>Soeira</b>	250	330	5	13	1	4	7	45	90	25	56	35	3	3	24	108	2	9	4	10	0	6	0	5	7	18

Fonte: PORDATA,2023

### 3. Caracterização socioeconómica

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

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

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

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

Fonte: IEFP,2024

#### 3.2 Beneficiários do Rendimento Social de Inserção da Segurança Social

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

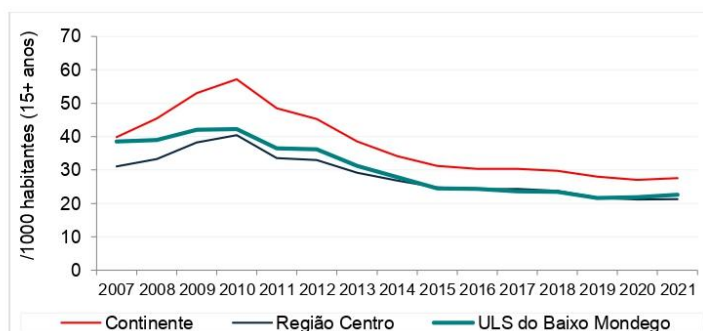


Figura 3-Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 2007-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

### 3.3 Pensionistas da Segurança Social

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

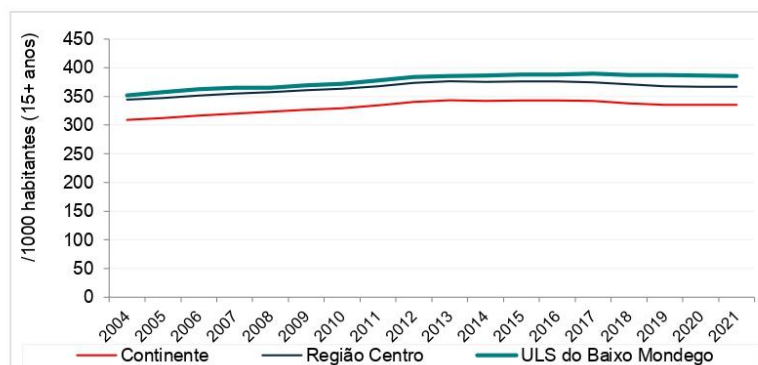


Figura 4 – Evolução dos beneficiários do rendimento social de inserção da segurança social por 1000 habitantes da população ativa (15+ anos), 1991-2021.

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

### 3.4 População empregada por sector de atividade económica

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

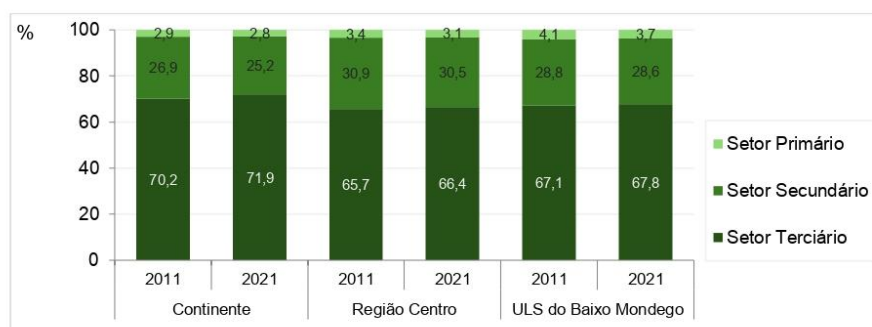


Figura 5 – Distribuição (%) da população empregada por setor de atividade económica (censos 2011 e 2021)

Fonte: Perfil local de saúde da ULS BM, 2023

### 3.5 Beneficiários de subsídios de desemprego da Segurança Social

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

Quadro 8- Indicadores de suporte social, 2021

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

### 3.6 Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem

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

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

### 3.7 Poder de Compra per capita

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

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

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

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

Fonte: INE, PORDATA, 2024

### 3.8 Taxa de criminalidade

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

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

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

Fonte: INE, 2023

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

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

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

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

Fonte: INE, 2023

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

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

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

Fonte: INE, 2023

### 3.9 Taxa de analfabetismo

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

### 3.10 Taxa de retenção e desistência no ensino secundário

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

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

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

Fonte: PORDATA, 2024

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

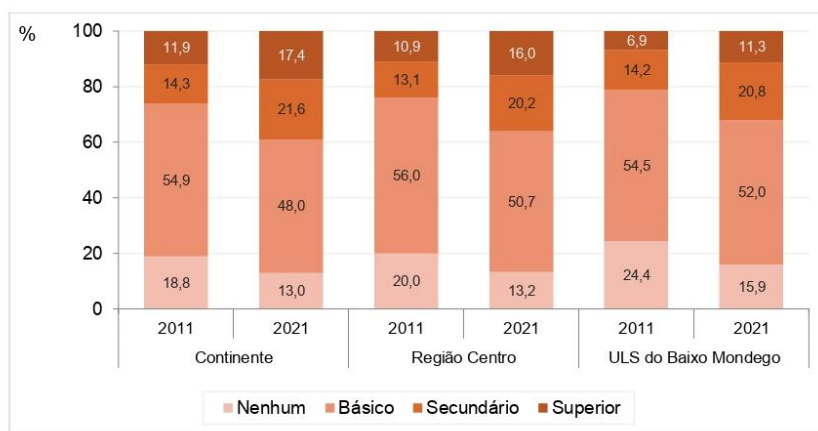


Figura 6 - Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade mais elevado completo

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

## 4. Indicadores de saúde

### 4.1 Número de nados vivos

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 17 – Número de nados vivos, em 2022

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

Fonte: INE, 2023

### 4.2 Taxa bruta de natalidade

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

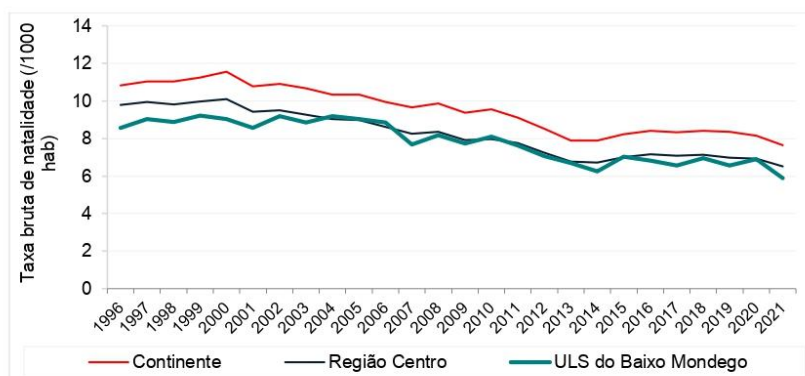


Figura 7 – Evolução da taxa bruta de natalidade (nascimentos/1000habitantes), 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: INE, 2023

#### 4.3 Índice sintético de fecundidade

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

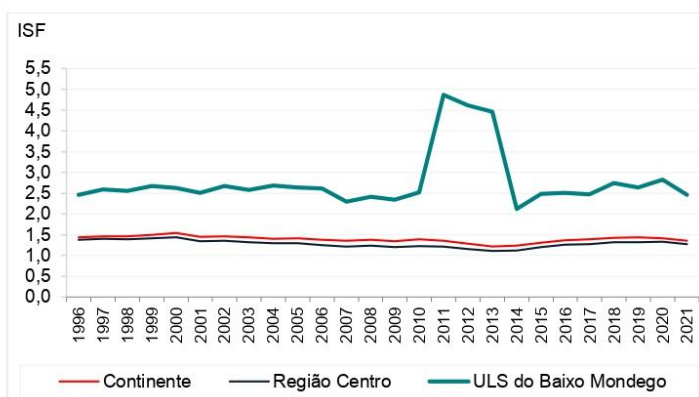


Figura 8 – Evolução do índice sintético de fecundidade, 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### 4.4 Nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos

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

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

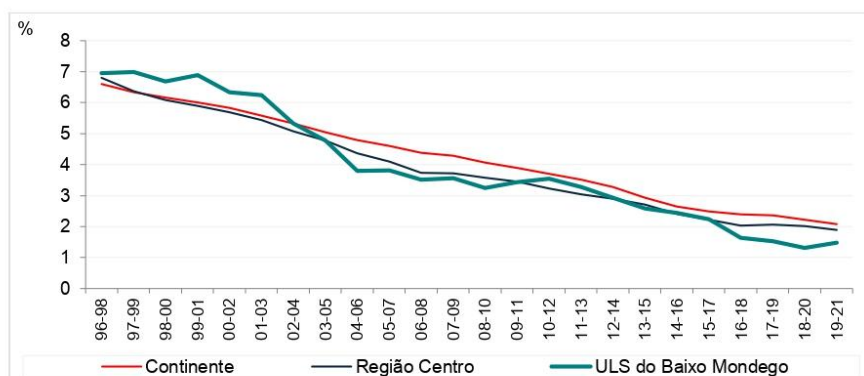


Figura 9 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

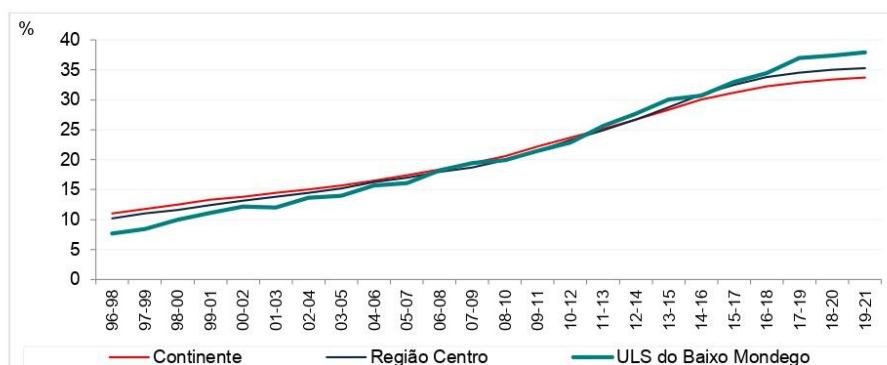


Figura 10 – Evolução da proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (2006-2008, 2009-2011, 2012-2014, 2019-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### 4.6 Esperança de vida à nascença

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

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

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

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

#### 4.7 Nascimentos pré-termo

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

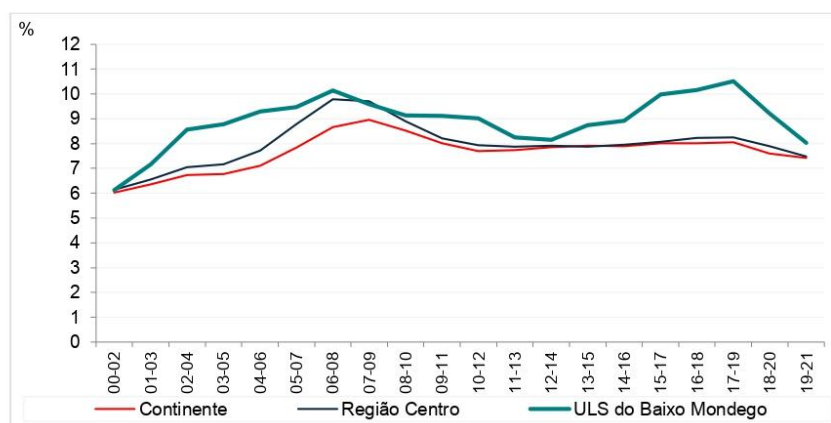


Figura 11 – Evolução da proporção (%) de nascimentos pré-termo, 2000-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### 4.8 Crianças com baixo peso à nascença

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

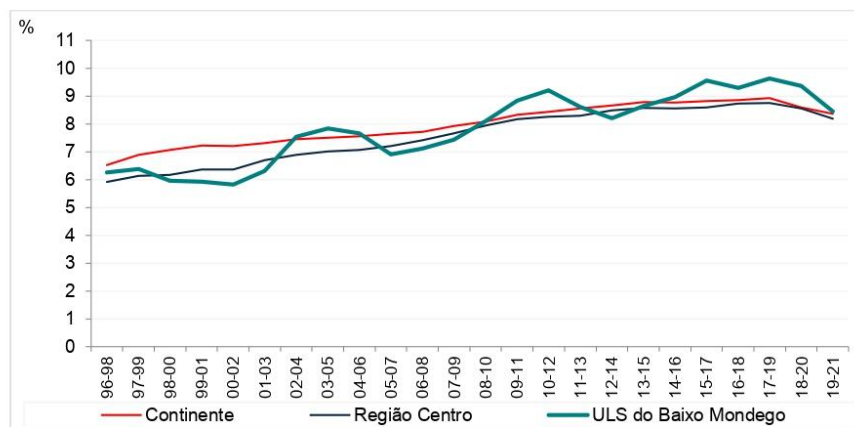


Figura 12 – Evolução da proporção (%) de crianças com baixo peso à nascença, 1996-2021

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### 4.9 Número de Óbitos

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

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

Quadro 27 – Número de óbitos, em 2022

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

Fonte: INE, 2023

#### 4.10 Taxa bruta de mortalidade (TBM)

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

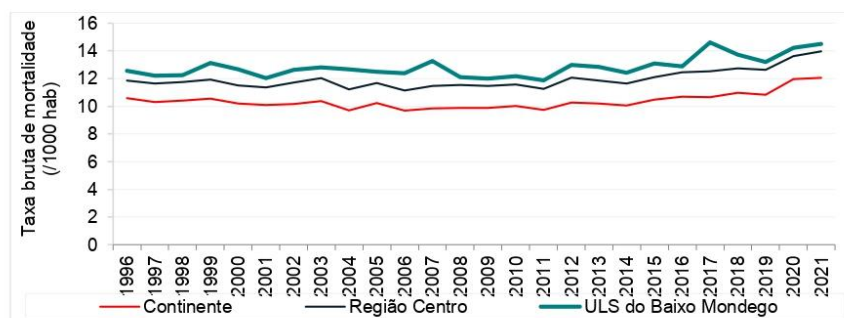


Figura 13 – Evolução da taxa bruta de mortalidade (óbitos/1000 habitantes) (1996-2021)

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

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

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

Fonte: INE, 2023

#### 4.11 Taxa de mortalidade infantil

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

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

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

nv - vivos ; fm - fetos mortos

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

#### **4.12 Mortalidade proporcional**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(R) - Dados rectificad0s pela entidade respons0vel

Fonte: INE/PORDATA, 2024

#### 4.13 Determinantes de Saúde – Registo nos Cuidados de Saúde primários

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

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

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

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

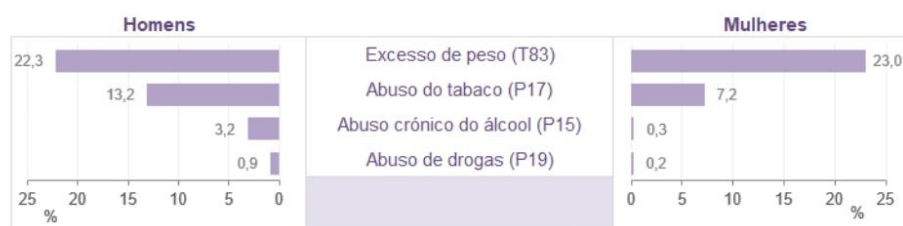


Figura 14 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente)

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

#### 4.13 Morbilidade – Registo nos Cuidados de Saúde primários

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

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

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

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

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

Fonte: Perfil Local de Saúde da ULS BM, 2023

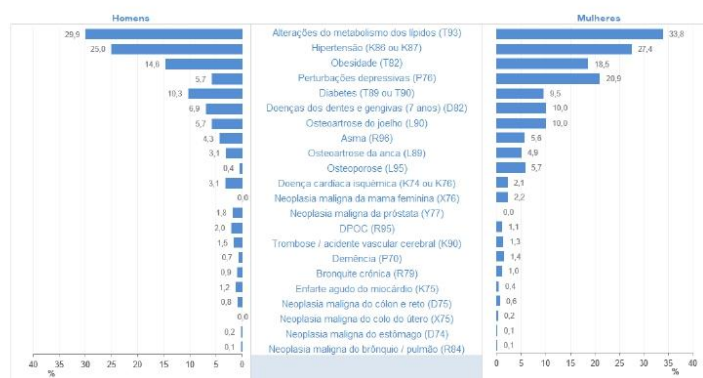


Figura 15 – Proporção de inscritos (%) por diagnóstico ativo na ULS do Baixo Mondego, por sexo, dezembro 2022 (ordem decrescente)

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

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

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

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

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

#### 4.14 Plano Nacional de Vacinação (PNV)

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

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

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

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

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

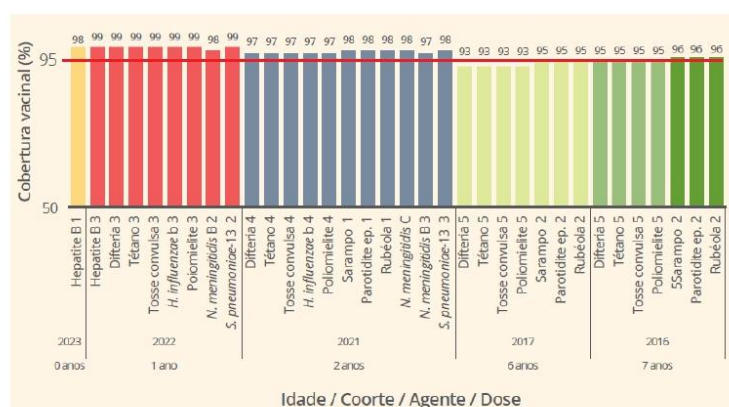


Figura 16 - PNV esquema geral recomendado. Cobertura vacinal por idade/coorte/agente patogénico/dose. Avaliação 2023, em Portugal Continental.  
Fonte: Relatório Anual da Vacinação – 2024

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

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

Fonte: Sclínico

Na ULS BM, em 2023, a cobertura vacinal contra infeções por HP no sexo feminino, na coorte de 2011 (12 anos de idade), verifica-se uma cobertura vacinal para a 1ª dose de 95,67% e para a 2ª dose de 92,52% (Quadro 36), ultrapassando a meta dos 85%, à semelhança do que acontece a nível nacional (Figura 17). Quanto às raparigas da coorte de 2012 (11 anos de idade) 105,49% para a 1ª dose e 81,01% para a 2ª dose (Quadro 36).

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

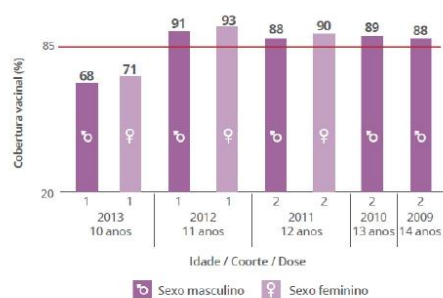


Figura 17 - Cobertura vacinal contra infeções por HPV, por idade/coorte, dose e sexo. PNV esquema geral recomendado. Avaliação 2023, em Portugal Continental. Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

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

Idade	Coorte	Vacina contra / Dose	%
10 anos	2013 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	68,42
	2013 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	66,67
11 anos	2012 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	92,98
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	70,66
	2012 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	105,49
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	81,01
12 anos	2011 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	90,67
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	83,58
	2011 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	95,67
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	92,52
13 anos	2010 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	93,12
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	88,77
	2010 raparigas	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	93,77
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	90,48
14 anos	2009 rapazes	Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 1 (HPV 9 SNS)	90,67
		Infeções por vírus do Papiloma humano de 9 genótipos 2 (HPV 9 SNS)	82,46

Fonte: Sclínico

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

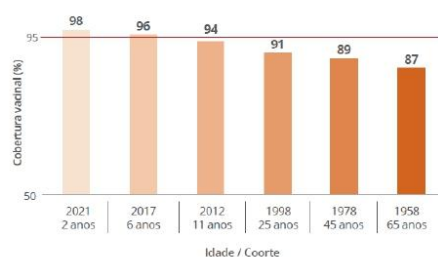


Figura 18 - Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, em Portugal Continental.

Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

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

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

Fonte: Sclinico

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

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

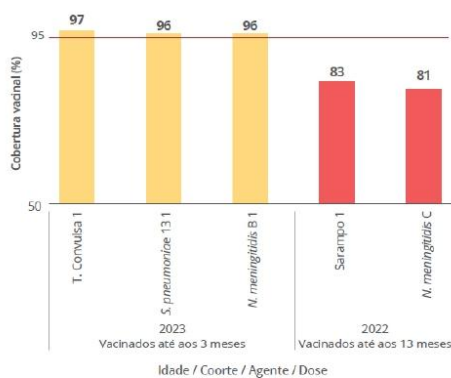


Figura 19 - Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa, *S. pneumoniae* 13 e *N. meningitidis* B, até completarem 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo e *N. meningitidis* C até completarem 13 meses de idade. Avaliação 2023, em Portugal Continental.

Fonte: Relatório Anual da Vacinação - 2024

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

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

Fonte: Sclínico

## Bibliografia

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

APÊNDICE VIII – ALERTA INFORMATIVO SOBRE SARAMPO

# Sarampo

## Dados epidemiológicos (a 13/06)

Portugal



207 casos  
notificados

2024

30 casos  
confirmados

junho 2024

Região Centro



4 casos



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
BAIXO MONDEGO

6 casos suspeitos  
2 casos confirmados

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

## Reforço de medidas

**1 Alerta** nos serviços de urgência pediátrica e adultos e cuidados de saúde primários para os sinais/sintomas de sarampo



**2 Testagem** de casos suspeitos a partir de colheita de amostras biológicas a confirmar pelo **INSA**



**3 Notificar** casos suspeitos no  **SINAVE**  
SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**4 Vacinação** nas 72 horas após contato de risco em utentes elegíveis



APÊNDICE IX – ARTIGO INFO SAÚDE “FENÓMENO MIGRATÓRIO E A IMPORTÂNCIA  
DA LITERACIA EM SAÚDE”

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

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

## Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde



Disponível em língua Inglesa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*(continuação na página seguinte)*

## Fenómeno migratório e a importância da literacia em saúde

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

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

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

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

### Referências bibliográficas

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

- Escola Nacional de Saúde Pública. (2022). *Literacia em Saúde: da evidência científica à ação*. Obtido em 6 de abril de 2024, de <https://www.ensp.unl.pt/literacia-em-saude-da-evidencia-cientifica-a-acao/>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos - O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal - 2021*. Obtido em 20 de novembro de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=66196836&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66196836&PUBLICACOESmodo=2).
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas de População Residente. População residente aumenta mais de 46 mil pessoas - 2022*. Obtido em 1 de abril de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque&DESTAQUESdest\\_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2).
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. (D.-G. d. Saúde, Ed.) *Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido em 29 de março de 2024, de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Dia Internacional da Literacia. Obtido em 4 de abril de 2024, de <https://www.ordenenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dia-internacional-da-literacia/>.
- Parlamento Europeu. (2024). *Explorar as razões da migração: porque é que as pessoas migram?* Obtido em 20 de novembro de 2024, de <https://www.europarl.europa.eu/topics/pt/article/20200624ST081906/explorar-as-razoes-da-migracao-porque-e-que-as-pessoas-migram>.
- Pordata. (2023). *Imigrantes permanentes: total e por sexo. Quantos homens ou mulheres imigraram para Portugal?* Obtido em 30 de março de 2024, de <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+por+sexo-3254?fbclid=IwAR33q44Dl4mHDJlaMM1MywkR0WR47dOKOdyFLUMaTTRW7CD0p0xPMHLLY>.
- SNS. (2017). *Biblioteca de Literacia em Saúde*. Obtido em 9 de abril de 2024, de <https://biblioteca.sns.gov.pt/#?text=A%20biblioteca%20de%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20dos%20que%20as%20rodeiam>.



Disponível em língua Inglesa

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

APÊNDICE X – ARTIGO INFO SAÚDE “IMPACTO DO RUÍDO NA SAÚDE”

## Impacto do Ruído na Saúde

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

<sup>1</sup> Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, Escola Superior de Saúde de Leiria

<sup>2</sup> Clínica das Oitavas, Leiria

<sup>3</sup> USF Beira Tejo

<sup>4</sup> Devita - Leiria

<sup>5</sup> Devita - Alcobaça

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

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

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

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



também o plano diretor municipal que tem em consideração o mapa de ruído realizado previamente.

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

(continua na página seguinte)

## Impacto do Ruído na Saúde

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

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

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

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

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



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

### Referências bibliográficas

1. Agência Portuguesa do Ambiente. (04 de junho de 2021). Ruído ambiente. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://apambiente.pt/ar-e-ruído/ruído-ambiente>.
2. Ecophon, Sains-Gobain. (2017). Impact of noise in healthcare. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.ecophon.com/globalassets/media/pdf-and-documents/knowledge/healthcare/research-studies/healthcare-research-summary-2017.pdf/>.
3. European Environment Agency. (05 de março de 2020). Número de europeus expostos a poluição sonora prejudicial deverá aumentar. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.eea.europa.eu/pt/highlights/numero-de-europeus-expostos-a>.
4. European Environment Agency. (07 de abril de 2020). A poluição sonora é um grave problema, tanto para a saúde humana como para o ambiente. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.eea.europa.eu/pt/articles/a-poluicao-sonora-e-um>.
5. European Environment Agency. (5 de março de 2020). Environmental noise in Europe - 2020. Obtido em 7 de janeiro de 2024, de European Environment Agency: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-noise-in-europe>.
6. Ferreira, R. A. (2016). Avaliação da exposição da população portuguesa a. Relatório de estágio, Universidade de Aveiro, Departamento de Ambiente e Ordenamento. Obtido em 27 de dezembro de 2023, de <http://hdl.handle.net/10773/18815>.
7. Iberdrola. (23 de abril de 2020). Poluição sonora: como reduzir as consequências de uma ameaça invisível? Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.iberdrola.com/sustentabilidade/o-que-e-poluicao-sonora-causas-consequencias-solucoes>.
8. Macedo, C. (27 de abril de 2022). Maioria das cidades portuguesas regista valores de ruído acima do limite legal, alerta ZERO. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de ambiente magazine: <https://www.ambiente magazine.com/majoria-das-cidades-portuguesas-regista-valores-de-ruído-acima-do-limite-legal-alerta-zero/>.
9. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 de setembro de 2006). Decreto-Lei n.º 182/2006 de 6 de setembro. (Diário da República, Ed.) Série I (n.º 172/2006), pp. 6584 - 6593. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://diarioderepublica.pt/dj/detalhe/decreto-lei/182-2006-539986>.
10. Ministério Público. (14 de janeiro de 2007). DL n.º 9/2007, de 17 de Janeiro. (Procuradoria Geral Distrital de Lisboa, Ed.) Regulamento Geral do Ruído. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de [https://pgdliboa.pt/lei/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1210&tabela=lei](https://pgdliboa.pt/lei/lei_mostra_articulado.php?nid=1210&tabela=lei).
11. Município de Leiria. (2023). Ar, ruído e tráfego (em tempo real). Obtido em 24 de janeiro de 2024, de Município de Leiria: <https://www.cm-leiria.pt/areas-de-atividade/ambiente/ar-ruído-e-trafego-em-tempo-real>.
12. OMS. (abril de 1999). Diretrizes para ruído comunitário. Obtido em 28 de dezembro de 2023, de Organização Mundial de Saúde: [https://iris.who.int/handle/10665/66217?search-result=true&query=Noise&scope=6rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://iris.who.int/handle/10665/66217?search-result=true&query=Noise&scope=6rpp=10&sort_by=score&order=desc).
13. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (10 de fevereiro de 1999). Guidelines for community noise. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.who.int/publications/f/tam/a68672>.
14. Pimenta, S., Roque, A., Fomnega, J., & Martinho, T. (17 de abril de 2021). Efeitos Extra-Auditivos do Ruído na Saúde. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online: <https://www.rpsio.pt/efeitos-extra-auditivos-do-ruído-na-saude/>.
15. Presidência do Conselho de Ministros. (6 de setembro de 2019). Decreto-Lei n.º 136-A/2019, de 6 de setembro. (Diário da República, Ed.) 1.º Suplemento, Série I (n.º 171/2019), pp. 2 - 4020. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://diarioderepublica.pt/dj/detalhe/decreto-lei/136-a-2019-124532000>.
16. Rodrigues, J. (05 de junho de 2021). O RUÍDO AMBIENTAL E OS SEUS RISCOS. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://sea-solucoes.com/vite/o-ruído-ambiental-e-os-seus-riscos/>.
17. Rodrigues, J. (4 de janeiro de 2024). O ruído ambiental e os seus riscos. Obtido de SEA Soluções: <https://sea-solucoes.com/vite/o-ruído-ambiental-e-os-seus-riscos/>.
18. Soares, C. (8 de fevereiro de 2020). O nosso corpo não está equipado para tanto barulho e os efeitos podem ser graves. Visão. Obtido em 3 de janeiro de 2024, de <https://visao.pt/atuabilidade/sociedade/2020-02-08-ate-que-ponto-somos-vitimas-do-barulho/>.
19. UNEP. (17 de fevereiro de 2022). Frontiers 2022: Noise, Biases and Mismatches. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de <https://www.unep.org/resources/frontiers-2022-noise-biases-and-mismatches>.
20. União Europeia. (25 de junho de 2002). Directiva 2002/49/CE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à avaliação e gestão do ruído ambiente. Obtido em 10 de janeiro de 2024, de Serviço das Publicações da União Europeia: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/0254e2a3-4ee8-45a2-aa4a-090096045111/language-pt>.
21. União Europeia. (19 de maio de 2015). Directiva (UE) 2015/996 da Comissão, de 19 de maio de 2015. (Jornal Oficial da União Europeia, Ed.) pp. 1-823. Obtido em 12 de janeiro de 2024, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32015L0996>.
22. Vreman, J., van Loon, L. M., Biggelaar, W., Hoeven, J., Lemson, J., & Boogaard, M. (dezembro de 2020). Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: An observational cross-sectional study. Obtido em 19 de janeiro de 2024, de Science Direct: <https://doi.org/10.1016/j.icm.2020.102901>.
23. ZERO. (2023). 27 de abril – Dia Internacional de Sensibilização para o Ruído: Redução do ruído deve ser prioridade ambiental do Governo. Obtido em 21 de janeiro de 2024, de ZERO: <https://zero.org/noticias/27-de-abril-da-internacional-de-sensibilizacao-para-o-ruído-reducao-do-ruído-deve-ser-prioridade-ambiental-do-governo/>.

## APÊNDICE XI – APRESENTAÇÃO DO PROJETO INTEGRA-TE



## Apresentação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
BAIXO MONDEGO



POLITÉCNICO  
DE LEIRIA  
ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE



**Elaborado por:**

Daniela Caldeira (Mestranda)

Tânia Luís (Mestranda)

Fátima Claro (Enfermeira Orientadora)

Luís Seixo (Enfermeiro Orientador)

Eva Menino (Professora Orientadora)

# Índice



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

3

# Introdução



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

## Objetivo Principal

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

## Objetivos Específicos

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

4

## Enquadramento teórico



5

## Enquadramento teórico



### Migração



Em 2020,

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

(OIM, 2024)



Em 2022,

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

(United Nations, 2024; Eurostat, 2024)

6

# Enquadramento teórico



## Migração



Em 2023,  
 • Grupo etário mais representativo é dos 25-44 anos e o litoral a área geográfica de eleição da população estrangeira para residir;  
 (AIMA, 2024)



# Enquadramento teórico



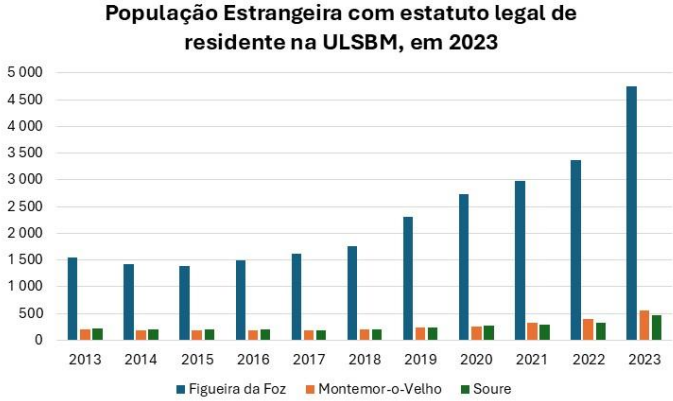
## Migração



Em 2022  
 • 4 091 estrangeiros com estatuto legal de residente;  
 (PORDATA, 2023)

Em 2023  
 • 5 764 estrangeiros com estatuto legal de residente;  
 (PORDATA, 2024)

↑ **29%** (1673) estrangeiros com estatuto legal de residente

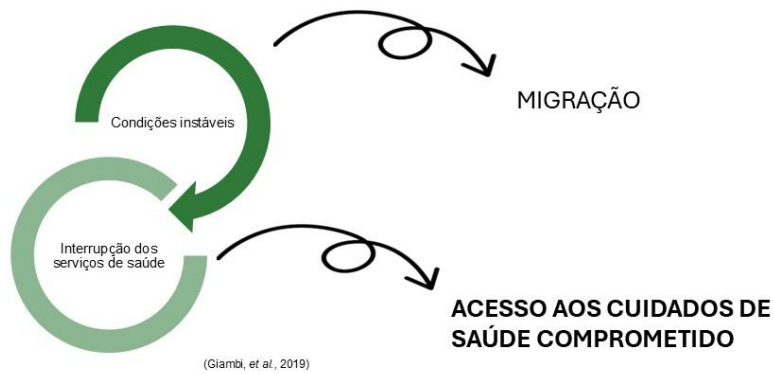


# Enquadramento teórico



País de Origem

País de Acolhimento



9

# Enquadramento teórico



Acesso aos Cuidados de Saúde



10

## Enquadramento teórico



### Acesso aos Cuidados de Saúde



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

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

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

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

(Machado, 2024)

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

(Casquilho-Martins & Ferreira, 2022)

11

## Enquadramento teórico



### Acesso aos Cuidados de Saúde



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

(OIM Brazil, 2024)



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

(Giambi, et al., 2019)



#### PNS 2021-2030

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

(DGS, 2021)

12

## Enquadramento teórico



### Acesso aos Cuidados de Saúde



#### Missão

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

#### Valores

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

(ULSBM, 2024)

13

## Enquadramento teórico



### Acesso aos Cuidados de Saúde



#### Missão

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

#### Valores

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

(UCCFM, 2024)

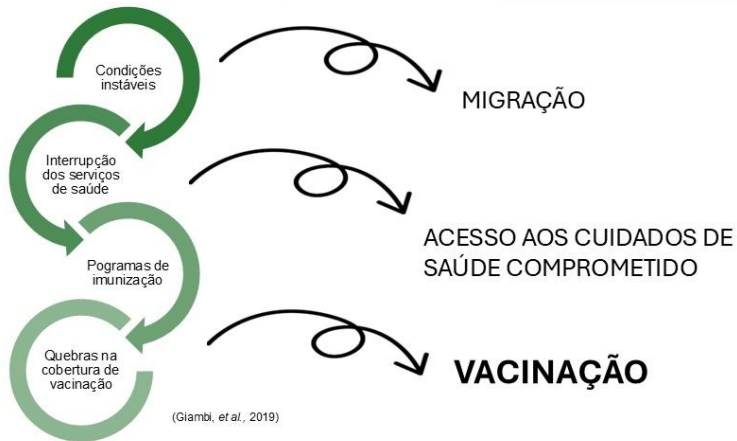
14

## Enquadramento teórico



País de Origem

País de Acolhimento



15

## Enquadramento teórico



### Vacinação

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

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



16

## Enquadramento teórico



### Vacinação



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

(OMS, 2024d)



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

(OMS, 2024b)

17

## Enquadramento teórico



### Vacinação

Em 2023



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

(DGS, 2024b)

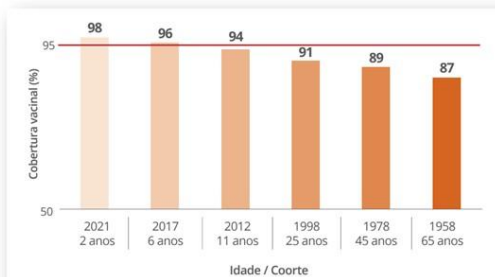


FIGURA 3. Cobertura vacinal contra tétano e difteria, por idade/coorte. PNV esquema cumprido. Avaliação 2023, em Portugal Continental. Fonte: VACINAS

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

18

## Enquadramento teórico



### Vacinação



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

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

Fonte: Sclinico, 2023

19

## Enquadramento teórico



### Vacinação

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

Doenças de Notificação Obrigatória, na ULSBM

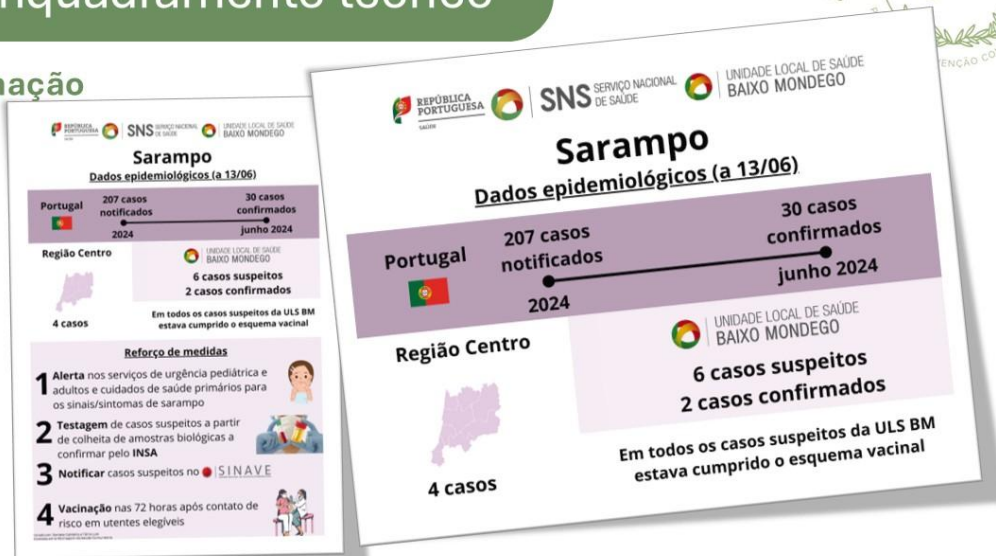
Fonte: SINAVE, 2024

20

# Enquadramento teórico



## Vacinação



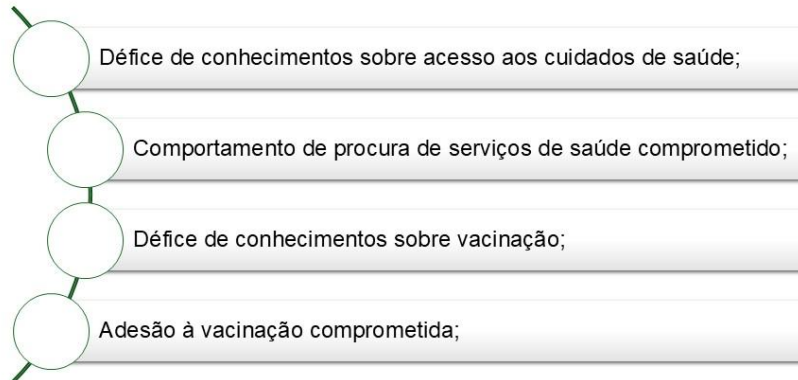
# Metodologia – Planeamento em Saúde



## Diagnóstico de Situação



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



23

## População - Alvo



- Comunidade imigrante, a residir na Marinha das Ondas



### Critérios de Inclusão

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

### Critérios de Exclusão

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

24

## Local e Data

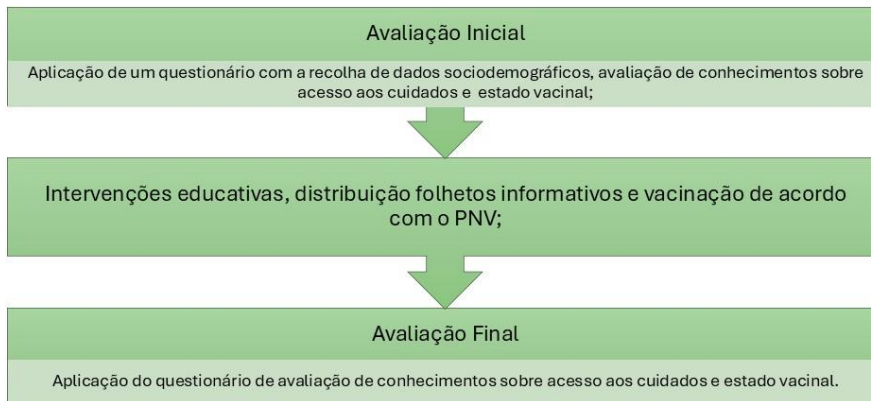
- **Local:** USF Figueira Sul (Pólo Marinha das Ondas)
- **Data:** a definir



25

## Intervenção

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



26

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO Nº participante: \_\_\_\_\_

## Projeto INTEGRA-TE

### Projeto de Intervenção numa comunidade migrante asiática

#### Questionário

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

**A. DADOS SOCIOECONÓMICOS**

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

**B. ESTADO VACINAL**

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

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

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO Nº participante: \_\_\_\_\_

#### C. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

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

Obrigado pela sua colaboração!

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



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

Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

Têm prioridade:

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



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

- Perante uma situação grave ou de risco de vida (acidente/doença súbita).
- Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves

**INTEGRA te**

## Acesso aos Cuidados de Saúde

**Está doente? Onde se dirigir?**

**Não sabe o que fazer?**

Linha SNS 24 - 808 24 24 24

• Problema de saúde não emergente

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

112 - Número Europeu de Emergência

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

Exemplos: alteração de estado de consciência, febre de 40°C, engasgamento, afogamento, queimadura, acidente com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante e queimadura de 3.º grau

### Cuidados de Saúde Primários

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

Devem ser:

- Resposta a vigor as doenças;
- Apoio à saúde da comunidade;
- Exemplos: primeiros exames complementares de diagnóstico (exames de rotina, segundo o plano de cuidados de saúde nos emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

### Serviço de Urgência

Têm prioridade:

- As emergências: situações em que a vida corre perigo (acidentes, intoxicações, ataques cardíacos, etc.);
- As doenças súbitas (dor aguda, traumatismos, hemorragias espontâneas, etc.);
- Os doentes referenciados (pacientes de curta ou médio ou longa duração hospitalar).

**INTEGRA te**

## Access to Health Care

**Are you sick? Where should you go?**

**Not sure what to do?**

SNS 24 Line - 808 24 24 24

• For non-emergency health problems

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

112 - European Emergency Number

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

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

### Primary Health Care

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

**Purpose:**

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

### Emergency Service

Priority is given to:

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

**INTEGRA te**

## Vacinação

**Porque é que é importante vacinar-se?**

A vacinação tem como objetivo desenvolver defesas contra determinadas doenças, protegendo a saúde individual e a saúde pública. Por isso, é muito importante vacinar-se.

**Quem tem acesso à vacinação?**

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

**Onde me posso vacinar?**

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

Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

**Seu obrigado a vacinar-me?**

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

**Tenho de pagar para me vacinar?**

As vacinas referidas no PNV são gratuitas, mesmo para as pessoas em situação irregular de residência.

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

Sim, é recomendada a vacinação contra a difteria e o tétano, com reforços durante toda a vida. Se estiver grávida precisa também de uma vacina contra a tosse convulsa.

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

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

**INTEGRA te**

## Vaccination

**Why is it important to get vaccinated?**

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

**Who has access to vaccination?**

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

**Where can I get vaccinated?**

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

You will need to present your vaccination history.

**Am I required to get vaccinated?**

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

**Do I have to pay to get vaccinated?**

The vaccines included in the PNV are free, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.

**I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?**

Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life. If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or nearest to your area of residence.

## Conclusão



O Projeto **Integra-TE** tem como objetivo a promoção e defesa da saúde de grupos e comunidades, numa perspetiva de promoção da responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de estratégias, como na definição e implementação de práticas.

A realização deste PIC permite-nos consolidar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo lapidado os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária e as habilidades exigidas pelo EESCSP.

Esta experiência permite-nos reconhecer o papel primordial da UCC e do EESCSP na liderança de projetos de intervenção comunitária.

Com o aval dos profissionais de saúde, esperamos continuar a contribuir para a promoção da saúde e bem-estar das comunidades, de forma a promover a mudança nos comportamentos, com o objetivo final de obter ganhos em saúde.

31

## Bibliografia

- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal. (Societies, 12, 55). Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s. Direção Geral de Saúde. Obtido em 24 de março de 2024, de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- DGS. (2024a). Relatório - Estudo sobre a perceção de eficácia da Campanha de Comunicação para a promoção da vacinação sazonal Outono-Inverno | 2023-2024. Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Prevenção da Saúde, Lisboa. Obtido em 2 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/estudo-sobre-a-percecao-de-eficacia-da-campanha-de-comunicacao-para-a-promocao-da-vacinacao-sazonal-outono-inverno-2023-2024-pdf.aspx>
- DGS (2024b). Relatório Síntese Anual da Vacinação - 2024. Direção-Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 4 de outubro de 2024, de <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- Giambi, C., Manso, M., Marchetti, G., Olsson, K., Ali, K., & Declich, S. (2019). Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. Elsevier, Vaccine 37, 439–5451. Obtido em 24 de setembro de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.068>
- OMS(2024a) Vaccines and immunization. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
- OMS (2024b) Vaccines and immunization - Europe. Obtido em 27 de setembro de 2024, de World Health Organization: [https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_2](https://www.who.int/europe/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_2)
- OIM (2024) Relatório Mundial sobre Migração de 2024. Obtido em 17 de setembro de 2024, de OIM ONU Migração: <https://worldmigrationreport.iom.int/news/world-migration-report-2024-reveals-latest-global-trends-and-challenges-human-mobility>
- <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/migracoes/populacao-estrangeira/populacao-estrangeira-com-estatuto-legal-de-residente>
- <https://www.conass.org.br/guia/informacao/modelos-de-fluxos-de-acesso/>
- <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Documents/FLUXOGRAMA%20ACESSO%20C3%81%20SA%3%9ADE.pdf>
- <https://www.sns24.gov.pt/guia/quando-ligar-sns-24-ou-inem/>
- <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/saiba-mais-sobre-quando-deve-recorrer-as-urgencias.pdf>

32



*Cuidar de todos é o nosso  
compromisso!*

*Daniela Caldeira  
Tânia Luís*



APÊNDICE XII – SÍMBOLO DO PROJETO INTEGRA-TE



Fonte: Elaboração própria

APÊNDICE XIII – CONVITE PARA A INTERVENÇÃO



# Convite

**25**  
**JANEIRO**  
**2025**

das 9h às 13h

**Dia Aberto de Promoção do  
Acesso aos Cuidados de Saúde  
Vacinação**

**USF Figueira Sul  
Polo da Marinha das Ondas**

*Cuidar de todos é o nosso compromisso!*



SAÚDE

## APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA



## Apresentação



**Elaborado por / Prepared by / Dbārā pratuta:**

Daniela Caldeira (Mestranda)

Tânia Luís (Mestranda)

**Enfermeiros Orientadores / Nurse Advisors / Nārsa upadēṣṭā :**

Fátima Claro

Luís Seixo

Fernanda Vitória

Manuela Branco

**Professora Orientadora / Guiding Teacher / Pathapradārśaka śikṣaka:**

Eva Menino



## Acesso aos Cuidados de Saúde

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

Servem para:

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

Têm prioridade:

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



Linha de Saúde 24  
SNS 24 • 808 24 24 24

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



Número Europeu de Emergência  
• 112

- Perante uma situação grave ou de risco de vida (acidente/doença súbita).
- Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
Mestradas em Enfermagem de Saúde  
Comunitária Área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e Saúde Pública



## Vacinação

### Porque é que é importante vacinar-se?

- A vacinação tem como objetivo desenvolver defesas contra determinadas doenças, protegendo a saúde individual e a saúde pública.
- Por exemplo: tétano, hepatite B, poliomielite, COVID-19, meningite e sarampo, entre outras doenças

### Quem tem acesso à vacinação?

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

Onde me posso vacinar?

Deve dirigir-se ao Centro de Saúde no qual está inscrito ou ao Centro de Saúde mais próximo da sua área de residência. Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

Sou obrigado a vacinar-me?

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

Tenho de pagar para me vacinar?

As vacinas referidas no PNV são gratuitas, mesmo para as pessoas sem Número Nacional de Utente e em situação irregular de residência.

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

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

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

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



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
Mestradas em Enfermagem de Saúde  
Comunitária Área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e Saúde Pública





# Access to Health Care

Should be the first choice for accessing health services.

**Purpose:**

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health.

**Example:** Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.).

Priority is given to:

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



**Health Line 24**  
**SNS 24**  
**• 808 24 24 24**

- For non-emergency health problems
- Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes).



**European Emergency Number**  
**112**

- For serious or life-threatening health problems (accident/sudden illness)
- Examples: altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, serious accidents, chest pain, heavy bleeding, and severe burns



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
 Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



# Vaccination

## Why is it important to get vaccinated?

- Vaccination aims to develop defenses against certain diseases, protecting individual and public health.
- For example: tetanus, hepatitis B, polio, COVID-19, meningitis, measles, and other diseases.

## Who has access to vaccination?

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

**Where can I get vaccinated?**

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

You will need to present your vaccination history.

**Am I required to get vaccinated?**

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

**Do I have to pay to get vaccinated?**

The vaccines included in the PNV are **free**, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.

**I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?**

- Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life.
- If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or nearest to your area of residence.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
 Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública





# Sbāsthyasēbā ayāksēsa

Ēti sbāsthyā parišēbā ayāksēsēra jan'ya prathama pachanda ha'ōyā ucita.  
Tārā ēra jan'ya byabahāra karā haḡa:  
• Rōga pratirōdha ēbam nirikṣaṇa;  
• sbāsthyēra jan'ya paryabēkṣaṇa ēbam yatna;  
udāharaṇa: Atirikta dāyāganastika parikṣā ēbam/athabā ruṭina bislēṣaṇa nirdhāraṇa, a-jarurī sbāsthyā samasyā (dāyābētisa, ucca raktacāpa, ityādi) paryabēkṣaṇa karā.

Agrādhikāra āchē:

- **Jarurī abasthā:** Ēmana paristhititē yēkhānē jībana bipadē parē (durghaṭanā, biṣakriyā, mrgīrōga, ityādi)
- **haṭhāt asusthatā** (tibra byathā, āghāta, raktapāta, pōṛā ityādi)
- **rēphāra karā rōgi** (dāktāra dbārā karā paryabēkṣaṇēra jan'ya anurōdha saha ēkaṭi ciṭhira bāhaka)



Sbāsthyā lā'ina 24  
 SNS 24  
 • **808 24 24 24**

I'urōpiya jarurī nambara  
 112



- Ēkaṭi a-jarurī sbāsthyā samasyāra mukhē.
- Ēti tibra asusthatāra (hālākā byathā, kāṣī, jbara, bami, dāyariyā, raktacāpēra paribartana ēbam tbaḡēra paribartana) paristhititē nāgarikadēra mūlyāyana ēbam gā'ida karāra jan'ya dāyi.

- Ēkaṭi gurutara bā jībana-humakipūrṇa paristhitira kṣētrē (durghaṭanā/haṭhāt asusthatā).
- Udāharaṇasbarūpa, cētanāra paribartita abasthā, sandēhajanaka strōka, dama bandha ha'ōyā, sbāsa nitē asubidhā, āghāterā sāthē durghaṭanā, bukē byathā, pracura raktapāta ēbam gurutara pōṛā.

Dbārā prastuta kāja: Daniela Caldeira e Tania Luis Kam'i unṭē hēlathe ēbam pābalika hēlathe nārsim ēra kam'i unṭē hēlathe nārsim ēnyātē māstārāra chātrāra



## Ṭikādāna

### Kēna ṭikā dē'ōyā gurutbapūrṇa?

- Ṭikādānēra lakṣya nirdiṣṭa rōgēra birud'dhē pratirakṣā gaṛē tōlā, byaktigata sbāsthyā ēbam janasbāsthyā rakṣā karā.
- Yēmana: Ṭiṭēnāsa, hēpātā'ṭisa bi, pōli'ō, COVID-19, mēninajā'ṭisa ēbam hāma, an'yān'ya rōgēra madhyē

### Kāra ṭikā dē'ōyā ayāksēsa āchē?

- Pratyēkēra'i ṭikā dē'ōyāra suyōga rayēchē.
- N'yāsānāla bhyāksinēsana prōgrāma (PNV) hala ēkaṭi sārbbajanina prōgrāma, portugālēra samasta bāsindādēra (niyamita bā aniyamita) bināmūlyē ēbam ayāksēsavyōga.

### Āmi kōthāya ṭikā pētē pāri?

Āpanākē abasya'i sē'i sbāsthyā kēndrē yētē habē yēkhānē āpani nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalēra nikaṭatama sbāsthyā kēndrē yētē habē.  
 Āpanākē abasya'i āpanāra ṭikā dē'ōyāra itihāsa upasthāpana karatē habē.

### Āmi ki ṭikā nitē bādhyā?

Nā, tabē ēṭā drghabhābē supārīsa karā haḡa yē āpani āpanāra sbāsthyā ēbam sampradāyēra sbāsthyēra jan'ya ēṭi karabēna.

### Āmākē ki ṭikā dē'ōyāra jan'ya artha pradāna karatē habē?

PNV-tē ullēkhita bhyākasinaguli bināmūlyē, ēmanaki jāṭiya byabahārakārīra nambara chārā ēbam aniyamita ābāsika paristhititē thākā lōkēdēra jan'ya'ō.

### Amāra bayāsa 18 ēra bēsi, āmākē ki ēkhana'ō ṭikā nitē habē?

- Hyām, dīpathēriyā ēbam ṭiṭēnāsēra birud'dhē ṭikā dē'ōyāra parāmarśa dē'ōyā haḡa, āpanāra sārā jībana buṣṭāra saha.
- Āpani yadi garbhabati hana tabē āpanākē hupirī kāsira birud'dhē ṭikā ditē habē

Āpanāra sbāsthyā kēndrēra nārsēra parāmarśa nē'ōyā ucita  
 āpani yadi chōṭabēlāya ṭikā nā diyē thākēna bā āpanāra yadi ṭikā dē'ōyāra rēkarḡa nā thākē, tabē āpani yē sbāsthyā kēndrē nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalē nārsim dalēra sāthē yōgāyōga karuna.



Dbārā prastuta kāja: Daniela Caldeira e Tania Luis Kam'i unṭē hēlathe ēbam pābalika hēlathe nārsim ēra kam'i unṭē hēlathe nārsim ēnyātē māstārāra chātrāra



## QR Code



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



*Cuidar de todos é o nosso  
compromisso!*



*Daniela Caldeira  
Tânia Luis*



*Taking care of everyone is  
our commitment!*

*Daniela Caldeira  
Tânia Luís*



*Sabāra yatna  
nē'ōyā āmādēra  
aŋgikāra!*

*Daniela Caldeira  
Tânia Luís*



APÊNDICE XV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO INICIAL



## Projeto INTEGRA-TE

### Projeto de Intervenção numa Comunidade Imigrante

#### Questionário

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

#### A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Idade: \_\_\_\_ anos
- Género: Feminino  Masculino 
  - Se feminino, está grávida? Sim  Não
- Habilitações literárias:
  - Nenhum
  - 1º ciclo
  - 2º ciclo
  - 3º ciclo
  - Secundário
  - Licenciatura/Mestrado/outro
- País de Origem: \_\_\_\_\_
- Fala ou escreve português? Sim  Não
- Vive sozinho ou em família/grupo?
  - Sozinho
  - Em família/grupo
- Desde quando está em Portugal?
  - Menos de 6 meses
  - Entre 6 e 12 meses
  - Mais de 12 meses
- Está inscrito no Centro de Saúde: Sim  Não 
  - Se não inscrito, gostaria de se inscrever hoje? Sim  Não
  - Se não inscrito, sabe como se inscrever? Sim  Não

#### B. ESTADO VACINAL

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

#### C. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

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

Obrigado pela sua colaboração!



## Project INTEGRA-TE Intervention Project for an Immigrant Community

### Questionnaire

As part of the Community Health and Public Health Nursing Internship II, in the 2nd year of the master's degree in Community Nursing - Community and Public Health Nursing Area, at the Leiria School of Health, the following questionnaire was prepared to select participants to be included in the sample of the above-mentioned study. This questionnaire is anonymous, and your name will not be used at any time throughout the project. All data collected will be used solely for academic purposes, and your responses will remain confidential. Completing the questionnaire takes about 5 minutes.

#### A. SOCIODEMOGRAPHIC DATA

1. Age: \_\_\_\_ years
2. Gender: Female  Male 
  - a. If female, are you pregnant? Yes  No
3. Educational Level:
  - a. None
  - b. Primary school (1st-4th grade)
  - c. 5th to 6th grade
  - d. Middle school (7th to 9th grade)
  - e. High school (10th to 12th grade)
  - f. University Degree (Bachelor's, Master's or higher)
4. Country of Origin: \_\_\_\_\_
5. Do you speak or write Portuguese? Yes  No
6. Do you live alone or with family / a group?
  - a. Alone
  - b. Family / a group
7. How long have you been in Portugal?
  - a. Less than 6 months
  - b. Between 6 and 12 months
  - c. More than 12 months ago
8. Are you registered at this Health Center? Yes  No 
  - 8.1 If not registered, would you like to register today? Yes  No
  - 8.2 If not registered, do you know how to register? Yes  No

#### B. VACCINATION STATUS

9. Is your vaccination status up to date? Yes  No  I don't know 
  - a. If not, would you like to update your vaccinations today? Yes  No

#### C. ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES

10. Do you know the medical emergency number? Yes  No 
  - a. If yes, which is it? \_\_\_\_\_
11. Have you accessed any healthcare services since you started living in Marinha das Ondas? Yes  No 
  - a. If you answered yes, which one? \_\_\_\_\_
12. Where do you usually go for healthcare services for routine tests, diabetes or hypertension monitoring, a cough, or a fever?
  - a. Health Center
  - b. Hospital
  - c. Private Service
  - d. Health Line 24
  - e. Other  Which one? \_\_\_\_\_
13. What is your first choice for accessing healthcare services in an emergency situation, such as fractures, burns, difficulty breathing, or severe chest pain?
  - a. Health Center
  - b. Hospital
  - c. Private Service
  - d. Health Line 24
  - e. Other  Which one? \_\_\_\_\_
14. When you are unsure about which healthcare service to contact, which service should you call?
  - a. Health Line 24
  - b. Medical Emergency Number
  - c. I don't know
15. What barriers have you faced in accessing healthcare since moving to Marinha das Ondas?
  - a. Language
  - b. I don't know where to go
  - c. Fear of healthcare professionals
  - d. Legal issues
  - e. Financial difficulties
  - f. Other  Which one? \_\_\_\_\_

**Thank you for your cooperation!**



## Prajēkta intigrā-ṭi'i jan'ya hastakṣēpa prakalpa ēkaṭi abhibāsī sampradāya

### Praśnābali

Kami'uniṭi hēlatha ayāṅḍa pābalika hēlatha nārsim inṭārnaśipa II-ēra anśa hisēbē, kami'uniṭi nārsim - kami'uniṭi ayāṅḍa pābalika hēlatha nārsim ēriyātē snātakōttara dīgrira 2ya bacharē, lē'iriṅyā skula apha hēlatha-ē, nimmalikhita praśnābali prastuta karā hayēchila anśagrahaṇakārīdēra antarbhukta karāra jan'ya nīrbācana karāra jan'ya uparē ulikhita gabēṣaṇāra namunāya. Ē'i praśnābali bēnāmi, ēbam āpanāra nāma prakalpa juṛē kōnō samāya byabahāra karā habē nā. Saṅgrḥita samasta dētā sudhumātra ēkāḍēmika uddēśyē byabahāra karā habē, ēbam āpanāra praktikriyāguli gōpana thākabē. Praśnapatraṭi sampūrṇa karatē prāya 5 miniṭa samāya lāgē.

#### A. Uḥ sōsi'ōḍēmōgrāphika dētā

1. Baṅasa: \_\_\_\_ Bachara
2. Liṅga: Mahilā  Puruṣa 
  - a. Mahilā halē, āpani ki garbhabati? Hyām  Nā
3. Śikṣāgata stara:
  - a. Kōnōṭi'ī naṅa
  - b. Prāthamika bidyālaya (1ma-4rtha śrēṇi)
  - c. 5Ma thēkē 6ṣṭha śrēṇi paryanta
  - d. Madhya bidyālaya (7ma thēkē 9ma śrēṇi)
  - e. Ucca bidyālaya (daśama thēkē dbādaśa śrēṇi)
  - f. Bīśbabidyālayēra dīgiri (snātaka, snātakōttara bā uccatara)
4. Mūla dēśa: \_\_\_\_\_
5. Āpani ki portugija bhāṣāya kathā balēna bā lēkhēna? Hyām  Nā
6. Āpani ki ēkā thākēna nāki paribāra/ēkaṭi dala niyē thākēna?
  - a. Ka ēkā
  - b. Paribāra/ēkaṭi dala
7. Āpani portugālē katadina dharē āchēna?
  - a. 6 Māsēra kama
  - b. 6 Thēkē 12 māsēra madhyē
  - c. 12 Māsēra'ō bēśi āgē
8. Āpani ki ē'i sbāsthya kēndrē nibandhita? Hyām  Nā 
  - 8.1 Nibandhita nā halē, āpani ki āja nibandhana karatē cāna? Hyām  Nā
  - 8.2 Nibandhita nā halē, āpani kibhābē nibandhana karatē jānēna? Hyām  Nā

Kami'uniṭi nārsim-ē māśṭāra prōgrāmēra anśa hisēbē Daniela Caldeira ēbam Tania Luis ē'i praśnapatraṭi tairi karēchilēna, kami'uniṭi hēlatha ēbam pābalika hēlatha biṣayē biṣēṣajña

#### B. Bhyākasinēśana styātāsa

9. Āpanāra ṭikāra abasthā ki āpa ṭu dēta? Hyām  Nā  Āmi jāni nā 
  - a. Yadi nā haya, āpani ki āja āpanāra ṭikā āpaḍēta karatē cāna? Hyām  Nā

#### C. Sbāsthyaśēbā pariṣēbāgūlitē ayāksēsa

10. Āpani ki mēḍikēla imārjēnsi nambara jānēna? Hyām  Nā 
  - a. Ka yadi hyām, ēṭā kōnaṭi? \_\_\_\_\_
11. Āpani mārinahā dāsa oṅḍāśē basabāsa śuru karāra para thēkē āpani ki kōnō sbāsthyaśēbā pariṣēbā ayāksēsa karēchēna? Hyām  Nā 
  - a. Yadi āpani hyām uttara dēna, kōnaṭi? \_\_\_\_\_
12. Āpani sādharāṇata ruṭina pariṣā, ḍāyābēṭisa bā ucca raktacāpa paryabēkṣaṇa, kāśi bā jbarēra jan'ya sbāsthyaśēbā pariṣēbāra jan'ya kōthāya yāna?
  - a. Sbāsthya kēndra
  - b. Hāsapātāla
  - c. Prā'ibhēṭa sārbbhisa
  - d. Sbāsthya lā'ina 24
  - e. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_
13. Jaruri parishititē, yēmana phryākacāra, pōrā, śbāsa nitē asubidhā, bā tibra bukē byathā, sbāsthyaśēbā pariṣēbāgūli ayāksēsa karāra jan'ya āpanāra prathama pachanda ki?
  - a. Sbāsthya kēndra
  - b. Hāsapātāla
  - c. Prā'ibhēṭa sārbbhisa
  - d. Sbāsthya lā'ina 24
  - e. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_
14. Kōna sbāsthyaśēbā pariṣēbāra sāthē yōgāyōga karatē habē sē samparkē āpani yakhana anīścīta, takhana āpani kōna pariṣēbāṭitē kala karabēna?
  - a. Sbāsthya lā'ina 24
  - b. Mēḍikēla imārjēnsi nambara
  - c. Āmi jāni nā
15. Marinha das Ondas yā'ōyāra para thēkē āpani sbāsthyaśēbā ayāksēsē kōna bādāra sam'mukhina hayēchēna?
  - a. Bhāṣā
  - b. Kōthāya yāba jāni nā
  - c. Sbāsthyaśēbā pēsādāradēra bhaya
  - d. Ā'ini samasyā
  - e. Ārthika asubidhā
  - f. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_

Kami'uniṭi nārsim-ē māśṭāra prōgrāmēra anśa hisēbē Daniela Caldeira ēbam Tania Luis ē'i praśnapatraṭi tairi karēchilēna, kami'uniṭi hēlatha ēbam pābalika hēlatha biṣayē biṣēṣajña

APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL



## Projeto INTEGRA-TE Projeto de Intervenção numa Comunidade Imigrante

### Questionário Final

#### A. ACESSO CUIDADOS DE SAÚDE

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

**Obrigado pela sua colaboração!**



## Project INTEGRA-TE Intervention Project for an Immigrant Community

### Final Questionnaire

#### A. ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES

1. Do you know the medical emergency number? Yes  No 
  - a. If yes, which is it? \_\_\_\_\_
2. Have you accessed any healthcare services since you started living in Marinha das Ondas? Yes  No 
  - a. If you answered yes, which one? \_\_\_\_\_
3. Where do you usually go for healthcare services for routine tests, diabetes or hypertension monitoring, a cough, or a fever?
  - a. Health Center
  - b. Hospital
  - c. Private Service
  - d. Health Line 24
  - e. Other  Which one? \_\_\_\_\_
4. What is your first choice for accessing healthcare services in an emergency situation, such as fractures, burns, difficulty breathing, or severe chest pain?
  - a. Health Center
  - b. Hospital
  - c. Private Service
  - d. Health Line 24
  - e. Other  Which one? \_\_\_\_\_
5. When you are unsure about which healthcare service to contact, which service should you call?
  - a. Health Line 24
  - b. Medical Emergency Number
  - c. I don't know
6. What barriers have you faced in accessing healthcare since moving to Marinha das Ondas?
  - a. Language
  - b. I don't know where to go
  - c. Fear of healthcare professionals
  - d. Legal issues
  - e. Financial difficulties
  - f. Other  Which one? \_\_\_\_\_

**Thank you for your cooperation!**



## Prajēkta intigrā-ṭi'i jan'ya hastakṣēpa prakalpa ēkaṭi abhibāsī sampradāya Cūrānta praśnābalī

### A. Sbsthyasēbā pariṣēbāgulitē ayāksēsa

1. Āpani ki mēḍikēla imārjēnsi nambara jānēna? Hyām  Nā 
  - a. Ka yadi hyām, ēṭā kōnaṭi? \_\_\_\_\_
2. Āpani mārinahā dāsa oṇḍāsē basabāsa śuru karāra para thēkē āpani ki kōnō sbsthyasēbā pariṣēbā ayāksēsa karēchēna? Hyām  Nā 
  - a. Yadi āpani hyām uttara dēna, kōnaṭi? \_\_\_\_\_
3. Āpani sādharmaṇata ruṭina parikṣā, ḍāyābēṭisa bā ucca raktacāpa paryabēkṣaṇa, kāśi bā jbarēra jan'ya sbsthyasēbā pariṣēbāra jan'ya kōthāya yāna?
  - a. Sbsthya kēndra
  - b. Hāsapātāla
  - c. Prā'ibhēṭa sārbbhisa
  - d. Sbsthya lā'ina 24
  - e. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_
4. Jarurī paristhitē, yēmana phryākacāra, pōrā, śbāsa nitē asubidhā, bā tibra bukē byathā, sbsthyasēbā pariṣēbāguli ayāksēsa karāra jan'ya āpanāra prathama pachanda ki?
  - a. Sbsthya kēndra
  - b. Hāsapātāla
  - c. Prā'ibhēṭa sārbbhisa
  - d. Sbsthya lā'ina 24
  - e. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_
5. Kōna sbsthyasēbā pariṣēbāra sāthē yōgāyōga karatē habē sē samparkē āpani yakhana aniścita, takhana āpani kōna pariṣēbāṭitē kala karabēna?
  - a. Sbsthya lā'ina 24
  - b. Mēḍikēla imārjēnsi nambara
  - c. Āmi jāni nā
6. Marinha das Ondas yā'ōyāra para thēkē āpani sbsthyasēbā ayāksēsē kōna bādharma sam'mukhina haṇchēna?
  - a. Bhāṣā
  - b. Kōthāya yāba jāni nā
  - c. Sbsthyasēbā pēśādāradēra bhaya
  - d. Ā'ini samasyā
  - e. Ārthika asubidhā
  - f. An'yān'ya  Kōnaṭi? \_\_\_\_\_

**Āpanāra sahayōgītāra jan'ya āpanākē dhan'yabāda!**

APÊNDICE XVII – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE ACESSO AOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE



## Acesso aos Cuidados de Saúde

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

- Prevenir e vigiar a doença;
- Vigiar e cuidar da saúde;

Exemplo: prescrever exames complementares de diagnóstico e/ou análises de rotina, vigilância de problemas de saúde não emergentes (diabetes, hipertensão, etc.).

Têm prioridade:

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



Linha de Saúde 24  
 SNS 24 • 808 24 24 24



Número Europeu de Emergência  
 • 112



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

- Perante uma situação grave ou de risco de vida (acidente/doença súbita).
- Por exemplo alteração do estado de consciência, suspeita de AVC, engasgamento, dificuldade respiratória, acidentes com ferimentos, dor no peito, hemorragia abundante queimaduras graves.

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



## Access to Health Care

Should be the first choice for accessing health services.

Purpose:

- To prevent and monitor diseases;
- To oversee and care for health.

Example: Prescribe complementary diagnostic exams and/or routine tests, monitor non-emergency health issues (diabetes, hypertension, etc.).

Priority is given to:

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



Health Line 24  
 SNS 24 • 808 24 24 24



European Emergency Number  
 • 112



- For non-emergency health problems
- Responsible for assessing and guiding citizens in cases of acute illness (mild pain, cough, fever, vomiting, diarrhea, blood pressure changes, and skin changes).

- For serious or life-threatening health problems (accident/sudden illness)
- Examples: altered state of consciousness, suspected stroke, choking, difficulty breathing, serious accidents, chest pain, heavy bleeding, and severe burns

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





# Sbāsthyasēbā ayāksēsa

Ēṭi sbāsthyā pariṣēbā ayāksēsēra jan'ya prathama pachanda ha'ōyā ucita.  
Tārā ēra jan'ya byabahāra karā haṃa:  

- Rōga pratirōdha ēbam nirikṣaṃa;
- sbāsthyēra jan'ya paryabēkṣaṃa ēbam yatna;

 udāharaṃa: Atirikta dāyāganaṣṭika pariṣā ēbam/athabā ruṭina bislēṣaṃa nirdhāraṃa, a-jarurī sbāsthyā samasyā (dāyābētīsa, ucca raktacāpa, ityādi) paryabēkṣaṃa karā.

Agrādhikāra āchē:  

- **Jarurī abasthā:** Ēmana paristhititē yēkhānē jībana bipadē paṛē (durghaṭanā, biṣakriyā, mrgīrōga, ityādi)
- **haṭhāṭ asusthatā** (tībra byathā, āghāta, raktapāta, pōṛā ityādi)
- **rēphāra karā rōgi** (dāktāra dbārā karā paryabēkṣaṃa jan'ya anurōdha saha ēkaṭi ciṭhira bāhaka)



Sbāsthyā lā'ina 24  
 SNS 24 • 808 24 24 24

l'urōpiya jarurī nambara  
 • 112



- Ēkaṭi a-jarurī sbāsthyā samasyāra mukhē.
- Ēṭi tībra asusthatāra (hālakā byathā, kāṣi, jbara, bami, dāyariyā, raktacāpēra paribartana ēbam tbakēra paribartana) paristhititē nāgarikadēra mūlyāyana ēbam gā'ida karāra jan'ya dāyi.

- Ēkaṭi gurutara bā jībana-humakipūrṇa paristhitira kṣētrē (durghaṭanā/haṭhāṭ asusthatā).
- Udāharaṃasbarūpa, cētanāra paribartita abasthā, sandēhajanaka strōka, dama bandha ha'ōyā, sbāsa nitē asubidhā, āghātēra sāthē durghaṭanā, bukē byathā, pracura raktapāta ēbam gurutara pōṛā.

Dbārā prasūta kāja: Daniela Caldeira e Tania Luis  
 Kam'untō hēlathe ebam pabāṣika hēlathe nāraim ēra kam'untō hēlathe nāraim ēnyātē māstāsāra chātēra



APÊNDICE XVIII – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE VACINAÇÃO



# Vacinação

## Porque é que é importante vacinar-se?

- A vacinação tem como objetivo desenvolver defesas contra determinadas doenças, protegendo a saúde individual e a saúde pública.
- Por exemplo: tétano, hepatite B, poliomielite, COVID-19, meningite e sarampo, entre outras doenças

## Quem tem acesso à vacinação?

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

### Onde me posso vacinar?

Deve dirigir-se ao Centro de Saúde no qual está inscrito ou ao Centro de Saúde mais próximo da sua área de residência. Deverá apresentar o seu histórico de vacinação.

### Sou obrigado a vacinar-me?

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

### Tenho de pagar para me vacinar?

As vacinas referidas no PNV são **gratuitas**, mesmo para as pessoas sem Número Nacional de Utente e em situação irregular de residência.

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

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

Deve aconselhar-se com o enfermeiro, no Centro de Saúde.  
Se não tiver sido vacinado na infância ou se não tiver o registo das vacinas, basta dirigir-se à equipa de enfermagem do Centro de Saúde onde se encontra inscrito, ou da sua área de residência.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



# Vaccination

## Why is it important to get vaccinated?

- Vaccination aims to develop defenses against certain diseases, protecting individual and public health.
- For example: tetanus, hepatitis B, polio, COVID-19, meningitis, measles, and other diseases.

## Who has access to vaccination?

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

### Where can I get vaccinated?

You should go to the Health Center where you are registered or to the nearest Health Center in your area of residence.  
You will need to present your vaccination history.

### Am I required to get vaccinated?

No, but it is strongly recommended for your health and the health of the community.

### Do I have to pay to get vaccinated?

The vaccines included in the PNV are **free**, even for individuals without a National Health User Number or in irregular residency situations.

### I'm over 18 years old. Do I still need to get vaccinated?

- Yes, vaccination against diphtheria and tetanus is recommended, with boosters throughout life.
- If you are pregnant, you also need to be vaccinated against whooping cough.

You should consult with the nurse at your Health Center.

If you were not vaccinated in childhood or do not have vaccination records, simply go to the nursing team at the Health Center where you are registered or nearest to your area of residence.



Elaborado por: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
Mestradas em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública





## Ṭikādāna

### Kēna ṭikā dē'ōyā gurutbapūrṇa?

- Ṭikādānēra lakṣya nirdiṣṭa rōgēra birud'dhē pratirakṣā gaṛē tōlā, byaktigata sbāsthya ēbān janāsbāsthya rakṣā karā.
- Yēmana: Ṭiṭēnāsa, hēpāṭā'iṭisa bi, pōli'ō, COVID-19, mēninajā'iṭisa ēbān hāma, an'yān'ya rōgēra madhyē

### Kāra ṭikā dē'ōyāra ayāksēsa āchē?

- Pratyēkēra'i ṭikā dē'ōyāra suyōga raṛēchē.
- N'yāsanāla bhyāksinēsana prōgrāma (PNV) hala ēkaṭi sārbajanina prōgrāma, partugālēra samasta bāsindādēra (niyamita bā aniyamita) bināmūlyē ēbān ayāksēsāyōgya.

### Āmi kōthāya ṭikā pētē pari?

Āpanākē abāśya'i sē'i sbāsthya kēndrē yētē habē yēkhānē āpani nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalēra nikaṭatama sbāsthya kēndrē yētē habē. Āpanākē abāśya'i āpanāra ṭikā dē'ōyāra itihāsa upasthāpana karatē habē.

### Āmi ki ṭikā nitē bādhyā?

Nā, tabē ēṭā dr̥ghabhābē supāriśa karā haṛa yē āpani āpanāra sbāsthya ēbān sampradāyēra sbāsthyēra jan'ya ēṭi karabēna.

### Āmākē ki ṭikā dē'ōyāra jan'ya artha pradāna karatē habē?

PNV-tē ullēkhita bhyāksinaguli bināmūlyē, ēmanaki jātiya byabahāra kāriṛa nambara chāṛā ēbān aniyamita ābāsika paristhititē thākā lōkēdēra jan'ya'ō.

### Āmāra bayasa 18 ēra bēśi, āmākē ki ēkhana'ō ṭikā nitē habē?

- Hyāmī, dīpathēriyā ēbān ṭiṭēnāsēra birud'dhē ṭikā dē'ōyāra parāmarśa dē'ōyā haṛa, āpanāra sārā jibana buṣṭāra saha.
- Āpani yadi garbhābati hana tabē āpanākē hupir̥m kāśira birud'dhē ṭikā ditē habē

Āpanāra sbāsthya kēndrēra nārsēra parāmarśa nē'ōyā ucita āpani yadi chōṭabēlāya ṭikā nā diyē thākēna bā āpanāra yadi ṭikā dē'ōyāra rēkarḍa nā thākē, tabē āpani yē sbāsthya kēndrē nibandhita hayēchēna bā āpanāra ābāsasthalē nārsim dalēra sāthē yōgāyōga karuna.

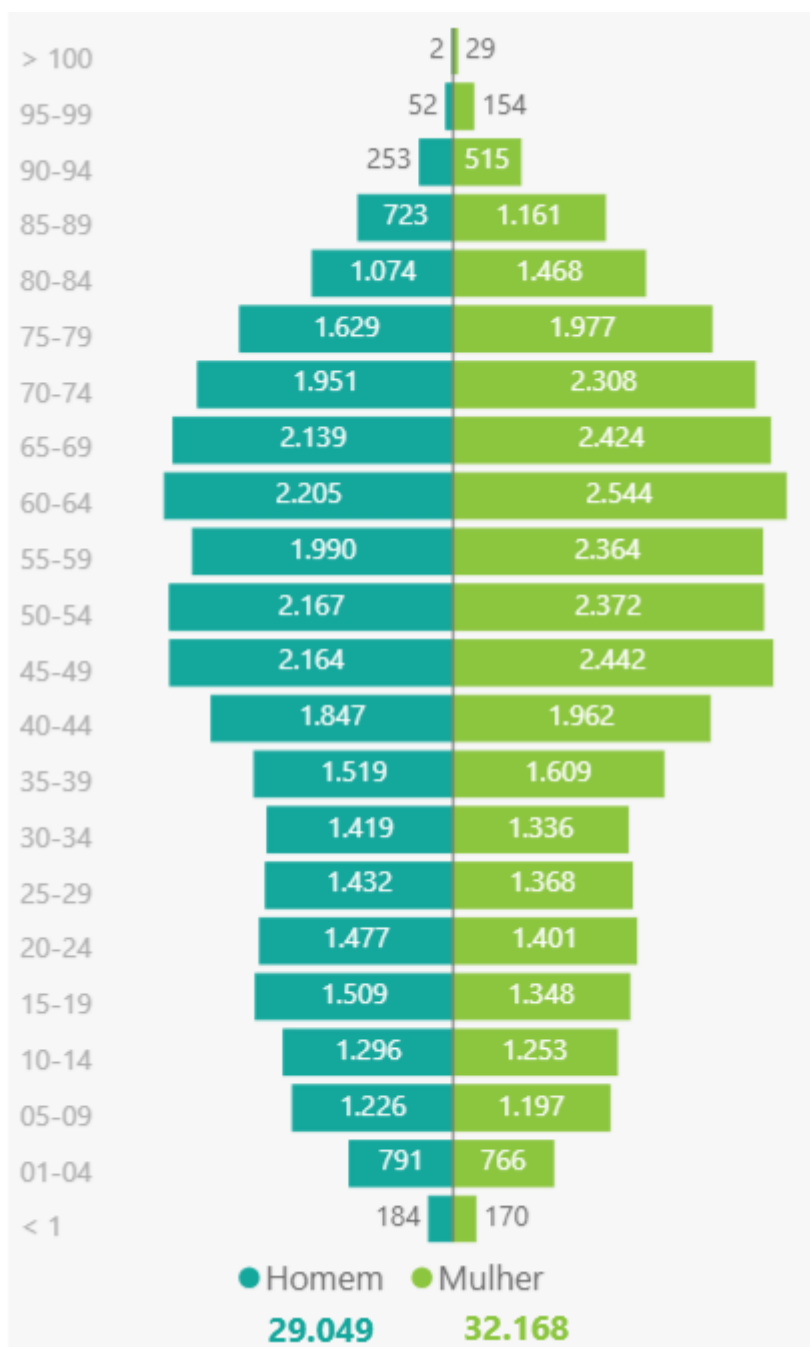


Dhārā prastuta kāja: Daniela Caldeira e Tânia Luis  
Kam'i unṭō hēlathe ēbān pabāsika hēlathe nārsim ēra kam'i unṭi hēlathe nārsim ēnyātē māsṭārsēra chātrāra



**ANEXOS**

ANEXO I - PIRÂMIDE ETÁRIA DOS UTENTES ABRANGIDOS PELO UCCFM



Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos pela UCCFM

Fonte: (BI-CSP, 2024)

**ANEXO II – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSBM**

Fw: Documentos adicionais\_RE: Pedido parecer EPD\_CiC2Fs:  
34.OBS.24\_Integra-te > Caixa de entrada x



Daniela Caldeira [redacted]  
para mim ▾

21/01/2025, 22:54 ☆ 😊 ↶ ⋮

Enviado de [Outlook para Android](#)

**From:** [redacted]  
**Sent:** Tuesday, January 21, 2025 5:59:41 PM  
**To:** Daniela Caldeira <[redacted]>  
**Subject:** FW: Documentos adicionais\_RE: Pedido parecer EPD\_CiC2Fs: 34.OBS.24\_Integra-te

Boa tarde Enf. Daniela,

O seu projeto obteve aprovação da CES no dia 15 de janeiro de 2025. Contudo a EPD levantou algumas questões que pedia para esclarecer.

Anexo o formulário submetido para sua análise.

Att,  
Ana Pais

**De:** Equipa RGPD <[redacted]>  
**Enviado:** 14 de janeiro de 2025 17:43  
**Para:** [redacted] Ana Isabel Soares <[redacted]>  
**Assunto:** RE: Documentos adicionais\_RE: Pedido parecer EPD\_CiC2Fs: 34.OBS.24\_Integra-te

Boa tarde Dr.ª Ana Pais!

Informamos que após reunião da EI-RGPD para análise da documentação remetida para avaliação do impacto do estudo referenciado, somos a sugerir o seguinte:

- À semelhança do questionário remetido na versão em língua inglesa, parece-nos que o mesmo princípio deveria ser estabelecido para o documento do consentimento informado;
- Importa clarificar o acesso ao processo clínico e/ou RSE: somos de parecer que o acesso ao mesmo apenas poderá ocorrer em caso de necessidade justificada, atento o princípio da necessidade subjacente à proteção de dados pessoais, pelo que será de ponderar previamente a possibilidade de acesso a dados anonimizados que permitam o tratamento pretendido;
- A utilização de equipamento informático pessoal enquanto suporte tecnológico para o tratamento de dados desejado, não será aceite sem que se comuniquem as medidas de segurança (físicas e digitais) organizativas adequadas para a mitigação dos riscos identificados, com exceção do tratamento de dados anonimizados;
- Mais se sugere a retificação das incoerências verificadas entre o impresso de avaliação de impacto pelo EPD e o do CES.

Mantemo-nos ao dispor,

Maura Azevedo

Encarregada de Proteção de Dados

**From:** [REDACTED]

**Sent:** Thursday, 27 February 2025 11:30:06

**To:** Maura [REDACTED] >

**Cc:** Equipa RGPD [REDACTED]; Daniela Caldeira [REDACTED]

**Subject:** FW: Documentos adicionais\_RE: Pedido parecer EPD\_Cic2Fs: 34.OBS.24\_Integra-te

Bom dia Dra. Maura,  
EPD

Envio os documentos solicitados e resposta às suas questões:

- À semelhança do questionário remetido na versão em língua inglesa, parece-nos que o mesmo princípio deveria ser estabelecido para o documento do consentimento informado;

[Em anexo consentimento em Inglês e Bengali.](#)

- Importa clarificar o acesso ao processo clínico e/ou RSE: somos de parecer que o acesso ao mesmo apenas poderá ocorrer em caso de necessidade justificada, atento o princípio da necessidade subjacente à proteção de dados pessoais, pelo que será de ponderar previamente a possibilidade de acesso a dados anonimizados que permitam o tratamento pretendido; [Foi retirada a necessidade de acesso, os dados a recolher serão apenas os do questionário.](#)

- A utilização de equipamento informático pessoal enquanto suporte tecnológico para o tratamento de dados desejado, não será aceite sem que se comuniquem as medidas de segurança (físicas e digitais) organizativas adequadas para a mitigação dos riscos identificados, com exceção do tratamento de dados anonimizados; [Os equipamentos a utilizar serão os da instituição, ULSBM.](#)

- Mais se sugere a retificação das incoerências verificadas entre o impresso de avaliação de impacto pelo EPD e o do CES. [Corrigido, documentos em anexo.](#)

Att,

Ana Pais



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

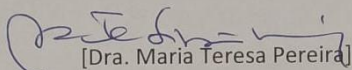


UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
BAIXO MONDEGO

## DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que o Estudo de Investigação, referência CES - CiC2Fs: 34.OBS.24, intitulado "INTEGRA-TE - Projeto de Intervenção numa Comunidade Imigrante Asiática", conduzido pelas Investigadoras Principais, Enf. Daniela Caldeira e Enf. Tânia Manuela Marques Luís, da ULS Baixo Mondego, obteve parecer favorável desta Comissão de Ética em 05/02/2025.

Figueira da Foz, 24 Março de 2025



[Dra. Maria Teresa Pereira]

[Presidente da Comissão de ética para a Saúde da ULS Baixo Mondego]

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE USF FIGUEIRA SUL

# Estudo de investigação-Mestrado de Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



Caixa de entrada x



Daniela Filipa Cação Caldeira

para mim ▾

05/02/2025, 10:39



De: USF Figueira Sul <[redacted]>

Enviado: 4 de fevereiro de 2025 12:37

Para: Daniela Filipa Cação Caldeira <[redacted]>

Assunto: RE: Estudo de investigação-Mestrado de Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Boa Tarde

Em resposta ao vosso email informo a resposta do Dr. Bruno Nunes: "Como coordenador da USF Figueira Sul, confirmo autorização da equipa da USF Figueira Sul, para a realização de um estudo de investigação e de intervenção comunitária sob orientação da Professora Doutora Eva Menino e, também sob orientação dos enfermeiros da UCC Farol Mondego Luís Seixo e Fátima Claro.

Os meus cumprimentos,

*Bruno da Fonseca Nunes*

*Médico de família - USF Figueira Sul*

*Coordenador - USF Figueira Sul*



## ANEXO IV – DIA ABERTO DA VACINAÇÃO

## DIA ABERTO DE VACINAÇÃO SUPERA EXPECTATIVAS NA MARINHA DAS ONDAS

*A Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego (ULSBM), realizou no dia 18 de maio, entre as 9h00 e as 17h00, um "Dia Aberto para a Vacinação" direcionado a todos os utentes da área de abrangência da Unidade de Saúde Familiar (USF) Figueira Sul, com especial foco nas populações migrantes da freguesia de Marinha das Ondas, como potenciais bolsas de suscetibilidade a doenças preveníveis pela vacinação.*

Esta iniciativa surge como uma oportunidade de todos os utentes da USF Figueira da Foz Sul regularizarem a sua situação vacinal.

A adesão ao evento, que decorreu no Centro de Saúde da Marinha das Ondas, excedeu as expectativas da Unidade de Saúde Pública da ULSBM. Recorreram àquela unidade mais de 340 utentes, entre os quais cerca de 20 crianças e adolescentes, na sua maioria migrantes.

Foram administradas cerca de 250 vacinas contra o tétano e 180 contra o sarampo. À grande maioria, foi administrada a primeira dose da vacina Td (tétano e difteria), pelo que há necessidade de uma segunda dose, passadas quatro semanas.

12/06/2024



ANEXO V – COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO III ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO 2024 DA  
ULSBM



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
BAIXO MONDEGO

# DECLARAÇÃO

Declara-se que **Tânia Luís** esteve presente no III ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA | ULS Baixo Mondego 2024, que decorreu no dia vinte e seis de novembro de dois mil e vinte e quatro, no Auditório do Hospital Distrital da Figueira da Foz da ULSBM.

Figueira da Foz, 25 de fevereiro de 2025

Centro de Investigação Clínica da ULSBM

Dra. Ana Pais



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
BAIXO MONDEGO

ANEXO VI – COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO ENVELHECIMENTO PROTEGIDO DA  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA

ENCONTRO  
**ENVELHECIMENTO  
PROTEGIDO**

**18 OUT 2024**  
Coimbra

**SPSP**



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE **SAÚDE PÚBLICA**  
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Tânia Luís participou no **Encontro Envelhecimento Protegido**, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.

*Secretário-Geral*

Assinado por: **João José de Morais Joaquim**

Num. de Identificação: 08530412

Data: 2024.11.28 20:42:30+00'00'

Localização: SPSP - Lisboa



A Direção,

**GSK**

**sanofi**



ANEXO VII – POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO CENSOS DE 2021

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

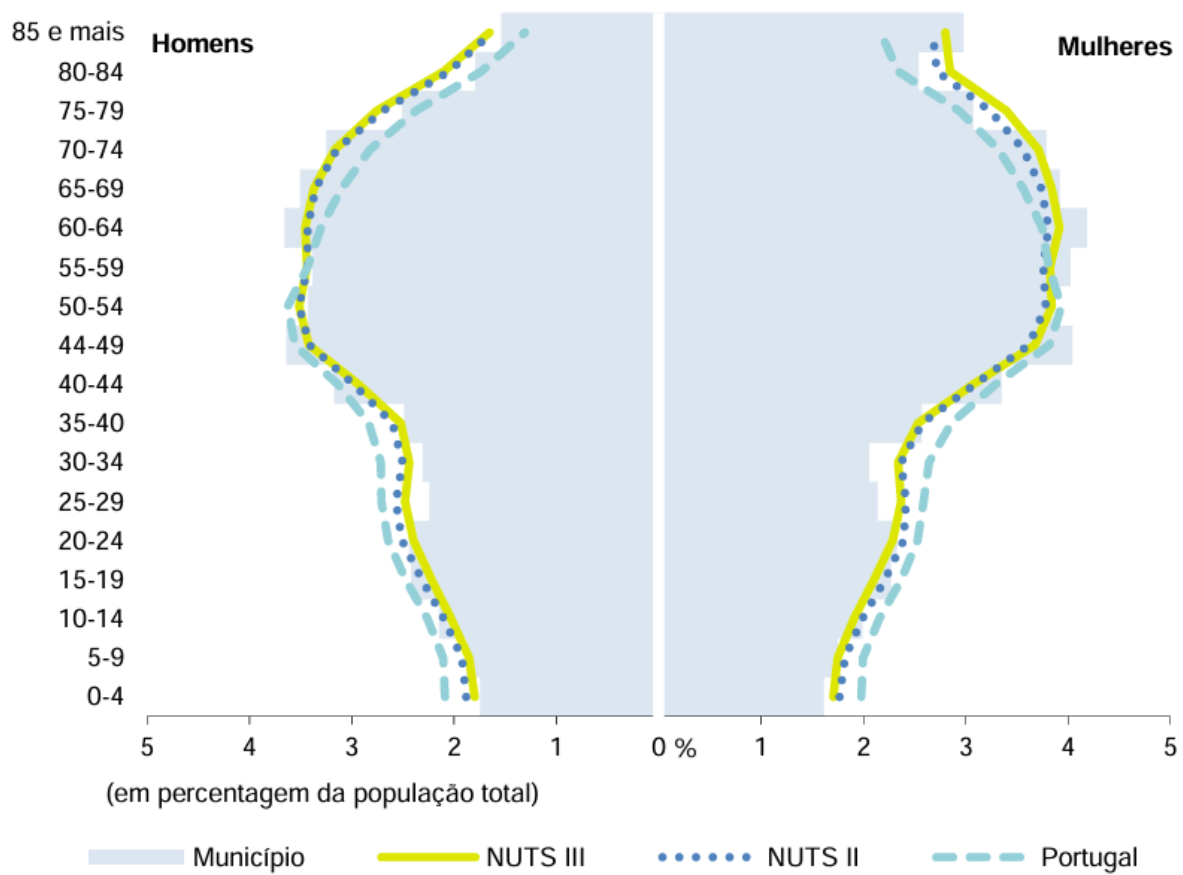
Fonte: PORDATA; Perfil Local de Saúde da ULSBM, 2023

ANEXO VIII – MAPA DE FREGUESIA DO MUNICÍPIO DE FIGUEIRA DA FOZ



Fonte: SIG, 2024

ANEXO IX – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ



Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente