



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem área de Especialização de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública

Relatório de Estágio:

**CAPACITAR OS MIGRANTES NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÓNICAS:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
“VIVER COM SABER NO BAIRRO”**

**EMPOWERING MIGRANTS TO PREVENTION CHRONIC DISEASE:
COMMUNITY NURSING INTERVENTION
"LIVING WITH KNOWLEDGE IN THE NEIGHBORHOOD"**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública

Por

Sandra Maria Antunes Pedrosa

Lisboa - 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem área de Especialização de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública

Relatório de Estágio:

**CAPACITAR OS MIGRANTES NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÓNICAS:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
“VIVER COM SABER NO BAIRRO”**

**EMPOWERING MIGRANTS TO PREVENTION CHRONIC DISEASE:
COMMUNITY NURSING INTERVENTION
"LIVING WITH KNOWLEDGE IN THE NEIGHBORHOOD"**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública

Por

Sandra Maria Antunes Pedrosa

Orientadora Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa - 2024

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

Agradecimentos

Este é o momento que me apraz manifestar o quanto foi importante a presença, disponibilidade e apoio incondicional de muitas pessoas que me permitiram chegar aqui, ao fim de um percurso muito árduo. Foram momentos de grande tensão e stress, mas também de muita alegria. Conheci pessoas fantásticas ao longo de todo este percurso. Foi um desafio, mas que está quase a chegar ao fim. E isso muito se deve às pessoas que me acompanharam nestes momentos, por isso gostaria de deixar o meu especial agradecimento:

Ao Enfermeiro Rui Serra, por todo o apoio neste longo percurso.

À minha orientadora, Prof. Doutora. Cândida Ferrito pelo apoio, disponibilidade e pela partilha de conhecimentos ao longo deste projeto.

À minha orientadora, Enfermeira Vera Tiago, pela partilha de conhecimentos neste caminho realizado. À equipa da UCC, pela forma como me recebeu e colaborou nesta etapa.

Aos residentes migrantes do Bairro que me acolheram e deixaram-me entrar nas suas vidas, demonstrando que mesmo vivendo em condições desfavoráveis, estiveram disponíveis a ajudar a desenvolver a minha intervenção, onde foi notório uma vez mais a importância da comunicação e afetos para uma mudança de comportamentos.

À minha família (Mãe, Pai, Irmão, Namorado) por todo o amor e apoio incondicional que me deram ao trilhar este desafio. A todos os meus amigos pelo vosso carinho em todos os momentos.

E em especial, aos meus dois filhos, Noa e Enzo, lamento todos os momentos em que não foi possível estar presente, mas quando crescerem acredito que vão compreender e ter orgulho na Mãe e que percebam a importância de batalhar pelos nossos sonhos.

Resumo

Os fluxos migratórios são um fenómeno complexo e multifacetado da sociedade atual, que colocam desafios à saúde pública. Muitos migrantes vivem em condições adversas, pelo que são considerados mais vulneráveis, pela desigualdade de acesso aos serviços. A constituição da república portuguesa, garante o direito à proteção da saúde, contudo a pobreza, a posição social na comunidade e a cultura de cada um são determinantes no acesso aos cuidados de saúde. É necessário, uma política de proximidade nestes grupos, onde a intervenção do enfermeiro na comunidade, tem como um dos propósitos a promoção de estilos de vida saudáveis, a literacia em saúde, contribuindo assim para ambientes promotores de saúde e preventivos de doença. Foi neste contexto que foi desenvolvido o projeto de intervenção na UCC: Capacitar os migrantes na prevenção de doenças crónicas intitulado “*Viver com Saber no Bairro*”, com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde e ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Daqui emergiram problemas prioritários como a não valorização das suas doenças crónicas e o baixo nível de literacia em saúde. Como objetivo geral foi definido contribuir para a promoção da literacia em saúde dos migrantes prevenindo os riscos associados às doenças crónicas (HTA e DM). Para responder a este objetivo, foram delineados objetivos específicos, com metas e indicadores. Implementada a estratégia educacional e o estabelecimento de parcerias na comunidade, com a divulgação do projeto na comunidade, participação nas consultas da unidade móvel, realização de sessões de promoção da saúde e divulgação do projeto à equipa da UCC. As metas propostas foram alcançadas, contribuindo para o aumento de conhecimento sobre as doenças crónicas com maior prevalência no bairro. A comunidade migrante foi capacitada a reconhecer a importância das doenças crónicas e a sua vigilância, bem como a importância do recurso aos cuidados de saúde como forma de vigilância da sua saúde.

Palavras-chave: populações vulneráveis, enfermagem comunitária, migrantes, cuidados de saúde, promoção de saúde.

Abstract

Migratory flows are a complex and multifaceted phenomenon of today's society, posing challenges to public health. Many migrants live in adverse conditions, so they are considered more vulnerable, due to unequal access to services. The constitution of the Portuguese Republic guarantees the right to health protection, however, poverty, social position in the community and the culture of each person are determinants in the access to health care. It is necessary to have a policy of proximity in these groups, where the intervention of the nurse in the community has as one of the purposes the promotion of healthy lifestyles, health literacy, thus contributing to health-promoting and disease-preventive environments. It was in this context that the intervention project "Empowering migrants to prevent chronic diseases" entitled "Living with Knowledge in the Neighborhood" was developed at the UCC, using the Health Planning methodology and Nola Pender's Health Promotion Model. Priority problems such as the non-appreciation of their chronic diseases and the low level of health literacy have emerged from this. The general goal was to contribute to the promotion of the migrants' health literacy, preventing the risks associated with chronic diseases (hypertension and diabetes mellitus). To respond to this goal, specific objectives were outlined, with targets and indicators. The educational strategy was implemented as well as the establishment of partnerships in the community, with the dissemination of the project in the community, participation in health appointments of the mobile unit, lecture of health promotion sessions and dissemination of the project to the UCC team. The proposed goals were achieved, contributing to the increase of knowledge about the chronic diseases with the highest prevalence in the neighborhood. The migrant community was empowered to recognize the importance of chronic diseases and their surveillance, as well as the importance of the use of health care as a means of monitoring their health.

Keywords: vulnerable populations, community nursing, migrants, health care, health promotion.

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

APA – American Psychological Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CCSCM – Centro Comunitário Santa Casa da Misericórdia

CMS – Câmara Municipal do Seixal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CUS – Cobertura Universal Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

IDF – Internacional Diabetes Federation

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation

INE – Instituto Nacional de Estatística

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FFMS – Fundação Francisco dos Santos

GAT – Grupo Ativistas em Tratamento

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HLQ – Health Literacy Questionnaire

ODS – Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização da Competência e Desenvolvimento Económico

OMI – Organização Internacional para as Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OT – Orientação Tutorial

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP TM – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados Torre Marinha

USPH – Unidade de Saúde Pública Higeia

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

MPSNP- Modelo de promoção de Saúde de Nola Pender

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIFA –Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – Scoping Review

WHO – World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	17
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 SAÚDE-DIREITO UNIVERSAL	21
1.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE MIGRAÇÃO	24
1.2.1 População Migrante em Portugal	25
1.2.2 Determinantes de Saúde: sociais e socioeconómicos da população migrante .	28
1.3 DOENÇAS CRÓNICAS	30
1.4 LITERACIA EM SAÚDE	33
1.4.1 Literacia em Saúde na População Migrante	38
2 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUPORTE A PRÁTICA CLÍNICA	42
3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	44
3.1 DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO	44
3.1.1 Contexto do local de Intervenção	44
3.1.2 Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	48
3.1.3 População-alvo	48
3.1.4 Instrumentos de recolha de dados	48
3.1.5 Identificação de Problemas	51
3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	52
3.2.1 Diagnósticos de Enfermagem	54
3.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	55
3.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	58
3.4.1 Recursos	60
3.5 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	60
3.6 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	61
3.7 AVALIAÇÃO DO PROJETO	62
3.8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	65
4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E DE MESTRE	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICES	88
APÊNDICE I – Memorando reunião Enfermeira Orientadora/Coordenada da UCC	89

APÊNDICE II – Memorando reunião equipa CCSCM e Enfermeira Responsável pelo projeto Saúde sobre Rodas no BSMP	91
APÊNDICE III - Memorando de reunião com Nutricionista da URAP TM	94
APÊNDICE IV – Memorando de reunião com GAT e CMS	96
APÊNDICE V – Pedido Parcerias.....	99
APÊNDICE VI – Scoping Review	105
APÊNDICE VII – CrONOGRAMA DE GRANT	115
APÊNDICE VIII – Cartaz de divulgação das sessões	117
APÊNDICE IX – Plano das Sessões.....	120
APÊNDICE X – Apresentação de diapositivos de suporte as sessões.....	123
APÊNDICE XI – Material educativo: Folhetos das temáticas	128
APÊNDICE XII – Questionário de Satisfação	134
APÊNDICE XIII – Questionário sobre temáticas abordadas	138
APÊNDICE XIV – Plano sessão divulgação projeto à equipa da UCC.....	142
APÊNDICE XV – Apresentação diapositivos de suporte à sessão de divulgação do projeto a UCC.....	144
APÊNDICE XVI – Cabaz alimentar sorteado e outros registos das sessões	147
APÊNDICE XVII – Gráficos de avaliação dos questionários	150
ANEXOS.....	153
ANEXO I - Caracterização sociodemográfica e HLQ do bairro BSMP	154
ANEXO II - Grelha de análise de determinação de prioridades	162
ANEXO III – Critérios clássicos de seleção de prioridades: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.....	164
ANEXO IV – Protocolo da Scoping Review	166
ANEXO V – Certificação, participação e apresentação poster VI Seminário Mestrado Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social.	168
ANEXO VI – Certificado de participação Webinar (RE) Pensar a Enfermagem Comunitária no Hospital.....	171

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde	44
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Priorização dos problemas diagnosticados, de acordo com os critérios definidos para a Grelha de Análise	54
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Análise de Grelha dos problemas identificados	53
Quadro 2 - Problemas e diagnósticos de Enfermagem.....	55
Quadro 3 - Objetivos Específicos, Atividades, Indicador de Atividade e Metas de Intervenção Comunitária.....	57
Quadro 4 - Recursos Utilizados na Implementação do Projeto.....	60
Quadro 5 - Objetivo Específico 1 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado ...	62
Quadro 6 - Objetivo Específico 2 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado ...	63
Quadro 7 - Objetivo Específico 3 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado ...	63
Quadro 8 - Indicador de Impacto	65

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição etária por sexo, da população estrangeira titulares de autorização de residência em Portugal, 2021	26
Gráfico 2 - Consultas por género de janeiro a agosto de 2023	49
Gráfico 3 - Intervenções em consulta de janeiro a agosto de 2023	49
Gráfico 4 - Consultas por género de setembro a outubro de 2023	50
Gráfico 5 - Intervenções em consulta de setembro a outubro de 2023.....	50
Gráfico 6 - Conhecimento prévio da sua doença crónica HTA.....	51
Gráfico 7 - Conhecimento prévio da sua doença crónica DM.....	51

INTRODUÇÃO

Este documento tem como objetivo refletir o trabalho desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área da Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Na sua elaboração, pretende-se espelhar a aquisição de conhecimentos que demonstrem o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, mais especificamente as definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ESESCSP), que estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste contexto, foi proposta a realização de um projeto de intervenção comunitária, com recurso a esta metodologia. O estágio decorreu entre 4 de setembro a 16 de dezembro de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa (AML).

O projeto de intervenção comunitária, foi desenvolvido no âmbito do projeto “Saúde sobre Rodas”, junto de uma comunidade de migrantes num bairro de génese ilegal, escolhido pelo interesse e necessidade de intervenção, identificada previamente pela equipa de enfermagem da respetiva unidade.

A realização do estágio numa UCC, sendo um local privilegiado na proximidade de pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de risco e exige ao enfermeiro, o desenvolvimento de competências específicas nesta área de especialidade, para que desenvolva a capacidade de cuidar num contexto de elevada complexidade, como é o caso das populações migrantes.

Stanhope e Lancaster (2011, p.149), refere que a diversidade cultural da comunidade, implica que “os enfermeiros necessitam de prestar cuidados culturalmente relevantes” devido a mudanças na demografia dos contextos, com a integração de migrantes na sua área de abrangência. Os migrantes muitas vezes pelas condições adversas em que vivem, estão identificados na literatura, como sendo mais vulneráveis, constituindo um grupo de risco, o qual deve ser alvo de atenção por parte de todos os setores da sociedade.

A Unidade Móvel, é sem dúvida um ponto de acesso à saúde, tornando este processo facilitador, pois a partir do mesmo irão obter acesso aos cuidados de saúde, através de estratégias implementadas para melhorar as respostas comunitárias às necessidades da

população migrante.

No âmbito da especialidade em enfermagem comunitária e de saúde pública, pretende-se desenvolver competências de EEECS, integrando a equipa multidisciplinar de uma UCC, com recurso à Metodologia de Planeamento em Saúde. O foco da intervenção, foi assim no âmbito da literacia em saúde através da promoção da saúde da população migrante da área de abrangência da UCC, neste bairro específico.

O referencial teórico que foi mobilizado neste projeto foi o de Promoção da Saúde de Nola Pender, tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori&Gerald (1983).

Os baixos níveis de literacia em saúde são um problema comum à maioria dos países europeus. Em Portugal são considerados insuficientes e constitui-se como um problema de saúde pública. (Espanha et al., 2016, Pedro et al., 2016; Sorensen et al., 2015). A promoção da Literacia em Saúde (LS) e do autocuidado capacitam o cidadão para fazer escolhas que contribuam para um ciclo de vida saudável (Canhão et al., 2022).

Em 2021, verificou-se que Portugal teve pelo sexto ano consecutivo um aumento da população estrangeira residente, com um aumento de 5,6% face a 2020, perfazendo um total de 698887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência (SEF, 2021), com ligeiro predomínio de mulheres e com maior peso percentual de população em idade ativa (76,4%).

Os determinantes sociais, como a educação, o trabalho, o rendimento, a habitação e o acesso aos cuidados de saúde estão aliados aos determinantes comportamentais, como a alimentação, o consumo de tabaco e álcool e a inatividade física (Marmot, 2010). Estes condicionam alterações ao nível metabólico, entre elas a hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros. Se estes fatores metabólicos coexistirem, vão potenciar os seus efeitos lesivos.

Os determinantes socioeconómicos são estudados através das desigualdades socioeconómicas em saúde. Esta desigualdade pode ser definida como uma diferença na incidência, prevalência ou mortalidade, entre diferentes grupos sociais. Atualmente, constata-se que quanto maior o nível educacional, menor a percentagem de dias com doença e que o desemprego implica uma mortalidade superior à dos empregados. O rendimento económico limita simultaneamente as condições habitacionais e a acessibilidade aos cuidados de saúde (Marmot, 2010). Todos estes determinantes que

condicionam negativamente o estado de saúde e a qualidade de vida, estão presentes nas populações vulneráveis, como os migrantes. O processo de migração afeta e é afetado pelos determinantes sociais da saúde, e as condições em que decorre o processo de migração, influenciam a situação de saúde.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) inclui, na caracterização de cuidados de enfermagem: “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise a mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, p.2960). Os enfermeiros, como agentes de promotores da LS (Parnell et al., 2019) perante a temática das doenças crónicas na população migrante deve ser encarada como uma prioridade.

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em sete capítulos: introdução, enquadramento teórico, referencial teórico de suporte a prática clínica, metodologia do planeamento em saúde, desenvolvimento de competências de EEECS e de Mestre, considerações finais e referências bibliográficas.

O segundo capítulo, enquadramento teórico, onde é abordado o direito universal a saúde, a população migrante, nomeadamente os migrantes em Portugal, a problemática das doenças crónicas com elevada prevalência nesta comunidade de migrantes e a literacia em saúde.

O terceiro capítulo, apresenta o referencial teórico que suportou este projeto de intervenção comunitária, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, por ter sido considerado como o mais adequado à temática abordada, tendo orientado todas as intervenções desenvolvidas ao longo de todo o projeto.

O quarto capítulo, demonstra o suporte de todo o projeto de intervenção comunitária através das etapas da metodologia do planeamento em saúde de Imperatori&Gerald (1993), sendo constituído do diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e por fim a sua avaliação.

É no capítulo quinto, que são demonstradas as competências desenvolvidas ao longo do estágio e do projeto de intervenção comunitária, de enfermeira especialista, especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e de mestre. O enfermeiro especialista, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 (p.4744) da Ordem dos Enfermeiros, “é aquele a quem se reconhece competência

científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, demonstrando assim competências nesta área. Este percurso tendo igualmente o objetivo de aquisição de grau de mestre, é abordado as intervenções que permitiram alcançar a obtenção deste grau conforme as competências preconizadas nos Descritores de Dublin para este 2º ciclo de estudos, sempre em articulação com a Ordem dos Enfermeiros.

No sexto capítulo, apresentam-se as considerações finais de todo o projeto de intervenção.

Para sustentar a aquisição de todas as competências exigidas, constam ainda neste relatório os apêndices que explanam todas as atividades elaboradas sempre com base na evidencia científica.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma da American Psychological Association (APA), segundo o guia orientador cedido pela Universidade Católica Portuguesa.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 SAÚDE-DIREITO UNIVERSAL

De acordo, com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) de 24 de agosto, o Estado deve promover e garantir a todos os cidadãos, incluindo os migrantes, o acesso aos cuidados de saúde, bem como a sua equidade, de modo a diminuir os efeitos das desigualdades socioeconómicas e geográficas. Pelo que foi descrito até ao momento, foi idealizado um projeto de intervenção que tivesse em conta estas premissas e que conseguisse dar resposta a uma população migrante da área de abrangência da UCC, por forma a melhorar a sua acessibilidade aos cuidados de saúde e promoção da saúde.

Na história da humanidade, nomeadamente nos últimos séculos, assistiu-se a várias situações de injustiça e desigualdade social, mesmo quando esses períodos foram marcados por significativas inovações e alterações na qualidade de vida da população em geral, as populações vulneráveis continuaram a subsistir.

Para compreendermos a população-alvo da intervenção comunitária neste bairro, importa perceber o que se entende por populações ou grupos vulneráveis. Como são caracterizadas estas populações? Porque é que são consideradas vulneráveis ou de risco? Que tipo de intervenção mundial, regional, nacional ou local é realizada para este tipo de populações?

A vulnerabilidade é um conceito complexo, dinâmico e multidimensional, no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais e as condições sociais e ambientais. De acordo com Chesnay (2008), a vulnerabilidade em termos de saúde significa a existência de um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde, considerando-se pessoa/grupo/população com vulnerabilidade acrescida aquele que está suscetível a desenvolver problemas de saúde a nível físico, psicológico ou social devido ao seu *status* sociocultural marginalizado, ao seu acesso limitado a recursos económicos ou devido a características individuais, tais como o género ou a idade. A nível social, a vulnerabilidade refere-se a grupos sociais ostracizados de uma determinada sociedade, ou seja, aqueles que são excluídos dos direitos e benefícios

que todos os cidadãos deveriam ter acesso. Na doutrina das ciências sociais, a vulnerabilidade social é entendida como os “*processos de exclusão social, pobreza, discriminação e violação de direitos fundamentais, em consequência do seu nível de rendimento, educação, saúde, localização geográfica, entre outros*” (Marques e Matos, 2016, p. 69). Esta vulnerabilidade insere-se em contextos estruturais e temporais, onde existem diversos fatores de risco, sendo exemplo o género, a etnia, os padrões culturais, a estratificação social e os sistemas políticos, de saúde e de segurança social (Hilhorst&Bankoff, 2004).O conceito de vulnerabilidade tem associado uma conotação depreciativa, porque frequentemente estas populações são definidas pelo que as torna mais frágeis, e só raramente são referidas pelas suas capacidades, que se forem mobilizadas, as tornam resilientes. Salem et al (2014), refere que as populações de vulnerabilidade acrescida têm um acesso aos cuidados de saúde mais condicionado, por recursos escassos, características individuais ou estereótipos vigentes na sociedade, pelo que na área de intervenção comunitária é necessário estabelecer uma intervenção precoce junto destas comunidades para vigilância do estado de saúde/doença, reeducação e encaminhamento adequado.

A nível de políticas governamentais, tanto as Nações Unidas com a União Europeia têm tentado criar estratégias para a redução da vulnerabilidade social, combate às desigualdades e promoção dos Direitos Humanos. Estes aspetos são transversais a todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, definidos na resolução intitulada “Transformar o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (A/RES/70/1), no dia 25 de setembro de 2015.

A nível de compromisso regional, a Estratégia Europa 2030, pretende a redução do risco de pobreza, das desigualdades e exclusão social como focos essenciais para a promoção da coesão socioeconómica de toda a EU e para a prossecução de um crescimento inclusivo e equitativo, com principal foco nos grupos mais vulneráveis (Comissão Europeia, 2019).

Em Portugal, a persecução do *ODS 10 – Reduzir as Desigualdades* foi considerado de cariz prioritário, com o estabelecimento de políticas assentes no princípio da coesão económica, social e territorial associado ao princípio normativo da equidade ou igualdade de oportunidades (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2017). A Estratégia Portugal 2030, aprovada na reunião do Conselho de Ministros de 29 de outubro de 2020, assente nos pressupostos europeus, que consubstancia a visão do atual governo para a próxima década e que serve de referencial para diversos instrumentos de política nacional e local, preconiza na

sua Agenda 1 “*As Pessoas Primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade*” o combate à pobreza e à exclusão social com foco particular nos grupos mais vulneráveis; reduzir as desigualdades no acesso a bens e serviços de primeira necessidade, como a saúde e a educação, em prol do combate ao empobrecimento e na defesa da dignidade humana (Ministério do Planeamento, 2020).

A nível local, mais concretamente na AML, a Estratégia Regional de Lisboa 2030, postula que, apesar da implementação de políticas específicas promotoras de desenvolvimento social e de mitigação da exclusão social, continua-se a verificar a prevalência destas problemáticas com forte expressão territorial, pelo que o domínio 3 “*Coesão Social e Sustentabilidade Demográfica*” objetiva garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, fomentar a resiliência dos sistemas de saúde e promover cuidados de saúde centrados na família, nas comunidades e de proximidade (Carvalho e Almeida, 2020).

Já era reconhecido na Declaração de Adelaide (1998), assinada na Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde, que “*ter boa saúde*” corresponde a ganhos de qualidade de vida, aumenta a produtividade laboral, potencia a capacidade de aprendizagem, fortalece famílias e comunidades, incentiva habitats e ambientes sustentáveis, amplia os níveis de segurança, assim como contribui para a inclusão social e redução da pobreza. Assim, promover a igualdade de acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados de saúde primários, é um aspeto vital de equidade em saúde, e tal fato deveria estar vigente nas políticas públicas saudáveis que reconhecem como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes.

A Constituição da República Portuguesa (CRP), consagra a universalidade e a igualdade de todos os cidadãos perante os direitos e deveres nela descritos. No nº 2 do artigo 13º da CRP “*Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual*” (Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10). É importante ainda referir que nos termos do nº1 do artigo 15º da CRP “*Os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português*”.

A presença de desigualdades entre as diferentes comunidades e as suas condições de vida, podem interferir no estado de saúde da população. Neste âmbito, existe a necessidade

de desviar a atenção dos fatores fisiológicos da doença, e concentrar atenções também em todos os outros fatores que condicionam ou potenciam o estado de saúde da pessoa/comunidade (Melo, 2020). Deve considerar-se que a vulnerabilidade à doença se associa a situações socioeconómicas mais desfavorecidas e que podem refletir piores condições de trabalho e maior exposição a trabalhos de maior risco, exigentes e com condições precárias, piores condições de habitabilidade e pior alimentação, práticas que induzem a fatores de risco de saúde (por exemplo comportamentos aditivos, comportamentos sexuais de risco, entre outros), barreiras linguísticas que levam a dificuldades de comunicação e compreensão dos sistemas de saúde, determinantes culturais associados a atitudes, crenças e comportamentos de saúde, percepções ou exposição a discriminação e estigmatização, entre outros (Oliveira e Gomes, 2018).

Segundo o Regulamento nº 428/2018, o enfermeiro especialista em saúde comunitária responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários.

É importante reforçar que as desigualdades em saúde não existem apenas entre países ou entre regiões do mesmo país, ocorrem igualmente no seio de uma comunidade/bairro, onde se constata que nem todos os residentes apresentam iguais padrões de saúde, esperança de vida ou iguais condições socioeconómicas. Através da intervenção local com recurso à unidade móvel e tendo enfoque na particularidade de cada residente, permite uma maior proximidade dos cuidados de saúde, à população residente.

Perante tudo o que foi supramencionado, foi analisado do ponto de vista conceptual, epidemiológico e de políticas internacionais, nacionais e locais, as populações com vulnerabilidades acrescidas: a população migrante.

1.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE MIGRAÇÃO

A Organização Internacional para as Migrações (OIM), em termos conceptuais, define migrante como qualquer pessoa que se mude através de uma fronteira internacional ou dentro de um País para longe do seu local habitual de residência, independentemente (1) do estatuto legal da pessoa; (2) do movimento ser voluntário ou involuntário; (3) das causas do

movimento; ou (4) da duração da estadia. Mais especificamente podemos referir-nos a emigrantes ou imigrantes, consoante o movimento de fronteira seja de saída ou entrada, respetivamente, com fixação por um período superior a um ano num local e/ou país diferente do seu de origem (Oliveira, 2022).

Relativamente aos movimentos populacionais, a imigração é inegavelmente um fenómeno nacional e internacional e é considerado como um dos grandes desafios da saúde pública a enfrentar pelos governos e pelas sociedades (Oliveira e Gomes, 2018). A presença de população imigrante induz a que as entidades governamentais tenham uma acentuada preocupação na formulação de políticas e programas que considerem e acautelem o seu acesso aos cuidados de saúde, com particular atenção à redução das desigualdades a esse mesmo acesso e à eliminação de barreiras a tais cuidados.

Em 2019 a OIM, contabilizou 272 milhões de migrantes internacionais, ou seja, 3,5% da população global. Uma diferença de 200 milhões acima da década de 70, quando o total de migrantes internacionais eram 2,3% da população mundial. Nesta teia de fluxos migratórios que liga os vários pontos do mundo, existiam cerca de 281 milhões de pessoas a nível mundial em condição de migrante no ano de 2020, correspondendo a 3,6% da população mundial (OMI, 2022). Segundo Granada (2021), se não tivesse ocorrido a pandemia, o mundo teria mais 2 milhões de migrantes internacionais. Os números têm vindo a aumentar, o que denota que a mobilidade humana continua a ser basilar para o desenvolvimento social, demográfico e sociocultural das sociedades e em Portugal não é exceção.

Portugal é citado pela OIM (2022), por ser o 14º ponto de origem global de migrantes e o terceiro país europeu onde as mulheres enfrentam mais desemprego do que homens.

1.2.1 População Migrante em Portugal

Em 2021, verificou-se que Portugal teve pelo sexto ano consecutivo um aumento da população estrangeira residente, com um aumento de 5,6% face a 2020, perfazendo um total de 698887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência (SEF, 2021), com ligeiro predomínio de mulheres e com maior peso percentual de população em idade ativa (76,4%).

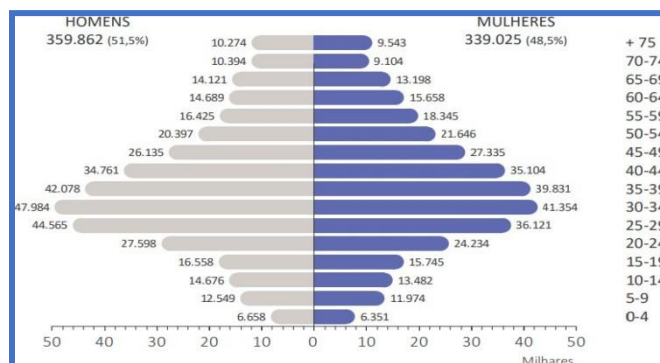


Gráfico 1 - Distribuição etária por sexo, da população estrangeira titulares de autorização de residência em Portugal, 2021

De acordo com o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo de 2021 (Estrela, 2021), é importante realçar que os grupos de populações de imigrantes, são muito heterogêneos, uma vez que incluem trabalhadores, estudantes, não ativos, refugiados e apátridas e ainda, imigrantes em situação regular e não regular, entre outros, possuidores de diferentes estados de saúde e por sua vez, com distintas necessidades de cuidados de saúde.

O aumento das populações imigrantes nas sociedades de acolhimento, neste caso Portugal, induz a desafios específicos para a equidade na saúde e nos acessos aos cuidados de saúde, sejam esses desafios de gênese social ou cultural. Desta forma, assegurar e promover o acesso e utilização dos imigrantes aos diferentes serviços de saúde, constitui um pré-requisito para a sua efetiva integração nas sociedades de acolhimento (Oliveira e Gomes, 2018).

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, que aprova o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações e de forma a dar resposta ao objetivo 15 - *Providenciar o acesso a serviços básicos aos migrantes* deverão ser incorporadas “*as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde nacionais e locais, garantindo o acesso não discriminatório e procurando reduzir as barreiras de comunicação*” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, p.52)

Neste seguimento, surge a nível de políticas nacionais, delineado pelo Alto Comissariado das Migrações (ACM), o Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, 20 de março de 2015, referindo o acolhimento, integração e capacitação dos imigrantes como prioridades do governo em diversas áreas, inclusive na área da saúde.

É de assinalar o relevante papel desenvolvido pelo poder local na implementação da Agenda 2030 nos seus territórios, através de um conjunto de iniciativas que, respeitando a autonomia própria do poder local, contribui decisivamente, pela proximidade e ação concreta, para a implementação dos ODS a nível nacional.

A Estratégia Regional de Lisboa 2030, no domínio 3 já mencionado apresenta como prioridade, no subdomínio “*Atração e Inclusão da População Imigrante*”, ampliar os níveis de inclusão social para que os imigrantes sejam parte ativa no desenvolvimento económico e social das comunidades e do país, através do desenvolvimento de ações de combate à exclusão social e facilitar o acesso das comunidades migrantes aos serviços sociais, nomeadamente de saúde, educação e segurança social. Neste documento vem descrito como prioritário “*aumentar os níveis de tolerância e valorização da diversidade cultural, religiosa e étnica, promovendo o pluralismo*” (Carvalho e Almeida, 2020, pág.89).

O município, caracterizado por uma população multicultural, fez com que a Câmara Municipal, consciente dos desafios, para a governação local, inerentes à integração dos imigrantes e seus descendentes na comunidade, sustente a sua intervenção através de uma abordagem integrada das potencialidades e problemáticas, envolvendo instituições públicas e privadas, locais e nacionais, possibilitando tanto quanto possível o envolvimento dos próprios cidadãos nos processos.

A nível social promoveu a constituição de diversas organizações representativas desta população, dotando-as com o estatuto de parceiros municipais, sendo a intervenção dinamizada através do Fórum Cidadania (espaço de debate e reflexão conjunta em prol do desenvolvimento local e sustentável). Neste sentido, foi elaborado e implementado o Pacto Territorial para o Diálogo Intercultural do Município, que funciona através de uma rede de parcerias, que vêm reforçar a condução das políticas de integração, que pela diversidade de atores envolvidos com diferentes visões e dinâmicas, potenciam a que as decisões tomadas a nível da governação local sejam de encontro com as reais necessidades da população imigrante do município. Este Pacto Territorial encontra-se vigente na Rede Social do Município, do qual o ACES AS é parceiro, e que contribui para a definição de estratégias de ação no sentido de otimizar recursos de apoio à integração de imigrantes, comunidades culturais e promoção das identidades (CMS, 2008).

Em complementaridade, surge o Plano Municipal para a Integração dos Imigrantes no Município 2021/2023 (CMS,2021), como instrumento de relevância estratégica na inclusão

dos imigrantes e através do Diagnóstico Social do Município, apurou-se que 27,4% da população está em risco de pobreza ou exclusão social, sendo a população de países terceiros uma das mais vulneráveis, especialmente aquelas que residem nos bairros considerados críticos: como o Bairro SMP, fundamentalmente com população residente proveniente dos PALOPS (países africanos de língua oficial portuguesa). Este Plano Municipal assenta em 4 eixos estratégicos, em que no 2º eixo “Solidariedade e Respostas” se inclui a área da Saúde com o objetivo estratégico de “*melhorar as condições de saúde*” dos imigrantes através de estratégias de melhoria das competências dos profissionais do SNS, promoção de iniciativas de aproximação às comunidades imigrantes e consciencialização das mesmas sobre cuidados a adotar para garantir a saúde pessoal e prevenir as doenças (CMS, 2021).

É em resposta a este eixo estratégico, e face ao Plano Local de Saúde AS, que norteia como área prioritária a equidade e acesso à saúde das populações migrantes, que o projeto Saúde Sobre Rodas – intervenção comunitária nos Bairros, presta cuidados de saúde à população migrante, maioritariamente com proveniência dos PALOP e, neste contexto específico, com a intervenção de enfermagem comunitária, num bairro de génese ilegal.

1.2.2 Determinantes de Saúde: sociais e socioeconómicos da população migrante

Os determinantes sociais, como a educação, o trabalho, o rendimento, a habitação e o acesso aos cuidados de saúde estão aliados aos determinantes comportamentais, como a alimentação, o consumo de tabaco e álcool e a inatividade física (Marmot, 2010).

Os determinantes socioeconómicos são estudados através das desigualdades socioeconómicas em saúde. Esta desigualdade pode ser definida como uma diferença na incidência, prevalência ou mortalidade, entre diferentes grupos sociais. A investigação nesta área remonta à década de 70 que já mostrava que o tipo de trabalho desempenhado (Leclerc, 1884), a educação (quanto maior a escolaridade menor a mortalidade entre os homens, Lahelma, 1990) e as classes sociais onde as desigualdades se aliam as diferenças de rendimento e de posição entre classes (Smith, 1990) influenciam o estado de saúde do grupo. Marmot (2010), constatou que quanto maior o nível educacional, menor a percentagem de dias com doença e que o desemprego implica uma mortalidade superior à dos empregados e o rendimento económico limita simultaneamente as condições habitacionais e a acessibilidade aos cuidados de saúde. Estudos mais recentes permitem

comparar os efeitos da educação sobre o risco de mortalidade com os de outros determinantes sociais de alto impacto da saúde e fatores de risco comportamentais. Segundo Eikemo (2024), as pessoas que concluíram o ensino primário registaram um risco médio de morte 13% inferior, enquanto as que concluíram o ensino secundário (com 12 anos de escolaridade) registaram um risco de morte 25% inferior em comparação com as que não concluíram o ensino secundário. As pessoas com 18 anos de escolaridade registaram uma redução de 34% no risco de mortalidade. Assim de acordo com o mesmo autor, a educação é primordial para fechar o fosso da mortalidade, pois os resultados do investimento na escolaridade são semelhantes aos efeitos protetores de uma boa alimentação e da atividade física e aos malefícios de fatores de risco como o tabaco e o álcool.

Todos estes determinantes que condicionam negativamente o estado de saúde e a qualidade de vida, estão presentes nas populações vulneráveis, como os migrantes. O processo de migração afeta e é afetado pelos determinantes sociais da saúde. As condições em que decorre o processo de migração, influenciam a situação de saúde, a saída dos países de origem e a chegada aos países de destino, influenciando o processo de integração nas sociedades. Existem determinadas situações em que o processo migratório pode agravar a condição de saúde dos envolvidos. É o caso das crianças e menores desacompanhados, mulheres, idosos, pessoas com incapacidade, migrantes em situação irregular, refugiados, requerentes de asilo e migrantes sujeitos ao tráfico de pessoas (United Nations, 2016) (Cole, 2007).

Gushulak (2017), considera a saúde dos migrantes, como uma agenda unificada, que envolve a saúde global e a cobertura universal de saúde, os objetivos do desenvolvimento sustentável e os determinantes sociais de saúde e que devem ser tomadas providências para que se reduza a vulnerabilidade e aumente a resiliência das pessoas em situação de migração, promovendo a equidade na saúde, através da cobertura universal de saúde (CUS), e ampla participação dos cuidados de saúde primários (CSP), garantindo que a melhoria da saúde das pessoas em situação de migração seja parte integrante da consecução dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O grande objetivo da Cobertura Universal de Saúde, é “tornar os serviços de saúde universais, acessíveis a todos” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 35). O acesso a cuidados de saúde pode ser prejudicado, por diferentes barreiras, como a capacidade de orientação no sistema de saúde, as experiências anteriores no sistema, as expectativas existentes face aos

cuidados, o idioma e barreiras culturais, os recursos financeiros e as crenças associadas à saúde (O'Donnell, et al., 2016).

A OMS (WHO, 2019b), no seu Plano de Ação 2019-2023, relativo à promoção da saúde dos refugiados e migrantes, desenvolve o enquadramento das prioridades e orientações para promover a saúde dos refugiados e migrantes. A OMS reconhece como barreiras no acesso aos cuidados de saúde: a nacionalidade e estado legal face à permanência no país, as diferenças linguísticas e culturais, as barreiras administrativas, a incapacidade de ajuste do sistema de saúde dos diferentes países e a falta de informação sobre os serviços de saúde (WHO, 2019b).

Existem doenças que além de serem condicionadas pela composição genética do indivíduo, são igualmente condicionadas pelas atitudes e comportamentos perante a saúde e pelas condições de vida e de trabalho onde se inserem (OMS, 2014). Estes condicionam alterações ao nível metabólico, entre elas a hipertensão arterial, a hiperglicémia, a hipercolesterolemia e o excesso de peso, que são fatores de risco importantes para o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca, insuficiência renal entre outros. Se estes fatores metabólicos coexistirem, vão potenciar os seus efeitos lesivos, onde a HTA e DM serão doenças mais aprofundadas.

Segundo Dias (2022), os fatores determinantes da alta prevalência das doenças crónicas entre migrantes estão bem documentados. A literacia em saúde é considerada uma ferramenta potencial para reduzir as desigualdades em saúde e melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde por parte dos migrantes, porém pouco se sabe sobre as necessidades de alfabetização em saúde entre esses grupos e como abordá-las.

1.3 DOENÇAS CRÓNICAS

As doenças crónicas são a principal causa de morte em todo o mundo, onde a Hipertensão Arterial (HTA) e a Diabetes Mellitus (DM), têm uma elevada prevalência global. Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e a OMS, as estatísticas demonstram que a sua incidência tem vindo a ser crescente, afetando não só os países desenvolvidos como os países em via de desenvolvimento (IHME, 2021).

As duas doenças são determinadas pelo background biológico do indivíduo, pelas atitudes e pelos comportamentos individuais (OMS,2014). Os determinantes, biológicos e psicossociais, são afetados pelo contexto socioeconómico onde a pessoa se encontra inserida (Marmot, 2010; Wolfe,2012).

Tal como a mortalidade, a morbidade também está relacionada com o estatuto socioeconómico, como os estudos internacionais têm demonstrado, onde a HTA e a DM estão associadas ao nível de educação e de rendimento dos indivíduos (Rabi,2006). A associação entre o estado de saúde e o estatuto socioeconómico mais favorecido, leva a uma maior proteção da sua saúde, enquanto um estatuto socioeconómico desfavorecido origina uma desigualdade na proteção da saúde, constituindo uma iniquidade da mesma (Braveman,2003). O objetivo é então reduzir esta iniquidade, de forma à promoção da saúde e da prevenção da doença contribuindo para que as boas praticas sejam observadas (Broesskamp-Stone, 2011).

A HTA e a DM são doenças que fazem parte do Síndrome Metabólico, em conjunto com a obesidade e dislipidemia. Ambas são fatores de risco major para a aterosclerose e suas complicações, destacando-se a doença isquémica cardíaca e o acidente vascular cerebral (AVC).

As maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares (DVC) ocorrem nas regiões da Europa Central, Europa Oriental e Ásia Central. Embora os números totais de mortes tenham aumentado nas últimas três décadas (em grande parte devido ao envelhecimento e crescimento da população) a taxa de mortalidade caiu globalmente de 354,5 mortes por 100.000 pessoas em 1990 para 239,9 mortes por 100.000 pessoas em 2019. Este declínio foi, no entanto, desigual entre as regiões, onde o declínio mais rápido na taxa de mortalidade foi verificado em países mais desenvolvidos (IHME,2021)

O número de mortes por DCV em 2019 representou assim 33% de todas as mortes globais, com a doença isquémica do coração (9,1 milhões de mortes) e acidente vascular cerebral (6,6 milhões de mortes) totalizando 85% de todas as mortes por DCV no mundo (World Heart Report,2023).

A associação entre HTA e DM está bem documentada, sabendo-se que a hipertensão é comum entre as pessoas com diabetes e que a alteração do metabolismo dos carboidratos é mais frequente nas pessoas hipertensas (Yeom, 2016). Para que se possa atuar a todos os níveis de prevenção da HTA e da DM, as políticas, programas e projetos devem estar

alinhados com as necessidades e realidades locais, para que os determinantes que condicionam a morbimortalidade possam ser reduzidos. Por isso torna-se essencial saber quais os determinantes socioeconómicos que afetam a prevalência da DM e HTA.

As alterações da pressão arterial sucedem-se por estilos de vida pouco saudáveis, como a ingestão de alimentos de elevado teor de sal e gorduras saturadas, consumo elevado de tabaco e álcool, sedentarismo e deficiente gestão de stress, para além do background genético (OMS, 2013). Podem ocorrer lesões ao nível de todo o sistema cardiovascular, nomeadamente a nível cardíaco, cerebral e renal, o que leva a consequências como a insuficiência cardíaca, o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal.

A HTA é uma das principais doenças a nível mundial afetando cerca de 22% da população adulta (WHO, 2018a) e estima-se que existam cerca de 1,13 biliões de pessoas com hipertensão (WHO, 2019a). A prevalência varia entre as diferentes regiões, sendo a região africana a que apresenta maior prevalência, correspondente a 27%.

Segundo a IHME (2021), em Portugal esta patologia apresenta uma das mais elevadas prevalências da Europa, corroborado pelos dados da OMS (2014). A prevalência oscila entre os 17% e 50,3% nos homens, e 13,1% e 42,4% nas mulheres.

Cerca de 42,6% da população portuguesa sofre de HTA, resultando na diminuição do estado de saúde e na qualidade de vida, para além de representar elevados custos para o Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 2023). Porém dados indicam que Portugal ocupa o 8º lugar mundial com a maior taxa de tratamento de HTA no sexo feminino (WHO, 2021).

A DM é caracterizada por hiperglicémia persistente e essa hiperglicémia é devida à falta de insulina ou à resistência a essa hormona, isto é, existe resistência à ação da insulina (Azevedo, 2002). Também Lisboa e Duarte (2002) tentaram definir a diabetes, de acordo com os autores o aspeto que caracteriza a diabetes como síndrome é a existência de uma hiperglicémia crónica, sendo esta responsável ao longo do tempo, pelo aparecimento das lesões dos “órgãos alvo”. Esta doença apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas.

A Internacional Diabetes Federation (IDF, 2021), identifica uma prevalência global de diabetes, nas idades entre 20 e 79 anos, de 9,3%, sendo que 90% dos casos se referem a DM tipo 2 e, aponta uma projeção desta prevalência bruta para 10,2% e 10,9% respetivamente em 2030 e 2045.

É responsável por 6,7 milhões de mortes, 537 milhões de adultos vivem com diabetes, prevendo-se um aumento desse número para 784 milhões de adultos em 2045. A Europa enfrenta uma previsão de 69 milhões de adultos com diabetes até o mesmo ano, refletindo uma taxa de crescimento de 13%. (IDF,2021). Em 2022, a diabetes foi responsável por 3.718 mortes em Portugal (INE,2022).

Em 2021, em Portugal a prevalência estimada da Diabetes na população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 14,1%, isto é, cerca de 1,1 milhões de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (Observatório Nacional Diabetes, 2023)

Cerca de 42,7% da população portuguesa (20-79 anos) tem Diabetes, o que corresponde a 3.3 milhões de pessoas, estimando-se a existência de 680 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes. Em média, na última década, foram diagnosticados anualmente 670 novos casos de Diabetes por cada 100 000 residentes em Portugal Continental.

Existe uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da Diabetes entre os homens e as mulheres, 30,4% e 24,3% respetivamente. Verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade, mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes.

Na última década tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por Diabetes Mellitus em Portugal (-34%). Contudo, em 2020 (último ano de informação disponível), a Diabetes representou perto de oito anos de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos.

1.4 LITERACIA EM SAÚDE

O conceito de Literacia em Saúde (LS) foi utilizado pela primeira vez por Simonds (1973) com uma abordagem relacionada às questões de promoção da saúde durante uma conferência interdisciplinar, no estado de Nova Iorque, onde foi discutido o futuro da educação para a saúde, enquanto política social nos Estados Unidos da América (Morgado, Loureiro e Botelho, 2021).

Em 1978 a Declaração de Alma-Ata, foi um marco importante na organização dos sistemas de saúde com serviços de cuidados de saúde primários de forma a darem resposta aos problemas da comunidade através da promoção, prevenção, cura e reabilitação,

assumindo a educação para a saúde um papel determinante no objetivo “Saúde para Todos” (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Na década de 90, a OMS, definiu a LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem, à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998).

Em 2005, Kickbusch et al. relaciona a LS, como a capacidade para tomar boas decisões no que respeita à saúde, com o contexto social dos indivíduos, onde as decisões de saúde são tomadas no dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho e entre os decisores políticos. A LS é entendida por Kickbusch et al. “como uma estratégia de empoderamento para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade de procurar informação e a sua capacidade de assumir responsabilidades.” (Kickbusch et al., 2005, p.8).

A abrangência do conceito passou de uma ótica individual, relacionada com determinada tarefa ou decisão, para incluir uma componente individual e social. Evoluiu no sentido de promover a relação entre a capacidade individual de cada um e as exigências crescentes em saúde da sociedade atual (Sørensen et al., 2012).

Em 2012 Sørensen et al. (p.3), nos resultados da revisão sistemática sobre a definição de LS sugere a proposta integradora das diversas definições identificadas na literatura:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation, and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”

Parnell et al., num estudo realizado em 2019, dá uma nova definição de literacia de saúde baseada em diversos componentes: os custos e complexidades do sistema; os processos e resultados mensuráveis; a natureza dinâmica da literacia de saúde; e a demonstração da relação direta de decisões informadas com as ações informadas. Esta autora e os seus colaboradores têm desenvolvido diversos estudos sobre LS, em particular sobre a relevância dos enfermeiros como agentes promotores. Para promover a LS, a autora defende que os enfermeiros devem estar próximos dos clientes, identificar as pessoas em risco, desenvolver competências de comunicação e criar um ambiente terapêutico de confiança e sem vergonha. Parnell et al. (2019, p.322) propõem uma definição de LS como:

“Health literacy is a dynamic, collaborative, and mutually beneficial proficiency incorporating prior health knowledge and experience, individual characteristics, health status, cultural and linguistic preferences, and cognitive abilities influencing

the ability of organizations, caregivers, and health care recipients to access, understand, and use health information and services to make informed actionable decisions and enhance health outcomes.”

É assim possível constatar que o conceito de LS tem evoluído nos últimos anos, fruto do investimento da comunidade científica em múltiplos estudos, quer de avaliação da literacia das populações, quer da sua relação com a melhoria da qualidade da saúde dos indivíduos. As políticas e a sociedade em geral, estão também mais atentas a esta problemática e tem havido um acréscimo no investimento na promoção da LS e da consciencialização da sua importância, sendo em Portugal bem evidente no último PNS e nos diversos documentos técnicos emitidos pela Direção Geral de Saúde (DGS) (Arriaga et al., 2019; Direção-Geral da Saúde, 2022).

A OMS defende a importância da LS no contributo para o sucesso dos objetivos de desenvolvimento sustentável 2030, considerando que é uma das 4 medidas essenciais que permitiram aos países atingir as metas previstas através do desenvolvimento dos conhecimentos, motivação e competências na tomada de decisão em saúde.

A LS não pode ser entendida apenas como um recurso individual na capacidade de decidir sobre si, mas também de tomada de decisões em relação à família e à comunidade (WHO, 2021). Os compromissos assumidos pelos diversos países presentes enfatizaram que a saúde começa em casa, na escola, no trabalho e na comunidade, ou seja nos contextos onde as pessoas vivem, integrando a sua cultura e os seus interesses. Esta análise remete para a necessidade de uma responsabilidade individual, mas também coletiva de fazer escolhas de saúde adequadas, trazendo esta problemática para a agenda política de cada país. A LS tem sido um conceito em evolução, ultrapassando a simples capacidade de interpretação de informação de saúde.

Num estudo realizado por Sørensen et al., em 2015 verificou-se que 47,6% da população adulta de 8 estados-membros da UE têm um nível de LS considerado inadequado ou problemático (Sørensen et al., 2015).

Em Portugal a LS ganha cada vez mais realce nos planos nacionais de saúde e nos planos locais. Nos últimos anos foram realizados três estudos a nível nacional com o objetivo de avaliar a LS da população portuguesa. Em 2014, num estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, foi traduzida e aplicada a escala *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), que permitiu avaliar os níveis de literacia e compará-los com outros países europeus nos quais esta mesma escala foi aplicada. Os resultados mostram que em Portugal, cerca de 61% da

população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, abaixo da média dos 9 países (49,2%). A dimensão cuidada de saúde é a que apresenta valores mais preocupantes quando comparado com os restantes países. Na dimensão da promoção da saúde, 60,2% dos inquiridos apresenta um nível de LS problemático ou inadequado, também a baixo da média dos restantes países (Pedro et al., 2016).

Foi realizado um segundo Inquérito sobre LS em Portugal 2016, (ILS-PT), promovido com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, que evidência que Portugal é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de LS, (8,6%) e com a média europeia (16,5%). É o segundo país com maior percentagem de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde e apresenta um valor superior de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde em relação à média europeia (35,2%). O estudo ILS-PT permitiu identificar os grupos muito vulneráveis nos quais 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra. Esses grupos são indivíduos com mais de 66 anos, com baixos níveis de escolaridade, com baixos rendimentos, com doenças prolongadas, que recorrem aos cuidados de saúde mais de 6 vezes num ano e que percecionam a sua saúde como má (Espanha et al., 2016).

Os resultados destes estudos, fornecem indicadores para que os profissionais de saúde possam implementar intervenções em grupos prioritários, de acordo com as necessidades individuais e socioeconómicas.

Em 2020 foi realizado o terceiro estudo de avaliação da versão portuguesa com recurso ao questionário de LS (HLS19), decorrente das atividades definidas no Plano de ação para a LS. Os resultados sugerem que 7 em cada 10 pessoas apresentam altos níveis de LS. O indicador de LS relacionada com a promoção de saúde ultrapassou os níveis obtidos no indicador de LS geral. Os autores destacam os resultados excelentes na compreensão da informação e a LS associada à vacinação. Embora refiram que o instrumento de colheita de dados seja uma nova versão do utilizado nos estudos anteriores, destacam a evolução favorável dos níveis de literacia (Arriaga et al., 2021).

Tentando dar destaque e maior importância à temática em 2019, a DGS disponibilizou o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde que é um passo decisivo para o reconhecimento da literacia em saúde no nosso país (DGS, 2019),

com o intuito da capacitação dos profissionais de saúde na melhoria dos níveis de literacia em saúde dando contributos para a promoção da LS ao longo do ciclo de vida, encorajando os profissionais a empoderarem no utente a capacidade de tomada de decisão sobre a sua saúde.

Como refere Cristina Vaz de Almeida, uma das impulsionadoras da LS em Portugal, é importante: “conhecer o objetivo e a escala do impacto da literacia em saúde na vida das pessoas; ser capaz de definir a direção da mudança; reconhecer a importância do diálogo e de como a comunicação e a cultura estão interligadas; e, finalmente, integrar a dignidade humana como ponto de partida e de compromisso dos profissionais de saúde em garantir o bem-estar aos doentes e ao público em geral (Lopes & Almeida, 2019, p.21).

A promoção da LS demanda assim um investimento individual no aumento da educação e formação das crianças e dos adultos e um esforço de transformação dos sistemas de saúde para dar uma resposta centrada na pessoa, que tenha em consideração as suas necessidades e o contexto dos determinantes de saúde em que está inserido com o propósito não só de tratar a doença, mas acima de tudo promover a saúde e o bem estar do indivíduo e da comunidade e a equidade e sustentabilidade do sistema (Sørensen, 2019).

Na pesquisa nas bases de dados científicas e na literatura cinzenta é notória a crescente importância da LS e o investimento crescente dos profissionais de saúde não apenas na definição de conceitos e na construção de instrumentos de avaliação, mas também na intervenção. Portugal tem acompanhado esta tendência.

A promoção da LS deve ser uma competência dos enfermeiros especialistas e estes devem participar ativamente na investigação substantiva sobre a LS, em particular na criação de evidência sobre as diferentes estratégias de promoção da LS (Parnell et al., 2019). A crescente capacitação dos profissionais na área da LS leva ao desenvolvimento de programas e projetos, implementados a nível local neste caso na UCC, onde decorreu o projeto de intervenção comunitária de estágio. O projeto foi criado para dar resposta às necessidades identificadas no Plano Local de Saúde do ACES AS que identifica como objetivo a melhoria do acesso das populações mais vulneráveis, assim como melhoria da Literacia e educação para a saúde, sendo assim áreas intervenção prioritárias (PLS AL 2017-2020).

1.4.1 Literacia em Saúde na População Migrante

Aquando da integração num novo país, as pessoas em situação de migração experienciam novos ambientes, novas culturas, sistemas legais diferentes, mas trazem consigo o leque de experiências anteriores (Fernandes, et al., 2009). E de acordo com a evidencia científica mais recente, todos os estudos indicam que a população migrante é um dos grupos com menor nível de LS, onde a intervenção de enfermagem é de extrema relevância.

A OMS refere ainda que a legalidade de permanência num país, é um dos aspetos mais determinantes do acesso de migrantes ao serviço de saúde, preconizando o apoio a políticas de prestação de serviços de saúde, independentes do estatuto jurídico dos migrantes (WHO, 2019a).

Em Portugal, a inscrição no Serviço Nacional de Saúde, é feita a nível dos CSP, e tal como o ICN refere, os “cuidados de saúde primários permanecem como a mais importante ferramenta no desenvolvimento da CUS (cobertura universal de saúde)” (International Council of Nurses&Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 37), onde os enfermeiros na comunidade são um grupo vital para assegurar o acesso a cuidados de saúde a este grupo de pessoas em situação de vulnerabilidade, já que estabelecem muitas vezes, o primeiro contacto com as pessoas em situação de migração. As suas necessidades devem ser devidamente compreendidas, a nível do seu estado de saúde, dos determinantes sociais da sua saúde e dos seus requisitos de saúde (Fernandes, et al., 2009).

Em Portugal, a evidência científica, relata ainda que os trabalhadores da área da saúde referem que têm baixas ou moderadas competências para trabalhar com esta população, considerando que o treino específico é essencial para melhorar o seu desempenho (Dias, Silva, Cargaleiro, & Martins, 2018). Ao melhorar a interação entre os trabalhadores e a população migrante, é melhorada a qualidade dos cuidados prestados, onde as estratégias que promovam o *empowerment* e a capacitação das populações em situação de migração, sejam desenvolvidas, potenciando o acesso e a utilização dos serviços de saúde, obtendo ganhos significativos em saúde (Dias, Silva, Cargaleiro, & Martins, 2018). Numa tentativa de dar resposta às necessidades identificadas, a DGS publicou em 2019, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 que pretende ser uma ferramenta alinhada com os objetivos de PNS. Tem como objetivo fomentar oportunidades de promoção de comportamentos saudáveis e de bem-estar, assim como, capacitar para uma utilização correta dos serviços de saúde disponíveis para a população (Arriaga et al., 2019). Este plano define como estratégia a promoção da literacia ao longo do ciclo de vida sendo a população

migrante um grupo vulnerável particularmente importante na promoção da literacia no âmbito do autocuidado, vigilância e gestão da doença e procura de comportamentos de saúde saudáveis.

O EEECSPP tem assim um papel importante como dinamizador das medidas impulsionadoras da promoção da saúde, entre elas a capacitação da população em termos de LS. A promoção da LS permitirá reduzir a iniquidade, promovendo o acesso equitativo aos cuidados e o reconhecimento sobre as verdadeiras necessidades de saúde de cada um.

Ao nível do domínio da saúde pública e dos cuidados de saúde, a LS permite dotar as pessoas de informação e competências sobre conteúdos relacionados com a saúde, é uma atividade de serviço social e de saúde pública, de responsabilidade nacional e que se destina ao bem-estar da população.

De modo a corroborar o referido anteriormente, foi realizada uma scoping review, partindo de um protocolo scoping PRISMA 2020 (Apêndice VII), que seguiu a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. A scoping review foi desenvolvida com o objetivo de mapear e analisar a evidência existente do conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante. Desde modo, a questão de investigação formulada, segundo o acrónimo PCC (População, Contexto, Conceito) foi: “Qual é o conhecimento disponível sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante?”

Após aplicada a estratégia de pesquisa (operacionalização dos descritores de acordo com cada base de dados), aplicados os critérios de inclusão e exclusão, avaliados os artigos, retirados os duplicados, e exclusão pelo título e resumo, e posteriormente pela leitura integral do artigo, foram então selecionados 5 artigos para inclusão na revisão (Apêndice VII).

Como principais resultados obtidos foi possível destacar:

- as comunidades migrantes têm a tendência de apresentar níveis de LS inadequados, por não terem conhecimento dos recursos de informação e de acesso aos serviços de saúde, bem como dos seus direitos em saúde, incluindo as intervenções dos profissionais de saúde no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença (Medina,2022).
- os baixos índices de LS, podem estar diretamente relacionados com fatores como a idade, os baixos níveis educacionais e com a sua perceção de saúde (Medina, 2022) e que origina disparidades na saúde e bem-estar (Riza,2021).

- existe procura de comportamentos de saúde nos migrantes jovens com vista à melhoria da qualidade de vida, porém, o mesmo não ocorre na população migrante que não se enquadra nesse padrão, com níveis de literacia mais baixos, no que respeita a saúde, integração social e cidadania. As taxas de LS mais elevadas correspondem aos migrantes do sexo masculino e/ou com ensino médio. A identificação do papel da mulher migrante como responsável familiar, é essencial e deve ser valorizado, uma vez que as mulheres podem ser o elo essencial da divulgação da informação e modificação de hábitos junto das suas famílias e comunidades (Medina,2022).
- a população migrante tem as suas próprias crenças e valores sociais, sendo fundamental o seu reconhecimento na promoção da LS. Com base no conhecimento do nível de LS das populações migrantes, a implementação de intervenções educacionais adaptadas culturalmente ao contexto e à experiência de vida das populações migrantes, vai permitir uma equidade em saúde das mesmas. É importante entender as necessidades e as prioridades que cada pessoa atribui à saúde, bem como os fatores sociais, culturais, económicos, ambientais e políticos que a determinam (Thomas,2019).
- A migração é reconhecida como um determinante de saúde e se a dinâmica e inter relações de todos os intervenientes não forem melhor compreendidas, é improvável que as metas internacionais, como os ODS e, em particular, a cobertura universal de saúde, sejam alcançadas (Thomas,2019) e uma das barreiras que dificulta todo este processo está relacionado com as formas de comunicação entre os migrantes e os profissionais de saúde (Kreps,2008).
- A LS é parte integrante dos cuidados primários e um determinante crítico do bem-estar dos indivíduos e comunidades. A LS é reconhecida como um meio fundamental para a capacitação dos pacientes (Fox,2021).

O atual contexto migratório reflete assim desafios de grande complexidade inerentes a todos os setores, com destaque significativo nos cuidados de saúde primários.

A literatura recomenda que as intervenções de promoção de literacia em saúde sejam baseadas em evidências. O ESECSP é assim o agente facilitador da mudança, através do empoderamento das comunidades migrantes e da promoção da literacia em saúde, ajudando a uma maior capacitação e consecução do mais alto nível de saúde e bem-estar.

Os profissionais de saúde são essenciais na gestão da informação e na promoção da LS. A informação oral, escrita, o uso da internet ou de figuras significativas da comunidade/interpretes são estratégias das mais usadas e com algum impacto desde que a informação seja devidamente adequada ao contexto sociocultural dos seus recetores (Hölzel, et al., 2016) (Lubetkin, et al., 2015).

É fulcral a promoção da literacia em saúde da pessoa em situação de migração, de forma assegurar que ninguém é deixado para trás (Ward, Kristiansen, & Sorensen, 2019). Baixos níveis de literacia em saúde conduzem a comportamentos de saúde inadequados, proporcionam baixa adesão às intervenções terapêuticas, aumentam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e levam a uma utilização inadequada dos cuidados.

Foram identificadas como estratégias na promoção da literacia em saúde nos artigos analisados: utilização da língua nativa dos participantes; realização de uma revisão da literatura científica como fonte de informação antes do desenvolvimento da intervenção; identificação das necessidades, opiniões e crenças; participação da população alvo no desenho do programa; utilização de técnicas de consenso entre a comunidade, os profissionais e a equipa de pesquisa; realização de sessões individuais de revisão dos componentes principais para garantir a sua assimilação completa; participação de outros usuários da mesma cultura e/ou que vivenciaram as mesmas experiências; incorporação de material elaborado pelos próprios migrantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUPORTE A PRÁTICA CLÍNICA

A Enfermagem Comunitária, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, à família e/ou comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011). Esta premissa representa o cerne das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde dos seus clientes.

Durante o processo de aprendizagem houve a necessidade de basear a prática num Modelo Teórico de Enfermagem que servisse de guia na atuação e raciocínio. A LS encontra-se na base da mudança de comportamento através do empoderamento para tomar decisões que promovam a saúde e bem-estar, contribuindo para a promoção da saúde individual e comunitária. Após análise profunda decidiu-se que o Modelo que serviria melhor de linha orientadora seria o Modelo da Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (2002).

Neste contexto, o projeto desenvolvido no estágio, foi suportado pelo referencial teórico de promoção de saúde de Nola Pender, modelo este que permite explorar os determinantes do comportamento individual em relação à saúde relacionados com as dimensões externas ao individuo permitindo compreender os processos complexos que levam à mudança de comportamento.

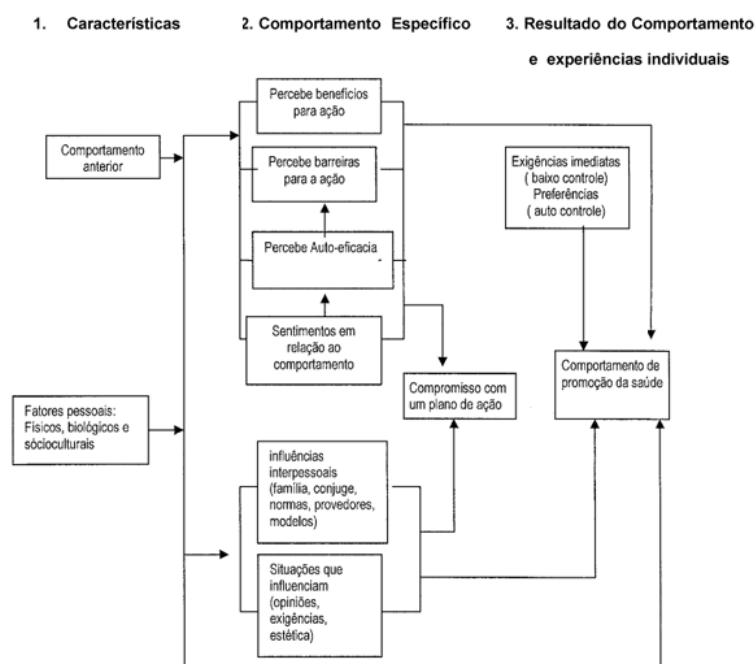
Sendo o MPS um modelo multidimensional que integra outras teorias de aprendizagem, torna-se importante de explicar que este modelo está fortemente enraizado na teoria cognitiva social de Bandura, e no seu conceito de autoeficácia, onde o próprio tem a perceção das suas capacidades na realização de uma ação. Este conceito de autoeficácia, ajuda no encorajamento para realizar escolhas de estilos de vida mais saudáveis, porem se o próprio não acredita que as suas escolhas influenciam a sua saúde, será pouco provável que ocorra uma mudança de comportamento (Bandura,2008).

Este modelo apresenta quatro conceitos fundamentais: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem (Pender et al, 2010), o termo saúde, é entendido sobre os aspetos individual, familiar e comunitário, dando ênfase na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida, não

como ausência de doenças; o ambiente resulta da interação saudável entre o indivíduo/família ou comunidade e recursos de saúde, sociais e económicos; a pessoa é encarada como tendo potencial para mudar comportamentos e tomar decisões relacionadas com a melhoria da sua saúde e o conceito de enfermagem prende-se com as intervenções promotoras de saúde, da autoeficácia e do autocuidado.

A Educação para a saúde dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, na medida em as intervenções desenvolvidas pelo EEECSPP se tornem num meio eficaz e poderoso para desencadear comportamentos saudáveis e alterações do estilo de vida, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar, tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde de toda a comunidade (OE, 2011). Para realizar ações de educação para a saúde, é indispensável que os enfermeiros conheçam os grupos a quem se dirigem, no sentido de adequar as estratégias de abordagem, conscientes das limitações que advêm do fato de intervir no campo dos comportamentos, dos valores e das crenças. O Modelo de Promoção de Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e reavaliar ações de promoção de saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais, como se observa na figura com o diagrama adaptado (Victor et al, 2005).

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde



Fonte: Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice

3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, uma das competências específicas da especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública é estabelecer “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018, p.19354).

A atividade de planeamento é fundamental para o envidamento de esforços para a realização de um projeto de intervenção comunitária que envolva profissionais de saúde, stakeholders e a população-alvo, permitindo assim que os enfermeiros identifiquem recursos e atividades necessárias ao cumprimento dos objetivos, de modo a otimizar as necessidades dos clientes e as forças e competências dos prestadores de cuidados (Stanhope&Lancaster, 2011). A avaliação da comunidade realizada com a comunidade, e não sobre ou para a ela, aumenta a probabilidade de sucesso (Pender et al,2014)

Ao longo deste capítulo serão descritas, individualmente, as diversas fases de planeamento desde projeto, tendo sempre em consideração que é um processo contínuo e dinâmico ao longo do percurso.

3.1 DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

3.1.1 Contexto do local de Intervenção

O estágio decorreu no período de 2 de setembro a 16 de dezembro de 2024 numa UCC da área metropolitana de Lisboa (AML). Esta UCC insere-se num dos 18 municípios que integra a Área Metropolitana de Lisboa (AML), estando situada na margem sul do rio Tejo. O município conta com uma área territorial de 95,45Km² e é constituído por 4 freguesias, nomeadamente: Amora, Corroios, Fernão Ferro e União de freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires (CMS, 2021). A população do Município aumentou relativamente a 2011, atualmente contabiliza um total de 166 507 pessoas (FFMS, 2022). Segundo os dados dos censos de 2021, a população portuguesa diminuiu relativamente a 2011, com exceção da região da Área Metropolitana de Lisboa e da Região do Algarve (FFMS, 2022). A freguesia do Município com maior número de habitantes e maior densidade populacional é a freguesia de Corroios. Em Portugal, a população estrangeira verificada nos Censos de 2021

foi de 542 165 pessoas, que representa um total de 5,2% da população portuguesa, sendo a nacionalidade brasileira representada em maior número. No concelho do Seixal a população migrante contabiliza uma total de 12 455 pessoas, superior ao ano 2011. A maior parte da população estrangeira deste concelho é ocupada por habitantes de nacionalidade Brasileira e Cabo-Verdianos (FFMS, 2022).

A taxa de natalidade bruta foi diminuta em relação a 2011 a nível nacional, na Área Metropolitana de Lisboa e no Seixal (FFMS, 2022). A idade média em Portugal fixa-se nos 45,4 anos. No concelho do Seixal a faixa etária que se encontra em maior número é a dos 40-49 anos, sendo concordante em todas as freguesias do município (INE, 2022). Da população do concelho do Seixal, com idade superior a 15 anos, cerca de 28,9% tem o ensino secundário completo e, cerca de 20%, tem o ensino superior completo (FFMS, 2022).

A taxa de analfabetismo na população do Seixal, contabiliza uma taxa de analfabetismo de 1,71% que representa um total de 2 583 habitantes (FFMS, 2022; INE, 2022).

O Índice de envelhecimento (146,3) e de dependência de idosos (33,8) aumentou e o Índice de Dependência de jovens (23,1) diminuiu, relativamente a 2011 (FFMS, 2022). Estima-se que existam 146 idosos por cada 100 jovens (INE, 2022). Nos Censos de 2021, foram contabilizados 33 255 habitantes em idade escolar, com idade compreendida entre os 0 e os 19 anos (INE, 2022).

O ACES Almada Seixal dá resposta às necessidades de saúde da população do concelho de Almada e do Seixal e tem como missão “Assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade, e a racionalização da utilização de recursos, num quadro de articulação entre entidades, através de um processo de melhoria contínua, envolvendo o cidadão” (SPMS,2023a).

A coordenação da UCC é assegurada pela Enfermeira VT que conta com uma equipa multidisciplinar constituída por 15 enfermeiros, 2 secretárias clínicas, 1 Técnico Superior de Serviço Social e 1 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: fisioterapia. A equipa de enfermagem da UCC é composta por Enfermeiros generalistas (4) e Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental (2), de Reabilitação (3), Saúde Comunitária e Saúde Pública (3), de Saúde Materna e Obstétrica (2) e Saúde Infantil e Pediátrica (2), dando resposta às freguesias de Amora, Corroios, Fernão Ferro e à União de Freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires (SPMS, 2023b). Esta Unidade tem como grande

objetivo a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados pelos colaboradores, tendo vários programas e projetos a decorrer (UCC, 2018).

No PLS AS 2017-2020, foram definidas as 6 áreas prioritárias a intervir, nomeadamente: Doença Cardiovascular, Doenças Oncológicas, Doença Mental, Alimentação, Obesidade e Diabetes, Equidade e Acesso à Saúde e, por fim, Cidadania em saúde (USPH, 2017). Sendo os principais problemas de saúde: a doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, tumor maligno da mama feminina, SIDA/ infeção VIH, tuberculose, pneumonia, tumor maligno do cólon e reto, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões, doença pulmonar obstrutiva crónica, tumor maligno do estômago e doença crónica do fígado e cirrose (USPH, 2017). Daqui foram priorizadas as áreas a intervir como as doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doença mental, alimentação, obesidade e diabetes, equidade e acesso em saúde e, por último, cidadania em saúde (USPH, 2017).

Tendo em mente que o foco principal do PNS 2021-2030 se centra na saúde sustentável e, em alinhamento com a Agenda 30 para o Desenvolvimento Sustentável, elege como um dos princípios fundamentais “*não deixar ninguém para trás*” e o PLS do ACES AS, sempre em concordância com o PNS definiu 6 áreas de intervenção prioritária, em que duas delas são a Equidade e Acesso à Saúde e a Cidadania em Saúde, identificando a inclusão das populações vulneráveis na sua capacitação e empoderamento para tomar decisões promotoras de saúde.

O local de intervenção do estágio foi previamente definido pela Enfermeira Coordenadora da UCC, abordando o Projeto Saúde sobre Rodas com intervenção no Bairro de Santa Marta do Pinhal (BSMP) através de unidade móvel, com deslocação ao bairro duas vezes por mês. Este projeto de unidade móvel tem como áreas prioritárias de intervenção: promover a vigilância de Saúde ao longo do ciclo de vida; promover o autocuidado e a corresponsabilização em saúde; promover comportamentos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida e no âmbito de saúde pública e ambiental; aumentar a literacia em saúde e identificar e encaminhar situações de risco.

O Bairro escolhido para esta intervenção comunitária, foi previamente alvo de outro projeto de intervenção comunitária, onde realizaram a caracterização sociodemográfica e o nível de literacia em saúde (Machado,2023). Existiam assim dados passíveis de serem consultados, permitindo assim o seu enquadramento no presente projeto (Anexo I)

Para identificar os problemas presentes, no bairro, tornou-se essencial e necessário realizar reuniões com os peritos na área para determinar as necessidades sentidas/reais perante esta comunidade migrante. Desde modo foram realizadas:

- Reunião com a Enfermeira Coordenadora/Enfermeira Orientadora da UCC, que definiu este bairro como uma prioridade de intervenção. Pela sua experiência e pelos dados obtidos através do trabalho de projeto de Machado (2023), onde foi aplicado um questionário para avaliar o QHL considerou fundamental contribuir para a promoção de comportamentos de saúde e de procura de saúde sabendo que estas comunidades migrantes possuem baixos níveis de literacia em saúde e sentem pouco apoio e compreensão de alguns profissionais de saúde. Considerou ainda importante o estabelecimento de parcerias neste contexto de intervenção comunitária (Apêndice I)
- Reunião com toda a equipa multidisciplinar do CCSCM, onde foi mencionado a vulnerabilidade desta comunidade (devido à exclusão social e a pobreza) o que leva igualmente a problemas de salubridade no bairro, como o lixo e as fossas expostas a céu aberto e a necessidade de parcerias, pois todas as áreas de intervenção são importantes nesta comunidade (Apêndice II)
- Reunião com a Presidente da Associação de Moradores do Bairro, com responsável do CCSCM, a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira responsável pela intervenção no bairro no âmbito do “Projeto de Saúde Sobre Rodas”. Segundo a Presidente da Associação as necessidades sentidas na comunidade passam por: Vacinação e vigilância na área infantil; Sexualidade, nomeadamente as DST’S, (além da unidade móvel, também a Associação GAT realizar rastreios - sífilis, hepatite, HIV); Doenças crónicas (muitos residentes até pela sua raça, são hipertensos e diabéticos, alguns com vigilância e medicamentos e outros que recorrem unicamente á unidade móvel); Saúde materna (refere que já tem uma parceria com uma Enfermeira Especialista na área para intervir nesta temática) e a Saúde Mental (Apêndice III). Foi ainda referido por todos os peritos, que os residentes têm dificuldade em interpretar a informação fornecida sobre cuidados de saúde e outras informações de forma geral

3.1.2 Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

Os dados para a caracterização sociodemográfica e o nível de literacia do bairro, tal como mencionado anteriormente, estavam previamente colhidos e analisados para a realização do diagnóstico de situação (Machado, 2023).

Após a análise dos registos das consultas de enfermagem da UM, constatou-se que: a população que mais recorre à unidade móvel, são migrantes composto maioritariamente por indivíduos santomenses e cabo-verdianos, e que são os indivíduos de género feminino que mais recorrem.

3.1.3 População-alvo

A População-alvo correspondeu a todos os residentes do bairro, sendo a amostra deste estudo todas as pessoas que recorreram à Unidade Móvel (UM) no BSMP, maiores de 18 anos.

3.1.4 Instrumentos de recolha de dados

A caracterização sociodemográfica e o nível de literacia do BSMP, foram obtidos por Machado(2023).

Foi realizada a consulta da base de dados da UCC, tendo como instrumento de recolha de dados, as folhas de registo dos dias de consulta de enfermagem na UM do BSMP, referentes ao período de janeiro a agosto de 2023, onde foi possível recolher dados como o género dos residentes que procuram a UM, e as intervenções que solicitam: avaliação da tensão arterial, avaliação da glicémia, realização de testes de rastreio das DST's e distribuição de contraceptivos orais e contraceptivos masculinos.

Posteriormente foram obtidos dados nas consultas de enfermagem, realizadas na UM no período de setembro a outubro do mesmo ano, onde através dos registos feitos, foi possível identificar-se o género das pessoas que recorrem à UM e os cuidados de saúde que mais procuram.

De janeiro a agosto de 2023, realizaram-se 11 dias de consultas na unidade móvel, de acordo com a calendarização no total deveria ter havido 17 dias de consultas. Através dos registos verificou-se que houve a afluência de 80 utentes, destes 51 Mulheres (64%) e 29 Homens (36%), como se pode constatar no gráfico seguinte.

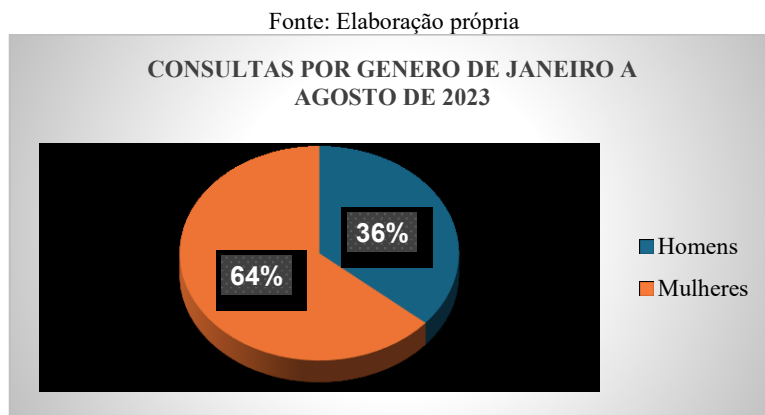


Gráfico 2 - Consultas por género de janeiro a agosto de 2023

Dos 80 indivíduos que recorreram à Unidade Móvel, foram realizadas avaliações de Tensão Arterial (60 indivíduos), avaliação de glicémia (4 indivíduos); rastreio de HIV (2 indivíduos); procura pelo rastreio de HIV (9) e distribuição de ACO (4 mulheres). Sem registos de distribuição de anti contraceptivos. Podemos observar assim que em 80 indivíduos, a Enfermeira responsável pelo Bairro, realizou 79 intervenções de enfermagem na comunidade.

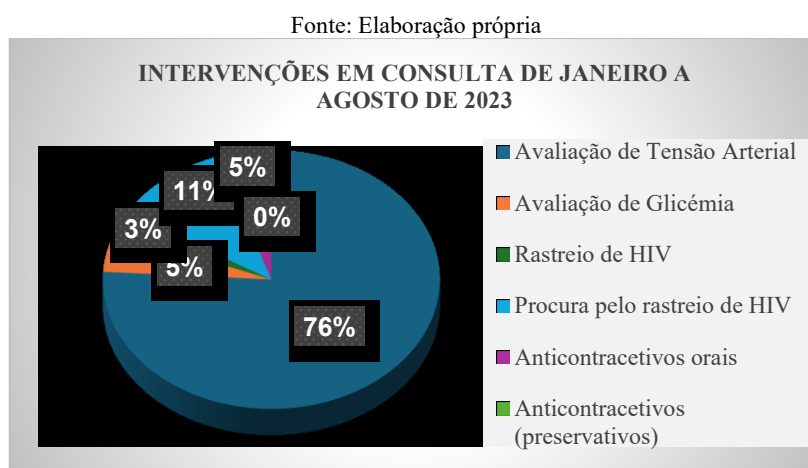


Gráfico 3 - Intervenções em consulta de janeiro a agosto de 2023

No período de setembro a outubro, período previamente definido para a observação direta e recolha de dados durante as intervenções na unidade móvel, foram realizadas 4 consultas e através da análise de dados, foi possível aferir que foram observados 24

indivíduos e destes, consultadas 17 Mulheres e 7 Homens, que correspondem respetivamente a 71% e 29%.

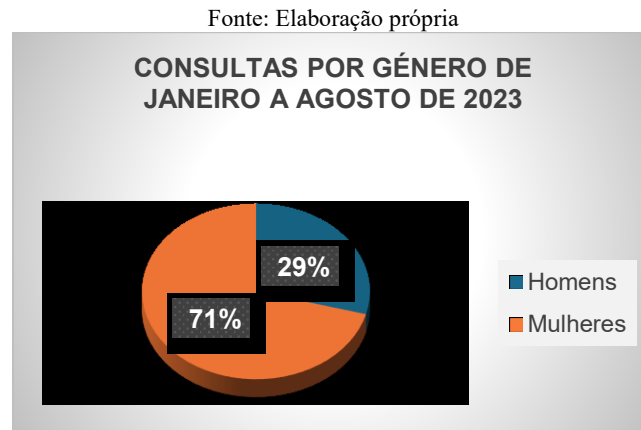


Gráfico 4 - Consultas por género de setembro a outubro de 2023

Em relação às intervenções realizadas, recorreram à Unidade Móvel 24 indivíduos e a estes foram realizadas avaliações de TA (18 indivíduos), avaliação de glicémia (12 indivíduos), rastreio de HIV (0 indivíduos), procura pelo rastreio de HIV (2) e distribuição de anti-contracetivos (1 indivíduo) e anti-contracetivos (preservativos, correspondem 2). Foi possível observar que em 24 indivíduos, registaram-se 35 intervenções de enfermagem nesta comunidade.

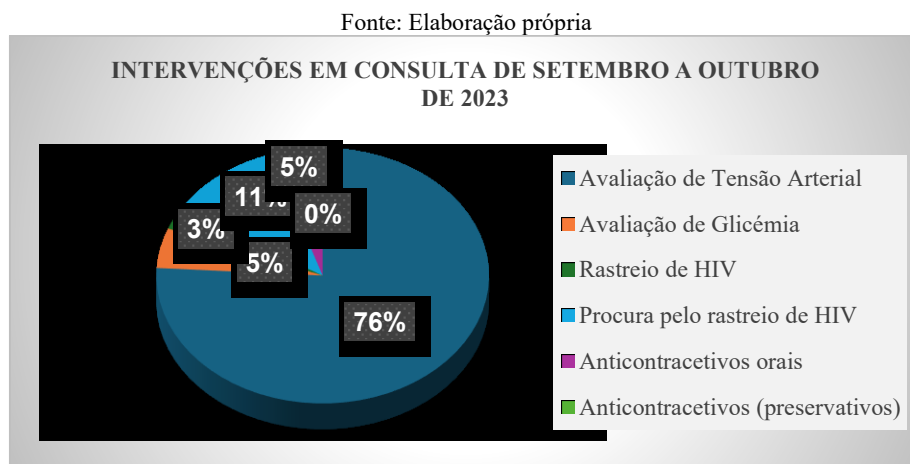


Gráfico 5 - Intervenções em consulta de setembro a outubro de 2023

A comparação e análise dos resultados dos dois períodos de consultas, constatou-se que dos 104 residentes observados na unidade móvel, foram as mulheres que mais recorreram a unidade móvel (68) e as intervenções realizadas em maior número foram as avaliações de tensão arterial (78) e da glicémia (16).

Dos 80 indivíduos observados no período de janeiro a agosto, 60 indivíduos foram observados unicamente para avaliação da tensão arterial. Pelos registos não foi possível fazer o levantamento se destes 60 indivíduos, todos tinham HTA como antecedente pessoal, procurando assim vigilância, gestão medicamentosa ou encaminhamento para médico assistente perante valores registados que indiquem que não estão corretamente controlados, ou se procuraram despiste de hipertensão, por antecedentes familiares.

Porém de setembro a outubro, os 18 indivíduos a quem foi avaliada a tensão arterial, 10 (56%) tinham HTA como antecedente pessoal. E dos 12 indivíduos com avaliação de glicémia, 3 (25%) tinham conhecimento da sua doença crónica, tal como se observa nos gráficos abaixo.

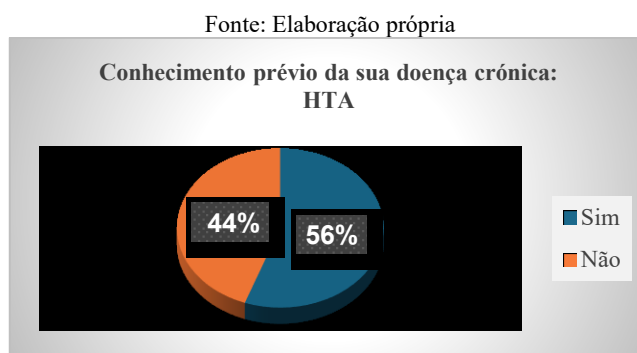


Gráfico 6 - Conhecimento prévio da sua doença crónica HTA

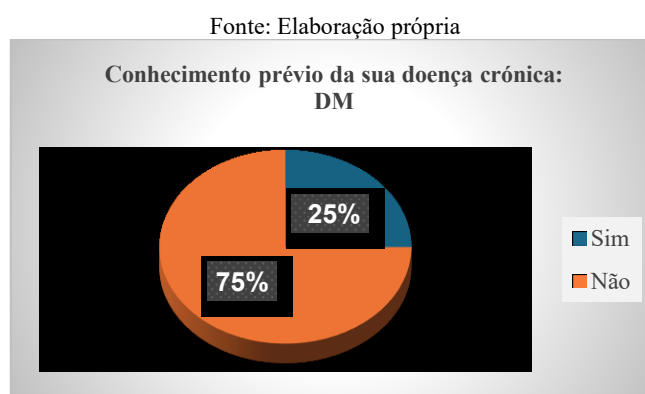


Gráfico 7 - Conhecimento prévio da sua doença crónica DM

3.1.5 Identificação de Problemas

Findo o diagnóstico de situação devem ser enunciados os principais problemas de saúde identificados no Bairro. Após pesquisa bibliográfica exploratória, nacional e internacional,

e juntamente com os dados e informação recolhida para o diagnóstico de situação, foram identificados os seguintes problemas da amostra da população migrante:

- Vulnerabilidade da comunidade migrante (P1)
- Baixo nível de literacia em saúde (P2)
- Exposição a questões ambientais associados ao bairro (P3)
- Sentimentos de pouca compreensão e apoio pelos profissionais de saúde (P4)
- Dificuldade em avaliar criticamente a informação em saúde (P5)
- Não valorização por parte dos residentes da sua doença crónica: HTA e DM (P6)

3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori&Geraldés (1993), é nesta fase do planeamento em saúde que se faz a hierarquização dos problemas identificados, definindo o que deve ser resolvido tendo em consideração pelo menos duas dimensões: o tempo e os recursos. A priorização é na sua essência um processo de tomada de decisão que nos indica em que direção devemos seguir (Pineault&Dabeluy,1989).

Das várias técnicas para determinação de prioridade propostas pelos vários autores, foi utilizada a Grelha de Análise (Anexo I), atribuindo-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-) de forma sequencial, aos critérios acima enunciados. No final obteve-se o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima. Deste modo, foi aplicada a referida grelha para fundamentar a priorização, passíveis de intervenção.

Em relação à Importância do problema, a prioridade foi determinada de acordo com a sua importância para os membros da equipa de enfermagem, tendo em conta o contexto de intervenção. Para avaliar a relação problema/fator de risco, para cada um dos problemas foi tido em conta a relação existente entre o problema identificado e o fator de risco para a população migrante, sendo considerado prioritário o que mais repercussões produzia para a saúde da população. No que diz respeito, ao critério de capacidade técnica para resolver o problema, teve-se em conta onde seria mais importante intervir em termos de melhoria nas respostas comunitárias, no encaminhamento da população para as unidades de saúde,

trazendo ganhos para a saúde da população e da saúde pública e nas capacidades técnicas para resolução dos problemas. E por fim, para o critério exequibilidade foi ponderado o período de tempo existente para a operacionalização da intervenção e também as competências profissionais e acadêmicas para intervir em cada um dos problemas identificados. Foi selecionada a técnica de Grelha de Análise, com os dados que constam no quadro abaixo.

Fonte: Elaboração própria

1. Importância do problema	P1 Vulnerabilidade da comunidade migrante: -
	P2 Baixo nível de literacia em saúde: +
	P3 Exposição a questões ambientais associados ao bairro: -
	P4 Sentimentos de pouca compreensão e apoio pelos profissionais de saúde: -
	P5 Dificuldade em avaliar criticamente a informação em saúde: -
	P6 Não valorização por parte dos residentes do bairro em relação a terem uma doença crónica: +
2. Relação problema/fator de risco	P1 Vulnerabilidade da comunidade migrante: +
	P2 Baixo nível de literacia em saúde: +
	P3 Exposição a questões ambientais associados ao bairro: +
	P4 Sentimentos de pouca compreensão e apoio pelos profissionais de saúde: -
	P5 Dificuldade em avaliar criticamente a informação em saúde: -
	P6 Não valorização por parte dos residentes do bairro em relação a terem uma doença crónica: +
3. Capacidade técnica de intervir	P1 Vulnerabilidade da comunidade migrante: +
	P2 Baixo nível de literacia em saúde: +
	P3 Exposição a questões ambientais associados ao bairro: +
	P4 Sentimentos de pouca compreensão e apoio pelos profissionais de saúde: +
	P5 Dificuldade em avaliar criticamente a informação em saúde: +
	P6 Não valorização por parte dos residentes do bairro em relação a terem uma doença crónica: +
4. Exequibilidade	P1 Vulnerabilidade da comunidade migrante: +
	P2 Baixo nível de literacia em saúde: +
	P3 Exposição a questões ambientais associados ao bairro: +
	P4 Sentimentos de pouca compreensão e apoio pelos profissionais de saúde: +
	P5 Dificuldade em avaliar criticamente a informação em saúde: +
	P6 Não valorização por parte dos residentes do bairro em relação a terem uma doença crónica: +

Quadro 1 - Análise de Grelha dos problemas identificados

Foi de seguida elaborada uma tabela resumo (Tabela 1) para facilitar a interpretação dos dados resultantes da aplicação da grelha de análise anteriormente apresentada, com a priorização efetuada dos problemas diagnosticados.

Fonte: Elaboração própria

P1	- + + +	9
P2	+ + + +	1
P3	- + + +	9
P4	- - + +	13
P5	- - + +	13
P6	++++	1

Tabela 1 - Priorização dos problemas diagnosticados, de acordo com os critérios definidos para a Grelha de Análise

Desta forma, temos como Prioridade Máxima deste projeto de intervenção: Problema P2, que corresponde ao Baixo nível de literacia em saúde e o Problema P6 que corresponde à não valorização por parte dos residentes da sua doença crónica: HTA e DM.

Após a análise dos resultados e da aplicação dos critérios referidos, foi definido como Projeto de Intervenção: **Capacitar os Migrantes na prevenção de doenças crónicas: Intervenção de Enfermagem Comunitária** intitulado como “**Viver com Saber no Bairro**”.

3.2.1 Diagnósticos de Enfermagem

Com base nos problemas identificados, foram então definidos diagnósticos de enfermagem de modo a dar continuidade ao processo de planeamento.

Neste trabalho, foi adotada a nomenclatura da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) na sua versão 2019, para a definição dos diagnósticos de enfermagem, versão traduzida pela Ordem dos Enfermeiros

Tendo como referencial o MPS de Nola Pender, em particular as três dimensões que influenciam a mudança de comportamentos: características e experiências prévias, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável. Desta forma, para Nola Pender, os indivíduos/comunidade podem passar a controlar as suas decisões ao participarem em processos de aprendizagens que favoreçam mudanças comportamentais. A capacitação tem

por base a aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes e competências (Pender et al, 2014).

Para servir de suporte para toda a intervenção, os problemas foram elaborados em forma de diagnósticos de enfermagem, tendo por base o MSP Nola Pender e a CIPE.

Fonte: Elaboração própria

MODELO NOLA PENDER	CIPE 2019
Características e Experiências individuais	Conhecimento sobre doença crónica comprometido nos residentes migrantes
Cognições e afetos específicos do comportamento que se quer alcançar	Conhecimento dos residentes migrantes comprometido sobre a HTA e DM
	Conhecimento comprometido sobre fatores promotores para a prevenção e/ou controlo da doença crónica
Comportamento de promoção da saúde desejável	Potencial para melhorar o conhecimento sobre a HTA e DM
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre fatores promotores para a prevenção e/ou controlo da doença crónica

Quadro 2 - Problemas e diagnósticos de Enfermagem

3.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A finalidade deste projeto é a Promoção da Literacia em Saúde migrantes residente num bairro de génese ilegal inserido na AML.

De acordo com o levantamento do registo das consultas da unidade móvel, denota-se que a população residente procura a nossa intervenção primordialmente no âmbito de doenças crónicas: Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus (DM).

Desde modo coloca-se para a intervenção desenvolvida, o **Objetivo Geral:**

- Contribuir para a promoção da literacia em saúde dos migrantes residentes num bairro génese ilegal, prevenindo os riscos associados às doenças crónicas (HTA e DM).

Para responder ao objetivo geral e garantir que o mesmo é atingido, torna-se fundamental definir objetivos específicos, que se referem a aspetos mais detalhados daquilo que se pretende alcançar (Tavares, 1992).

Definem-se assim como **Objetivos específicos**:

1. Promover estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde, tendo em conta as suas especificidades culturais;
2. Orientar a população migrante residente no bairro para o acesso a informação sobre comportamentos de procura da sua saúde;
3. Divulgar o projeto de intervenção comunitária a equipa da UCC, com o intuito de envolver e motivar a mesma, para que haja continuidade do projeto, orientado para comportamentos de procura de saúde.

Os objetivos do projeto foram sendo reformulados ao longo de todo o processo de planeamento, de forma a melhor se adaptarem aos problemas identificados e às intervenções necessárias, diferindo dos objetivos definidos na elaboração do projeto de intervenção. De acordo com os objetivos específicos definidos e estabelecidos, foram enumeradas as atividades, indicadores e metas em forma no quadro abaixo.

Fonte: Elaboração própria

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES	INDICADOR DE ATIVIDADE	METAS
1. Promover estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde	1.1 Sessões formativas sobre: - HTA - DM - Promoção de Comportamentos de Procura de saúde 1.2. Pesquisar / consultar bibliografia 1.3 Utilizar suporte informático (computador portátil, data show)	Taxa de Intervenção Número de Sessões realizadas / sessões planeadas X 100	Realização de 100% de sessões
2. Orientar para que a população migrante residente no bairro tenha acesso a informação sobre comportamentos de procura da sua saúde.	2.1 Entrega dos folhetos elaborados laboração de folhetos sobre as várias temáticas abordadas nas sessões de promoção para a saúde e nas consultas de enfermagem na unidade móvel	2.1 Taxa de distribuição de folhetos Número de folhetos entregues à população residente do bairro/ número de folhetos elaborados X 100	2.1 Que 100% do material informativo, folhetos, sejam entregues à população, com recurso a unidade móvel, sessões de promoção para a saúde, através da associação de moradores e pela entrega nas ruas da comunidade
	2.2 Que a população fique satisfeita com a informação fornecidas nas sessões de promoção para a saúde sobre as várias temáticas	2.2. Taxa de satisfação sobre a formação Número de residentes satisfeitos com formação / número total de residentes presentes sessão formação X 100 2.3 Taxa de conhecimento prévio sobre as temáticas abordadas Número de residentes com conhecimento prévio das temáticas / número total de residentes presentes sessão formação X 100 2.4 Taxa de importância das temáticas Número de residentes que consideram importante temáticas abordadas/ número total de residentes presentes na sessão formação X 100 2.5. Taxa de intenção de mudança de comportamentos promotores de saúde após a sessão Número de residentes que tenham intenção de mudança de comportamentos / número total de residentes presentes na sessão formação X 100	2.2. Que pelo menos 75% dos residentes fiquem satisfeitos com a sessão de formação 2.3. Que até 30% dos residentes adquiram conhecimentos sobre as temáticas 2.4. Que pelo menos 75% dos residentes considerem importantes as temáticas abordadas. 2.5 Que pelo menos 50% dos residentes presentes demonstre intenção de mudança de comportamentos promotores de saúde
3. Divulgar o projeto de intervenção comunitária a equipa da UCC, com o intuito de envolver e motivar a mesma, para que haja continuidade do projeto, orientado para a procura de vigilância de saúde	3.1 Sessão de apresentação do projeto de intervenção com a Equipa de Enfermagem da UCC	3.1 Taxa de presença de enfermeiros da UCC Número de enfermeiros presentes / número total da UCC X 100	3.1 Que pelo menos 90 % da equipa de enfermagem esteja presente na sessão de divulgação

Quadro 3 - Objetivos Específicos, Atividades, Indicador de Atividade e Metas de Intervenção Comunitária

3.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A definição de uma estratégia deve fazer-se de forma suficientemente detalhada para que os responsáveis pela decisão a possam apreciar e atender a princípios-chave, dos quais se destacam: os custos, os obstáculos, a pertinência, assim como as vantagens e as condicionantes de cada estratégia pensada (Tavares, 1992).

A OE (2001), defende que os enfermeiros para obterem a excelência no exercício da profissão, têm o dever de ajudar as pessoas a atingirem o máximo potencial de saúde, sendo que para isso, devem criar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação promotora de conhecimentos. Pender (2014) reforça esta ideia, referindo que os indivíduos e famílias têm o direito à informação e a participarem ativamente na sua saúde.

Considerando, o conceito da Educação para a saúde e tendo em conta que o objetivo desta intervenção, visa contribuir para promover o conhecimento das doenças crónicas, conhecendo os fatores de riscos e contribuir ainda para a mudança de comportamentos e estilos de vida, de modo a capacitar e empoderar a população residente, foi assim considerada como estratégia de intervenção.

No diagnóstico priorizado no projeto de intervenção, o foco é o conhecimento e o juízo é comprometido. Serão necessárias intervenções, de acordo com a CIPE, no âmbito do *Ensinar e Informar*. Assim a principal intervenção de enfermagem para dar resposta ao diagnóstico foi ensinar o grupo nas temáticas acima identificadas.

A intervenção *Providenciar Material Educativo* foi a estratégia utilizada para garantir o cumprimento do objetivo no sentido de garantir a disponibilidade de material educativo de suporte para a comunidade, onde a informação e comunicação em saúde são utilizados em diversos contextos, nomeadamente na elaboração de mensagens escritas, utilizadas em atividades de Promoção para a saúde, no sentido da capacitação para a mudança de estilos de vida saudáveis e adesão comportamental, seja a nível individual ou comunitário.

A intervenção *Envolver na Tomada de Decisão* foi utilizada como estratégia, tanto no envolvimento de todos os parceiros, bem como numa tentativa de participação ativa da comunidade ao longo das sessões. De reforçar que a tomada de consciência para a importância do assunto para um indivíduo, poderá ter implicações positivas, não só na saúde do próprio, como também no seio da sua família e comunidade.

Toda a implementação do projeto de intervenção teve assim por base a *Estratégia Educacional*: pela Educação Interpares através da qual com o apoio da Associação de moradores, os residentes são convidados a serem eles próprios a transmitir os conhecimentos adquiridos, com o intuito de ajudar na mudança de comportamentos entre os seus pares e pela Promoção e Educação para a Saúde sendo esta uma abordagem estratégica dos EECS, tendo como alvo dos seus cuidados a pessoa e a comunidade na qual esta se insere.

Segundo a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde pode ser definida como o processo de capacitação das pessoas e das comunidades, para que possam assumir o controlo da sua saúde, na perspectiva de a melhorar (OMS, 1986). Deste modo é uma estratégia que, para além de adaptada a cada pessoa ou grupo populacional, e tendo em conta o contexto social em que estas se inserem, é impreterível incluir em todas as políticas. Estes profissionais com maior proximidade das comunidades e populações mais vulneráveis, são essenciais na implementação de estratégias de promoção da saúde, facilitando uma intervenção mais efetiva e facilitadora, que alcance a procurada e desejável qualidade de vida (Canhestro, 2018). Os programas e projetos de âmbito nacional, demonstram que a LS é uma temática reconhecida e preocupante, e que o desenvolvimento de “competências de LS capacita os indivíduos, as famílias e as comunidades para uma participação plena nas atividades de promoção da saúde e para praticarem comportamentos de autocuidado para a promoção da saúde e bem-estar” (Canhestro, 2018). Este projeto vai assim de encontro à melhoria da LS desta comunidade migrante no âmbito das doenças crónicas, HTA e DM.

- *Estabelecimento de Parcerias em Saúde*, é crucial o envolvimento dos agentes comunitários para o desenrolar das atividades planeadas. O desenvolvimento de parcerias é assim um processo informado, flexível e negociado (Stanhope&Lancaster, 1999), que oferece benefícios a todos os níveis, devendo ser considerada desde o início do processo de Planeamento em Saúde. Tendo em conta a natureza dos cuidados prestados pelos EECS, espera-se que estes trabalhem em equipa e em parceria com entidades e instituições, em Projetos de Intervenção Comunitária dirigidos às populações em situação de vulnerabilidade, de forma a conseguir responder aos desafios que se colocam à saúde das pessoas (OE, 2015). No projeto realizado, foram desenvolvidas parcerias internas: Enfermeira Coordenadora e Orientadora UCC; Enfermeira Especialista responsável pelo projeto do Bairro; Nutricionista da URAP da TM (Apêndice V). Foram ainda estabelecidas parcerias externas: Centro Comunitário da SCM já parceiro da UCC, reforçando assim esta ligação; com a Associação de Moradores do Bairro através da sua presidente; CMS; Grupo

Ativista Tratamento (GAT) (Apêndice VI) e Empresa de Produção produtos hortícolas “Fernando Ricardo” (Apêndice VII).

3.4.1 Recursos

Para facilitar a análise, foi elaborado um quadro com os recursos utilizados para a realização deste projeto.

Fonte: Elaboração própria

ATIVIDADES	RECURSOS		
	HUMANOS	MATERIAIS	FINANCEIROS
Convocatória para a Sessão de Promoção para a Saúde	- Enfermeira Mestranda - Enfermeira Orientadora - Enfermeira Responsável projeto no bairro - Associação de Moradores - Equipa CCSCM	- Computador, pen drive telemóvel, papel - Impressora/tinteiro - Redes sociais: página do Facebook da Associação Raízes”	- Internet - Impressão a cores
Elaboração de Material informativo de suporte	- Enfermeira Mestranda	- Computador, pen drive, telemóvel, papel - Impressora/tinteiro - Programas: Corel Draw e PowerPoint	- Internet - Impressão a cores/ preto e branco
Intervenção: Sessão de Promoção Saúde sobre Doenças Crônicas: HTA DM	- Enfermeira Mestranda - Enfermeira Orientadora - Residentes migrantes - CCSCM - GAT - CMS	- Sala Multiusos CCSCM - Computador/ pen drive - Retroprojeter - Folhetos educativos - Cabaz alimentos saudáveis - Questionário (papel)	- Impressão material - Aquisição de alguns produtos para elaboração do cabaz - Deslocação viatura própria

Quadro 4 - Recursos Utilizados na Implementação do Projeto

Assim, no contexto comunitário, a mobilização e cooperação dos diferentes profissionais, sejam eles enfermeiros ou de outras áreas do saber, potencia a partilha de conhecimentos, informações e práticas, estimulando o desenvolvimento de sinergias positivas. É fundamental que se fortaleçam os elos de ligação com outras organizações e pessoas o mais precocemente possível, preferencialmente no início do processo de planeamento, a fim de identificar necessidades, estabelecer prioridades e planear intervenções orientadas objetivamente para a promoção da saúde (Pender et al., 2014).

3.5 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

De forma a dar resposta a intervenção de enfermagem comunitária planeada foi tido em consideração: Plano Nacional de Saúde 2021-2030; Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020); Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021; Plano de Ação Nacional para a Atividade Física (PANAF) e Programas de Saúde Prioritários (Diabetes, Doenças cérebro-cardiovasculares, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), Atividade Física e Controlo do Tabagismo.

3.6 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação operacional consiste no planeamento operacional da execução do projeto, sendo este descrito por Tavares (1990), como o conjunto de atividades que contribuem para a concretização de um programa, ocorrendo num período bem limitado de tempo. Assim, nesta fase foram estabelecidas as atividades necessárias à execução das estratégias escolhidas, focadas no Modelo de Nola Pender, de forma a atingir os objetivos definidos.

Durante o planeamento do projeto e de acordo com o protocolo da scoping review da JBI (Anexo IV) foi realizada uma scoping review como suporte à importância sobre a literacia em saúde nas populações migrantes e permitiu identificar barreiras e estratégias de intervenção na promoção da literacia em doenças crónicas na comunidade migrante, planeando assim cada intervenção com base na evidência científica (Apêndice VI).

Segundo Imperatori&Geraldés (1993), a descrição detalhada das atividades a desenvolver vai contribuir para o alcançar dos resultados pretendidos, permitindo estabelecer uma calendarização da execução de atividades do projeto. Desta forma, foi elaborado um cronograma GRANT de acordo com o mesmo autor (Apêndice VII).

Para cada uma das duas sessões foi elaborada a respetiva convocatória (Apêndice VIII), a realização do plano de sessão das duas sessões (Apêndice IX), uma apresentação com diapositivos de suporte à sessão (Apêndice X), elaborado material educativo de suporte (folhetos previamente validados pelos peritos do Programa, posteriormente validado por 3 residentes do bairro que recorreram à unidade móvel e submetido novamente à validação dos peritos), distribuído nos dias de consulta da unidade móvel no âmbito do “Saúde sobre Rodas”, através dos stakeholders do bairro e pela comunidade e seus estabelecimentos e no decurso das sessões (Apêndice XI). Foi ainda aplicado um questionário de avaliação de satisfação da intervenção e avaliação de conhecimentos de ambas as sessões (Apêndice XII e Apêndice XII).

Foi elaborado um plano de sessão informativa à equipa da UCC com o intuito de divulgar o projeto desenvolvido, envolvendo assim os profissionais da equipa, de forma a permitir a continuidade do mesmo. Foi realizada uma apresentação de diapositivos de suporte à sessão na sala de reuniões da UCC com a presença de todos os enfermeiros da equipa (Apêndice XIV e Apêndice XV).

3.7 AVALIAÇÃO DO PROJETO

A última etapa do planeamento é a avaliação, que vai permitir avaliar a eficácia do plano estabelecido e compreender a adequação entre os objetivos e as estratégias. “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperatori e Giraldes, 1993).

Fonte: Elaboração própria

OBJETIVO ESPECÍFICO 1		
Promover estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde		
OBJETIVO OPERACIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	RESULTADO
Realização de 2 sessões de educação para a saúde	Número de Sessões promoção para a saúde realizadas / sessões planeadas X 100	$2/2 \times 100 = 100\%$
Realização de 4 reuniões com peritos e parceiros	Número de reuniões realizadas / reuniões planeadas X 100	$7/4 \times 100 = 175\%$
Estabelecimento de 3 parcerias	Número de parcerias realizadas / número de parcerias planeadas X 100	$6/3 \times 100 = 200\%$

Quadro 5 - Objetivo Específico 1 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado

Fonte: Elaboração própria

OBJETIVO ESPECÍFICO 2
Orientar para que a população migrante no bairro tenha acesso a informação sobre comportamentos de saúde associados as doenças crónicas (HTA e DM)

OBJETIVO OPERACIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	RESULTADO
Que 100% do material educativo sobre as várias temáticas, impresso, seja entregue à população, com recurso a unidade móvel, sessões de promoção para a saúde, através da associação de moradores e pela entrega aos residentes pelo bairro	Número cartazes e folhetos entregues à população residente do bairro / número de cartazes e folhetos realizados X 100	500/500 X 100 = 100%
Que pelo menos 75% dos residentes fiquem satisfeitos com as sessões de formação	Número de residentes satisfeitos com formação / número total de residentes presentes sessão formação X 100	45 /47 x 100% = 96%
Que até 30% dos residentes tenham conhecimentos prévios das temáticas nas duas sessões	Número de residentes com conhecimento prévio das temáticas / número total de residentes presentes sessão formação X 100	31/47 X 100% = 66%
Que pelo menos 75% dos residentes considere importante uma das temáticas abordadas.	Número de residentes que consideraram importante a temática abordada/ número total de residentes presentes na sessão formação X 100	37/47 X 100% = 79%
Que pelo menos 50% dos residentes presentes demonstre intenção de mudança de comportamentos promotores de saúde	Número de residentes que tenham intenção de mudança de comportamentos / número total de residentes presentes na sessão formação X 100	31/47 X 100% = 66%

Quadro 6 - Objetivo Específico 2 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado

Fonte: Elaboração própria

OBJETIVO ESPECÍFICO 3		
Divulgar o projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC, com o intuito de envolver a mesma, para que haja continuidade do projeto, orientado para a procura de vigilância de saúde		
OBJETIVO OPERACIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	RESULTADO
Que pelo menos 90 % da equipa de enfermagem esteja presente na sessão de divulgação	Número de enfermeiros presentes/ número total da UCC X 100	15/15 X 100 = 100%

Quadro 7 - Objetivo Específico 3 - Objetivo Operacional, Indicador de Resultado e Resultado

Desta forma, perante os resultados da avaliação realizada após a implementação do projeto, é possível aferir que os objetivos propostos foram alcançados com sucesso, uma vez que as metas foram todas atingidas, inclusive algumas até superaram o expectável.

Tendo em conta o contexto de intervenção, sem um grupo definido para aplicar as intervenções planeadas, e sem a certeza se haveria algum participante nas duas sessões, o feedback do Responsável pelo CCSCM foi extremamente positivo, pois nunca tiveram em qualquer sessão elaboradas por eles, a participação de mais de 10 residentes. Revelando assim uma elevada adesão da comunidade residente, onde as estratégias utilizadas foram sem dúvida uma mais valia para o sucedido (na primeira sessão com a divulgação do sorteio de um cabaz de alimentos saudáveis, onde pelo envolvimento de dois dos parceiros

envolvidos no projeto, foi possível sortear ainda mais 5 cabazes e contou com a presença de 20 participantes) (Apêndice XVI).

Na segunda sessão, houve além da parceria do CCSCM, o envolvimento de outro parceiro a CMS e a Associação GAT, com quem foi realizada em conjunto a sessão (nesta iniciativa no contexto do GAT ter um financiamento comunitário, foi decidido a confecção de um almoço na comunidade, com a presença de 27 participantes) (Apêndice XVII). Esta iniciativa do GAT irá contar ainda com outra intervenção sobre a saúde da mulher, mas programada já fora do período do estágio.

Desta parceria com o GAT, foi estabelecido que a partir de janeiro de 2024 iriam estar presentes uma vez por mês juntamente com a unidade móvel da UCC para um trabalho em conjunto, algo muito importante que foi alcançado e que fará diferença na comunidade migrante do bairro.

Nas comunidades, há a necessidade de estabelecer parcerias comunitárias, com o intuito de atingir objetivos, no âmbito da promoção para a saúde o que ficou aqui bem explanado com os resultados obtidos.

Para a população do Bairro, os contributos prendem-se com a capacitação e empoderamento dos seus residentes através da adoção de estilos de vida mais saudáveis e focando para a prevenção primordial dos fatores, atitudes e comportamentos de risco face às doenças crónicas. Neste sentido considera-se que foi atingido o propósito da intervenção comunitária no bairro, tendo como foco a promoção da literacia em saúde na prevenção dos riscos associados às doenças crónicas dos migrante, a HTA e DM (Apêndice XIX).

Com a convicção que o objetivo deste projeto foi cumprido na integra, é esperado que este relatório final consiga refletir toda a riqueza das atividades desenvolvidas e experiências vividas no local de estágio, representando de modo fíável e atual a informação recolhida junto da população do bairro, o alvo de intervenção de todo o processo de investigação, e que demonstre com clareza o resultado deste estágio.

Quanto à atuação dos vários níveis de prevenção, foi uma meta concretizada, pois a informação disponibilizada e transmitida à população migrante residente no bairro, promoveu a sua capacitação, de forma a atingir melhores níveis de saúde, prevenindo problemas e identificação/tratamento precoce dos mesmos, minimizando a incapacidade. Considera-se que a formação permitirá aos migrantes tomar decisões fundamentadas

relacionadas com a saúde de forma fundamentada. Toda a intervenção comunitária atuou aos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária.

Foram desenvolvidas várias atividades no sentido de aumentar os conhecimentos relacionados com a vigilância de saúde e a promoção de comportamentos de saúde da população migrante, nomeadamente no âmbito das doenças crónicas HTA e DM. Todo o material educativo realizado, apresentação de diapositivos sobre as temáticas abordadas, assim como os folhetos, foram deixados na UCC em formato digital, para continuarem a ser um recurso disponível.

No entanto, pelo tempo de implementação do projeto e do estágio, não foi possível medir o impacto das intervenções realizadas, mas acreditamos que possam existir ganhos em saúde nesse sentido.

Na continuidade do projeto e como indicador de impacto, foi sugerido à equipa da UCC em especial a Enfermeira Coordenadora e a Enfermeira responsável pelo projeto no bairro, que no final do ano de 2024 se registre um aumento de 40% das consultas realizadas na unidade móvel, tendo em conta que em 2023 foram realizadas 11 consultas.

Fonte: Elaboração própria

ATIVIDADES	METAS	INDICADOR DE EXECUÇÃO
Reavaliação após 12 meses do número de consultas de enfermagem existentes de modo a manter os conhecimentos das temáticas abordadas: Literacia em Doenças Crónicas: Capacitar os migrantes para a prevenção dos riscos	Que haja um aumento de 10% de número de consultas de enfermagem na unidade móvel	Número de consultas enfermagem na unidade móvel no ano de 2023 / Número de consultas de enfermagem na unidade móvel no ano de 2024 X 100%

Quadro 8 - Indicador de Impacto

3.8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Em contexto comunitário, sendo o enfermeiro responsável pela promoção da saúde e pelas respostas às necessidades, este deve de conhecer as necessidades da população e comunidade, procurando soluções para os problemas encontrados e elaborar programas/projetos, de modo a dar resposta a essas necessidades e problemas.

Neste sentido, o recurso ao método de planeamento em saúde proposto por Imperatori&Giraldes (1993) para a elaboração deste projeto, assim como a pesquisa de

evidência científica que o baseou, vieram trazer um incentivo deveras positivo para a prática clínica.

Em todas as fases do processo do planeamento em saúde, torna-se essencial a sua fundamentação e suporte através de decisões em modelos teóricos, como por exemplo o Modelo Promoção de Saúde Nola Pender. Toda a intervenção é baseada na evidencia científica disponível para assim identificar problemas e intervenções a desenvolver. Só assim se podem implementar as melhores estratégias, onde destacam o envolvimento com os parceiros, uma vez que sem eles a intervenção comunitária não seria possível, assim como as estratégias educacionais, que contribuiram para a mudança de comportamentos.

Constatou-se que a temática da população migrante em Portugal é reduzida, tal como o estudo da literacia em saúde destas populações mais vulneráveis.

Através de uma avaliação e controlo do projeto, pode-se comparar o estado inicial e final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionando as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas. Para Pender (2014) esta etapa é essencial, pois permite aos enfermeiros aperfeiçoar o programa, decidir sobre as atividades de promoção de saúde a selecionar e ensaiar se os resultados positivos de uma nova intervenção se irão traduzir na prática

4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E DE MESTRE

Este relatório permitiu resumir e espelhar parte de todo um percurso de atividades desenvolvidas durante o período de estágio, de forma a ser possível o desenvolvimento das competências de intervenção em enfermagem comunitária. Este foi também um processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional.

O percurso académico desenvolvido, contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, sendo que a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007, p.10) define Especialista como “ o Enfermeiro com um conhecimento aprofundados num domínio de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”

Este percurso permitiu adquirir e desenvolver competências ao nível cognitivo e emocional, integrando não só os conhecimentos e competências prévias da prática profissional, bem como aquisição de novos conhecimentos científicos e experiências da prática clínica no decorrer deste estágio.

A elaboração e utilização de ferramentas para a recolha de dados e análises dos resultados, permitiu a melhoria das competências técnico-instrumentais. E tendo sido este um percurso sempre ajustado ao longo de todo o estágio, houve igualmente o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas sob uma análise profunda entre conteúdos mencionados, a prática clínica e as necessidades identificadas para que a mesma prática clínica fosse baseada na mais recente evidência científica.

A OE, através do Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019, refere que o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, centram-se na esfera da

responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Durante todo o percurso de construção e desenvolvimento da intervenção comunitária, os aspetos éticos e legais foram sempre respeitados, tendo sempre em conta a responsabilidade profissional associada à profissão de enfermagem. O enfermeiro deve reger-se pela conduta própria do regulamento da profissão de enfermagem, cumprindo todos os pressupostos legais inerentes à sociedade em que está inserido. O desenvolvimento desta intervenção comunitária, pressupõe que fossem respeitados os princípios da autonomia e autodeterminação da pessoa, escolhendo se pretendiam ou não participar, e reforçando que a sua não participação não interferiria com os cuidados prestados, assim como a manutenção do anonimato dos dados recolhidos, garantindo também a privacidade da pessoa envolvida. Todos estes pressupostos, valorizam o valor da pessoa, o respeito pelos direitos humanos, preservando a dignidade e a integridade de cada um.

Ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi possível desenvolver o autoconhecimento e assertividade, baseando sempre a prática clínica na evidência científica. Ao valorizar a importância do grupo, desta comunidade, aumentou a relação de confiança da relação terapêutica, entre o enfermeiro e a comunidade/população em situação de migração.

Foi ainda possível assumir um papel dinamizador em várias ações a decorrer no âmbito de alguns programas prioritários definidos pela UC, mesmo que não diretamente relacionadas com o projeto desenvolvido. Participamos em todas as formações do serviço da UCC ao longo do período de estágio, nomeadamente no plano de ação semanal do programa da ECCI, assim como, nas reuniões com a equipa multidisciplinar, dos cuidados de saúde primários e hospitalares, na área da Saúde Mental, Programa GRHU no Hospital da área, que decorre uma vez por mês.

No âmbito do Programa Cuidador Informal, assistimos à primeira reunião de criação de um grupo multidisciplinar, composto por enfermeiros, assistentes sociais e técnicas da segurança social numa USF, para visitas domiciliárias e apoio ao cuidador. No âmbito do Programa de Saúde Escolar participamos numa sessão de educação para a saúde para turmas do 9º ano de escolaridade sobre a temática da sexualidade, acompanhando assim a dinâmica de saúde escolar. Em relação ao Projeto Gira Lua – As faces da Lua, foi possível através da unidade móvel fazer a vigilância de saúde de profissionais do sexo e fornecer métodos anti-contracetivos.

No programa de preparação para o Nascimento/Parentalidade, curso a decorrer online (via Teams), pude participar em duas das sessões realizadas. Participei ainda no âmbito da Vacinação, levantamento de necessidades por parte das ERPI e administração de vacinas da Gripe e COVID 19.

Todas as atividades paralelas ao projeto, possibilitaram a compreensão da intervenção do Enfermeiro em contextos distintos e contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências nesta área de especialidade.

Além das competências comuns do enfermeiro especialista, a Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro define quatro competências do ESSCSP que passam a ser enumeradas para que seja visível o trabalho desenvolvido:

a) *“Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”*

Esta competência foi obtida através do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária - Capacitar os Migrantes para a Prevenção de Doenças Crónicas: Intervenção de Enfermagem Comunitária com base na metodologia de Planeamento em Saúde onde foram descritas todas as fases em capítulo anterior.

b) *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”*

Em todo o projeto foi possível constatar que a capacitação ou empoderamento de grupos e comunidades foi o propósito de todo o trabalho. Esta competência foi assim adquirida ao longo do processo de intervenção do projeto, através das consultas na unidade móvel e pelas sessões de promoção para a saúde desenvolvidas, com o intuito de promover o conhecimento e a procura de comportamentos saudáveis.

c) *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”*

O projeto desenvolvido e a gestão do mesmo só foram exequíveis passando por todas as etapas de organização de um projeto, sempre alinhado com os Programas da UCC, nomeadamente, no projeto Saúde sobre Rodas: Intervenção Comunitária com recurso à unidade móvel e o PNS e PLS ACES AS.

d) *“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”*

A caracterização da população permitiu desenvolver competências para a realização ou cooperação na vigilância epidemiológica, uma vez que obrigou ao uso e manipulação do sistema informático do SPSS da IBM, e ao acréscimo de aptidões para uso de técnicas de cálculo e estatística, para melhor interpretar as medidas epidemiológicas envolvidas, e as recolhidas nas fontes primárias de informação como o INE, OCDE ou no OMI. A identificação de um problema de saúde pública, que interfere com o bem-estar da população, é essencial para que posteriormente a intervenção seja delineada para promover a redução da expressividade desse problema. Aqui, procurou-se contribuir para a redução de eventuais custos associados a problemas de saúde, identificados mais tardiamente, ou contribuir para a potenciação de cuidados promotores de saúde, a uma população com baixos índices de LS, que a evidência retrata como uma população com piores resultados de saúde (Medina,2022).

Ao enfermeiro especialista, cabe ainda ser dinamizador de projetos de melhoria contínua da qualidade, e esta intervenção teve como objetivo major o de contribuir para a capacitação da população em situação de migração, para que este se tornasse mais autónomo na gestão da informação sobre cuidados de saúde, diferenciando os cuidados de saúde primários dos cuidados hospitalares e sabendo como adotar comportamentos de promoção de saúde face às suas doenças crónicas.

Foram igualmente desenvolvidas um conjunto de competências que conferem transparência e reconhecimento internacional para a obtenção do grau de Mestre. O grau de Mestre definido no Decreto-Lei n.º 65/218, pressupõe o conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que se sustente nos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo e os desenvolva e aprofunde, criando uma oportunidade para desenvolver e aplicar os conhecimentos adquiridos em contexto de investigação. O estudo de um problema de saúde, que partiu da aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde, do diagnóstico de situação de saúde da população em situação de migração da UCC, implicou um grande investimento pessoal na aquisição de novas habilidades, para recolher e interpretar dados e através da realização de uma scoping review : *“Qual o conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante?”*, alicerçar a intervenção, de acordo com a evidência científica, só fundamenta e dá maior credibilidade à intervenção programada. A participação na investigação, e o contributo para reduzir uma lacuna do conhecimento que está patente na literatura, passou a ser uma finalidade também deste trabalho, pois a evidência existente é escassa, na área da promoção da LS da população em situação de migração.

De referir a realização e apresentação do poster intitulado “*Fontes de informação sobre sexualidade a que recorrem os adolescentes: a scoping review*” no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social, com coautoria com Ana Filipa, Barbara Cardoso e Professora Doutora Cândida Ferrito (Anexo V), trabalho este desenvolvido na parte curricular deste curso.

Ainda a oportunidade de participar no Webinar “*(RE)Pensar a Enfermagem Comunitária no Hospital*” (Anexo VI).

Todo este processo teve de ser fundamentado em estudo autónomo. Em termos curriculares, foram-nos revelados os caminhos a percorrer, mas a gestão da forma de os percorrer coube a cada um de nós. Este trabalho é o resultado desse percurso, dessa gestão e do investimento pessoal desenvolvido

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório consistiu na descrição do trabalho realizado ao longo do terceiro semestre do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, numa UCC da AML, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tal como as competências conferentes ao grau de Mestre.

O estágio provou ser muito importante para o desenvolvimento das competências referidas. Segundo a OE, no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, o Enfermeiro Especialista deve intervir na comunidade, sendo esta o alvo dos seus cuidados e tem que estar apto a diagnosticar, planear e intervir, dando resposta às necessidades da comunidade, sempre num processo em constante mudança.

As intervenções levadas a cabo, no âmbito da Metodologia do PS, permitiram dar resposta aos programas de saúde comunitária, nomeadamente o PNS e PLS ACES AS através das áreas Prioritárias previamente definidas, conforme preconiza o regulamento das competências do Enfermeiro Comunitário. A implementação do projeto focou-se numa vertente de extrema importância: a promoção de conhecimentos para a gestão das doenças crónicas, contribuindo assim para a literacia em saúde. O contexto de estágio pelo tipo de grupo-alvo a intervir, foi desafiante, mas enriquecedor na aquisição e consolidação de conhecimentos e competências nesta área de intervenção: populações vulneráveis (migrantes).

O Modelo de Enfermagem que sustentou o projeto, foi igualmente um ponto fulcral para que os objetivos estipulados para o estágio e para o projeto fossem alcançados. No estágio foram assim identificados como foco de mudança a falta de conhecimentos em saúde, nomeadamente no âmbito das doenças crónicas HTA e DM.

A promoção da Literacia em saúde, além de capacitar indivíduos/comunidades alvo da intervenção de enfermagem, permite assim contribuir para que os residentes migrantes

sujeitos às intervenções adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis, de forma a tomar decisões informadas e conscientes relativas à sua saúde.

Podemos aferir que para a prática clínica é assim fundamental, valorizar a importância da promoção de literacia em saúde para a capacitação da tomada de decisão e que o planeamento em saúde, o envolvimento de parceiros e a fomentação de uma relação de confiança e compromisso permitem uma efetiva intervenção de enfermagem com alteração de comportamentos face à sua saúde.

Após uma retrospeção do trabalho desenvolvido considera-se que o mesmo foi enriquecedor e produtivo, tendo sido alcançados os objetivos propostos para a sua elaboração.

A pertinência deste relatório prende-se com o finalizar da etapa formativa e obtenção do título de enfermeiro especialista e grau de Mestre, mas, acima de tudo, com a análise e reflexão de todo o processo de planeamento em saúde realizado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023e). Metainformação: Especificação de conceito - 089. Ministério da Saúde. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023f). Metainformação: Especificação de conceito - 122. Ministério da Saúde. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=122
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023a). Operacionalização da Contratualização no Cuidados de Saúde Primários para 2023. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Telo [ARSLVT]. (2017). Perfil Local de Saúde 2017 – AceS Almada/Seixal. ARSLVT. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_Almada_Seixal.pdf
- Almeida, C. V. de. (2020). Literacia Em Saúde: Um Desafio Emergente. Contributos Para a Mudança de Comportamento, 10–19. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comicacoes.pdf
- Almeida, C. V. de, Fragoeiro, Isabel. (2023). Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas. Pactor.
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., & Assunção, V. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
- Alto Comissariado para as Migrações. (2022). Balanço das Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do OM. <https://www.om.acm.gov.pt/-/balanco-das-jornadas-comemorativas-dos-20-anos-do-om>
- Alto Comissariado para as Migrações. (2015). Plano Estratégico para as Migrações 2015–2020. ACM. https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195

- American Psychological Association [APA]. (2019). *Publication Manual Of The American Psychological Association: The Official Guide To APA Style. (7th Edition)*. APA.
- Arriaga, M., Santos, B., Costa, A., Francisco, R. & Freitas, G. (2021). *Níveis de Literacia em Saúde - Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses.pdf.aspx>
- Arriaga, M. T. de, Santos, B. et al. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Aprovação da Lei de Bases da Saúde e revogação da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto da Assembleia da República [AR]. (2019). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55-66. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Berkman, N.D., Sheridn, S.L., Donahue, KE., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: na updated systematic review. *Annals of internal medicina*, 155 82), 97-107. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Braveman Paula, GruskinSofia. (2013). *Defining equity in health*. *Journal of Epidemiology & Community Health*. ISSN 1470-2738. 57:254.
- Broesskamp-Stone, Ursel, Ackermann, G. (2011). *Best practice: A normative framework for optimal health promotion and disease prevention*. *Health Promotion*.
- Bandura, A. (2008). *An agentic perspective on positive psychology*. In *Positive psychology: Exploring the best in people, Vol 1: Discovering human strengths* (pp. 167–196). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Câmara Municipal do Seixal (CMS). (2022). *Plano Educativo Municipal - Instituições Educativas*. Disponível em: <https://pem.cm-seixal.pt/informacoes/instituicoes-educativas/>
- Câmara Municipal do Seixal - *Plano Municipal para a Integração dos Imigrantes no Seixal 2021-2023*. 2021.
- Câmara Municipal do Seixal (2020). *Indicadores e Respostas de Saúde no Concelho do Seixal. Seixal à Lupa - Diagnóstico Social do Seixal* (pp.1-134). CM. https://www.cmseixal.pt/sites/default/files/documents/1.a_revisao_do_diagnostico_social_do_seixal_-_capitulo_6_atualizacao.pdf

- Camara Municipal do Seixal. (2008). Câmara Municipal do Seixal - Pacto Territorial para o Diálogo Intercultural do Seixal – Regulamento Interno. 2008.
- Canhão, H., Gil, A. P. G., Barros, P. P., & Branco, J. (2022). Desafios do Envelhecimento para a Saúde, a Economia e a Sociedade (1a edição). Principia.
- Canhestro, A. M. (2018). Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/34565>
- Carvalho, C., Almeida P., & Pereira, J. (2020). Literacia em Saúde (Vol. 1). Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto (ESS.PP).
- Comissão Europeia. (2019). Uma Europa sustentável até 2030 - Anexo II Desempenho da UE em matéria de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). https://commission.europa.eu/publications/sustainable-europe2030_pt#liga%C3%A7%C3%B5es-conexas
- Chesnay, M., & Anderson, B. (2008). Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Cole, T.J.; Flegal, K.M.; Nicholls, D.; Jackson, A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, v.335, n.7612, p.01-8, 2007. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39238.399444.55>
- Correia L. [et al] - Diabetes: Factos e Números 2012 - Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013. ISBN: 978-989-96663-1-3.
- Decreto-Lei no161/96. (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário Da República, Série I-A* (n.o205/1996 de 4-09-1996), Art. Decreto-Lei no 161/96. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-241640>
- Dias, S.; Marques, MJ., Gama, A., Pedro, A. R., Barreiros, F. F., Loureiro, I., & Fernandes, A. C. (2022). Literacia em saúde em populações migrantes: necessidades em saúde, acesso, compreensão, utilização da informação e dos serviços. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/09/literacia-em-saude-promocao-da-saude-e-coesao-social-em-populacoes-migrantes_protected-small.pdf

- Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes (1.ª ed.). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.] <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Dias, Sónia, Gama, Ana; Martins, Maria O. (2012). O Estado De Saúde Dos Imigrantes E Seus Determinantes: Resultados De Um Estudo Realizado Na Zona Metropolitana De Lisboa. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Ministério da Saúde. Lisboa. 2023.
- Direção Geral de Saúde. (2023). Programa Nacional para a Alimentação Saudável. Lisboa: DGS
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em Saúde em Portugal Relatório Síntese. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf
- Estrela, Joaquim et al. - Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021. (2021). 170. ESTRELA, Paulo - A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25:1 (2009) 45–55. doi: 10.32385/rpmgf.v25i1.10590.
- Fernandes, A., C. Mateus, J. Perelman. (2009). Health And Health Care In Portugal: Does Gender Matter?. INSA.
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. (2021a). Quadro Resumo por Município.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. 1ª Edição. Loures: Lusociência.

- Fundação Francisco Manuel do Santos. (2022). PORDATA. Base de Dados de Portugal Contemporânea (2022). Lisboa.
- Fundação Francisco Manuel do Santos. (2023). PORDATA. Estatísticas Sobre Portugal e a Europa. Censos 2021. Lisboa. 2023.
<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
- Fundação Francisco Manuel do Santos. (2023a). PORDATA. Densidade Populacional.
<https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452>
- Fundação Francisco Manuel do Santos. (2023d). PORDATA. População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo.
<https://www.pordata.pt/municipios/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+em+percentagem+da+populacao+residente+total+e+por+sexo-363>
- Granada, Daniel et al. - Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. *Horizontes Antropológicos*. ISSN 0104-7183. 27:59 (2021) 207–226. doi: 10.1590/s0104-71832021000100011.
- Gushulak Yan JW. (2017). Fatores de risco para visitas recorrentes a serviços de emergência por hiperglicemia em pacientes com diabetes mellitus. *Int J Emerg Med*. 2017. DOI: 10.1186/s12245-017-0150-y. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28702883/>
- Hilhorst D., Bankoff, G. (2004). Vulnerabilidade de mapeamento. *Desastres, desenvolvimento e pessoas*. Londres. ISBN 9781853839641.
<https://research.wur.nl/en/publications/introduction-mapping-vulnerability>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3rd ed.). Escola Nacional de Saúde Pública. pp.21 - 32.
- Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Ed. Esc.Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*. Available at: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos de 2021 – Resultados Definitivos População*.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21

- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021: resultados definitivos: região Lisboa. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021: O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. Lisboa: INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66196836> . ISBN 978-989-25-0633-3
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas: 2021. Lisboa: INE, 2023. ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0535-0. <https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532>
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th ed. (2021). Brussels, Belgium. <https://diabetesatlas.org/>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Global Burden of Disease Study 2019. Data Resources: International Organization for Migration (2022). World migration report 2022. Geneva: [s.n.].
- International Organization for Migration. (2020). IOM Institutional Strategy on Migration and Sustainable Development. <https://publications.iom.int/books/iom-institutional-strategy-migration-and-sustainable-development>
- International Organization for Migration. (2019). Glossary on Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>
- International Organization for Migration. (2018). Global Migration Indicators. <https://publications.iom.int/books/global-migration-indicators-2018>
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank. (2013). Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) Risk Factor Results 1990-2013. Seattle, WA: IHME.
- Kickbusch, D. (2000). Nutbeam Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century (pp. 183-184). Health Promot Int., 15.
- Lahelma E., Valkonem T. (1990). Health and social inequalities in Finland and elsewhere. Social Science & Medicine. ISSN: 037-7856 31.257-65.
- Lancet Public Health. (2024). Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. IHME-CHAIN Dr Terje Andreas Eikemo, Centre for Global

Health Inequalities Research (CHAIN). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00306-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00306-7)

Lancet Public Health. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1,201 population-representative studies with 104 million participants. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). DOI: 10.1016 / S0140-6736 (21) 01330-1.

Laverack, G. (2022). Guia de Bolso para a Promoção da Saúde. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>

Leclerc, G. (1979). L'observation de l'homme, une histoire des enquêtes sociales. Paris: Seuil,

Lopes, C. A., & Almeida, C. V. (2019). Introdução. C. Lopes & C. V.

Almeida, C. (s.d.). Literacia em saúde na prática (pp. 17-23) [ebook]. Lisboa. Edições ISPA.

Loureiro, I. & Miranda, N. (2021). Promover a Saúde Dos fundamentos à ação (3.^a Edição Revista e Atualizada). Edições Almedina SA.

Machado, R. (2023). Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais. IPS – Instituto Politécnico de Setúbal. Dissertações de mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.26/45408>

Marmot, M, Goldblatt, P. J., et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7.^a ed.). ReportNumber.

Marques, J.P.D. (2015). Literacia em Saúde: Avaliação através do European Health Literacy Survey em Português num Serviço de Internamento Hospitalar [Tese de Mestrado]. Lisboa.

Martins, J., San-Bento, A., Leite, P., Alves R., & Machado, R. (2017). Plano Local de Saúde Almada e Seixal 2017-2020. Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal.

Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel.

Ministério do Planeamento. (2020). Estratégia Portugal 30: Visão Estratégica para o Plano de Recuperação Económica de Portugal 2020-2030. Lisboa.

- Ministério dos Negócios. (2017). Seminário Diplomático janeiro 2017. Edição Digital Ano VI, nº 6. Publicação digital do Instituto Diplomático.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). Alto Comissariado da Saúde Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégias para a saúde: eixos estratégicos: cidadania em saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde: Direção de Serviços de Cuidados de Saúde – Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes. Lisboa: DGS. 2008. ISBN 978-972-675-180-9.
- Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde. (2022b). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Ministério da Saúde. (2023). UCC ██████████. Quem Servimos. Bilhete de Identidade Do Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>
- Morgado, Tânia, Loureiro. (2021). - Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. Revista de Enfermagem Referência. ISSN 21822883. V:6 doi: 10.12707/RV20133.
- O'Donnell MJ, Chin SL, et al. (2016). Efeitos globais e regionais de fatores de risco potencialmente modificáveis associados ao AVC agudo em 32 países (INTERSTROKE): um estudo caso-controle. 388(10046):761-75. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27431356/>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>
- OECD/European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

- Oliveira, C. R. & Gomes, N. (2018). Migrações e Saúde em números: o caso português. ACM. Migrações e Saúde em números: o caso português. ISBN: 978-989-685-094-4. <http://hdl.handle.net/10400.5/29217>
- Oliveira, C. (2022). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022 (1.^a ed). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.]. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual++Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2022.pdf/eccd6a1b-5860-4ac4-b0ada391e69c3bed>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2.^a série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf> 4744-4750
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Regulamento 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: 2.^a série, n.º 135, 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 128/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. <http://www..pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República: 2.^a série, n.º 118, 16481-16486. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual – Enunciados Descritivos. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão 2019. Lisboa. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico - A global profile of emigrants to OECD countries: Younger and more skilled migrants from more diverse countries
- Organização Mundial da Saúde. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - Relatório Final. 1218:31 (2010) 276.
- Organização Mundial de Saúde. Declaração de Adelaide - Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Adelaide.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde. Canadá. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). Health literacy: The Solid Facts. Copenhagen. OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Um Resumo Global sobre Hipertensão. Geneva. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. Organização Mundial de Saúde, 2009. ISBN 978 92 4 156387 1.
- Organização Mundial da Saúde. (1999). Glossário de Promoção em Saúde. Geneva. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Ottawa, Canada. <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários – Declaração de Alma-Ata, 1978. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

- Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum*, 54(3), 315–327. <https://doi.org/10.1111/nuf.12331>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice (7a)*. Pearson.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice (6th ed)*. Boston, MA: Pearson.
- Pender, N.J., Murdaugh, C. and Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice (4th Edition)*, Prentice-Hall Health, Inc., USA, 140-145.
- Pineault, R., & Dabeluy, C. (1989). *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, de 20 de agosto. *Diário da República n.º 158/2019: Série I de 2019-08-20*, (pp. 45–54).
- Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2020, de 13 de novembro. *Estratégia Portugal 2030*.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República: 1.ª série, n.º 157, 4147-4182*. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Rabi, Doreen, et al. (2006). Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health services Research*. ISSN 1472-6963. 6:124 (2006)1-7.
- Salem, O.A, Alsubaie, M.S. (2019). Nurses Perception of Health Literacy. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. <https://www.amhsr.org/articles/nurses-perceptions-of-health-literacy.pdf>

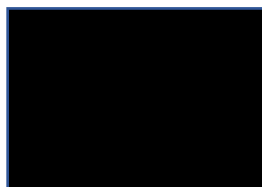
- Santos, A., Gregório, Sousa, M., et al. (2018). A importância do potássio e da alimentação na regulação da pressão arterial. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável/Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Direção-Geral da Saúde.
- Sefstat Portal de Estatística. (2021, Jun, 23). Estrangeiros residentes em: Seixal/ Setúbal. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://sefstat.sef.pt/forms/Setubal.aspx>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2022). Relatório de imigração, fronteiras e asilo. SEF. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfing.pdf>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2021). Relatório de imigração, fronteiras e asilo. SEF. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2020.pdf>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: ACES Almada/ Seixal. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/Pages/default.aspx>
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Smith, Anthony D. (1990). Theory Culture Society: Towards a Global Culture?. DOI: 10.1177/026327690007002011 1990 7: 171. <http://tcs.sagepub.com/content/7/2/171>
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In *Literacia em saúde na prática* (pp. 27–32). Edições ISPA.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7.ª ed.). Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (1.ª ed.). Lusodidacta.

- Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação n.º 2 (2.ª ed.). Ministério da Saúde.
- The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. (2020). Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED] (s.d.a). Missão, Visão e Valores. <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/missao-visao-e-valores?authuser=0>
- Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal. (s.d.b). Carteira de serviços. [https://sites.google.com/site/ucc\[REDACTED\]/carteira-de-servicos?authuser=0](https://sites.google.com/site/ucc[REDACTED]/carteira-de-servicos?authuser=0)
- United Nations. (2017). Universal Declaration of Human Rights. United Nations Publication. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Victor, J. F., Lopes, M. d., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender (pp. 235-240). Acta paul. enferm, 18 (3). <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>
- Yeom, H.E. (2016). Influence of Illness Representations on Self-Management Behaviors in Korean Hypertensive Patients. Journal of Nursing & Care, 5. doi:10.4172/2167-1168.1000326
- World Health Organization. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization. (2019b). Physical Activity Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en>
- World Health Organization. (2019a). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2018a). Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- World Health Organization. (2010). Health of migrants: the way forward: report of a global consultation. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. Geneva: Author.

Wolfe B, Evans W, Seeman T. (2012). The biological consequences of socioeconomic inequalities. Russel Sage Foundation. New York 73-77.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – MEMORANDO REUNIÃO ENFERMEIRA
ORIENTADORA/COORDENADA DA UCC**



MEMORANDO 1

Levantamento de áreas prioritárias a intervir no Bairro Santa Marta do Pinhal

Local de Reunião: UCC [REDACTED]

Data: 20 /09 / 2023 Hora de Início: 10h Hora de Fim: 11h00

Participantes:

Enfermeira Especialista Orientadora e Coordenadora da UCC [REDACTED]

Mestranda: Sandra Pedrosa

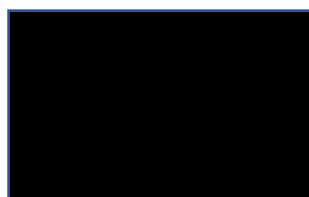
Síntese da Reunião:

- Tomar conhecimento sobre o Diagnóstico Social já realizado no Bairro Santa Marta do Pinhal, com os dados disponíveis na UCC;
- Importância da reunião com todos os parceiros deste projeto (reunião com a equipa multidisciplinar do centro comunitário da SCM presente no bairro; reunião com a Presidente de Associação de Moradores do Bairro de Santa Marta do Pinhal e reunião com a Câmara Municipal do Seixal);
- Definir estratégia a seguir, sabendo que houve uma intervenção comunitária recente no bairro abordando dois problemas identificados : questões ambientais e o constrangimento de acesso a saúde;
- Em paralelo com a intervenção comunitária a seguir, acompanhar os restantes programas a decorrer na UCC Seixal;
- Pela sua experiência no contexto específico, torna-se sempre fundamental promover comportamentos de saúde e de procura de saúde sabendo que possuem baixos níveis de literacia em saúde.
- De acordo com análise do PNS, PLS AS, Regulamento da UCC [REDACTED] e os seus Programas, a mestranda identificou que as áreas prioritárias : alimentação, obesidade e diabetes e as doenças cardiovasculares são uma preocupação para a comunidade e apresentam riscos nestes dois contextos.

Mestranda

(Sandra Pedrosa)

**APÊNDICE II – MEMORANDO REUNIÃO EQUIPA CCSCM E
ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELO PROJETO SAÚDE SOBRE
RODAS NO BSMP**



MEMORANDO 2

Levantamento de áreas prioritárias a intervir no Bairro Santa Marta do Pinhal


Local de Reunião: CENTRO COMUNITARIO DA SCM DO BAIRRO SANTA MARTA DO PINHAL

Data: 22 /09 / 2023 Hora de Inicio: 10h Hora de Fim: 12h00

Participantes:

Enfermeira Especialista UCC: 

Mestranda: Sandra Pedrosa

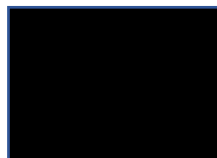
Responsável Centro Comunitário: 

Assistente Social: 

Educadora Infância: 

Síntese da Reunião:

- Tomar conhecimento sobre a constituição da equipa do centro comunitário do Bairro de Santa Marta do Pinhal: 1 técnico social (responsável), 2 assistentes sociais, 1 educadora de infância, 4 auxiliares de educação infantil, 1 animador sociocultural e 1 assistente técnica;
- O centro comunitário esta presente no Bairro desde 2001;
- Não esquecer (o que é difícil pois constata-se a chegada ao bairro), que o mesmo não é um bairro social e encontra-se num terreno privado, porem como não é possível haver construção, os habitantes aqui permanecem;
- Fornecidas informações gerais sobre a comunidade: a maioria dos habitantes desta comunidade chegaram através de um protocolo de Saúde (que segundo os mesmos, não esta a funcionar corretamente, tem um responsável mas que não dá qualquer orientação, por vezes nem sabem a que hospital é suposto deslocarem-se), entram no país para férias e acabam por ficar de forma irregular ou são já descendentes dos residentes; não existem angolanos a residir no bairro.
- A SCM através deste centro comunitário, procuram uma verdadeira integração desta população no nosso país;
- Assistentes sociais tem um papel fundamental para tentar que os residentes estejam no país de forma legal e que possam obter apoios de acordo com as suas carências, algumas famílias já conseguiram ter direito ao RSI e em termos de saúde, estão em estreita relação com a Enfermeira Rosa do Centro de Saúde de Corroios, para articulação de consultas e obtenção do numero de utente do SNS (aqui a Enfermeira Inês Duarte que é a responsável pelo programa deste bairro, tem igualmente um papel de extrema importância);
- Mencionado que existe uma boa articulação e resposta com o programa Via Verde (que funciona para quem não



tem médico de família atribuído)

- Dentro das condições conhecidas dentro contexto, existe mais "flexibilidade" em relação a exposição das ~~crianças~~ a variadas situações, mas em casos mais graves, fazem a articulação com a CPCJ;
 - A educadora gere uma creche com crianças dos 3 aos 5 anos, com o apoio de 4 auxiliares e funcionam de 2ª a 6ª feira.
 - As crianças com 6 anos entram na escola e têm depois no centro comunitário um animador que proporciona diversas atividades no âmbito artístico e a pratica de desportos (de forma gratuita);
 - A dificuldade na habitação, que se verifica igualmente ao nível nacional, aqui também se traduz numa maior exposição a diversos riscos, pois além de alugarem barracas, já existem pessoas alugar quartos e até colchões (segundo informação do responsável do centro comunitário, refere que o Conselho do Seixal é o 2ª concelho onde os preços da habitação aumentaram exponencialmente);
 - No levantamento realizado mais recente, habitam no bairro 778 pessoas;
 - Integraram o Projeto Raízes, no âmbito do Programa do Bairro Saudável, e com a parceria da UCC e Associação de moradores implementaram rastreios, sessões de educação, ação de limpeza ao bairro e estão sempre disponíveis para desenvolver ações juntamente com os profissionais de saúde e os mestrandos;
 - Pela experiência desta equipa multidisciplinar no contexto específico, torna-se evidente a vulnerabilidade desta comunidade devido a pobreza e exclusão social e é sempre importante realizar intervenções de modo a promover comportamentos de saúde e de procura de saúde, reforçando que pela sua experiência profissional, são pessoas com pouco conhecimento sobre a saúde, ou seja, com um baixo nível de literacia em saúde.
 - O bairro foi descrito como uma "Teia de Problemas", onde existe realmente uma baixa literacia em saúde, que deve ser continuamente promovida e trabalhada através de todas as intervenções possíveis com os parceiros, pois pode alcançar alguma mudança de comportamento face a saúde, pois nestes contextos os habitantes não demonstram muita preocupação com esta temática;
 - De acordo com análise do PNS, PLS AS, Regulamento da UCC ~~██████~~ e os seus Programas, a mestranda identificou que as ~~áreas prioritárias~~: alimentação, obesidade e diabetes e as doenças ~~cardiovasculares~~ são uma preocupação para a comunidade e apresentam riscos para a saúde;
 - Referido que a deslocação da unidade móvel ao bairro, dentro do Projeto Saúde sobre Rodas, veio diminuir alguns riscos de saúde dos habitantes, estando ilegais no país e por vezes sem saberem como aceder ao SNS, procuram a unidade móvel para realizar a vigilância de algumas doenças crónicas, rastreios que permitem a identificação de outros problemas de saúde desconhecidos até ao momento;
 - Referem que no bairro alguns habitantes apresentam problemas de saúde mental, consumo de álcool e outros tipos de consumos;
-

Mestranda
(Sandra Pedrosa)

**APÊNDICE III - MEMORANDO DE REUNIÃO COM
NUTRICIONISTA DA URAP TM**



MEMORANDO

Consultoria com uma Equipa de Nutrição ACE S

Local de Reunião: 

Data: 23 /11/ 2023 Hora de Início: 14h Hora de Fim: 15h30

Participantes:

Enfermeira Especialista Orientadora e Coordenadora da UCC 

Mestranda: Sandra Pedrosa

Nutricionista 

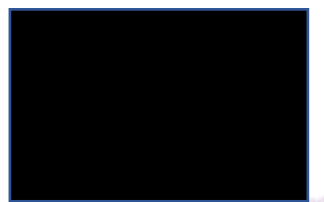
Síntese da Reunião:

1. Envio prévio através de email de todo o material informativo elaborado pela mestranda para as sessões de promoção para a saúde sobre a Alimentação Saudável na HTA e DM em formato PPT e folheto elaborado.
2. Debatidas presencialmente algumas ideias e corrigidos alguns conceitos mais específicos dentro da área de nutrição:
-Foram sugeridas alterações na forma como alguma informação estava exposta e ~~explicar~~ com imagens cada refeição que devem ingerir.
3. No mesmo dia, foram enviados os materiais informativos com as alterações sugeridas, tendo tido a validação pelos peritos.

Mestranda

(Sandra Pedrosa)

APÊNDICE IV – MEMORANDO DE REUNIÃO COM GAT E CMS




MEMORANDO

Reunião com o GAT, CMS e UCC 

Local de Reunião: UCC 

Data: 13 /11 / 2023 Hora de Início: 15h30 Hora de Fim: 15h0

Participantes:

Enfermeira Especialista Orientadora e Coordenadora da UCC  e Mestranda: Sandra Pedrosa

CMS : Dra 

GAT: 

SCM: Técnico João (Responsável pelo Centro Comunitário

GAT: 

Tópicos da Reunião:

1. Associação GAT, através de três elementos, abordou uma das suas áreas de intervenção : Capacitar +.

Neste âmbito, e após um projeto com financiamento "FAMI", quer implementar intervenção na área da Migração e Saúde sessões modelo informal com avaliação sobre a literacia em saúde. Trabalham também com parceiros como HGO e a Associação Renovar a Mouraria.

2. Através da CMS com o Gabinete Saúde Saudável através do projeto de Bairros Saudáveis com recurso à unidade móvel que se deslocam aos bairros, que já realizado em parceria com a UCC Seixal.

3. Este projeto ira realizar-se duas fases de intervenção distintas, já estava estabelecido pelo GAT. As temáticas essas foram abordadas nesta reunião e definidas: a primeira terá lugar no dia 16 de Dezembro nas instalações cedidas pelo Centro Comunitário do Bairro Santa Marta do Pinhal, pois será este bairro o alvo de intervenção; a segunda irá decorrer a 13 de janeiro de 2024 e irá debruçar-se sobre a "Saúde da Mulher" (abordando temas como planeamento familiar, mutilação genital feminina, IVG e DST's, estas duas ultimas com elevado número de IVG e reinfeções no concelho do Seixal, segundo dados recolhidos)

4. Terá que ter um número mínimo de 25 pessoas com critérios estabelecidos : em processo de regularização ou já legais no país. No entanto todos os interessados podem estar presentes na sessão.

5. Fica a mestranda com o inicio da sessão de promoção sobre as Doenças crónicas não transmissíveis: HTA e DM (muitos residentes pela sua pré disposição genética de acordo com a raça, têm uma maior prevalência de hipertensos e diabéticos), seguidamente o GAT irá falar sobre o HIV.

6. CMS fica encarregue de elaborar um KIT para a sessão (como uma pasta, caneta...)



7. A SCM através do Centro Comunitário disponibiliza o espaço e bebidas e café; o GAT financia a aquisição de produtos para se realizar um almoço-convívio antes da sessão. Os residentes vão participar ativamente, pois são eles a confeccionar a refeição.

8. Ficou estabelecida a parceria para em conjunto com o projeto de intervenção no bairro, realizarem uma vez por mês com a unidade móvel, outros rastreios que a UCC não possui.

Síntese da Reunião:

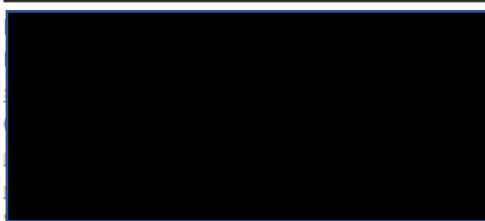
Estabelecimento de uma parceria com o GAT no bairro santa maria do pinhal, com intervenção mensal em conjunto com a consulta de enfermagem na unidade móvel.

Mestranda

(Sandra Pedrosa)

APÊNDICE V – PEDIDO PARCERIAS

Re: Cartaz Divulgação Sessão Promoção Saúde



Sandra Maria Antunes Pedrosa <smpedrosa@ucp.pt>

Enviado: terça-feira, 28 de novembro de 2023, 11:39

Bom dia, Sandra.

Podem contar com o nosso apoio.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Sandra Maria Antunes Pedrosa <smpedrosa@ucp.pt> escreveu no dia terça, 28/11/2023 à(s) 11:11:

Bom dia,

Segue o cartaz de divulgação da sessão a promover no dia 9 de dezembro de 2023

Na próxima consulta da unidade móvel no Bairro, levarei exemplares para distribuir também.

Grata pela vossa parceria.

Cumprimentos.

Sandra Pedrosa

Enviado de [Outlook para Android](#)

CENTRO COMUNITÁRIO DE SANTA MARTA DE CORROIOS



SANTA CASA MISERICÓRDIA DO SEIXAL

COORDENAÇÃO

☎ +351 965 866 510 | 212 545 250
📍 Rua Pinhal da Estacada, N.º 273, 2895-605, Sta. Marta do Pinhal
🌐 www.scmseixal.pt

**Re: Cartaz Divulgação Sessão Promoção
Saúde**



Enviado: terça-feira, 28 de novembro de 2023,
14:03

Boa tarde Sandra,

Podem contar com o nosso apoio e a devida
divulgação.

Com os melhores cumprimentos,
A Direção.

Irina Lopes



Associação Raízes do Bairro de Santa Marta

Sandra Maria Antunes Pedrosa <smpedrosa@ucp.pt> escreveu no dia terça,
28/11/2023 à(s) 11:11:

Bom dia,

Segue o cartaz de divulgação da sessão a
promover no dia 9 de dezembro de 2023

Na próxima consulta da unidade móvel no
Bairro, levarei exemplares para distribuir
também.

Grata pela vossa parceria.

Cumprimentos.

Sandra Pedrosa

Fwd: Pedido de Parceria com Projeto Mestrado UCP

Sandra Maria Antunes Pedrosa <s-smpedrosa@ucp.pt>

sáb, 23/03/2024 12:22

Para: Sandra Pedrosa <sandramapedrosa@hotmail.com>

1 anexos (24 KB)

Fernando Ricardo futuras.jpg

Enviado de [Outlook para Android](#)

De: [REDACTED]

Env: [REDACTED]

Par: [REDACTED]

Assunto: Re: Pedido de Parceria com Projeto Mestrado UCP

Boa Tarde,

Temos muito gosto em participar no seu projeto.

Estamos à sua disposição, poderá recolher os nossos produtos Hortícolas na sede da nossa Empresa.

Atentamente

Fernando Ricardo

Rua dos Combatentes, 1

Bemposta - Bucelas

Tel 914841837 916917622



Fernando Ricardo
Produtor de Produtos Hortícolas

HF 5716

----- Mensagem de Sandra Maria Antunes Pedrosa <s-smpedrosa@ucp.pt> -----

Data: Thu, 7 Dec 2023 15:56:09 +0000

De: Sandra Maria Antunes Pedrosa <s-smpedrosa@ucp.pt>

Assunto: Pedido de Parceria com Projeto Mestrado UCP

Para: fernando@isricardo@sapo.pt

Boa tarde,

O meu nome é Sandra Pedrosa, sou Enfermeira no CHBM e a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na Universidade Católica Portuguesa.

Estou a intervir num bairro de génese ilegal na AML com uma população predominantemente dos PALOP's e no decorrer de duas sessões de promoção para a saúde sobre doenças crónicas

Hipertensão Arterial e Diabetes (doenças muito presentes no bairro) irei sortear um cabaz de produtos alimentares saudáveis.

Gostaria de saber se podia contar com a vossa parceria neste projeto.

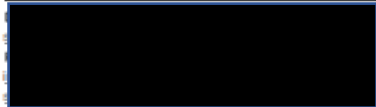
As sessões vão ter lugar a 9 e a 16 de dezembro de 2023.

Grata desde já pela atenção dispensada

Sandra Pedrosa

934539189

FW: FW: C3 - Workshop| Acesso à saúde



Enviado: terça-feira, 5 de dezembro de 2023, 10:02



Assunto: Re: FW: C3 - Workshop| Acesso à saúde

Olá colegas,

Espero que estejam bem.

No seguimento da reunião partilho o documento com um draft do programa para vossa revisão, bem como as atividades que devemos realizar até o dia do evento.


Favor adicionar possíveis pontos em falta ou retificar algo que não esteja de acordo com o plano de trabalho.

[C3_Capacitação_Bairro Santa Marta de Corroios.docx](#)

Atentamente,


Coordenador / Coordinator | Migração e Saúde |
+351 210 967 826

[GAT - Grupo de Alivistas em Tratamentos](#)


escreveu no dia sexta, 10/11/2023 à(s) 11:16:

Bom dia,

Confirmo a presença do GAT na reunião.

Atentamente,


Coordenador / Coordinator | Migração e Saúde |
+351 210 967 826

[GAT - Grupo de Alivistas em Tratamentos](#)

Espero que estejam bem.

No seguimento da reunião partilho o documento com um draft do programa para vossa revisão, bem como as atividades que devemos realizar até o dia do evento.


Favor adicionar possíveis pontos em falta ou retificar algo que não esteja de acordo com o plano de trabalho.

[C3_Capacitação_Bairro Santa Marta de Corroios.docx](#)

Atentamente,


Coordenador / Coordinator | Migração e Saúde |
+351 210 967 826

[GAT - Grupo de Alivistas em Tratamentos](#)


escreveu no dia sexta, 10/11/2023 à(s) 11:16:

Bom dia,

Confirmo a presença do GAT na reunião.

Atentamente,

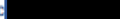

Coordenador / Coordinator | Migração e Saúde |
+351 210 967 826

[GAT - Grupo de Alivistas em Tratamentos](#)


> escreveu no dia quinta, 9/11/2023 à(s) 16:12:

Bom tarde,

Na sequência da nossa articulação, propomos a data de 13 de novembro pelas 15h, nos Serviços Centrais da GM Sêmel, para a realização da reunião de preparação do Workshop.

A data foi confirmada com o Centro Comunitário e aguardamos resposta por parte da UCC 

Propomos que o GAT comide o HGO.

Obrigado e cumprimentos,



[Redacted] escreveu no
 dia quinta, 9/11/2023 às(s) 16:12:
 Boa tarde Willian,

Na sequência da nossa articulação,
 propomos a data de 13 de novembro pelas
 15h, nos Serviços Centrais da CM Seixal, para
 a realização da reunião de preparação do
 Workshop.

A data foi confirmada com o Centro
 Comunitário e aguardamos resposta por parte
 da UCC do Seixal.

Propomos que o GAT comide o HGO.

Obrigado e cumprimentos,

[Redacted]

[Redacted]

Enviado: segunda-feira, 6 de novembro de 2023

11:55

Para: Anabela Soares - C.M. Seixal; Gab Seixal

GAT

Capacitação Bairro Santa Marta de Corroios

Grupo de Trabalho		
Entidade	Nome	Email + Telefone
C.M. [Redacted]	[Redacted]	[Redacted].pt
	[Redacted]	[Redacted].pt
	[Redacted]	[Redacted].pt
UCC	[Redacted]	[Redacted]-saude.pt
	Sandra Pedrosa	s_smpedrosa@uco.pt
SCMS	[Redacted]	[Redacted].com
GAT	[Redacted]	[Redacted]rtugal.org
	[Redacted]	[Redacted]ugal.org
	[Redacted]	[Redacted]ugal.org
HGO	[Redacted]	[Redacted].com
	X	X

I sessão – Acesso à saúde 16/12/2023 Bairro de Santa Marta - SCMC			
Horário	Programa	Atividade	Responsável
12:30 – 14:30	Almoço	Almoço feito pela comunidade	1 - [Redacted] res
14:30 – 15:30	Doenças crónicas	1 - Apresentação UCC sobre doenças crónicas 2 - Apresentação HGO (VIH e Hepatite)	1 – Enfermeira Sandra Pedrosa (mestranda)
15:30 – 15:45	Intervalo	Lanche feito pela comunidade	1 - [Redacted] res
15:45 – 17:30	Acesso à saúde	1 – Apresentação e dinamização sobre as barreiras e direito no acesso à saúde 2 – Apresentação UCC - promoção da intervenção Unidade Móvel como promotor de acesso aos cuidados de saúde	1 - [Redacted] 2 – Enfermei [Redacted]

APÊNDICE VI – SCOPING REVIEW

SCOPING REVIEW _PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Resumo

Objetivo: Mapear o conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante.

Metodologia: *Scoping review*, de acordo com as recomendações de *Joanna Briggs Institute* (JBI), realizada através de pesquisa nas bases de dados científicas CINAHL, PubMed® e Scopus, entre 10 a 23 de outubro de 2023. Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados através do fluxograma PRISMA-ScR. A extração de dados é apresentada no formato de tabela. **Resultados:** Foram identificados 97 artigos científicos publicados entre janeiro de 2013 a outubro de 2023, sendo que a amostra final foi constituída por 5 artigos. Como principais resultados evidencia-se que a compreensão dos valores, das crenças e das necessidades de literacia em saúde dos migrantes torna-se primordial para a otimização das oportunidades que permitam alcançar a equidade em saúde.

Conclusão: A literacia em saúde é um determinante em saúde crucial para o empoderamento da população migrante, porém verifica-se que este grupo vulnerável possui um nível baixo de literacia em saúde. Para a sua promoção, é necessária então uma intervenção educativa, integrativa e multissetorial. **Descritores:** promoção, literacia em saúde, migrante

Introdução

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento do **fluxo migratório** em diversos países. Em 2019 estimava-se um número de cerca de 244 milhões de migrantes a nível mundial (IOM, 2018). Em Portugal, em 2021, o número de população estrangeira com estatuto legal de residente alcançou as 698.536 pessoas (FFMS, 2021).

Foram realizados estudos em contexto europeu que revelaram níveis baixos de literacia em saúde na população migrante (Ward, Kristiansen, & Sørensen, 2019) (Ackermann Rau, Sakarya, & Abel, 2014). Em Portugal, à semelhança de outros países, existe pouca evidência sobre literacia em saúde na população migrante e os profissionais de saúde referem baixas ou moderadas competências para trabalhar com a população migrante (Dias, Gama, Cargaleiro, & Martins, 2012).

A Literacia em Saúde é fulcral para a capacitação do indivíduo e das comunidades, sendo um determinante crítico da saúde e um pilar fundamental na promoção da saúde e no bem-estar dos indivíduos, comunidades e sistemas de saúde (WHO, 2017).

Perante esta conjuntura, pretende-se assim mapear o conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante.

O acrónimo PCC da questão de investigação: **P(opulação)** migrante **C(onceito)** promoção da literacia em saúde **C(ontexto)** qualquer contexto.

Durante a pesquisa nas diversas bases de dados, não foi encontrada nenhuma *scoping review* com a mesma questão de investigação. O presente artigo encontra-se estruturado da seguinte forma: objetivo, metodologia, resultados e conclusão.

Objetivo: Mapear o conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde na população migrante.

Tipo de Estudo: O estudo de investigação é uma *scoping review*. Este tipo de estudo é um método de síntese de conhecimento, que sintetiza a evidência disponível. Tem como objetivos mapear o conhecimento relativo a determinada área, analisar a magnitude e a natureza de investigação de determinada área, identificar as lacunas existentes e divulgar os resultados de investigação (Peters, et al., 2020)

Metodologia: Baseia-se no protocolo de *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). Numa primeira etapa, realizou-se uma pesquisa livre em bases de dados científicas: CINAHL, PubMed® e Scopus.

Foi realizada a combinação de termos livres e termos controlados. Para tal, foram utilizados termos MeSH, DeCS e CINAHL.

Após confirmação dos termos a utilizar como descritores, a pesquisa interligou os termos elegidos com os operadores booleanos [AND] e[OR].

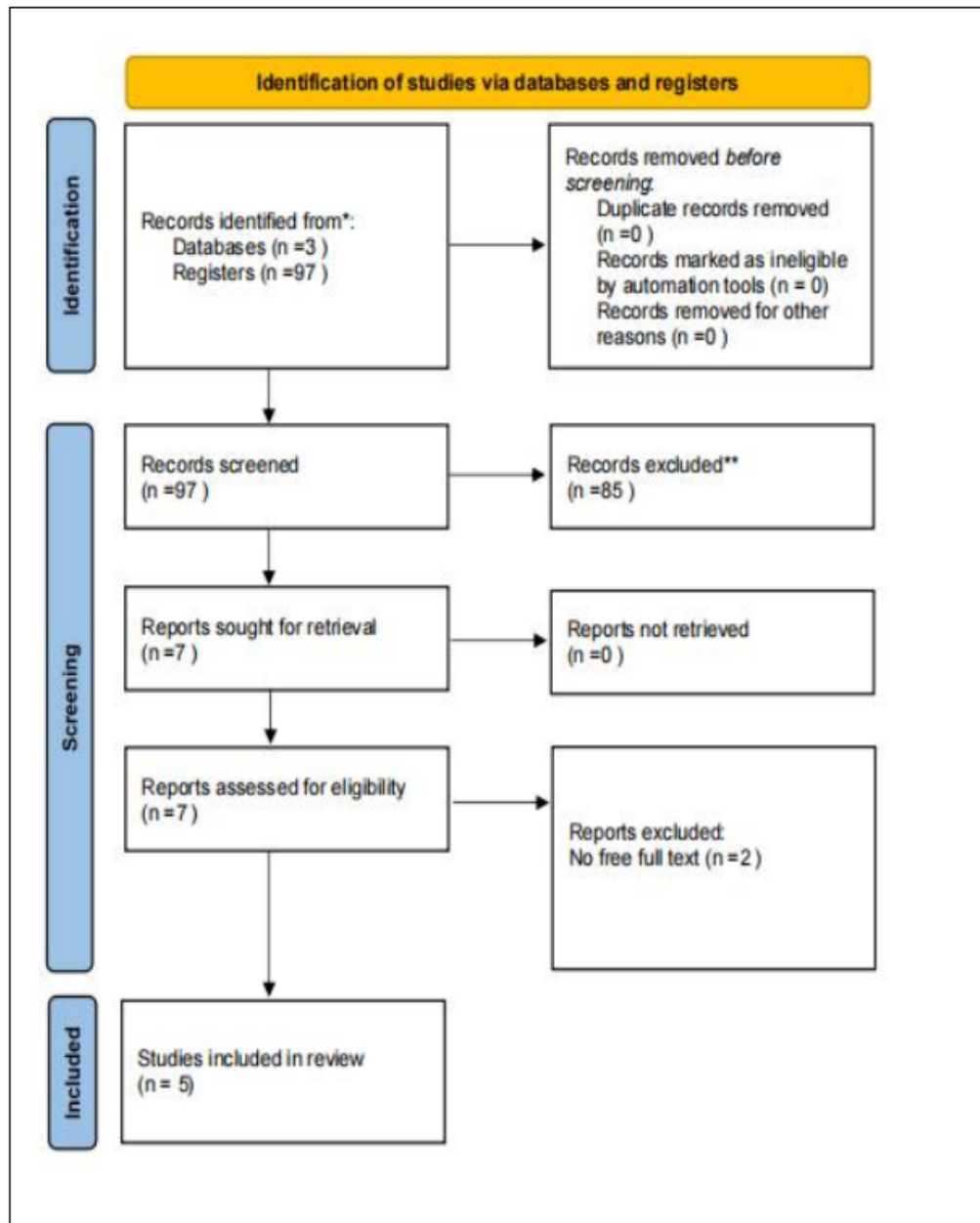
CINAHL	(TI health literacy OR AB health literacy OR MH health literacy) AND [TI (Migrant* OR “migrant population*” OR “migrant communit*” OR Transient*) OR AB (Migrant* OR “migrant population*” OR “migrant communit*” OR Transient*) OR MH (“Transients and Migrants”)] AND (TI promot* OR AB promot* OR MH "health promotion")
PubMed®	("migrant*" [Title/Abstract] OR "migrant population*" [Title/Abstract] OR "migrant communit*" [Title/Abstract] OR "transient*" [Title/Abstract] OR "Transients and Migrants" [MeSH Terms]) AND ("health literacy" [Title/Abstract] OR "health

	literacy" [MeSH Terms]) AND ("promot*" [Title/Abstract] OR "health promotion" [MeSH Terms])
Scopus	"health literacy" AND (migrant* OR "migrant population*" OR "migrant communit*" OR transient*) AND promot*

De modo a mapear o conhecimento disponível, foi definido limite temporal de 10 anos e língua portuguesa ou inglesa.

A pesquisa foi efetuada 10 a 23 de outubro de 2023. Os artigos identificados foram exportados para o software *Zotero*, para eliminação dos duplicados. Após verificação dos artigos duplicados, que não existiram, os artigos foram transferidos para o software *Rayyan*, com o intuito de ser realizada uma análise cega dos artigos, começando pelo título e resumo, e por último a leitura do texto integral.

Figura 2: PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.



Os dados extraídos de cada um dos artigos contém informação relativa ao título do artigo, autor, país e ano, objetivo do estudo, metodologia e conclusões do estudo e são apresentados em forma de tabela.

Título	Autor	País/Ano	Objetivo do Estudo	Metodologia	Conclusões do Estudo
1. Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care	Patricia Medina, Ana Catarina Maia, Andreia Costa	Portugal/ 2022	Caracterizar o nível de literacia em saúde da população da população em situação migrante, que frequenta uma unidade de cuidados de saúde primários da região de Lisboa, identificar áreas prioritárias de intervenção comunitária que venham a ser foco de intervenção e contribuir para o aumento dos níveis de literacia em saúde nesta população.	Estudo Transversal com 27 migrantes	Na população migrante é significativamente frequente apresentarem níveis de LS problemáticos e inadequados. Deste modo, melhorar a literacia em saúde entre os migrantes é fundamental para reduzir as desigualdades em saúde, para alcançar melhores resultados de saúde e contribuir para a proteção desta população vulnerável e defesa dos seus direitos humanos.
2. Migrant Communities at the Center in Co-design of Health Literacy-Based Innovative Solutions for Non-communicable Diseases Prevention and Risk Reduction: Application of the OPTimising Health Literacy and Access (Ophelia) Process	Elena Riza	Grécia/ 2021	Descrever o protocolo de um projeto para a co-criação de soluções que otimizem a literacia em saúde, a promoção da saúde e a coesão social em apoio à prevenção de doenças não transmissíveis entre as populações migrantes em Portugal, utilizando o processo <i>Ophelia</i> .	Estudo misto com 384 migrantes	De modo a promover a equidade e a melhorar o acesso e qualidade dos cuidados de saúde, a promoção da LS é considerada uma ferramenta poderosa. Reforça as capacidades das comunidades migrantes, através do empoderamento, para promover a literacia em saúde, apresentando potencial para soluções congruentes com a cultura e contexto. O processo <i>Ophelia</i> permite desenvolver uma abordagem adaptada às necessidades de literacia em saúde.
3. Refugee and Migrant Health Literacy Interventions in High-Income Countries: A Systematic Review	Samara Fox, Erik Kramer, Pooja Agrawal, Annamalai Aniyizhai	EUA/2021	Caracterizar a literatura existente através de ensaios clínicos randomizados (RCT's), avaliando a eficácia das intervenções de literacia em saúde para refugiados e migrantes em países com alto PIB per capita.	Revisão Sistemática 23 RCT's (n = 5625 participantes)	Este estudo demonstra que intervenções direcionadas podem melhorar a literacia em saúde, comportamentos e resultados clínicos numa variedade de problemas de saúde de populações migrantes. Além disso, esta revisão demonstra que a literatura neste campo de estudo é altamente heterogénea em termos de populações e tópicos de literacia em saúde estudados, desenho do estudo, métricas e metodologias. Evidencia que mais pesquisas são necessárias no que concerne à população migrante.

<p>4. Health education and migration</p>	<p>Felicity Thomas, Elaine Chase, Peter Aggleton</p>	<p>Austrália /2019</p>	<p>Identificar os fatores que sustentam e avançam na compreensão da literacia em saúde e da migração num contexto global contemporâneo.</p>	<p>Revisão Sistemática 13 artigos</p>	<p>Existem modelos e abordagens de literacia em saúde que orientam para intervenções mais ajustadas às necessidades, valores, crenças e circunstâncias de vida dos migrantes. É fulcral ter em consideração as experiências de curso de vida das comunidades migrantes, bem como a ampla gama de fatores sociais, culturais, económicos, ambientais e políticos que determinam a sua saúde.</p>
<p>5. Meeting the Health literacy needs of immigrant populations</p>	<p>Gary L. Kreps, Lisa Sparks</p>	<p>EUA/2008</p>	<p>As populações imigrantes são vulneráveis a graves disparidades de saúde, apresentam problemas de saúde significativamente elevados, com taxas mais elevadas de morbilidade e mortalidade, do que outros indivíduos da sociedade. Os imigrantes sofrem desproporcionalmente de problemas cardíacos, cancro, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, VIH/SIDA e muitas outras doenças graves. Estes riscos para a saúde exigem uma comunicação eficaz em matéria de saúde para ajudar os imigrantes reconhecerem, minimizam e respondem eficazmente a potenciais problemas de saúde.</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>Os imigrantes têm muitas vezes dificuldades significativas de literacia linguística e de saúde, que são ainda mais exacerbadas por barreiras culturais e desafios económicos para aceder e dar sentido à informação de saúde relevante.</p> <p>Este artigo examinou os desafios da comunicação de informações relevantes sobre os riscos para a saúde das populações imigrantes vulneráveis e sugeriu estratégias de comunicação específicas para alcançar e influenciar eficazmente estes grupos de pessoas para reduzir as disparidades de saúde e promover a saúde pública.</p>

Conclusão

O atual contexto migratório reflete desafios de grande complexidade inerentes a todos os setores, com destaque significativo nos cuidados de saúde primários. As comunidades migrantes tendem a apresentar níveis de literacia em saúde inadequados, por não terem conhecimento dos recursos de informação e de acesso aos serviços de saúde, bem como dos seus direitos em saúde, incluindo as intervenções dos profissionais de saúde no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença.

Baixos níveis de literacia em saúde conduzem a comportamentos de saúde inadequados, proporcionam baixa adesão às intervenções terapêuticas, aumentam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Migrantes jovens procuram uma melhoria da qualidade de vida. Porém na população migrante fora desta faixa etária, estes apresentam níveis de literacia mais baixos, no que respeita a saúde, integração social e cidadania. Os migrantes do sexo masculino e/ou com ensino médio apresentam taxas de literacia em saúde mais elevadas são. As mulheres têm um papel fulcral pois são líderes familiares no processo de saúde e doença, o que deve ser valorizado e aproveitado, pois funcionam como elo de ligação na divulgação de informação de saúde e modificação de hábitos relacionados com a gestão da saúde das suas famílias e comunidades.

É necessário reconhecer que a população migrante tem as suas próprias crenças e valores sociais, e compreender os seus valores, expectativas, necessidades e as prioridades que cada pessoa atribui à saúde, bem como os fatores sociais, culturais, económicos, ambientais e políticos que a determinam.

Após análise dos artigos selecionados, foram identificadas algumas estratégias para a promoção da literacia em saúde como: utilização da língua nativa dos participantes; identificação das necessidades, opiniões e crenças; participação da população alvo no desenho do programa; utilização de técnicas de consenso entre a comunidade, os profissionais e a equipa de pesquisa; realização de sessões individuais para garantir aquisição de conhecimentos;

O ESSCSP é o agente facilitador da mudança, através do empoderamento das comunidades migrantes e da promoção da literacia em saúde, fomentando uma maior capacitação face as tomadas de decisão sobre a sua saúde.

Referência Bibliográficas

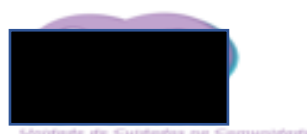
- Ackermann Rau, S., Sakarya, S., & Abel, T. (2014). When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 59(6), pp. 967–974. doi:10.1007/s00038-014-0583-5
- Dias, S. G., Marques, M. J., Campos Fernandes, A., Goes, A. R., Loureiro, I., & Osborne, R. H. (2021). Migrant Communities at the Center in Co-design of Health Literacy-Based Innovative Solutions for Non-communicable Diseases Prevention and Risk Reduction: Application of the OPTimising HEalth LIteracy and Access (Ophelia) Process. *Frontiers in Public Health*, 9(639405). doi:10.3389/fpubh.2021.639405
- FFMS. (2021). PORDATA: Base de Dados de Portugal Contemporânea. Obtido de Fundação Francisco Manuel dos Santos: <https://www.pordata.pt/>
- Fox, S., Kramer, E., Agrawal, P., & Aniyizhai, A. (2021). Refugee and Migrant Health Literacy Interventions in High-Income Countries: A Systematic Review. *Journal of immigrant and minority health*, 24(1), 207–236. doi:10.1007/s10903-021-01152-4
- IOM. (2018). Global Migration Indicators 2018. Obtido de International Organization for Migration: <https://publications.iom.int/books/global-migration-indicators-2018>
- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling*, 71(3), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.001>
- Medina, P., Maia, A., & Costa, A. (2022). Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care. *Frontiers in Public Health*, 9(798222). doi:10.3389/fpubh.2021.798222
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Obtido de Joanna Briggs Institute: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Thomas, F., Chase, E., & Aggleton, P. (2019). Health education and migration. *Sage Journals*, 78(1), 3-8. doi:10.1177/0017896918813592

WHO. (2017). Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion. Obtido de World Health Organization:
<https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>

APÊNDICE VII – CRONOGRAMA DE GRANT

PLANEAMENTO EM SAUDE	ATIVIDADES	SETEMBRO				OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO		
		1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª
Pesquisa Bibliográfica																	
Integração na Equipa da UCC																	
DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO	Definição da população alvo																
	Identificação dos Problemas																
	Análise de dados previamente cedidos pela UCC																
	Recolha de dados e análises através registos da UCC																
	Análise de dados recolhidos por observação																
DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES																	
FIXAÇÃO DE OBJETIVOS																	
SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS																	
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES																	
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES																	

APÊNDICE VIII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DAS SESSÕES



PROJETO INTERVENÇÃO “VIVER COM SABER NO BAIRO”



VAMOS FALAR DA HIPERTENSÃO E A DIABETES?

A DIFERENÇA ENTRE O SEU BEM-ESTAR E A SUA DOENÇA

Local: Centro Comunitário Santa Marta do Pinhal

Data: 9 de dezembro de 2023 às 15h

Com a Enfermeira: Sandra Pedrosa, Mestranda UCP

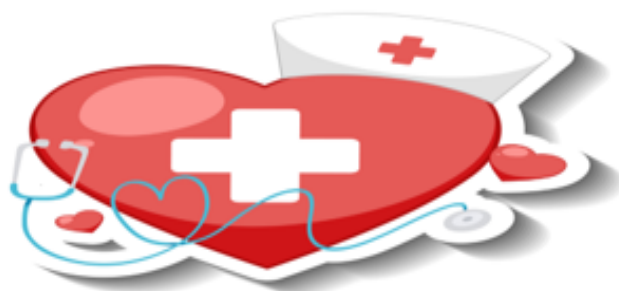
PARTICIPE, não deixe a sua Saúde em Casa

**NO FINAL DA SESSÃO HAVERÁ O SORTEIO DE UM CABAZ
DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS**

PARCERIAS:



PROJETO INTERVENÇÃO “VIVER COM SABER NO BAIRRO”



VAMOS FALAR DA HIPERTENSÃO E A DIABETES?

A DIFERENÇA ENTRE O SEU BEM-ESTAR E A SUA DOENÇA

Local: Centro Comunitário Santa Marta do Pinhal

Data: 16 de dezembro de 2023 às 15h

Com a Enfermeira: Sandra Pedrosa, Mestranda UCP

PARTICIPE, não deixe a sua Saúde em Casa

**NO FINAL DA SESSÃO HAVERÁ O SORTEIO DE UM CABAZ
DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS**

PARCERIAS:



SANTA CASA
MISERICÓRDIA
DO SEIXAL



Fernando Ricardo
Produtor de Produtos Hortícolas
HF 5716

APÊNDICE IX – PLANO DAS SESSÕES

PLANO DE SESSÃO	
Sessão Tema	Vamos Falar da Hipertensão Arterial e a Diabetes?
Identificação Ação	<p>Destinatários: População residente no bairro de génese ilegal num concelho da AML</p> <p>Duração da ação: 50 minutos</p> <p>Horário: 9 de dezembro de 2023 às 15h</p> <p>Local: Centro Comunitário da SCM da AML</p> <p>Formador: Sandra Pedrosa</p>
Objetivo Geral	- Contribuir para a capacitação da população residente no bairro relacionada com os riscos para a saúde associados à HTA e DM.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar o papel do enfermeiro na intervenção comunitária e relacionar com os objetivos da sessão de promoção para a saúde em causa (conceito e incidência da HTA e DM, causas, fatores de risco, sintomas e complicações; -Conhecer comportamentos de saúde dos <u>residentes</u> face as doenças crónicas (HTA e DM) - Sensibilizar os residentes para aquisição de hábitos de vida saudáveis e sustentáveis; - Promover a literacia em saúde na população residente no bairro.
Conteúdos a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação da temática HTA e DM; -Esclarecimento dos cuidados gerais sobre os temas acima mencionados: causas, fatores de risco - Instruir os residentes do bairro sobre os cuidados a ter com a sua doença crónica; - Instruir sobre alimentação saudável e atividade física, importantes para a prevenção e controlo da doença crónica; - Avaliação da sessão.
Métodos	-Métodos afirmativos (técnica expositiva, demonstrativa e interativa) e métodos ativos (show me e caminhada) e <u>teach back</u> .
Recursos	Computador; <u>Pen</u> ; Projetor de multimédia; material informativo elaborado.

PLANO DE SESSÃO	
Sessão Tema	DOENÇAS CRÓNICAS Vamos Falar da Hipertensão Arterial e a Diabetes? E do HIV?
Identificação Ação	Destinatários: População residente no bairro de génese ilegal num concelho da AML Duração da ação: 50 minutos Horário: 18 de dezembro de 2023 às 15h Local: Centro Comunitário da SCM da AML Formador: Sandra Pedrosa e GAT
Objetivo Geral	- Contribuir para a capacitação da população residente no bairro relacionada com os riscos para a saúde associados à HTA e DM.
Objetivos Específicos	-Explicar o papel do enfermeiro na intervenção comunitária e relacionar com os objetivos da sessão de promoção para a saúde em causa (conceito e incidência da HTA e DM, causas, fatores de risco, sintomas e complicações; -Conhecer comportamentos de saúde dos residentes face as doenças crónicas (HTA e DM) - Sensibilizar os residentes para aquisição de hábitos de vida saudáveis e sustentáveis; - Promover a literacia em saúde na população residente no bairro.
Conteúdos a desenvolver	- Explicação da temática HTA e DM; -Esclarecimento dos cuidados gerais sobre os temas acima mencionados: causas, fatores de risco - Instruir os residentes do bairro sobre os cuidados a ter com a sua doença crónica; - Instruir sobre alimentação saudável e atividade física, importantes para a prevenção e controlo da doença crónica; - Avaliação da sessão.
Métodos	-Métodos afirmativos (técnica expositiva, demonstrativa e interativa) e métodos ativos (show me e caminhada) e teach back .
Recursos	Computador; Pen ; Projetor de multimédia; material informativo elaborado.

**APÊNDICE X – APRESENTAÇÃO DE DIAPOSITIVOS DE SUPORTE
AS SESSÕES**

RESUMO NA DIABETES....

1. Doença crónica, causada pela falta de insulina ou pela sua fraca acção. A insulina é necessária para levar a glicose a todas as partes do corpo
2. As pessoas diabéticas têm com frequência tensão arterial e colesterol elevados, que também necessitam de tratamento.
3. O diabético deve ser sempre cuidadoso com a dose de medicamentos, tratar bem todas as infeções, beber água e alimentar-se com frequência
4. Do tratamento da diabetes fazem parte não só os medicamentos mas também o exercício físico e a alimentação
5. Níveis elevados de glicose no sangue ao longo dos anos provocam lesões nos olhos, rins, vasos, coração e no sistema nervoso - complicações crónicas da diabetes

7

HIPERTENSÃO ARTERIAL

É uma doença que provoca com que haja uma força excessiva do sangue nas paredes das nossas artérias.

Como valores de referência:

Normal	Lim	Alto
130	140	140
80	80	90

É também uma doença silenciosa e pode não provocar qualquer sintoma nos primeiros anos da doença!

8

COMO VIGIAR A SUA TENSÃO ARTERIAL?

- 1º PASSO: ter um aparelho de pressão arterial para avaliar a tensão arterial, ou em casa ou através da unidade móvel.
- 2º PASSO: estar calmo e sentado. Avalie a pressão arterial após 5 minutos de descanso, num ambiente calmo. Deve estar na posição sentada, com as costas apoiadas e o braço ao nível do coração.
- 3º PASSO: registar os valores e comparar com os valores normais. Registe as medições efectuadas, bem como o dia e a hora. Se a sua pressão arterial estiver alta, deve procurar ajuda de um médico e mostrar os registos.

9

FACTORES QUE INFLUENCIAM HTA:

Consumo de Sal
Obesidade
Sedentarismo
Comidas com gordura
Consumo excessivo de álcool
Tabagismo
Stress
Antecedentes Familiares

SINTOMAS DE ALERTA:
Dor de cabeça
Tonturas
Enjoo
Dor no peito
Sensação de falta de ar
Palpitações
Derrame ocular

10

O QUE PODE ACONTECER NA HTA

Quando a pressão arterial se mantém alta durante muito tempo, pode provocar lesão de alguns órgãos:

- ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO (EAM)
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)
- ANEURISMA
- INSUFICIÊNCIA RENAL
- PERDA GRADUAL DE VISÃO
- IMPOTÊNCIA/ DISFUNÇÃO SEXUAL

11

TRATAMENTO

A hipertensão Arterial é uma doença crónica, mas pode ser controlada:

- Exercício físico
- Perda de peso
- Deixar de fumar Tabacismo.pt
- Reduzir o stress
- Alimentação saudável
- Medicação, em último caso.

12

DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Mediadora em Estratégia Saúde Comunitária e Saúde Pública, Serviço Público
Unidade de Ensino, UCC/BS/CAL
EPI Escolas/UBD/Unidade/Parceiros, Tapp

1

O QUE É A DIABETES?

A diabetes é uma doença crónica que faz aumentar os níveis de glicose (açúcar) no sangue.
A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas e ajuda a glicose entrar nas células para que estas possam produzir a energia necessária para a vida.

ESTÁ EM RISCO DE TER DIABETES?

Tem mais de 45 anos.
Tem peso a mais e aumento da medida da cintura.
Come de forma errada: salta refeições, faz uma alimentação à base de fritos, gorduras e doces.
Não faz exercício físico.
Tem um familiar com Diabetes Mellitus.
Tem hipertensão arterial e/ou colesterol alto..... **SIM, ESTÁ EM RISCO!**

2

TIPOS DE DIABETES

Existem vários tipos de diabetes, mas a mais frequente (90%) dos casos refere-se a chamada: Diabetes Mellitus Tipo 2

Diabetes Tipo 1
Tem início na infância ou na adolescência, mas pode ocorrer noutras idades. Ocorre pela falta de insulina no organismo, este tipo de diabetes não está relacionada diretamente com hábitos de vida ou de alimentação, como acontece na Diabetes tipo 2. As pessoas com DM1 necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida.

Diabetes Tipo 2
Este tipo de diabetes surge habitualmente em idades mais avançadas. Caracteriza-se pela associação da falta de parcial da produção de insulina com a resistência à ação da mesma no nosso organismo. Uma alimentação cuidada e exercício físico são a base do tratamento. No entanto, pode vir a ser necessário recorrer a medicação: comprimidos, insulina, ou ambos.

A Diabetes Tipo 2 tem sintomas menos evidentes que a Diabetes Tipo 1 e pode passar despercebida durante muito tempo. É frequente existirem outras pessoas na família com Diabetes.

3

SINTOMAS

Os sintomas mais frequentemente associados a diabetes são:

SINTOMAS DE DIABETES

Urina frequente
Perda de peso
Falta de energia
Sede excessiva
Lentidão de acção
Infeções
Cansaço e sono excessivo
Tuba entalga no tornozelo

Fonte: farmaceutica.com

4

COMPLICAÇÕES DA DIABETES

AGUDAS

Quando a glicémia é muito elevada (hiperglicémia), podem existir sintomas típicos:

- urinar em grande quantidade e mais vezes
- sede constante e intensa
- sensação de boca seca
- perda de peso
- fadiga
- comichão no corpo
- visão turva

Quando a glicémia é mais baixa (hipoglicémia), podem existir sintomas típicos:

- fome constante e difícil de saciar
- tremores e/ou suores frios
- sensação de fraqueza
- dores de cabeça
- palpitações
- nervosismo
- modificações de comportamento

CRÓNICAS

- visão
- sistema nervoso
- doenças cardiovasculares
- rins
- intestinos
- bexiga
- aterosclerose
- alterações de sensibilidade
- feridas nos pés

5

TRATAMENTO NA DIABETES....

Alimentação saudável e equilibrada
Atividade física regular
Terapêutica
monitorização e auto vigilância

6

ALIMENTAÇÃO NA HTA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

7

ALIMENTAÇÃO NA HTA

- Controlar o peso
- Reduzir o consumo de sal (máximo de 5 gramas por dia)
- Combater o sedentarismo, através de uma atividade física regular
- Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas
- Evitar consumo de café puro (máximo 3 chavenas por dia)
- Não fumar

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

8

ALIMENTAÇÃO NA HTA

- Ingerir fruta e vegetais (vegetais de folha verde escura como brócolos, couves, espinafres)
- Preferir gorduras vegetais, como o azeite
- Preferir alimentos frescos e cozidos e grelhados
- Preferir produtos integrais como pão, cereais, flocos de aveia, massa, arroz
- Consumir lactínicos magros, como queijo branco e fresco
- Temperar com salsa, coentros, cebolo, orégãos, cominhos, limão e alho
- Preferir alimentos ricos em potássio, como feijão, grão, ervilhas, banana, abacate, kiwi e couves

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

9

ALIMENTAÇÃO NA HTA

- Sal
- Temperos industriais, refeições pré-confeccionadas, emlatados e como molhos ketchup, mostarda e caldos concentrados
- Alcool e refrigerantes e outras bebidas açucaradas
- Fritos e gorduras
- Produtos industrializados, como conservas
- Queijo e leite gordo
- Carnes da salchicharia e charcutaria
- Peixes secos e salgados

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

10

EXEMPLO DE UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Pequeno Almoço: iogurte + 1 pão integral com manteiga magra e sem sal

Meio da Manhã: 1 peça de fruta + 2 bolachas sem sal

Almoço: sopa de legumes, peru grelhado com salada de afeite e tomate + 1 peça de fruta

Meio da Tarde: copo de leite magro ou meio gordo + 1 torrada com manteiga magra e sem sal

Jantar: sopa de legumes, peixe grelhado com batata cozida + 1 peça de fruta

Café: se ainda tiver com fome, pode ingerir uma gelatina sem açúcar ou chá camomila ou cidreira

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

11

Salada de massa, feijão e brócolos

INGREDIENTES:

- 1kg de massa (tortigu ou borro)
- 300g de feijão cozido
- 200g de brócolos cozidos
- 100g de tomate
- 100g de cebola
- 1 colher de sopa de azeite
- 1 colher de chá de sal

MODO DE PREPARAÇÃO:

Comece por cozer a massa e os brócolos. Quando a massa estiver quase cozida poderá adicionar os brócolos na mesma água para uma pequena fervura.

Escorra o feijão, passe por água corrente e coze-lo.

Corte o tomate em pequenos pedaços, e coze na mesma água e coze os brócolos. Escorra tudo, tempere com a água e sal e um pouco de azeite e tempere com coentros picados.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

12

TABAGISMO

DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

GRATA PELA ATENÇÃO DISPENSADA

Enfermeira Sandra Pedrosa - Mestranda

13

CESSAÇÃO TABÁGICA

DIABETES

O TABACO TORNA MAIS DIFÍCIL CONTROLAR O DIABETES, AUMENTANDO O RISCO DE COMPLICAÇÕES DA DIABETES, SABA OS RISCOS DE BENEFÍCIOS E COMO PODE LIDAR COM A ANSIEDADE E STRESS DURANTE ESTE PROCESSO

BENEFÍCIOS DE PARAR DE FUMAR

- APÓS 20 MINUTOS:**
 - A pressão arterial e a frequência cardíaca voltam ao normal.
- APÓS 12 HORAS:**
 - Os níveis de monóxido de carbono no sangue voltam ao normal.
- APÓS 2 SEMANAS A 1 MÊS:**
 - Começa a respirar melhor e a sentir mais energia. A circulação sanguínea melhora. O risco de enfarte do miocárdio diminui.
 - Os sintomas de síndrome do tabagismo diminuem.
 - Os diabéticos diabéticos passam a controlar melhor a sua diabetes.
- APÓS 1 A 3 MESES:**
 - Sente um aumento gradual do bem estar geral, acompanhado de mais vitalidade.
 - A tosse e a falta de ar diminuem e a respiração torna-se mais fácil.
- APÓS 1 ANO:**
 - O risco de ataque cardíaco diminui para cerca de metade do observado nos pessoas que continuam a fumar.
- APÓS 2 A 5 ANOS:**
 - O risco de acidente vascular cerebral diminui, ficando semelhante ao das pessoas que não fumam.
 - O risco de cancro da boca, da garganta, do esófago e do bexiga reduz-se para metade, decrescendo 5 anos.
- APÓS 10 ANOS:**
 - Corre 50% menos risco de ter um cancro do pulmão do que as pessoas que continuam a fumar.
 - O risco de cancro do pâncreas e do rim diminuem.
- APÓS 15 ANOS:**
 - O risco de doença coronária é semelhante ao de uma pessoa não fumadora, do seu sexo e idade.

PARAR DE FUMAR É A MEDIDA ESCOLHIDA PARA REDUZIR O RISCO DE COMPLICAÇÕES E PREVENIR AS SUAS COMPLICAÇÕES:

Fumar é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, sendo de importância vital a sua prevenção e o controlo das suas complicações.

Substituir que habitualmente 80% das pessoas fumadoras que deixam de fumar e 50% experimentam para o resto da vida, uma redução de 50% no risco de morrer de doença cardíaca.

Embora a cessação tabágica seja um processo difícil, existem várias estratégias para lidar com a ansiedade e o stress durante este processo.

Se quiser saber mais sobre a cessação tabágica, consulte o seu médico de família ou o seu farmacêutico.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

Folheto: Cessação tabágica – Diabetes. ARS Lisboa e Vale do Tejo.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

1

O QUE É UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

É uma alimentação equilibrada, completa e variada, fundamental para o crescimento e bom funcionamento do organismo, a nível físico e mental.

A modo dos alimentos é um instrumento que ajuda a escolher e a combinar os diferentes alimentos, fornecendo os nutrientes necessários para uma alimentação saudável.

Uma alimentação saudável é muito importante na prevenção da Diabetes e da Hipertensão Arterial (HTA), bem como na prevenção de outras doenças crónicas não transmissíveis, como a obesidade e o cancro.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

2

O QUE É UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

Pequeno almoço: 1 pão integral com manteiga magra e sem sal + 1 copo de leite magro ou meio gordo + 1 fruta

Meio da manhã: 1 peça de fruta + 2 bolachas sem sal

Almoço e jantar: sopa de legumes, peru grelhado com salada de afeite e tomate + 1 peça de fruta

Meio da tarde: copo de leite magro ou meio gordo + 1 torrada com manteiga magra e sem sal

Jantar: sopa de legumes, peixe grelhado com batata cozida + 1 peça de fruta

Café: se ainda tiver com fome, pode ingerir uma gelatina sem açúcar ou chá camomila ou cidreira

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

3

PADRÃO MEDITERRÂNEO

O padrão alimentar mediterrânico é um plano alimentar saudável, baseado no crescimento, oriundo dos países que banham o mar mediterrâneo.

Tem como principais características:

- elevado consumo de fruta, hortícolas, cereais pouco refinados (como pão, trigo, arroz), leguminosas (feijão, grão, ervilhas) e aveia (trigo, milho, sementes)
- azeite é uma fonte principal de gordura
- peixe consumido com frequência
- produtos lácteos, consumidos de forma moderada
- consumo de carnes vermelhas pouco frequente

As refeições devem conter produtos locais, frescos e da época.

Devem ser simples (sopas, cozidos, ensopados, caldeiradas) em família, mantendo as tradições.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

4

ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

Fazer várias refeições por dia, não estando mais de 3 horas sem comer!

Adequar as quantidades em cada refeição, evitando comer muito de cada vez.

PREFERIR:

- alimentos ricos em fibra
- massa, arroz, leguminosas (grão, feijão, ervilhas), inhame, mandioca, batata, batata-doce
- pão, de preferência pouco gordo como baguete, cavada, salmão, campari
- leite, meio gordo ou magro, iogurtes, queijo magro, ovos e carne magra
- fruta, 3 peças por dia, fresca e da época com casca sempre que possível
- legumes e hortícolas (na sopa, ensopados, salteados ou em saladas) preparados nas refeições principais
- o azeite para temperar e controlar numa quantidade moderada

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

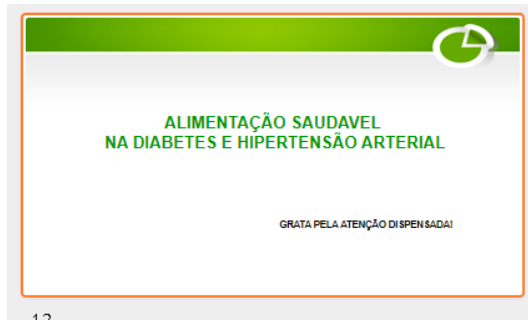
5

ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

- Evitar o consumo de açúcar, mel, compotas, bolos, pudins, doces e chocolate
- Reduzir o consumo de sal (utilizar ervas aromáticas e especiarias)
- Evitar o consumo de carnes vermelhas, charcutaria, salgados, fritos
- Evitar refrigerantes, outras bebidas açucaradas e bebidas alcoólicas

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HTA

6



12



1



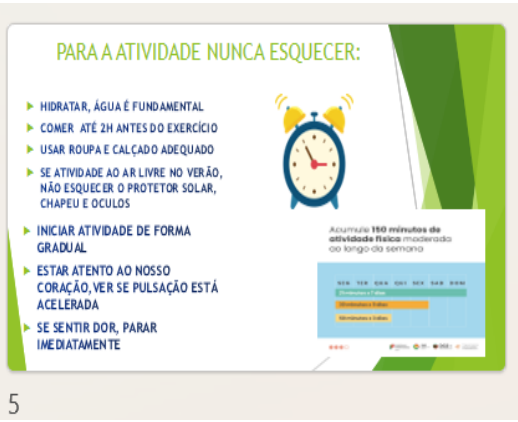
2



3



4



5



6

MENSAGENS PRINCIPAIS

- ▶ 1. ATIVIDADE FÍSICA É BOA PARA O CORAÇÃO, CORPO E MENTE
- ▶ 2. QUALQUER QUANTIDADE DE ATIVIDADE FÍSICA É MELHOR DO QUE NENHUMA
- ▶ 3. TODA A ATIVIDADE FÍSICA CONTA
- ▶ 4. O FORTALECIMENTO MUSCULAR BENEFICIA TODAS AS PESSOAS
- ▶ 5. DEMASIADO SEDENTARISMO PODE SER PREJUDICIAL A SAÚDE
- ▶ 6. TODAS AS PESSOAS PODEM BENEFICIAR COM O AUMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA E REDUÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

7

*A ATIVIDADE FÍSICA NÃO MUDA SÓ O SEU
CORPO.
MUDA A SUA MENTE, A SUA ATITUDE E O
SEU HUMOR*

PRATIQUE ESSA IDEIA!

GRATA PELA ATENÇÃO DISPENSADA!

8

**APÊNDICE XI – MATERIAL EDUCATIVO: FOLHETOS DAS
TEMÁTICAS**

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HIPERTENSÃO TEM CURA?

A hipertensão é uma doença crónica e, por isso, vai existir para toda a vida. No entanto, é possível controlar a hipertensão com a adopção de um estilo de vida saudável e com o uso adequado de medicamentos.

COMO PODE PREVENIR A HTA E OS SEUS MALEFÍCIOS?

- Diminuir o consumo de sal
- Dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor em gorduras
- Consumo moderado de álcool
- Deixar de fumar
- Praticar exercício físico
- Redução de peso
- Cumprir a medicação de forma regular

Se leu até aqui e está com vontade de mudar a sua forma de comer e viver... Arrisque...

TRANSFORME-SE NUMA PESSOA SAUDÁVEL!

Autor: Sara de Pinho
 Estudo em colaboração com o Centro de Saúde, Consultório de Saúde Pública
 do 1.º e 2.º níveis do Centro Português de
 Saúde de Évora
 Oligoneurologia Clínica Síntese
 Oligoneurologia Psiquiátrica, Prática

O QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL?

O nosso coração bombeia o sangue para todo o corpo através das artérias. A Pressão Arterial (PA) é a força com que o sangue circula pelo interior das artérias.

A Hipertensão Arterial (HTA) surge quando a pressão do sangue se torna muito alta, ficando acima dos valores normais!

A HTA é uma doença silenciosa e pode não provocar qualquer sintoma nos primeiros anos de doença! Os sintomas surgem quando há complicações, por mau controlo ou muito tempo de evolução.

SINTOMAS DE ALERTA

- Dor de cabeça
- Tonturas
- Enjojo
- Dor no peito
- Sensação de falta de ar
- Palpitações
- Derrame ocular

O QUE PODE ACONTECER?

Quando a pressão arterial se mantém alta durante muito tempo, pode provocar lesão de alguns órgãos!

- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Insuficiência Cardíaca
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Aneurisma
- Insuficiência Renal
- Perda gradual da visão
- Impotência/disfunção sexual

COMO VIGIAR?

A única forma de saber se tem pressão arterial alta é avaliá-la regularmente.

1º PASSO: ter um medidor de pressão arterial
Avaliar a tensão arterial, ou em casa ou através da unidade móvel.

2º PASSO: estar calmo e sentado
Avalie a pressão arterial após 5 minutos de descanso, num ambiente calmo. Deve estar na posição sentada, com as costas apoiadas e o braço ao nível do coração.

3º PASSO: registar os valores e comparar com os valores normais
Registe as medições efectuadas, bem como o dia e a hora. Se a sua pressão arterial estiver alta, deve procurar ajuda de um médico e mostrar os registos.

COMO FAZER O REGISTO?

120 → PA Sistólica "PA máxima"
80 → PA Diastólica "PA mínima"

Se a PA estiver alta, deve fazer uma nova medição dentro de alguns minutos. O exercício, o tabaco, o café ou ter a bexiga cheia podem aumentar a PA (deve evitá-los nos 30 minutos antes da medição).

NORMAL	ALTA	HIPERTENSÃO
inferior 130	entre 130 e 140	superior 140
inferior 80	entre 80 e 90	superior 90

A avaliação da PA deve ser feita pelo menos durante 3-4 dias, preferencialmente 7 dias consecutivos, em 2 períodos do dia: de manhã e à tarde.

QUE FACTORES INFLUENCIAM HTA?

- Consumo de sal
- Obesidade
- Sedentarismo
- Comidas gordurosas
- Abuso de Álcool
- Tabagismo
- Antecedentes Familiares
- Stress

CUSTOS COM A DIABETES

- Indiretos para a sociedade - Falta ao trabalho.
- Intangíveis - Psicossociais, stress, dor e ansiedade.
- Financeiros - Pessoas com Diabetes e suas famílias.
- Diretos para o sistema de Saúde - Cuidados nos serviços de saúde, ajudas técnicas, medicamentos, tiras-teste, seringas, agulhas, lancetas.

RESPONSABILIDADES E DIABETES

Pessoas com Diabetes
Famíliares
Cuidadores
Profissionais de saúde
Sociedade

A RESPONSABILIDADE É DE TODOS!



Se leu até aqui e está com vontade de mudar a sua forma de comer e viver... Arrisque...



TRANSFORME-SE NUMA PESSOA SAUDÁVEL!



14 de novembro
Dia Mundial da Diabetes



O QUE SABE SOBRE DIABETES? ESTÁ EM RISCO DE TER DIABETES?



SE:

- Tem mais de 45 anos;
- Tem peso a mais e aumento da medida da cintura;
- Come de forma errada: salta refeições, faz uma alimentação à base de fritos, gorduras e doces;
- Não faz exercício físico;
- Tem um familiar com Diabetes Mellitus;
- Tem hipertensão arterial e/ou colesterol alto.

SIM... ESTÁ EM RISCO DE SER DIABÉTICO

O QUE É A DIABETES MELLITUS?

A Diabetes é uma doença crónica, que faz aumentar os níveis de glicose (açúcar) no sangue.



Fonte: drandrelgomes.com.br

A Diabetes é uma doença crónica, que faz aumentar os níveis de glicose (açúcar) no sangue. A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas e ajuda a glicose a entrar nas células para que estas possam produzir a energia necessária para a vida.



Fonte: beneditoren.com

COMO TRATAR A DIABETES?

Alimentação saudável e equilibrada

Actividade física regular

Terapêutica Farmacológica

Monitorização Autovigilância



DIABETES TIPO 1

As pessoas com Diabetes tipo 1 precisam de insulina para sobreviver, porque o seu pâncreas não produz qualquer insulina.

A insulina pode ser administrada com seringa, caneta ou bomba perfusora.



Fonte: Freepress

DIABETES TIPO 2

Uma alimentação equilibrada e exercício físico podem não ser suficientes.



Fonte: vademecum

Pode ter que tomar comprimidos que atuam no pâncreas, estimulando a produção de insulina, ou que melhoram a resposta das células à insulina, entre outros mecanismos, ou pode necessitar mesmo de insulina.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação recomendada para o diabético é a forma certa de comer e deveria ser adotada por todas as pessoas, com ou sem diabetes!

ATIVIDADE FÍSICA NA DIABETES

- Aumenta a sensibilidade à insulina.
- Melhora o controlo glicémico.
- Regula o apetite.
- Minimiza fatores de risco cardiovascular.
- Aumenta a capacidade aeróbica.

Faça o teste de glicémia antes de começar o exercício. Se o valor for inferior a 100 mg/dl deve comer alguma coisa.

CUIDADOS AO PÉ DIABÉTICO

- Examine os pés diariamente para ver se não há bolhas, cortes, pele seca ou vermelhidão.
- Lave com sabão neutro e água morna, todos os dias.
- Enxugue bem, mesmo entre os dedos.
- Não coloque os pés de "molho", pois ressecam.
- Use creme para hidratar, mas não entre os dedos.
- Corte as unhas, não rentes e em linha reta.
- Use meias de algodão, sem costura e sem elástico.
- Use sapatos confortáveis, macios e sem costuras.
- Não ande descalço, nem use salto alto ou sapatos apertados.
- Antes de se calçar veja se não há nada dentro que possa magoar o pé.
- Não cortar calos, ou tirar cutículas.

COMPLICAÇÕES ORAIS

A pessoas com diabetes têm maior risco de apresentar inflamações nas gengivas (periodontite). Para prevenir é importante manter uma boa higiene oral e vigilância adequada com o médico dentista.

RESPONSABILIDADES E DIABETES

Pessoas com Diabetes

Familiares

Cuidadores

Profissionais de saúde

Sociedade

A RESPONSABILIDADE É DE TODOS!

Se leu até aqui e está com vontade de mudar a sua forma de comer e viver... Arrisque...

TRANSFORME-SE NUMA PESSOA SAUDÁVEL!



14 de novembro
Dia Mundial da Diabetes



TENHO DIABETES...

QUE IMPLICAÇÕES TEM?



HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA: O QUE SÃO?

Uma significa que os níveis de açúcar no sangue estão muito baixos e a outra que estão muito elevados. Mas têm algo em comum: são ambas prejudiciais à saúde.

Na hipoglicemia os níveis de açúcar no sangue descem abaixo do limite inferior normal (70/80 mg/dl). Os sintomas mais comuns são: fraqueza, sensação de fome, palpitações, suores frios, tremores, tonturas, entre outros.

Na hiperglicemia os níveis de açúcar estão muito elevados e os sintomas mais comuns: cansaço, sensação de boca seca, urinar frequentemente e muita quantidade, e sempre com sensação de fome.



COMPLICAÇÕES DA DIABETES

A diabetes é uma doença crónica do metabolismo que tem implicações em vários órgãos do nosso corpo. As complicações da diabetes evoluem de forma silenciosa e, geralmente, relacionam-se com o mau controlo e por valores de glicémia sistematicamente elevados. É possível reduzir a incidência destas complicações através de uma vigilância periódica e de um controlo rigoroso da glicémia, da tensão arterial e das gorduras no sangue.

DOENÇA CARDIOVASCULAR

As doenças ligadas ao coração e vasos sanguíneos são a principal causa de morte implicada na diabetes (ex. Insuficiência cardíaca, Angina de Peito, Enfarte do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral).



NEFROPATIA DIABÉTICA

Os rins têm a função de purificar o sangue. Com a evolução da diabetes pode surgir a nefropatia diabética. Os pequenos vasos dos rins são lesados e o rim torna-se menos eficiente até chegar à insuficiência renal crónica. É importante fazer exames laborais ao sangue e à urina regularmente para avaliar o funcionamento do rim.

RETINOPATIA DIABÉTICA

A diabetes pode afetar os vasos sanguíneos dos olhos levando a uma condição chamada retinopatia diabética. por este motivo é fundamental fazer um rastreio anual. Nas pessoas com diabetes tipo 1, este rastreio deve ser efetuado 5 anos após o diagnóstico. Nas pessoas com diabetes tipo 2, deve ser efetuado logo após o diagnóstico. Nas mulheres grávidas com diabetes, o rastreio deve ser trimestral.

DISFUNÇÃO SEXUAL

A disfunção erétil define-se como a incapacidade constante ou recorrente de obter ou manter uma ereção permitindo a atividade sexual durante pelo menos 3 meses. Nas mulheres poderá resultar num défice de lubrificação vaginal.

Trata-se de uma complicação comum em doentes com diabetes. Quanto mais cedo esta complicação for diagnosticada melhores serão os resultados.

PÉ DIABÉTICO

As lesões nos pés podem ocorrer tanto pela diminuição ou perda da sensibilidade provocada pela neuropatia diabética (alterações dos nervos), como pela aterosclerose (acumulação de gorduras nos vasos sanguíneos que leva à diminuição do aporte de oxigénio aos tecidos, os pé ficam mais frágeis e é mais difícil cicatrizar as feridas).



O pé diabético é uma das complicações mais frequentes da Diabetes. Em Portugal, esta é a complicação mais frequente associada às amputações mais traumáticas.

- Evitar o consumo de açúcar, mel, compotas, bolos, pudins, doces e chocolate.
- Reduzir o consumo de sal (utilizar ervas aromáticas e especiarias).
- Evitar o consumo de carnes vermelhas, charcutaria, salgados, fritos.
- Evitar refrigerantes, outras bebidas açucaradas e bebidas alcoólicas.

ALIMENTAÇÃO NA HTA

- Controlar o peso.
- Reduzir o consumo de sal (máximo de 5 gramas por dia).
- Combater o sedentarismo, através de uma atividade física regular
- Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas.
- Evitar consumo de café puro (máximo 3 chávenas por dia).
- Não fumar.



Fonte: Freepik

- Ingerir fruta e vegetais (vegetais de folha verde escura como brócolos, couves, espinafres).
- Preferir gorduras vegetais, como o azeite.
- Preferir alimentos frescos e cozidos e grelhados.
- Preferir produtos integrais como pão, cereais, flocos de aveia, massa, arroz.
- Consumir laticínios magros, como queijo branco e fresco.
- Temperar com salsa, centrose, cebola, orégãos, cominhos, limão e alho.
- Preferir alimentos ricos em potássio, como feijão, grão, ervilhas, banana, abacate, kiwi e couves.

- Sal.
- Temperos industriais, refeições pré confeccionadas, enlatados e como molhos ketchup, mostarda e caldos concentrados.
- Alcool e refrigerantes e outras bebidas açucaradas.
- Fritos e gorduras.
- Produtos industrializados, como conservas.
- Queijo e leite gordo.
- Carnes da salsicharia e charcutaria.
- Peixes secos e salgados.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

EXEMPLO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Pequeno Almoço: iogurte + 1 pão integral com manteiga magra e sem sal.

Meio da Manhã: 1 peça de fruta + 2 bolachas sem sal.

Almoço: sopa de legumes, peru grelhado com salada de alface e tomate + 1 peça de fruta.

Meio da Tarde: 1 copo de leite magro ou meio gordo + 1 torrada com manteiga magra e sem sal.

Jantar: sopa de legumes, peixe grelhado com batata cozida + 1 peça de fruta.

Ceia: se ainda tiver com fome, pode ingerir uma gelatina sem açúcar ou chá camomila ou cidreira.



Alimentação
O primeiro passo para uma vida saudável



Fonte: CGA

O QUE É UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?

É uma alimentação equilibrada, completa e variada, fundamental para o crescimento e bom funcionamento do organismo, a nível físico e mental.

A roda dos alimentos é um instrumento que ajuda a escolher e a combinar os diferentes alimentos, fornecendo os nutrientes necessários para uma alimentação saudável.

Uma alimentação saudável é muito importante na prevenção da Diabetes e da Hipertensão Arterial (HTA), bem como na prevenção de outras doenças crónicas



não transmissíveis, como a obesidade e o cancro.

- Fracionar a alimentação.
- Tomar sempre o pequeno almoço.
- Comer fruta, hortícolas e alimentos ricos em fibras às refeições.

Almoço e Jantar



- Produtos hortícolas**
3 a 4 variedades
Batata, massa ou arroz
Leguminosas
Agua
Azeite e sal
Em quantidade moderada.
Azeite adicionado no final.
- A. Produtos hortícolas**
Salada ou legumes cozidos, assados, salteados em pouco gordura.
B. Batata, massa ou arroz ou grão
Variar o consumo desses alimentos.
C. Carne, pescado, ovos e/ou leguminosas
Variar alternadamente.

- Comer devagar, mastigando bem os alimentos.
- Beber água no mínimo 1,5L ao longo do dia.
- Reduzir o sal.
- Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas.



- As refeições devem conter produtos locais, frescos e da época.
- Devem ser simples (sopas, cozidos, ensopados, caldeiradas) em família, mantendo as tradições.

ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

- Fazer várias refeições por dia, não estando mais de que 3 horas sem comer!
- Adequar as quantidades em cada refeição, evitando comer muito de cada vez.

PREFERIR:

- alimentos ricos em fibra.
- massa, arroz, leguminosas (grão, feijão, ervilhas), inhame, mandioca, banana pão, batata doce,
- peixe, de preferência peixe gordo como besugo, cavala, salmão, carapau.
- leite, meio gordo ou magro, iogurtes, queijo magro, ovos e carne magra.
- fruta, 3 peças por dia, fresca e da época com casca sempre que possível.
- legumes e hortícolas (na sopa, estufados, salteados ou em saladas) presentes nas refeições principais.
- o azeite para temperar e cozinhar numa quantidade moderada.

PADRÃO MEDITERRÂNIC

O padrão alimentar mediterrânico é um plano alimentar saudável, baseado na diversidade, oriundo dos países que banham o mar mediterrâneo.

- Tem como principais características:
- elevado consumo de fruta, hortícolas, cereais pouco refinados (como pão, trigo, arroz), leguminosas (feijão, grão, ervilhas) e ainda tremoços, nozes, sementes.
 - azeite é uma fonte principal de gordura.
 - peixe consumido com frequência.
 - produtos lacteos, consumidos de forma moderada.
 - consumo de carnes vermelhas pouco frequente.

Está associado a um estilo de vida mais saudável, a maior qualidade de vida e longevidade, apresentando benefícios na prevenção e controlo de várias doenças.

MENSAGENS PRINCIPAIS

- Atividade física é boa para o coração, corpo e mente
- Qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma
- Toda a atividade física conta
- O fortalecimento muscular beneficia todas as pessoas
- Demasiado sedentarismo pode ser prejudicial para a saúde
- Todas as pessoas podem beneficiar com o aumento de atividade física e redução do comportamento sedentário.



ATIVIDADE FÍSICA

A ATIVIDADE FÍSICA NÃO MUDA SÓ O SEU CORPO.

MUDA A SUA MENTE, A SUA ATITUDE E O SEU HUMOR

PRATIQUE ESSA IDEIA!



Todo o movimento conta



ATIVIDADE FÍSICA

Qualquer movimento do corpo que resulte num gasto de energia: conduzir, limpar a casa, dançar...



EXERCÍCIO FÍSICO

Qualquer ação planeada que utiliza modalidades desportivas: natação, lutas marciais...



BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA



IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA

- Reduz a mortalidade
- Reduz a hipertensão, diabetes tipo 2 e alguns tipos cancro
- Reduz sintomas de ansiedade e de depressão
- Melhora a memória e a qualidade do sono
- Reduz a gordura corporal
- Ajuda a prevenir quedas

PARA A ATIVIDADE NUNCA ESQUECER

- Hidratar, água é fundamental
- Comer até 2 horas antes do exercício
- Usar roupa e calçado adequado
- Se atividade ao ar livre no verão, não esquecer o protetor solar, chapéu e óculos
- Iniciar atividade de forma gradual
- Estar atento ao nosso coração, ver se pulsação está acelerada
- Se sentir dor, para imediatamente

Acumule **150 minutos de atividade física** moderada ao longo da semana



IDEIAS PARA SER MAIS ATIVO

- Desloque-se mais a pé
- Use as escadas sempre que possível
- Incentive a sua família e amigos a caminharem consigo
- Descubra desportos que possa ter interesse
- Usar um relógio ou telemóvel que conte os seus passos
- Esteja atento a iniciativas na sua comunidade

APÊNDICE XII – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO



Questionário de Satisfação aos Formandos

Avaliação da Formação e do Formador

A sua opinião é muito útil e importante, expresse-a respondendo a este questionário, contribuindo para a melhoria desta formação e de formações futuras.

Preencha o questionário utilizando a seguinte escala:

1 – Discordo totalmente

2 – Discordo

3 – Concordo

4 – Concordo Totalmente

Formação: Viver com Saber no Bairro : Promoção saúde sobre Doenças Crónicas - HTA e DM

Data: 9/12/2023

1. Conteúdos da formação e métodos utilizados:

	1	2	3	4
a) Os conteúdos abordados foram importantes e úteis.				
b) Compreendi os temas abordados.				
c) Os conteúdos são úteis para procura de comportamentos de saúde saudáveis.				
d) Os métodos utilizados foram os adequados.				

2. Formadora:

	1	2	3	4
a) Domínio e clareza na apresentação dos conteúdos.				
b) Soubes motivar os participantes.				
c) Interação com os participantes				
d) Pontualidade				

Questionário de Satisfação aos Formandos

Avaliação da Formação e do Formador

A sua opinião é muito útil e importante, expresse-a respondendo a este questionário, contribuindo para a melhoria desta formação e de formações futuras.

Preencha o questionário utilizando a seguinte escala:

1 – Discordo totalmente

2 – Discordo

3 – Concordo

4 – Concordo Totalmente

Formação: Viver com Saber no Bairro : Promoção saúde sobre Doenças Crónicas - HTA e DM

Data: 16/12/2023

1. Conteúdos da formação e métodos utilizados:

	1	2	3	4
a) Os conteúdos abordados foram importantes e úteis.				
b) Compreendi os temas abordados.				
c) Os conteúdos são úteis para procura de comportamentos de saúde saudáveis.				
d) Os métodos utilizados foram os adequados.				

2. Formadora:

	1	2	3	4
a) Domínio e clareza na apresentação dos conteúdos.				
b) Soube motivar os participantes.				
c) Interação com os participantes				
d) Pontualidade				



3. Organização da formação:

	1	2	3	4
a) Duração da formação.				
b) Horário da Formação.				
c) Material de apoio.				

4. Avaliação global da formação:

	1	2	3	4
a) A formação correspondeu à sua perspetiva.				
b) A formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.				
c) Considera que os objetivos foram cumpridos.				
d) Considera esta formação uma mais-valia para a sua saúde				

5. Sugestões/criticas:

--

Grata pela vossa atenção e tempos dispensados!
Aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**APÊNDICE XIII – QUESTIONÁRIO SOBRE TEMÁTICAS
ABORDADAS**

Questionário de Satisfação dos Temas Abordados

A sua opinião é muito útil e importante, expresse-a respondendo a este questionário, contribuindo para a melhoria da formação de modo a ajudar a comunidade da forma mais adequada.

Preencha o questionário, assinalando com "X" a sua resposta.

Formação: Viver com Saber no Bairro : Promoção saúde sobre Doenças Crónicas - HTA e DM

Seus fatores de risco e comportamentos promotores de mudança

Data: 9/12/2023

1. De todos os assuntos mencionados, qual considerou mais importante:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	

2. De todos os assuntos mencionados, qual considerou o menos importante:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	

3. Dos assuntos abordados, qual considera que já tinha conhecimentos prévios sobre o assunto:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	



Questionário de Satisfação dos Temas Abordados

A sua opinião é muito útil e importante, expresse-a respondendo a este questionário, contribuindo para a melhoria da formação de modo a ajudar a comunidade da forma mais adequada.

Preencha o questionário, assinalando com "X" a sua resposta.

Formação: Viver com Saber no Bairro : Promoção saúde sobre Doenças Crónicas - HTA e DM

Seus fatores de risco e comportamentos promotores de mudança

Data: 16/12/2023

1. De todos os assuntos mencionados, qual considerou mais importante:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	

2. De todos os assuntos mencionados, qual considerou o menos importante:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	

3. Dos assuntos abordados, qual considera que já tinha conhecimentos prévios sobre o assunto:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	



4. Dos assuntos abordados, qual considera que aprendeu mais:

1. Conceito de HTA	
2. Conceito de DM	
3. Fatores de risco da HTA e DM	
4. Alimentação Saudável na HTA e DM	
5. Atividade Física	

5. Dos assuntos abordados sobre a procura de mudança de comportamentos para melhorar a sua saúde, qual considera que após a sessão vai aderir:

1. Alimentação Saudável na HTA e DM	
2. Atividade Física	

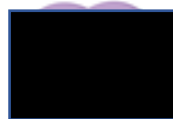
6. Sugestões/críticas:

--

Grata pela vossa atenção e tempos dispensados!
Aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

|

**APÊNDICE XIV – PLANO SESSÃO DIVULGAÇÃO PROJETO À
EQUIPA DA UCC**



PLANO DE SESSÃO	
Sessão Tema	DIVULGAÇÃO DO PROJETO INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
Identificação Ação	Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCC [REDACTED] Duração da ação: 30 minutos Horário: 15 de janeiro de 2024 às 13h Local: UCC [REDACTED] Formador: Sandra Pedrosa
Objetivo Geral	- Contribuir para a capacitação da população residente no bairro relacionada com os riscos para a saúde associados à HTA e DM.
Objetivos Específicos	- Reforçar o papel do enfermeiro na intervenção comunitária na promoção para a saúde na temática abordada (conceito e incidência da HTA e DM, causas, fatores de risco, sintomas e complicações); -Explicar os comportamentos de saúde dos residentes face as doenças crónicas (HTA e DM) - Sensibilizar os profissionais para a importância do projeto no bairro - Promover a continuidade do projeto para avaliação do indicador de impacto.
Conteúdos a desenvolver	- Demonstrar o trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto de Intervenção comunitária, Projeto Saúde sobre Rodas no BSMP: Literacia em Doenças Crónicas – Capacitar os migrantes para a prevenção dos riscos
Métodos	-Métodos afirmativos (técnica expositiva, demonstrativa e interativa)
Recursos	Computador; Beo ; Projetor de multimédia; material informativo elaborado.

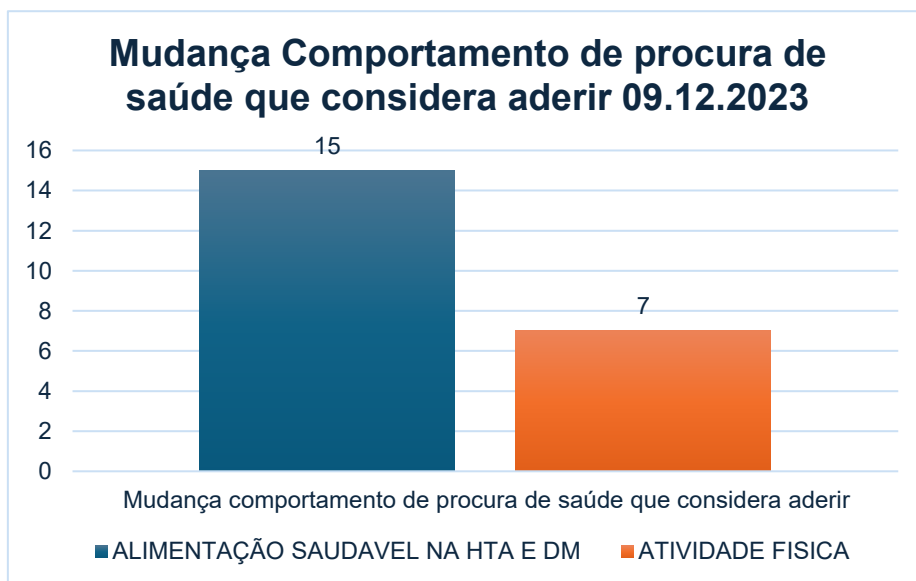
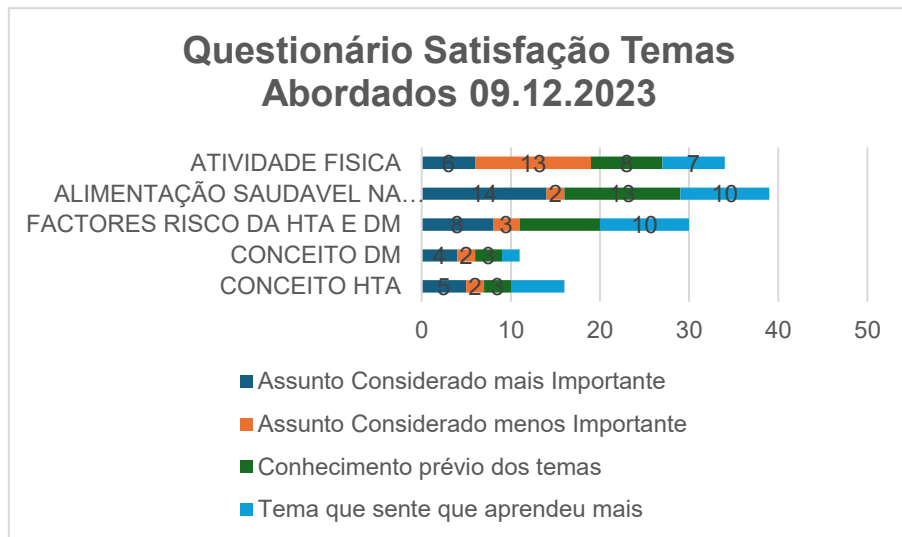
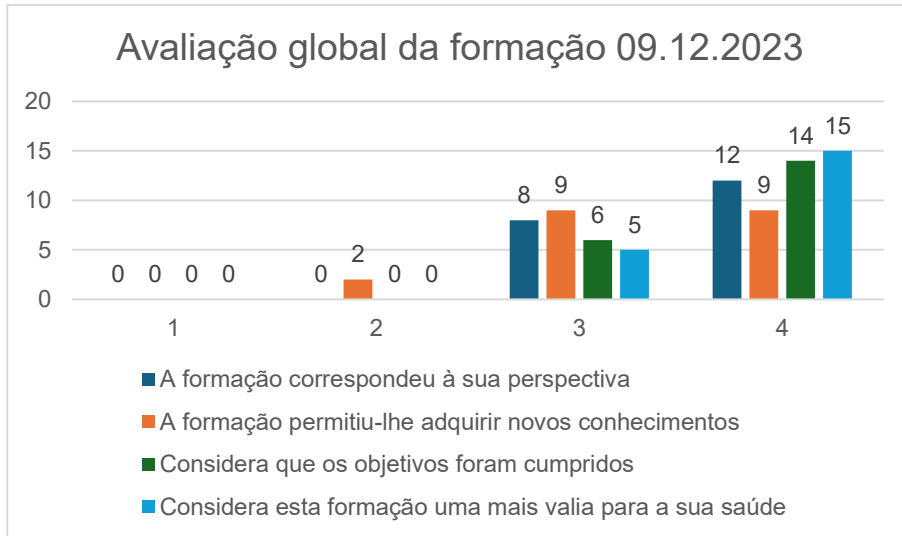
**APÊNDICE XV – APRESENTAÇÃO DIAPOSITIVOS DE SUPORTE À
SESSÃO DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO A UCC**

**APÊNDICE XVI – CABAZ ALIMENTAR SORTEADO E OUTROS
REGISTOS DAS SESSÕES**

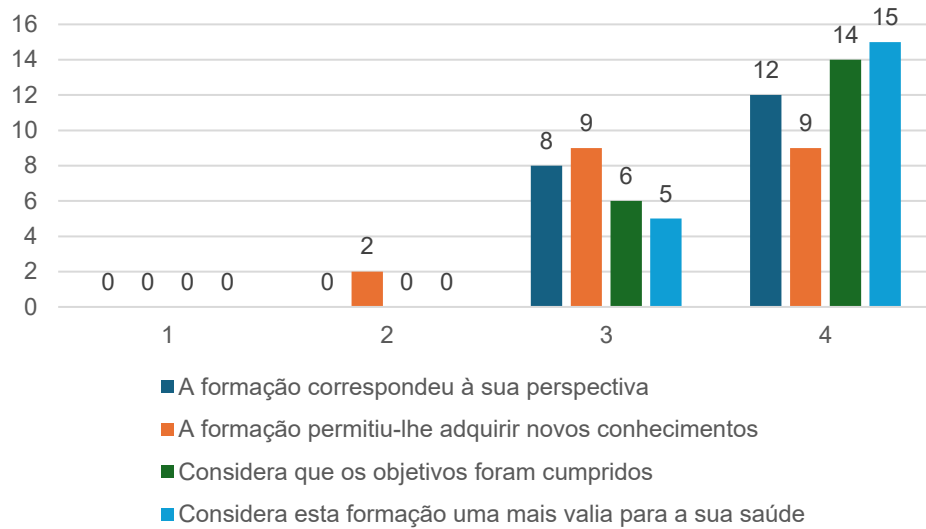




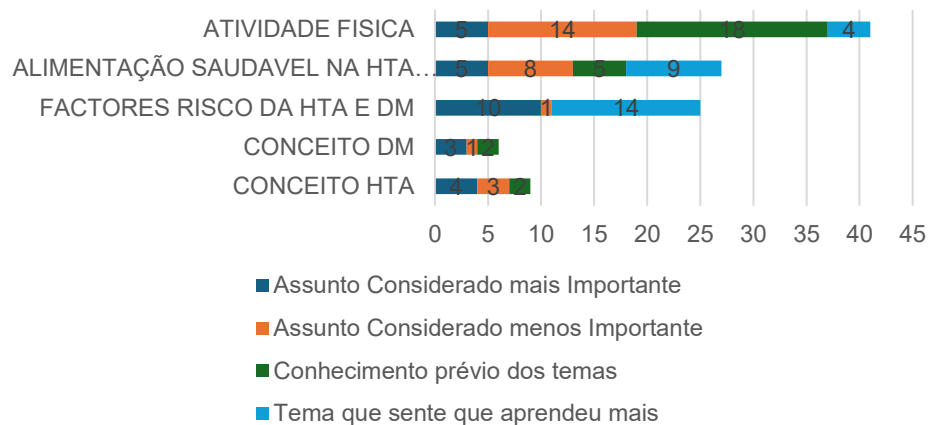
APÊNDICE XVII – GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS



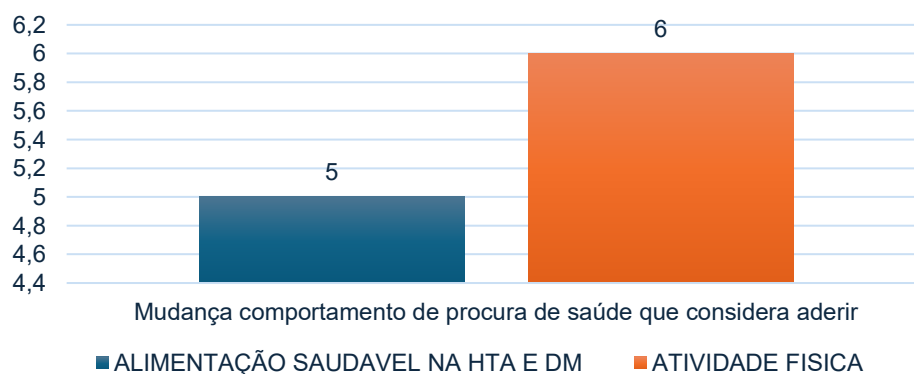
Avaliação global da formação 16.12.2023



Questionário Satisfação Temas Abordados 16.12.2023



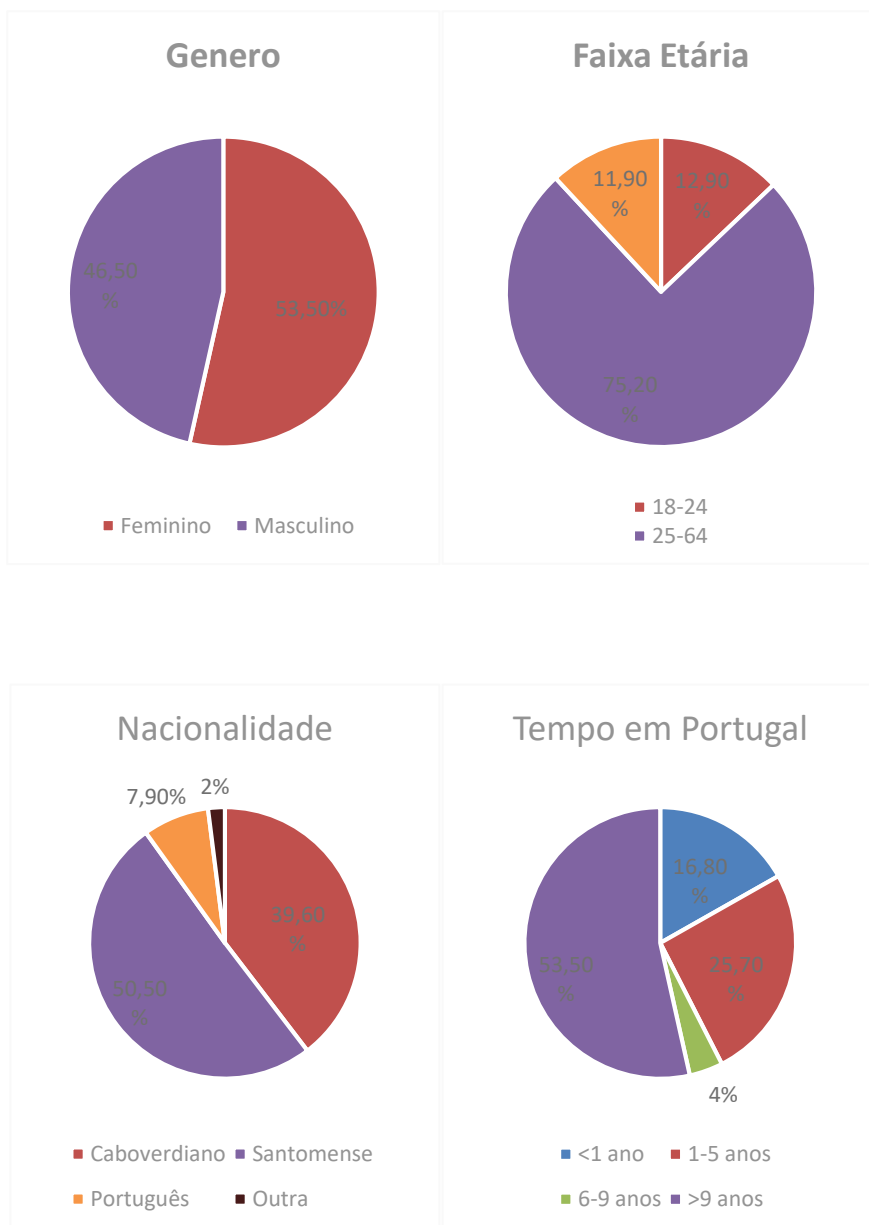
Mudança Comportamento de procura de saúde que considera aderir 16.12.2023



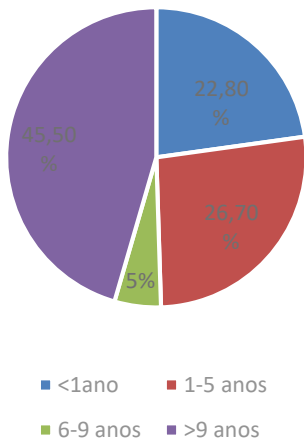
ANEXOS

**ANEXO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E HLQ DO
BAIRRO BSMP**

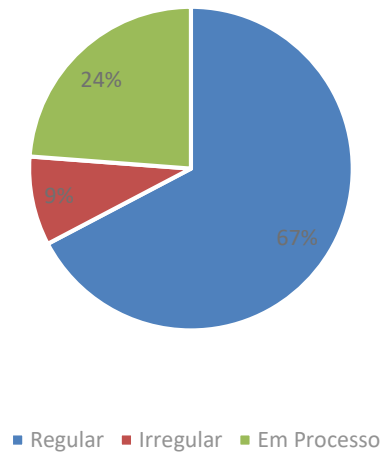
Numa primeira fase, foi pretendida a caracterização sociodemográfica da comunidade do bairro, cujos resultados estavam já disponíveis para consulta (Machado,2023) e que passam a ser enunciados:



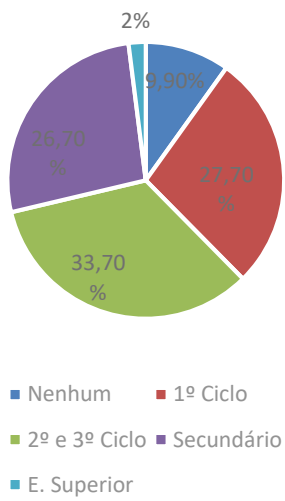
Tempo de residência no Bairro



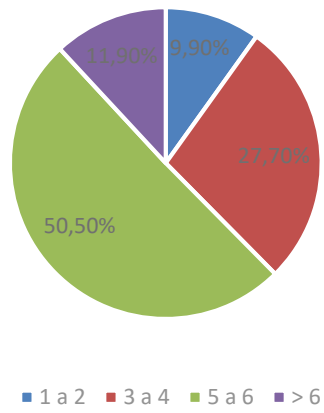
Estatuto de Migração



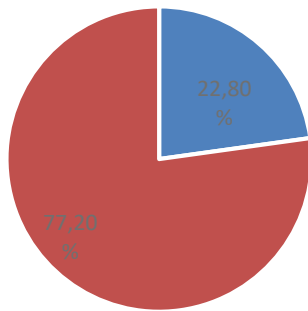
Escolaridade



Número de Divisões Habitação

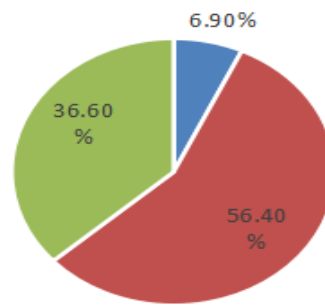


Humidade



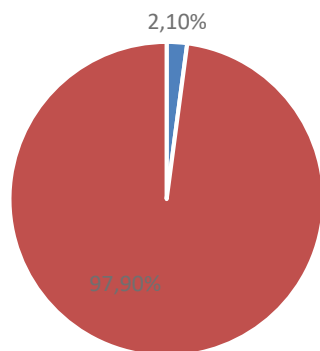
■ Sem Humidade ■ Com Humidade

Arejamento



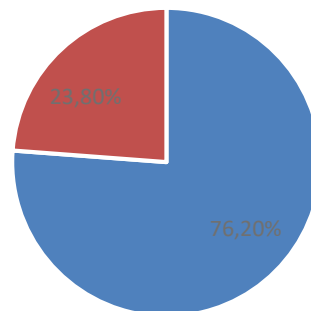
■ Sem arejamento
■ Parcialmente arejado
■ Com arejamento

Eliminação de Lixos

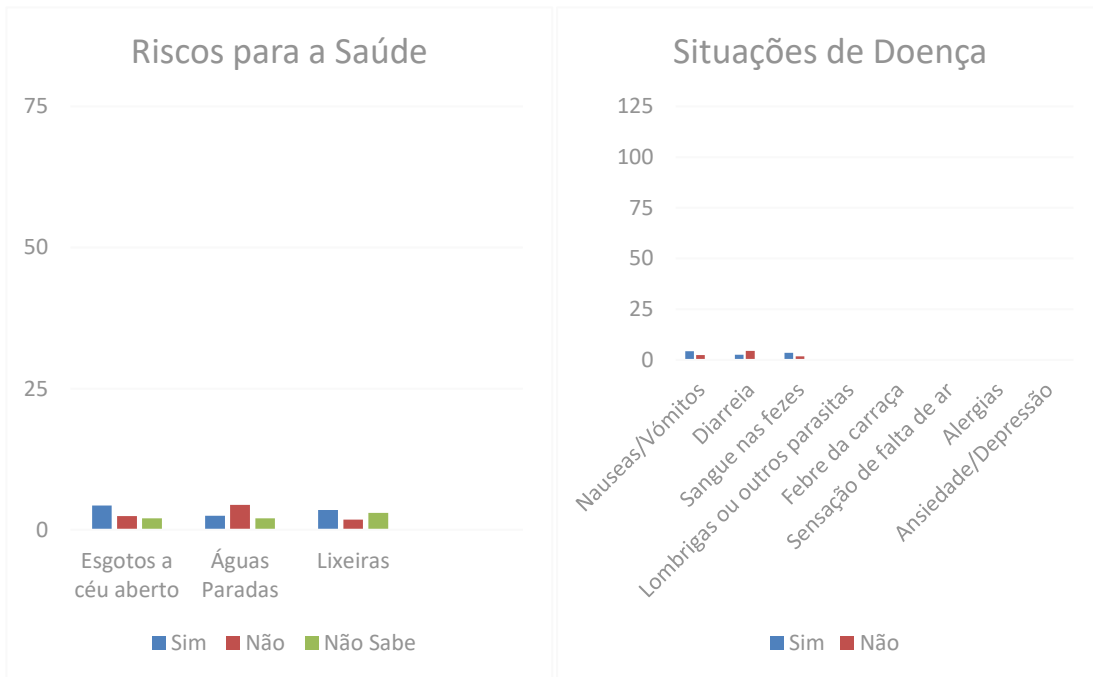
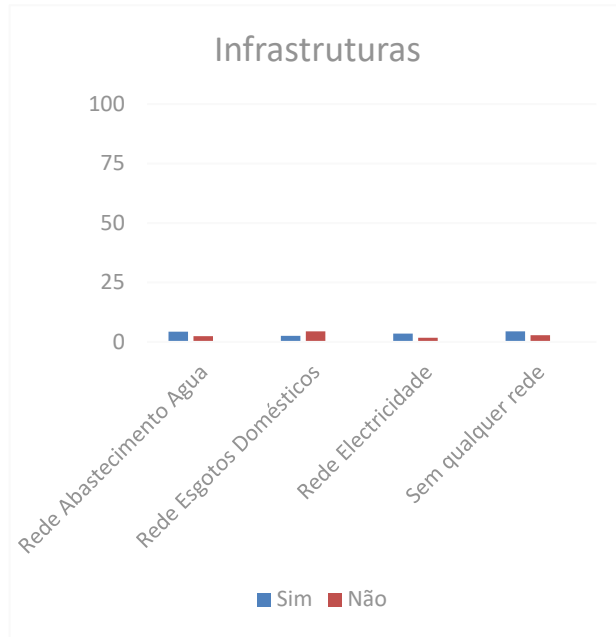


■ Lixeiras ■ Contentor Público

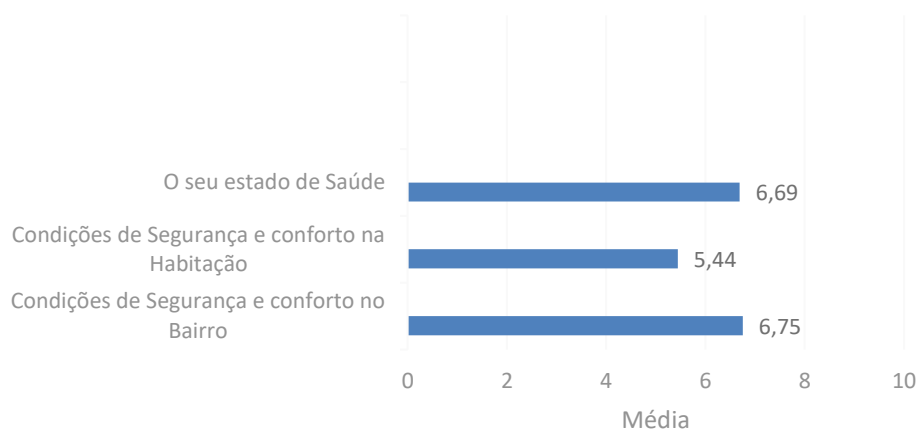
Presença de Roedores



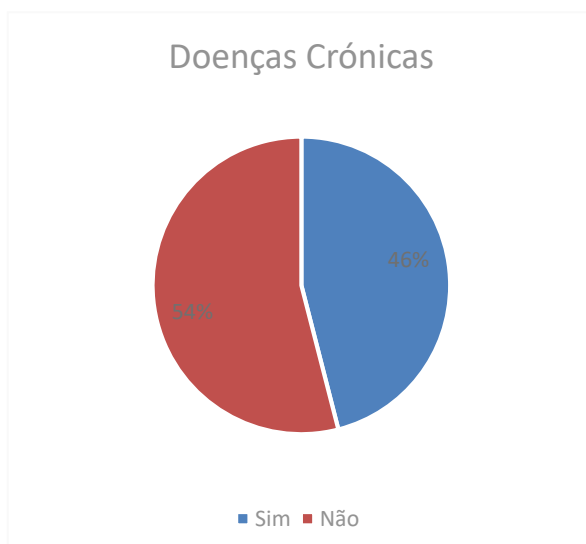
■ Sim ■ Não

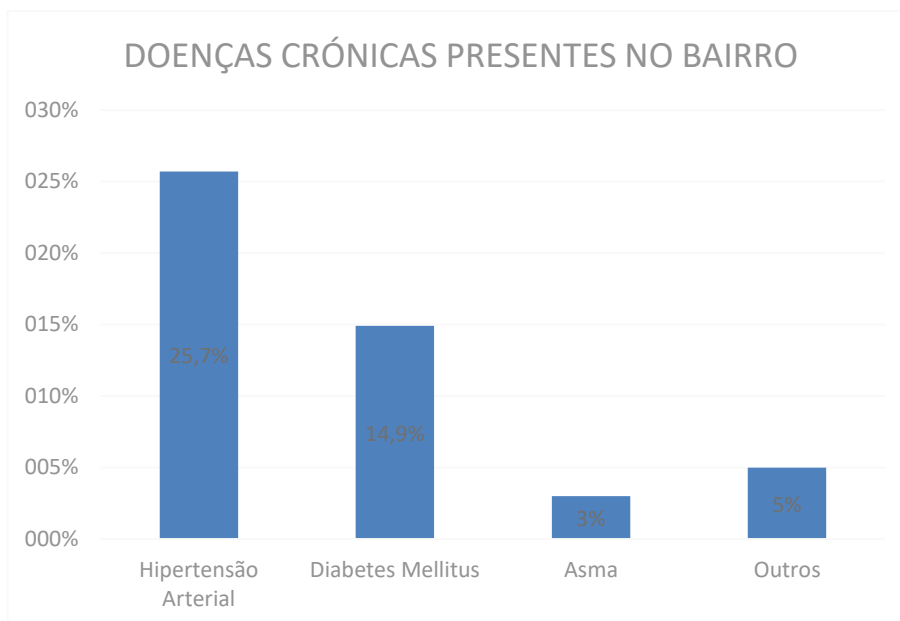


Como Avalia....



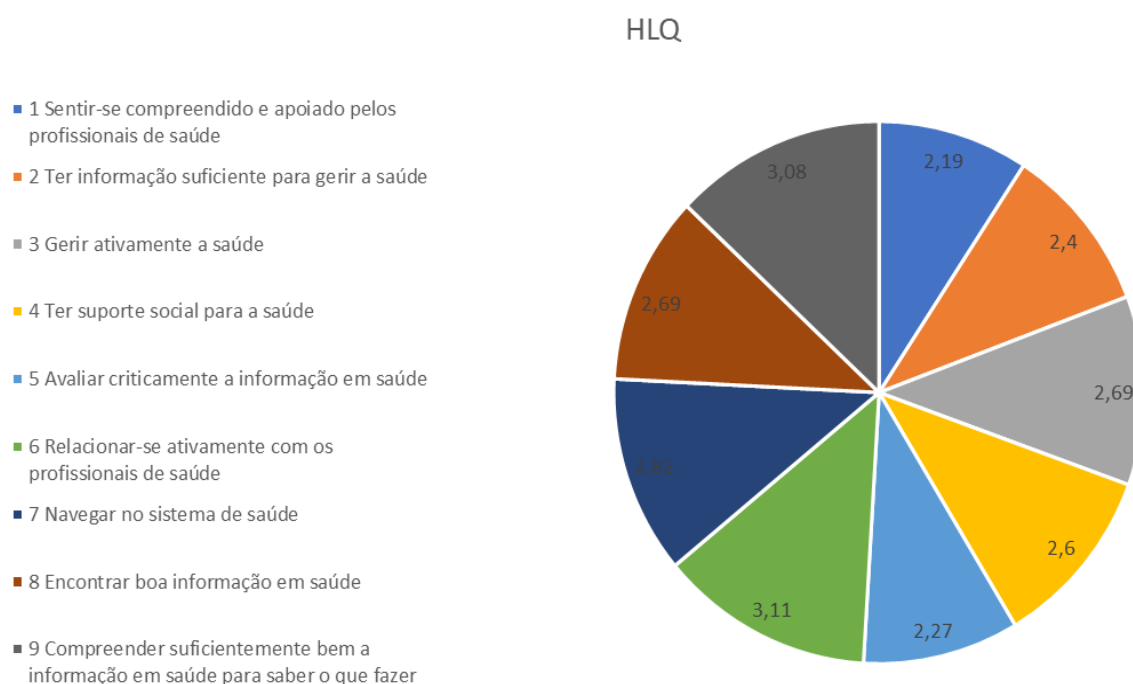
Doenças Crónicas





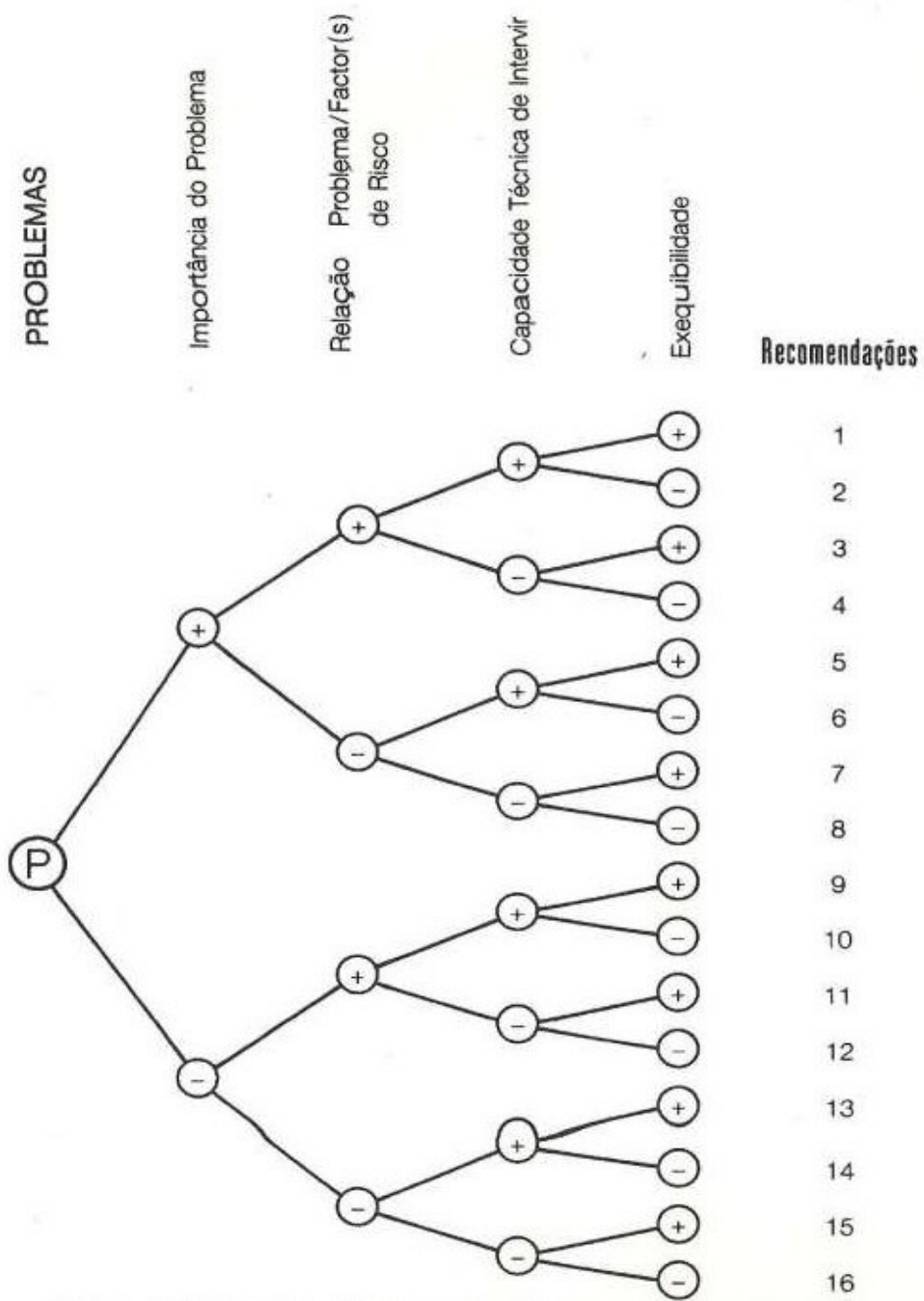
Questionário HLQ (Versão Portuguesa)

Foi aplicado um questionário na sua versão portuguesa do HLQ (Machado,2023), pois sendo um instrumento de elevada validade, fiabilidade e aceitabilidade, foi então aplicado para a caracterização o nível de literacia em saúde da comunidade migrante em estudo, com os respetivos resultados de acordo com as escalas definidas para cada secção.



Podemos daqui concluir que o “sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde” e “o avaliar criticamente a informação em saúde” foram as duas dimensões que tiveram menor concordância e desta forma, são necessidades identificadas.

ANEXO II - GRELHA DE ANÁLISE DE DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES



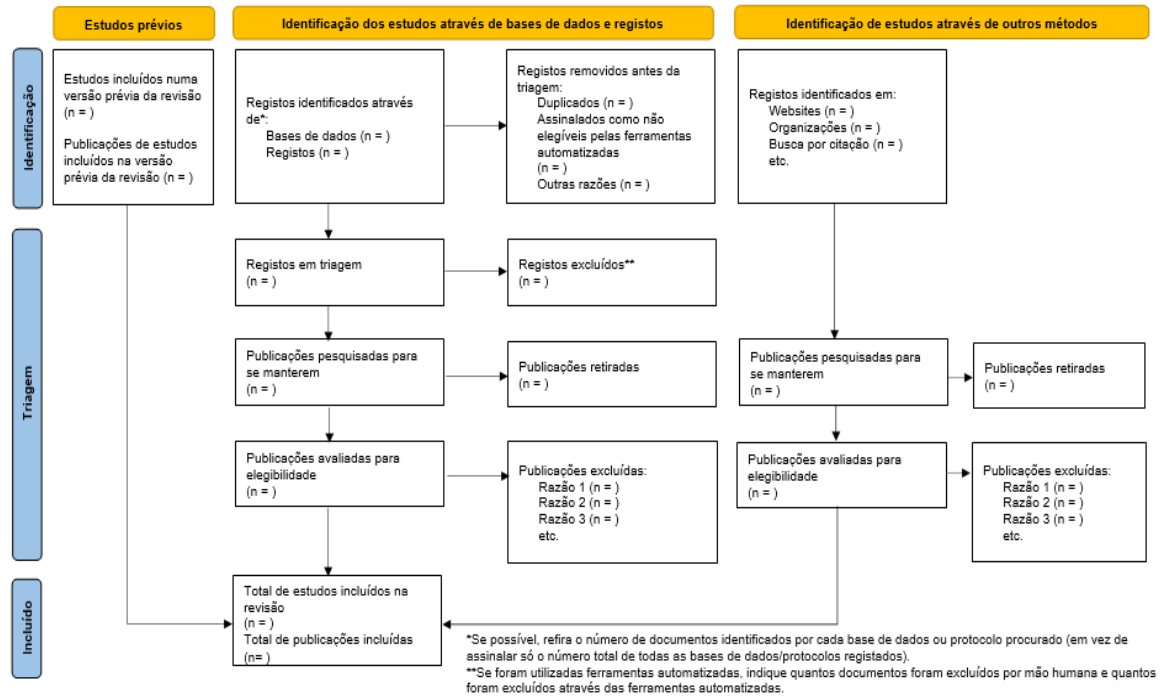
Adaptado do livro “Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde”, António Tavares

**ANEXO III – CRITÉRIOS CLÁSSICOS DE SELEÇÃO DE
PRIORIDADES: A MAGNITUDE, A TRANSCENDÊNCIA E A
VULNERABILIDADE**

MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - De 0% a 50% = 0 - De 50% a 65% = 1 - De 65% a 75% = 2 - Acima de 75% = 3 	<ul style="list-style-type: none"> - A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas = 0 - A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas = 1 - A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas = 2 - A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas = 3 	<ul style="list-style-type: none"> - A resolução do problema não depende da nossa intervenção = 0 - A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção = 1 - A resolução do problema depende da nossa intervenção = 2 - A resolução do problema depende muito da nossa intervenção = 3

ANEXO IV – PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW

PRISMA 2020 Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluam buscas em bases de dados, protocolos e outras fontes



Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal
 de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Para mais informações, visite <http://www.prisma-statement.org/>

**ANEXO V – CERTIFICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO
POSTER VI SEMINÁRIO MESTRADO ENFERMAGEM
CONHECIMENTO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM PARA A
FRATERNIDADE SOCIAL**

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Sandra Maria Antunes Pedrosa - estudante n.º 192022073, esteve presente no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 24 de novembro de 2023, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Vanessa Cardoso Silva

Susana Simão dos Santos

"Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

Catarina Belo

"Tecnologias da Informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

Bruno Alves

"Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Veiga

Constança de Almeida Carvalho

"Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."

Sónia Morgado

"A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

Rafael Nunes

"A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cezejo

Ana Maria Pinto

"O Abandono das Crianças no Hospital."

Marisa Abrantes

"Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar."

Rafaela Silva

"Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Pro^{fa} Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Louira

16:15 – Entrega dos Prémios

17:00 – MOMENTO MUSICAL

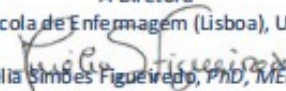


Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

CERTIFICADO

Certifica-se que **Bárbara Cardoso**, apresentou o Póster n.º 32 com o tema **"Fontes de informação sobre sexualidade a que recorrem os adolescentes: a scoping review"**, em coautoria com Ana Filipa Pinho; Sandra Pedrosa; Cândida Ferrito no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



**ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO WEBINAR (RE)
PENSAR A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO HOSPITAL**



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Sandra Maria Antunes Pedrosa**, participou no dia 6 de
Dezembro de 2023 com a duração total de 2 horas no Webinar

(Re)Pensar a Enfermagem Comunitária no Hospital

Lisboa, em 08 de janeiro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN