

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

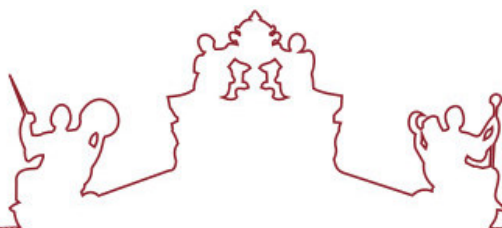
Relatório de Estágio

Projeto RISE and SAVE: Reconhecimento da Inclusão em Saúde para o Empoderamento dos migrantes no Sistema de Acesso à Vacinação Estratégica

Catarina Bernardo Calapez Eliziário

Orientador(es) | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

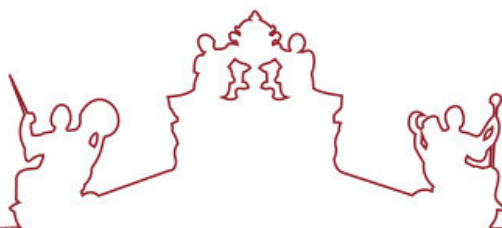
Relatório de Estágio

Projeto RISE and SAVE: Reconhecimento da Inclusão em Saúde para o Empoderamento dos migrantes no Sistema de Acesso à Vacinação Estratégica

Catarina Bernardo Calapez Eliziário

Orientador(es) | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Joana Rita Pimenta Nobre (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Laurência Gemitto (Universidade de Évora)

*If I can stop one heart from breaking,
I shall not live in vain;*

*If I can ease one life the aching,
Or cool one pain,
Or help one fainting robin
Unto his nest again,*

I shall not live in vain.

(Emily Dickinson)

A ti, Avó Maria

&

A ti, minha Clarinha

A vós, que são raízes e asas na minha vida!

AGRADECIMENTOS

O fim desta etapa, significa um marco importante na minha vida, a nível de crescimento profissional e pessoal, que só foi possível graças à presença e ao apoio de todos os que caminharam ao meu lado.

Importa agradecer e valorizar - por muito que um agradecimento nunca seja o suficiente - todos os gestos, atitudes, palavras, presença, conforto e motivação que me deram ao longo deste percurso, sem vocês nada seria possível...

À Professora Doutora Ana Canhestro, que acredita em mim desde o primeiro dia que nos conhecemos, que sempre me motivou e transmitiu a sua paixão e sabedoria pela área, que me orientou neste caminho, nunca me deixando sozinha. Muito obrigada, o seu apoio foi um pilar fundamental para a concretização deste caminho!

À Enfermeira T.R., que me orientou e motivou, tanto no estágio, como na vida. A toda a equipa da Unidade de Saúde Pública, que me abriram a porta, contagiaram-me com a sua dedicação pela área e mostraram-me que esta era, também, a minha casa. Obrigada, e espero, genuinamente, que seja um até já.

À Enfermeira A.R.P., que me acompanhou durante o estágio e na implementação do projeto de intervenção comunitária, sem o seu apoio e motivação nada teria sido possível. A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, obrigada por me acolherem e contribuírem para o meu desenvolvimento profissional.

A ti, Mãe e a ti, Pai, um eterno agradecimento, por acreditarem em mim todos os dias, por me apoiarem e segurarem as pontas soltas. Por todo o esforço que fizeram na vida, para que eu seguisse os meus sonhos. Por cuidarem de mim e da vossa neta, com tanto amor e sempre disponíveis, sempre! Só com vocês ao meu lado é possível desbravar todos os caminhos desta vida.

A ti, Fernando, que suportas a ausência e confortas nos momentos difíceis, que me motiva todos os dias a ser e fazer melhor. A ti, Clara, minha filha, sei que não estive sempre presente para ti durante este percurso, obrigada sobretudo por me amares, incondicionalmente. Vocês são, e sempre serão, o meu porto seguro, seja qual for a tempestade que a vida traga.

Aos meus amigos, que me acompanharam durante esta etapa, obrigada pela paciência e amizade, obrigada por serem a lufada de ar fresco na minha vida, o riso entre as lágrimas e cor em dias cinzentos.

Finalmente, a todos aqueles que não referi, mas que direta ou indiretamente, me apoiaram nesta caminhada. Obrigada!

Projeto RISE and SAVE: Reconhecimento da Inclusão em Saúde para o Empoderamento dos migrantes no Sistema de Acesso à Vacinação Estratégica

RESUMO

O aumento dos fluxos migratórios afigura-se como um desafio da atualidade, impulsionando transformações a nível global e originando novas problemáticas, particularmente a vulnerabilidade inerente ao processo migratório. Entre as necessidades em saúde, destaca-se o acesso aos cuidados de saúde e à vacinação, fundamentais para a prevenção de doenças e proteção da saúde pública. Este contexto reforça a necessidade de reestruturar e reorganizar os modelos de cuidados de saúde, garantindo serviços mais inclusivos, acessíveis e culturalmente competentes.

Os enfermeiros, assumem um papel primordial na promoção da saúde e prevenção da doença, sobretudo em populações mais vulneráveis, através do desenvolvimento de estratégias de intervenção orientadas para a melhoria da saúde e bem-estar.

Para responder às necessidades identificadas na população migrante, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, fundamentado na Metodologia do Planeamento em Saúde, numa abordagem holística, visando contribuir para um sistema de saúde mais inclusivo e acessível para todos.

Palavras-Chave (DeCS/MeSH): Vacinação; Migrantes; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Empoderamento; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Project RISE and SAVE: Recognition of Inclusion in Health for the Empowerment of Migrants in the Strategic Vaccination Access System

ABSTRACT

The increase in migration flows represents a contemporary challenge, driving global transformations and giving rise to new issues, particularly the inherent vulnerability of the migration process. Among the main health needs, access to healthcare services and vaccination stands out as essential for disease prevention and for the protection of public health. This context highlights the need to restructure and reorganize healthcare models in order to ensure services that are more inclusive, accessible, and culturally competent.

Nurses play a key role in health promotion and disease prevention, particularly among more vulnerable populations, through the development of intervention strategies aimed at improving health and well-being.

To address the needs identified within the migrant population, a community intervention project was developed based on the Health Planning Methodology, through a holistic approach, aiming to contribute to a more inclusive and accessible healthcare system for all.

Keywords (DeCS/MeSH): Vaccination; Emigrants and Immigrants; Health Services Accessibility; Empowerment; Community Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIMA - Agência para a Integração, Migrações e Asilo

APA - American Psychological Association

CRP – Constituição da República Portuguesa

CS - Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CUS – Cobertura Universal de Saúde

DDO – Doença de Declaração Obrigatória

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESCSP - Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

MPS – Metodologia do Planeamento em Saúde

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNS – Plano Nacional de Saúde

REVIVE - Rede de Vigilância de Vetores

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SMART – Specific (específicos), Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes, Temporais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

TAS – Técnica Auxiliar de Saúde

UC - Unidades Curriculares

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidade Local de Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WBS - Work Breakdown Structure

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.1. FLUXOS MIGRATÓRIOS.....	23
2.2. SAÚDE PÚBLICA, MIGRAÇÃO E VULNERABILIDADE	26
2.3. MIGRAÇÃO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE	27
2.4. DETERMINANTES DE SAÚDE E AS FASES DA MIGRAÇÃO	28
2.5. A EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE	29
2.6. O PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO FACILITADOR DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	31
2.7. MODELO DE CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE DE CAMPINHA-BACOTE.....	32
3. ENQUADRAMENTO PRÁTICO.....	36
3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE.....	36
3.1.1. <i>A Unidade Local de Saúde</i>	36
3.1.2. <i>A Unidade de Saúde Pública</i>	37
3.1.3. <i>A Unidade de Cuidados na Comunidade</i>	37
3.1.4. <i>A Comunidade</i>	38
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	40
4.1. QUESTÕES ÉTICAS.....	41
4.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	42
4.2.1. <i>Participantes e Contexto</i>	43
4.2.1.1. <i>Migrantes no Concelho X</i>	43
4.2.1.2. <i>Profissionais de Saúde</i>	45
4.2.2. <i>Procedimentos e Instrumentos de Colheita de Dados</i>	46
4.2.3. <i>Análise de Dados</i>	47
4.2.4. <i>Problemas/Necessidades de Saúde Identificados</i>	50

4.3.	DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	51
4.4.	DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	53
4.5.	DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS	58
4.6.	PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO	60
4.6.1.	<i>Recursos Humanos, Materiais e Físicos e Análise da Estratégia Orçamental</i>	63
4.6.2.	<i>Planeamento das Atividades</i>	64
4.6.3.	<i>Cronograma de Atividades</i>	65
4.6.4.	<i>Comunicação e Divulgação do Projeto</i>	66
4.7.	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	67
5.	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	77
6.	ANÁLISE REFLEXIVA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	79
6.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	79
6.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	83
6.3.	COMPETÊNCIAS DE GRAU MESTRE	86
7.	CONCLUSÃO	88
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
	ANEXOS	97
	ANEXO A – PARTICIPAÇÃO EM FORMAÇÕES, JORNADAS, <i>WEBINARS</i> E SEMINÁRIOS	98
	ANEXO B – CERTIFICADO PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE	102
	APÊNDICES	104
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS (QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO NA POPULAÇÃO MIGRANTE)	105
	APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	110
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	113
	APÊNDICE D – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA”	117
	APÊNDICE E– SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE “CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES”	122

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fluxos migratórios, por principais nacionalidades (2021-2022)	25
Tabela 2 - nº de Utentes com Vacinas em Atraso, por vacina.	47
Tabela 3 - Caracterização dos Profissionais de Saúde.	49
Tabela 4 - Comparação por Pares.	52
Tabela 5 - Objetivos específicos, atividades, indicadores e metas.	55
Tabela 6 - Estratégias, pertinência, vantagens e obstáculos.	60
Tabela 7 - Gestor, Equipa de Gestão, Equipa de Execução e Parceiros	61
Tabela 8 - Recursos inerentes ao desenvolvimento da intervenção comunitária.	63
Tabela 9 - Planeamento das Atividades.	64
Tabela 10 - Cronograma do projeto.	65
Tabela 11 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.	69
Tabela 12 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.	71
Tabela 13 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados	73
Tabela 14 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.	75

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- As Fases da Migração e os Determinantes em Saúde.	29
Figura 2 – Campinha-Bacote (2002): The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services.	33
Figura 3 - Work-Breakdown Structure (WBS)	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Vistos de residência atribuídos por razões de entrada e nacionalidades (2021 e 2022).....	25
Gráfico 2 - Representatividade da População Estrangeira.....	43
Gráfico 3 - Dados Estatísticos da População Estrangeira no Concelho X	44

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública [ESCSP], especificamente nas Unidades Curriculares [UC] de Estágio: Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório.

A principal finalidade destas UC é desenvolver conhecimentos e competências em Saúde Comunitária e Saúde Pública, que permitam, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde [MPS], e na análise epidemiológica, estabelecer projetos ou programas de intervenção através da realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade, identificar os determinantes que condicionam a saúde de grupos, comunidades ou populações, participar na vigilância epidemiológica e colaborar na execução de atividades de programas ou planos de saúde relacionados com os determinantes globais da saúde. Consolidando assim competências de diagnóstico, planeamento, atuação e avaliação dos cuidados especializados em ESCSP. Assume, igualmente, o propósito de analisar de forma crítica e reflexiva o percurso realizado durante o Curso de Mestrado, considerando os conhecimentos teóricos adquiridos e as atividades realizadas ao longo dos estágios, como promotoras da aquisição e mobilização de competências, culminando na elaboração de um relatório final que evidencia todo o processo formativo.

A sociedade portuguesa, tem evoluído de forma complexa, vivenciando transformações relevantes nas características da população, nomeadamente alterações sociodemográficas, etnoculturais e epidemiológicas. Estas mudanças exigem transformações no próprio modelo de cuidados, impondo a necessidade de um modelo mais holístico, de maior proximidade, integração e continuidade de cuidados. Por esta razão, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde sejam dinâmicos e adaptativos a este novo modelo de saúde em constante transformação (Pisco & Ramos, 2025).

O Enfermeiro Especialista em ESCSP detém uma visão privilegiada sobre as necessidades atuais da sociedade, pois na excelência da sua prática clínica considera a complexidade dos problemas de saúde de um indivíduo, grupo ou comunidade e desenvolve intervenções de forma a atender às mesmas, resultando em melhorias em saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Os fluxos migratórios têm sido uma constante e crescente realidade em vários países, em Portugal o número de cidadãos estrangeiros a residir no país, quadruplicou em sete anos e atingiu mais de 1,5 milhões no final do ano de 2024 (Agência para a Integração, Migrações e Asilo [AIMA] I.P., 2025).

Um retrato da população imigrante em Portugal, realizado pela PORDATA (2025), afirma que mais de um quarto dos estrangeiros a residir no país (28,9%) se encontra em situação de pobreza ou exclusão social, valor este que ultrapassa em quase 10% os valores registados na população portuguesa (19,2%). Constata também que, em relação às desigualdades de género no mercado de trabalho, estas são mais acentuadas do que na população com nacionalidade portuguesa em idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos.

Não obstante o facto de que Portugal seja frequentemente reconhecido pelas suas políticas de integração, importa salientar que persistem ainda desigualdades significativas. Tal como suprarreferido, a população imigrante apresenta maior risco de pobreza e exclusão social, quando comparados com a população nacional. Este facto pode ser parcialmente explicado, por fatores como sua inserção segmentada no mercado de trabalho, baixos salários, excesso de horas de trabalho e instabilidade de vínculos laborais (Silva & Casimiro, 2023).

Segundo um relatório desenvolvido por Costa (2022), no que concerne à discriminação social, os principais serviços públicos em Portugal onde as pessoas imigrantes já sofreram discriminação são: Centros de Saúde (34,3%), Finanças (17,5%), Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (16,1%), Universidades (15,3%), Segurança Social (8,8%) e Hospitais públicos (8,8%). Importa, neste contexto, sublinhar que, para além dos fatores tradicionalmente identificados como impulsionadores de desigualdades e discriminação — tais como o género, a nacionalidade, a etnia e a classe social — estes não atuam de forma isolada, interligam-se entre si, configurando relações complexas de exclusão, devendo ser analisadas de uma perspetiva interseccional e não fragmentada.

Torna-se, então, fundamental reconhecer a pluralidade das manifestações discriminatórias, assim como os seus impactos diretos e indiretos nos processos de integração dos imigrantes em Portugal. Neste contexto, importa analisar a população migrante à luz da inter-relação das suas

múltiplas e complexas vulnerabilidades, e dos processos estruturais de subalternização associados à sua origem, nacionalidade, etnia, género e classe social. Considerando que estes fatores se articulam de forma dinâmica e cumulativa, continuam a configurar padrões persistentes de desigualdade na integração e acolhimento dos imigrantes em Portugal, condicionando o acesso equitativo aos serviços públicos, aos direitos e oportunidades essenciais à plena inclusão social (Silva & Casimiro, 2023).

A Cobertura Universal de Saúde [CUS], implica que todos os indivíduos e comunidades têm acesso a serviços essenciais de saúde, de qualidade e adequados às suas necessidades, sem que tal represente um encargo financeiro insuportável e que consequentemente comprometa a sua geração ou as gerações futuras. Para alcançar este objetivo, é fundamental desenvolver políticas de investimento nos Cuidados de Saúde Primários [CSP], pois estes representam a via mais eficaz e equitativa na garantia do acesso universal aos cuidados de saúde essenciais em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2025).

A Declaração de Alma-Ata, consagra a saúde como um direito fundamental e reafirma que as desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde são inaceitáveis em qualquer que seja a realidade social, política ou económica. Esta declaração, estabelece que os CSP configuram a estratégia central na promoção do acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde, pressupondo a participação ativa das comunidades na implementação do mesmo. Além disso, identifica a necessidade de articulação intersectorial reconhecendo que a promoção da saúde depende não apenas do setor de saúde, mas da colaboração entre múltiplos setores sociais e económicos (World Health Organization [WHO], 1978).

De igual modo, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, corrobora com a necessidade de um esforço coletivo e intersectorial na promoção da saúde, destacando a importância da capacitação dos indivíduos e comunidades no controlo sobre os determinantes de saúde e qualidade de vida. Salienta, ainda, que os serviços de saúde devem estar orientados para a promoção da saúde e não apenas para os aspetos curativos, e têm de assumir uma responsabilidade abrangente, sensível e que respeite as especificidades culturais. Para tal, torna-se necessário que se reoriente os serviços de saúde, dando especial atenção às alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais. Esta abordagem deve conduzir a uma reorganização dos serviços de saúde e a uma evolução das atitudes, de modo a focalizar plenamente as necessidades do indivíduo na sua globalidade enquanto pessoa (WHO et al., 1986).

Atualmente, um número significativo de migrantes enfrenta obstáculos em diversas questões relacionadas com acesso aos serviços de saúde. Nomeadamente, a falta de informação sobre as formalidades burocráticas; a dificuldade em compreender e utilizar a língua do país que os recebe; a escassez de indivíduos com competência na sua língua materna; a falta de hábitos na utilização dos serviços de saúde; o estabelecimento de um relacionamento interpessoal precário com os profissionais de saúde; e o medo de serem denunciados às autoridades, nos casos em que se encontram em situação irregular (Cierco & Marfil-Carmona, 2019).

No relatório “*Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*” de 2019, são descritas as desigualdades em saúde com foco na identificação de soluções e implementação de ações, a fim de aumentar a equidade na saúde. São apresentadas as condições necessárias para reduzir as desigualdades e promover um acesso mais equitativo aos cuidados. Dentro destas, destaca-se a implementação de políticas que garantam o acesso universal e a qualidade dos cuidados, sendo considerada como estratégia principal na redução das disparidades. Sugere, ainda, a participação e empoderamento social, capacitando assim as pessoas e as comunidades na participação ativa na própria saúde (WHO, 2019).

Fundamentadas nos pressupostos acima, foram realizadas reuniões nos locais de estágio, Unidade de Saúde Pública [USP] e na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], tendo sido efetuado um diagnóstico de situação da população residente na área de abrangência da Unidade Local de Saúde [ULS], a que estas unidades funcionais pertencem.

Este diagnóstico, corroborado pela perspectiva dos próprios profissionais de saúde afetos à USP e UCC em questão, inferiu que a imigração tem um papel de destaque na população desta região, assim como tem uma influência significativa na saúde e bem-estar de toda a comunidade migrante e não migrante. Deste modo, este relatório fundamenta-se no diagnóstico de situação e no projeto de intervenção comunitária, desenvolvido com base nesse diagnóstico, realizado à população residente num concelho específico que esta ULS abrange.

Com base nesta análise, efetuada nos locais de estágio, identificou-se a preocupação em saúde no âmbito da equidade no acesso aos cuidados de saúde da comunidade migrante. Foi realizado, junto das equipas, um apuramento das necessidades de intervenção nesta população. Simultaneamente, foi efetuado um levantamento de dados epidemiológicos que refletem e reforçam a necessidade de intervenção ao nível desta problemática. Complementarmente, foram consultados documentos nacionais e internacionais, que reconhecem a importância deste

tema, assim como a necessidade de intervenção na área da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O principal objetivo deste relatório, tal como descrito no início deste capítulo, é, não apenas a obtenção do grau de mestre em ESCSP, mas também a análise e avaliação dos objetivos do projeto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo do estágio do 2º ano. Deste modo, o projeto de intervenção comunitária teve como foco a população migrante de um concelho pertencente à ULS, procurando promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde desta comunidade. Neste sentido, utilizou-se a MPS, percorrendo cada uma das suas etapas, entre abril de 2025 e janeiro de 2026.

Este relatório foi elaborado progressivamente ao longo dos estágios, com o objetivo de apresentar as distintas fases da MPS, alinhando-as com as normas vigentes no estabelecimento de ensino e procurando um encadeamento lógico entre capítulos, de modo a proporcionar uma leitura clara e fácil compreensão do documento.

Neste âmbito, o relatório ora apresentado é composto por sete partes. A primeira diz respeito ao presente capítulo, onde se procede à introdução do relatório, à UC em que está inserido e também ao tema abordado no projeto de intervenção comunitária.

O segundo capítulo, integra um enquadramento teórico que fundamenta e contextualiza a problemática, com base no estado da arte, em dados epidemiológicos e documentos nacionais e internacionais que suportam a pertinência desta temática. Para melhor compreensão e encadeamento, subdividiu-se esta secção em sete pontos: no primeiro, é feita uma caracterização dos fluxos migratórios e da população imigrante em Portugal; no segundo ponto, estabelece-se a correlação entre a saúde pública, a migração e a situação de vulnerabilidade; no terceiro, explora-se o conceito de migração como determinante de saúde; no quarto, é apresentado como os determinantes de saúde influenciam a saúde dos migrantes nas diferentes fases da migração; no quinto, é retratada a importância da equidade no acesso à saúde; no sexto, é abordado o papel dos profissionais de saúde como elemento facilitador da equidade no acesso aos cuidados de saúde; e, por último, no sétimo ponto, é selecionado e explorado o Modelo que dará suporte ao presente projeto de intervenção comunitária.

Após a exposição do enquadramento teórico que fundamenta este relatório, inicia-se o Enquadramento Prático, onde é descrita a ULS e as Unidades Funcionais [UF] onde foi realizado o estágio, assim como a comunidade-alvo do projeto de intervenção comunitária.

Enquadrados e expostos as bases teóricas e práticas, que fundamentam tanto este relatório, como o projeto de intervenção comunitária, inicia-se o quarto capítulo, mais concretamente o Projeto de Intervenção Comunitária, com base na MPS. Neste capítulo, faz-se uma breve abordagem sobre a MPS, posteriormente procura-se estruturar as diversas etapas, de forma sistematizada, dividindo em subcapítulos, sendo os mesmos: as Considerações Éticas tidas em conta durante todo o projeto; o Diagnóstico de Situação, contextualização da problemática e a caracterização dos participantes (migrantes e profissionais de saúde); os Instrumentos de Colheita de Dados utilizados e feita a Análise dos Dados obtidos, e com base nesses pressupostos, enunciam-se os Problemas/Necessidades de Saúde Identificadas, posteriormente apresenta-se a Determinação de Prioridades, e respetiva hierarquização de problemas, seguida da Fixação de Objetivos e Seleção de Estratégias. É ainda neste capítulo que se procede à Preparação Operacional, com as Intervenções/Atividades desenvolvidas, o respetivo Cronograma e os Recursos necessários à sua realização. Por fim, é apresentada a Monitorização e Avaliação do Projeto.

Na quinta parte deste relatório, são expostas outras atividades desenvolvidas em contexto de estágio, consideradas relevantes para a aquisição e desenvolvimento de competências.

O que nos leva ao penúltimo capítulo, onde é feita uma Análise Reflexiva das Competências Adquiridas e Desenvolvidas ao longo do estágio e do projeto de intervenção comunitária, neste contexto são expostas e analisadas as competências de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em ESCSP.

Por último, este relatório termina com as conclusões alcançadas, não exclusivamente no decurso dos estágios, mas também com a implementação do projeto de intervenção comunitária, com os conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura e ao longo do Mestrado em ESCSP.

O presente Relatório está redigido segundo as orientações da Norma de Elaboração de Trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora (Frias et al., 2023), e foi elaborado em concordância com a *American Psychological Association* [APA] 7th Edition (Ayrubi, 2019).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A globalização e os fenómenos de transformação demográfica são fatores que influenciam os movimentos migratórios. Por um lado, a globalização exige novas formas de diálogo e cooperação internacional, colocando desafios adicionais aos decisores políticos de todo o mundo. No entanto, promove uma maior interligação entre os países, fomentando a consciência acerca das disparidades nacionais e das oportunidades de crescimento económico e social que daí resultam (Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, 2015).

O aumento crescente dos fluxos migratórios, tem conduzido a um processo de transformação das sociedades. A migração não é uniforme no mundo todo, existem padrões de migração distintos, moldados por fatores económicos, geográficos, demográficos entre outros (McAuliffe & A. Triandafyllidou., 2021)

A WHO (2022), no *World Report on the Health of Refugees and Migrants*, descreve a migração como um determinante-chave da saúde e bem-estar, tanto da população migrante, como das populações dos países de destino, trânsito e origem. A saúde dos migrantes pode melhorar quando estes se deslocam para uma área onde encontram ofertas de trabalho seguras e bem remuneradas, assim como melhores condições de vida. No entanto, a saúde dos mesmos pode estar em risco quando são expostos a condições que comprometem o seu bem-estar durante o processo da migração. Dentro dos fluxos migratórios, há determinados casos em que os migrantes ficam apenas alguns meses num país para seguidamente se deslocarem para outro, o que pode dar origem a uma interrupção de cuidados ou tratamentos, levando a desafios na continuidade dos cuidados.

2.1. FLUXOS MIGRATÓRIOS

Segundo a OMS (2022), atualmente, no mundo existem cerca de 1 bilião de pessoas deslocadas do seu país de origem, sendo que 281 milhões são migrantes (OMS, 2022).

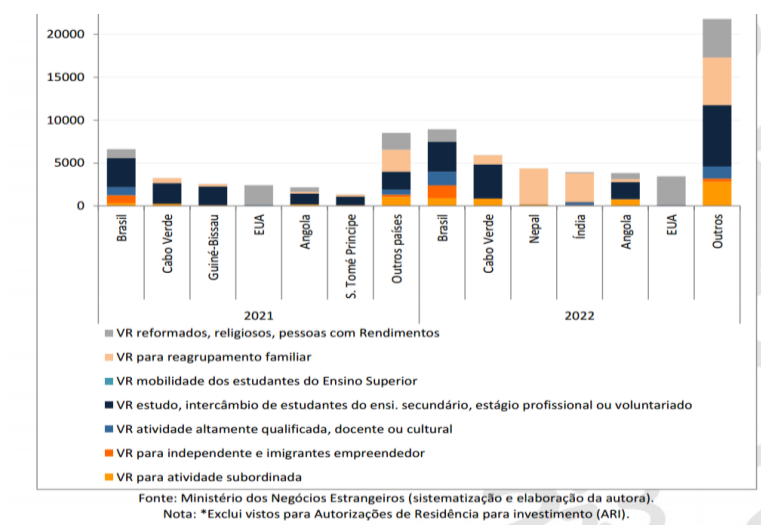
Em 2022, os fluxos migratórios para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] registaram um crescimento sem igual, com mais 6 milhões de novos migrantes permanentes (sem incluir refugiados), sendo que os dados de 2023 sugerem um aumento contínuo (OCDE, 2023).

Em Portugal, em 2022, o número de novos migrantes com intenção de permanência foi de 167 mil migrantes, aumentando assim cerca de 72,1% face a 2021. Os dados de 2024 demonstram que esta tendência é crescente, sendo que nesse ano houve um novo aumento, verificando-se assim 1.543.697 cidadãos estrangeiros a residir em território nacional (AIMA I.P. - DPEE – Direção de Planeamento, 2025).

Portugal é um país de longa experiência com fluxos migratórios, durante muitos anos sentiu-se essencialmente o fluxo emigratório no país, no entanto, recentemente o fluxo imigratório tem assumido uma dimensão considerável, o que fez com que a partir de 1993 os saldos migratórios se tornassem positivos de forma consistente. Em 2020, Portugal atingiu a décima oitava posição entre os 27 Estados-membros da União Europeia [UE] com maior número de estrangeiros residentes, em 2021 e 2022 manteve essa posição. O perfil migratório nas últimas três décadas em Portugal tem sido, predominantemente, por motivos económicos, proporcionando um aumento dos efetivos em idade jovem, fértil e ativa. O que contrasta com a realidade do contexto português, por ser um dos países mais envelhecidos do continente europeu, com uma das maiores proporções de idosos e menor percentagem de população jovem (Silva & Casimiro, 2023).

As características dos imigrantes em Portugal não são homogéneas, no entanto verifica-se uma uniformidade na distribuição do motivo da vinda em todas as nacionalidades (Gráfico 1). Importa reconhecer que a evolução das entradas por nacionalidade não tem sido igualmente distribuída, em 2022 as nacionalidades que mais aumentaram na concessão de vistos de entrada foram a nepalesa (com 4.383 vistos de residência) e a indiana (com 3.943 vistos de residência), comparativamente a 2021 em que as nacionalidades mais representativas eram a brasileira e a cabo-verdiana (Oliveira, 2023).

Gráfico 1 - Vistos de residência atribuídos por razões de entrada e nacionalidades (2021 e 2022.)



Fonte: (Oliveira, 2023).

No que concerne à concessão de novos títulos com dispensa de visto de residência, a tendência também demonstra um aumento em quase todas as nacionalidades, como se pode analisar na Tabela 1, exceto na nacionalidade francesa. As principais nacionalidades com novos títulos são a brasileira, a indiana e a italiana. No entanto, torna-se relevante referir que os países com maior variação na concessão de títulos foram o Reino Unido (com +618,0%), o Bangladesh (com +188,6%) e o Paquistão (com 99,3%) (Oliveira, 2023).

Tabela 1 - Fluxos migratórios, por principais nacionalidades (2021-2022)

Nacionalidades e tipos de títulos	2021	2022	Variação 2021-2022 (%)
Brasil	39.456	48.313	+22,4
Índia	7.407	7.414	+0,1
Itália	5.302	6.977	+31,6
Angola	4.597	6.939	+50,9
Bangladesh	2.132	6.153	+188,6
Cabo Verde	3.889	4.729	+21,6
França	4.754	4.697	-1,2
Guiné-Bissau	3.746	4.235	+13,1
Alemanha	3.935	4.019	+2,1
Paquistão	2.006	3.997	+99,3
Nepal	2.759	3.858	+39,8
Espanha	3.583	3.599	+0,4
EUA	2.475	3.288	+32,8
Reino Unido	417	2.994	+618,0

Fonte: (Oliveira, 2023).

Portugal é um país que se tem destacado pelas boas práticas nas políticas de integração e inclusão social para imigrantes, sendo considerado um dos países mais inclusivos do mundo. A dimensão que tem induzido Portugal a este destaque está na promoção da igualdade de tratamento entre imigrantes e não imigrantes, o que se reflete em todas as dimensões da proteção social e inserção no mercado (Silva & Casimiro, 2023).

2.2. SAÚDE PÚBLICA, MIGRAÇÃO E VULNERABILIDADE

Os estudos reportam que os migrantes são tendencialmente saudáveis numa fase inicial, porém o seu estado de saúde tende a deteriorar-se devido à sua maior vulnerabilidade socioeconómica no país que os recebe. Nomeadamente, falta de condições de trabalho, remuneração baixa, pobreza, más condições de habitação e exclusão social, colocam os migrantes em especial risco no que concerne a disparidades no acesso à saúde. (Silva et al., 2022)

Segundo Silva et al. (2022), os migrantes que têm origem em países em desenvolvimento apresentam maior risco de apresentarem doenças infetocontagiosas, que poderiam ser prevenidas pela vacinação. Este risco acrescentado, pode ser justificado por estas doenças serem mais prevalentes nestes países e por habitarem em condições sem salubridade. As recomendações internacionais propõem que o plano de vacinação dos migrantes deve ser revisto e atualizado quando necessário, de forma a corresponder ao plano de vacinação do país de acolhimento, sendo que, quando o estado vacinal é desconhecido ou não existem documentos comprovativos do mesmo, deve assumir-se que a pessoa não tem qualquer vacina. As recomendações também incluem que, previamente à vacinação, sejam feitos rastreios a algumas doenças de acordo com o país de origem, sendo estas: Tuberculose, Varicela, Hepatite B, Hepatite C, Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH], Schistosomiasis e Strongyloidiasis.

A migração é assim considerada um desafio para a Saúde Pública, devido à complexidade dos determinantes em saúde das populações migrantes e à heterogeneidade destas populações, apesar da escassez no que concerne a dados de saúde e investigação sobre esta temática, os indicadores de saúde apontam para que os migrantes apresentem maior vulnerabilidade a problemas de saúde (Dias & Gonçalves, 2007).

Segundo a OMS (2010), para alcançar a saúde dos migrantes e da população das sociedades de acolhimento, a Saúde Pública deve promover quatro princípios:

- 1) Evitar disparidades entre migrantes e não migrantes, quanto ao estado de saúde e ao acesso a cuidados de saúde;
- 2) Garantir o direito à proteção dos migrantes, mitigando a discriminação e as barreiras existentes no acesso à saúde por partes dos migrantes;
- 3) Reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes;
- 4) Minimizar os impactos negativos do processo migratório, responsáveis pela maior vulnerabilidade e riscos de saúde destas populações migrantes.

O Plano Nacional de Saúde [PNS] 2030, identificou os migrantes como um grupo populacional de maior vulnerabilidade ou risco, de acordo com o diagnóstico de desigualdades e iniquidades em saúde, assim como doença ou incapacidade, considerando prioritária a satisfação das necessidades em saúde, destacando as necessidades relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

2.3. MIGRAÇÃO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE

O estado de saúde de uma pessoa ou população depende diretamente de fatores, denominados determinantes, que contribuem para o aumento ou diminuição da probabilidade de ocorrência de doença ou morte prematura evitável. Os diferentes tipos de determinantes interagem entre si, numa relação complexa de influência e interdependência, podendo um determinante estar relacionado com um ou mais problemas de saúde, ou um grupo de determinantes estar relacionado com um grupo de vários problemas de saúde. Os determinantes de saúde podem ser classificados como: “ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.” (DGS, 2022, p. 47)

A OMS (2022) reconheceu a migração em si, como um determinante de saúde e bem-estar, tanto das populações migrantes e como das populações dos países de acolhimento.

Um dos principais determinantes que impactam a saúde das populações migrantes, é o acesso à saúde, sendo este condicionado por diversas barreiras, nomeadamente, legislativas,

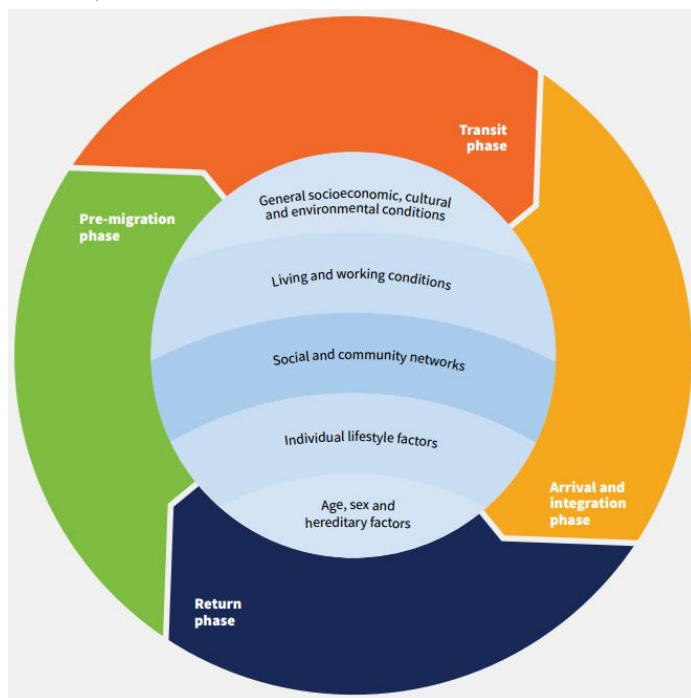
económicas, organizacionais, culturais e linguísticas. A saúde é um direito universalmente reconhecido, apesar disso, os migrantes, sobretudo os que se encontram em situação irregular, sofrem várias restrições no acesso aos cuidados de saúde, como é o caso dos custos associados aos cuidados de saúde e a falta de proteção social (Dias & Gonçalves, 2007). Apesar do crescente reconhecimento da importância da saúde dos migrantes, persistem ainda lacunas no conhecimento no que concerne à relação entre a migração e a saúde, assim como dos impactos reais da migração na saúde (Oliveira & Gomes, 2018).

2.4. DETERMINANTES DE SAÚDE E AS FASES DA MIGRAÇÃO

Tal como já referido, a migração é, por si só, considerada um determinante de saúde. É um determinante complexo e dinâmico, pois tanto as características individuais de cada migrante como os contextos que rodeiam a própria migração (antes, durante, depois e no regresso) influenciam a saúde dos migrantes. A migração pode ser considerada voluntária, motivada por oportunidades económicas, educação, procura de cuidados de saúde ou melhoria das condições de vida. Pode também ser forçada, quando as pessoas são obrigadas a abandonar as suas casas/países, resultando em deslocamento/refugiados. As políticas dos países podem incentivar ou restringir a migração conforme as necessidades económicas, sociais, humanitárias ou políticas. Os padrões migratórios e as necessidades de saúde dos migrantes, são também influenciadas por fatores como o envelhecimento, urbanização, conflitos e alterações climáticas (WHO, 2022).

A Figura 1 representa como a saúde e o bem-estar dos migrantes são influenciados por determinantes ao nível micro, meso e macro ao longo de todas as fases da migração. Estes fatores podem intensificar as vulnerabilidades em saúde, como por exemplo, o agravamento de doenças crónicas, devido ao acesso limitado aos cuidados de saúde, ou levar a alterações nos hábitos alimentares, que podem ter efeitos negativos ou positivos na saúde (WHO, 2022).

Figura 1- As Fases da Migração e os Determinantes em Saúde.



Fonte: (WHO, 2022)

O modelo socioecológico de Bronfenbrenner, tal como representado pela WHO (2022) na Figura 1, entende a saúde como o resultado da interação de múltiplos determinantes, desde fatores individuais até contextos sociais, económicos e estruturais mais abrangentes. Esta adaptação do modelo socioecológico demonstra que os determinantes influenciam a saúde dos migrantes de forma distinta ao longo das várias fases da migração. A interação entre os determinantes de saúde e as diferentes fases da migração, no

percurso de vida, podem resultar em consequências para a saúde, tanto imediatas, como a longo prazo. A promoção e proteção da saúde dos migrantes exige uma abordagem integrada, que englobe todos os determinantes de saúde ao longo da migração e do percurso de vida, a qual permite promover a saúde da população em geral, incluindo a população de acolhimento (WHO, 2022).

2.5. A EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE

O acesso aos cuidados de saúde em Portugal é um pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde [SNS], é estruturado segundo os princípios de universalidade, igualdade e equidade, assegurando a prestação de cuidados a todos os cidadãos, independentemente da sua situação socioeconómica, localização geográfica ou origem cultural (DGS, 2022). Também o Parlamento Europeu, reconhece o acesso aos cuidados de saúde como um dos pilares dos direitos sociais na Europa, declarando que “todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços acessíveis” (Comissão Europeia et al., 2017, p.20).

A Saúde é então um direito fundamental de todos os indivíduos, o estado tem a obrigatoriedade de garantir o acesso de todos os cidadãos - independentemente da sua condição económica - à proteção da saúde, incluindo cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, conforme o consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa [CRP] (Assembleia da República, 2005).

Entende-se Equidade em Saúde pelo acesso uniforme e igualitário de todos os indivíduos a cuidados de saúde que promovam a prevenção, a promoção e o tratamento de doença (Banerjee, 2020). É um princípio básico e fundamental que deve ser considerado prioritário nas orientações das políticas de saúde na União Europeia e consequentemente em Portugal (Coelho, 2019).

A promoção da Equidade em saúde exige que os cuidados reflitam padrões de qualidade, segurança, disponibilidade e pertinência, devendo as respostas dos serviços ser o mais alinhadas possível às reais necessidades dos indivíduos e das populações, de modo a otimizar os ganhos em saúde (Ramalho, 2021).

Constata-se então, que o direito ao acesso a cuidados de saúde é universal, sendo responsabilidade do Estado a efetivação deste direito, mediante a oferta de serviços adequados. Este princípio é suportado pela Lei de Bases da Saúde nos termos da alínea b) do nº1 da Base 2, que define que todas as pessoas devem poder aceder aos cuidados de saúde apropriados à sua situação, em tempo útil e de acordo com as boas práticas e segurança em saúde (Assembleia da República, 2019)

A Lei de Bases da Saúde, o PNS e os Planos Regionais e Locais de Saúde são considerados pilares das políticas de saúde, promovendo o investimento no planeamento e na avaliação em saúde. Segundo o modelo de governação aplicável, conforme o Despacho n.º 4429/2018, a DGS elabora e coordena o planeamento estratégico e a execução do PNS (Assembleia da República, 2018)

Assim, o acesso aos cuidados de saúde está intrinsecamente ligado à equidade no acesso ao sistema de saúde, sendo esta uma responsabilidade do Estado e, por consequência, de todos os profissionais de saúde. O enfermeiro desempenha um papel central na promoção da equidade e no acesso aos cuidados, assim como no desenvolvimento e implementação de estratégias que facilitem esses princípios. De acordo com o código deontológico, o enfermeiro deve, no exercício da sua prática profissional, prestar cuidados à pessoa de forma imparcial, sem

qualquer tipo de discriminação económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa, assegurando o respeito por estes direitos. No que se refere ao direito ao cuidado, o enfermeiro assume a responsabilidade de atender às necessidades da pessoa de forma oportuna, encaminhá-la para outro profissional quando necessário e garantir a continuidade dos cuidados (Assembleia da República, 2024).

2.6. O PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO FACILITADOR DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

É dever deontológico de enfermagem cuidar e respeitar, sem qualquer discriminação, todas as pessoas, independentemente das suas opções políticas, culturais, morais e religiosas, assim como, garantir que possam exercer os seus direitos no que respeita às suas convicções (OE, 2015)

Na relação intersubjetiva em enfermagem, a qualidade dos cuidados de saúde prestados está diretamente relacionada com a capacidade de responder às características culturais da diáde enfermeiro-pessoa. Os profissionais, na relação com o outro (sendo o outro culturalmente diferente de si), de forma a desenvolver competências de comunicação, devem efetuar uma prática reflexiva sobre a sua conduta, adaptando a sua práxis a contextos culturais diferentes, promovendo aprendizagens que lhes permitam olhar o mundo sob uma perspetiva cultural diferente (Mateus et al., 2020)

Deste modo, importa notar que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção do cuidado equitativo, garantindo o respeito pelas diferenças culturais, políticas ou religiosas de todas as pessoas a quem presta cuidados. A qualidade dos mesmos está intimamente ligada à capacidade que o enfermeiro possui na compreensão das características de cada indivíduo e na sua capacidade de adaptação e adequação dos cuidados.

O enfermeiro, almejando a excelência dos cuidados, detém um papel fundamental na construção de uma prática de enfermagem inclusiva e equitativa. Procura que a sua prática (não só clínica, mas também reflexiva), amplie os seus horizontes emocionais e interpessoais, evoluindo não apenas a nível prático, mas em todas as dimensões do seu Ser.

Olhar para o cuidado de enfermagem, perante a diversidade cultural, deve visar o desenvolvimento da interculturalidade, pressupondo assim um pensamento mais construtivo, ativo na partilha entre a díade enfermeiro-pessoa/enfermeiro-comunidade, e consequentemente com mais ganhos sociais, culturais e em saúde.

Assim, de forma a planear e executar intervenções eficazes e culturalmente competentes este projeto de intervenção comunitária será suportado pelo Modelo de Cuidado Culturalmente Competente desenvolvido por Josepha Campinha-Bacote, em 2002.

2.7. MODELO DE CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE DE CAMPINHA-BACOTE

De forma a compreender eficazmente este modelo, e a sua pertinência para a temática abordada neste relatório, torna-se fundamental aprofundar o próprio conceito de **Competência Cultural**. Neste âmbito, Campinha-Bacote, é reconhecida por ser a autora da definição do conceito de **Competência Cultural** mais frequentemente citado na literatura científica. Segundo a autora, trata-se de um processo contínuo no qual o profissional de saúde procura desenvolver, de forma constante, a capacidade de prestar cuidados eficazes, considerando o contexto cultural do cliente — seja este a pessoa, a família ou a comunidade (Moita & Silva, 2016).

O Modelo de Cuidado Culturalmente Competente, desenvolvido por esta autora, pode ser utilizado pelos profissionais de saúde como estrutura para desenvolver e implementar serviços de saúde culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2002).

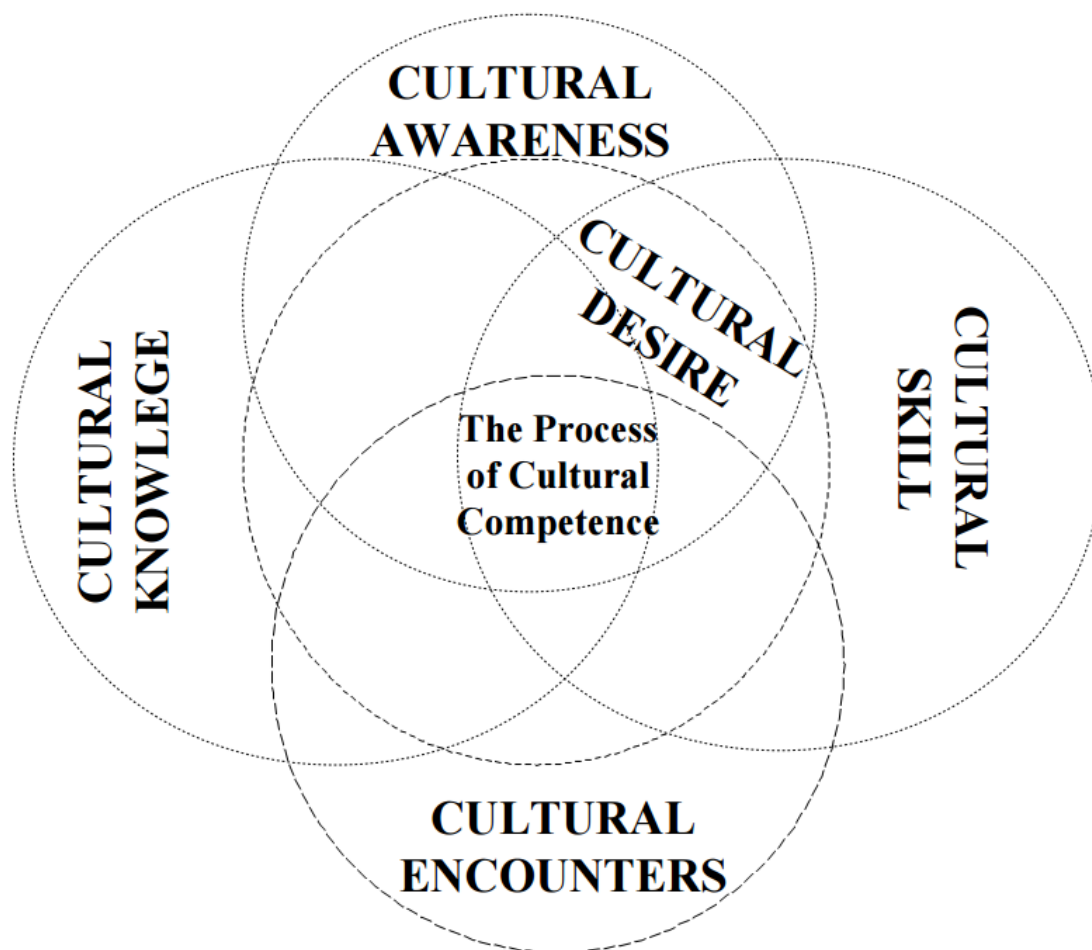
Este modelo, desenvolvido por Campinha-Bacote, em 2002, tem origem na Teoria de Enfermagem Transcultural de Leininger (1991) e na Teoria de Desenvolvimento Multicultural de Pedersen (1988) (Moita & Silva, 2016). Integra, ainda, contributos das áreas da Enfermagem Transcultural, da Antropologia Médica e do aconselhamento multicultural (Campinha-Bacote, 2002).

Entende-se, assim, a competência cultural como um processo dinâmico e contínuo, no qual o profissional de saúde procura aperfeiçoar-se de forma permanente, para atuar eficazmente no contexto cultural da pessoa a quem presta cuidados. A autora, propõe ainda que os profissionais

se reconheçam como estando em constante desenvolvimento do que é ser culturalmente competente, em vez de considerarem que já alcançaram plenamente a competência cultural (Campinha-Bacote, 2002).

Campinha-Bacote (2002), tal como ilustra a Figura 2, estrutura este modelo em cinco dimensões: Consciência Cultural, Conhecimento Cultural, Habilidade Cultural, Encontros Culturais e Desejo Cultural.

Figura 2 – Campinha-Bacote (2002): The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services.



Fonte: (Campinha-Bacote, 2002)

Para uma compreensão aprofundada deste modelo, torna-se essencial analisar cada um destes constructos, definidos pela autora Campinha-Bacote (2002):

- **Consciência Cultural:** O processo de autoanálise do próprio contexto cultural e profissional, que permite ao profissional reconhecer preconceitos e pressupostos pessoais, evitando impor os seus valores e crenças a outras culturas.

- **Conhecimento Cultural:** Compreender crenças e valores, incidência de doenças e eficácia de tratamentos de diferentes grupos culturais, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo e realizando avaliações culturais personalizadas.
- **Habilidade Cultural:** Capacidade de recolher informações culturais relevantes e realizar avaliações físicas de forma adequada, considerando as crenças, valores e práticas culturais da pessoa. Inclui compreender como diferenças físicas, biológicas e fisiológicas podem influenciar a avaliação, garantindo que esta seja precisa e culturalmente sensível.
- **Encontros Culturais:** Interações diretas com pessoas de diferentes contextos culturais, permitindo ao profissional de saúde ajustar crenças, prevenir estereótipos e compreender melhor as necessidades culturais. É importante considerar a variação dentro de cada cultura e, quando necessário, utilizar intérpretes qualificados para garantir comunicação precisa e adequada.
- **Desejo Cultural:** Motivação do profissional de saúde para se envolver voluntariamente no desenvolvimento da consciência, do conhecimento e da habilidade cultural, bem como na experiência de encontros culturais. Mais do que simplesmente respeitar valores ou aplicar intervenções culturalmente específicas, é essencial que o profissional demonstre um compromisso genuíno em prestar cuidados culturalmente sensíveis. Este desejo envolve abertura, flexibilidade, aceitação das diferenças, valorização das semelhanças e disposição para aprender com os outros. Trata-se de um processo contínuo de aprendizagem, conhecido como **humildade cultural**.

De acordo com esta teórica, as cinco dimensões que compõem o Modelo de Cuidado Culturalmente Competente são interdependentes entre si e, independentemente do momento em que o profissional de saúde inicia o processo, todos os cinco constructos devem ser abordados e/ou experienciados. Devem ser abordados em conjunto, sendo que a sua interseção representa o verdadeiro Processo de Competência Cultural. Este modelo, é aplicável a todas as áreas da prática em saúde, servindo como referência para cuidados culturalmente sensíveis, desenvolvimento de políticas e prestação de serviços culturalmente relevantes (Campinha-Bacote, 2002).

Neste seguimento, o presente projeto visa desenvolver intervenções centradas nos profissionais de saúde e na comunidade migrante da área de intervenção, de forma a promover

a equidade no acesso aos cuidados de saúde, através do aumento/atualização do conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados culturalmente competentes, e do aumento do conhecimento dos migrantes sobre o acesso aos cuidados de saúde e sobre a vacinação.

Objetiva-se, assim, uma melhor prestação de cuidados à população migrante, contribuindo para a melhoria dos cuidados culturalmente competentes e consequentemente da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

3. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE

Os estágios e o projeto de intervenção comunitária foram desenvolvidos no contexto de uma ULS, integrando diferentes unidades funcionais. Neste enquadramento, torna-se fundamental compreender a organização e o funcionamento destas unidades, bem como o seu papel na prestação de cuidados à comunidade. Paralelamente, é igualmente importante caracterizar a comunidade abrangida, considerando os seus determinantes sociais, geodemográficos e de saúde. Esta contextualização permite compreender a realidade em que se desenvolvem as atividades de estágio, bem como do projeto de intervenção comunitária.

3.1.1. A Unidade Local de Saúde

De forma a potenciar o modelo organizacional e melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, otimizando os serviços através de uma gestão integrada das unidades de saúde, o Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, procede à criação da ULS (de uma região do Alentejo). Esta região é caracterizada por alta complexidade em termos sociodemográficos, com consequentes desafios em algumas áreas da saúde, nomeadamente constrangimentos no que respeita à capacidade de resposta dos serviços de saúde, a criação desta ULS teve como objetivo estabelecer condições que possibilitem a utilização eficiente da capacidade existente no hospital e nos centros de saúde, promovendo a integração efetiva dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados da região, assegurando simultaneamente a sustentabilidade económico-financeira e a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

A ULS desta região abrange uma área de influência de 5 310 km², e uma população de 106 110 utentes inscritos à data de dezembro de 2025, estando organizada em seis Centros de Saúde e um Hospital (Serviço Nacional de Saúde, 2026; ULS(X), 2022).

3.1.2. A Unidade de Saúde Pública

Nos termos do Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece a criação, organização e funcionamento das Unidades de Saúde Pública, define também as competências destas unidades, designadamente a monitorização do estado de saúde da população e dos seus determinantes, a vigilância epidemiológica, gestão de programas e projetos nas áreas da promoção da saúde e a prevenção da doença, bem como a coordenação das atividades de saúde pública no âmbito local (Ministério da Saúde, 2009).

A Unidade de Saúde Pública onde foi desenvolvido o estágio, a que reporta este relatório é constituída por uma equipa pluridisciplinar, de 29 elementos, sendo os mesmos: três enfermeiras; seis médicos; três internos; oito Técnicos de Saúde Ambiental; três Higienistas Orais; uma Psicopedagoga; uma Psicóloga e quatro Assistentes Técnicas. É de salientar que apesar desta equipa parecer extensa, muitos dos profissionais que a constituem estão também afetos a outras Unidades Funcionais, pelo que não dedicam todas as horas laborais para a USP.

3.1.3. A Unidade de Cuidados na Comunidade

As UCC, nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, Artigo 28º, são estruturas que prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social, atuando tanto a nível do domicílio como comunitário, privilegiando uma abordagem de proximidade com as pessoas, famílias, comunidade e grupos vulneráveis. Este diploma, estabelece ainda que estas unidades devem desenvolver intervenções no âmbito da educação para a saúde, promover redes de apoios à família e implementar unidades móveis de intervenção (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

A UCC, a que reporta este relatório, é também ela, constituída por uma equipa pluridisciplinar, com 15 elementos: oito enfermeiros, uma Técnica Auxiliar de Saúde [TAS], dois Fisioterapeutas, uma Nutricionista, uma Psicóloga, uma Assistente Social, um médico. É também de ressaltar que alguns elementos constituintes desta equipa são partilhados com outras unidades funcionais, sendo que os únicos elementos afetos a 100% à UCC são os enfermeiros e a TAS.

3.1.4. A Comunidade

Este projeto de intervenção comunitária incide sobre um concelho da área de influência de uma ULS do Alentejo. O Alentejo é dividido em quatro zonas territoriais, e esta ULS corresponde a uma unidade territorial definida pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] III, conforme o Regulamento Delegado 2023/674 (Comissão Europeia, 2022).

Esta Unidade Territorial do Alentejo, tem uma área de 5.309 Km², com uma população residente, em 2023, de 101 388 pessoas (Gabinete de Estratégia e Estudos, 2019b). O concelho a que este projeto de intervenção se refere, doravante designado Concelho X, tem uma extensão territorial de 1721 km², com uma população residente de 33 124, dados de 2023 (Gabinete de Estratégia e Estudos, 2019a).

Atualmente, este concelho divide-se em 14 freguesias que congregam 137 aglomerados populacionais. O concelho é caracterizado pela enorme dimensão do território e pela sua dispersão populacional (Município X, 2026).

O concelho X, tem sido um território atrativo para a fixação de empresas hortícolas, sendo esta uma das atividades com mais peso na economia do concelho proporcionando um aumento da entrada de migrantes de forma a satisfazer as necessidades de mão-de-obra destas empresas.

Os fluxos migratórios são sentidos no concelho X desde a década de 80, e foram caracterizados por quatro grandes vagas de comunidades migrantes. Primeiramente, por cidadãos do norte da Europa, que escolheram o concelho pela qualidade de vida e acabaram por se fixar, constituir família e muitos dedicaram-se à atividade agropecuária e cultural. A segunda vaga foi na chegada de jovens estudantes dos Países Africanos de Língua Portuguesa [PALOP], que vieram com o intuito de frequentar cursos de formação profissional através de protocolos com os países de origem e as escolas do concelho. A terceira vaga, foi sentida com a chegada de migrantes laborais, principalmente oriundos da Europa de Leste (na sua maioria da Bulgária) e do Brasil, estes vieram para satisfazer as primeiras necessidades de mão-de-obra sentida na área da agricultura e agropecuária do concelho. Mais recentemente, a quarta vaga, que foi caracterizada pela vinda de migrantes asiáticos, primeiramente tailandeses, e posteriormente cidadãos de outros países da Ásia (Índia, Nepal, Paquistão e Bangladesh). Estes migrantes vieram com o intuito de trabalhar nas empresas de agricultura intensiva existente no concelho,

na sua maioria de produção de frutos vermelhos (Comissão Local para a Interculturalidade, 2020).

Em 2024, foi conduzido um inquérito de forma a realizar uma caracterização sociodemográfica e de saúde dos trabalhadores das empresas agrícolas que integram um projeto comunitário no concelho X, no total foram inquiridos 320 trabalhadores. Os resultados deste inquérito, traçam um retrato abrangente da qualidade de vida da população migrante do concelho X, destacando níveis globalmente satisfatórios nos domínios do bem-estar, saúde e integração. Contudo, salienta a existência de dificuldades em áreas como o acesso a cuidados de saúde, lazer e informação. Este diagnóstico constitui uma base importante para o desenvolvimento de estratégias e programas que promovam melhores condições de vida e inclusão desta comunidade (Semblano, 2024).

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

O Enfermeiro Especialista em ECSP deve ter como alvo dos seus cuidados as comunidades, considerando a complexidade das mesmas e os seus problemas específicos em saúde, realizando uma avaliação do seu estado de saúde com base na MPS, de acordo com as diferentes etapas do mesmo. Na prática do seu exercício profissional deve privilegiar o empoderamento em saúde, contribuindo assim para a capacitação das comunidades, integrando a coordenação dos Programas de Saúde e cooperando na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Planeamento em Saúde pode ser entendido como o processo de organizar e otimizar a utilização dos recursos disponíveis, com o objetivo de alcançar metas previamente estabelecidas, focando na diminuição dos problemas de saúde identificados como prioritários. Este processo requer a articulação e cooperação entre os diferentes setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

O conceito de Planeamento em Saúde tem origem no processo administrativo que engloba um conjunto de competências, nomeadamente planear, organizar, dirigir e controlar. É aplicado a vários contextos e setores, sendo que o setor da saúde, é um contexto complexo que requer uma utilização meticulosa dos recursos, dada a escassez dos mesmos. Torna-se então crucial priorizar a otimização dos recursos, garantindo a eficiência das intervenções em saúde (Melo, 2020).

Imperatori e Giraldes (1993), apresentam-nos então o processo do Planeamento em Saúde dividido em três etapas, sendo estas a Elaboração do Plano, a Execução e a Avaliação. A Elaboração do Plano é a etapa que pressupõe outras subetapas, nomeadamente, o Diagnóstico de Situação, a Definição de Prioridades, a Fixação de Objetivos, a Seleção de Estratégias, a Elaboração de Programas/Projetos e a Preparação da Execução. O Planeamento em Saúde mostra-se fundamental na garantia da eficiência das intervenções em saúde, tornando-as assim custo-efetivas.

4.1. QUESTÕES ÉTICAS

A comunidade do concelho X, encontra-se abrangida pela Unidade Local de Saúde, pelo que todo o trabalho desenvolvido nesta localidade necessita, primeiramente, da apreciação e do parecer da Comissão de Ética desta Unidade. Esta comissão, é responsável por discutir e avaliar os casos que lhe são submetidos, atuando em regime de aconselhamento, de acordo com o Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, em Diário da República (2018a). No entanto, no decorrer dos estágios e do desenvolvimento do projeto, foram inquiridos os responsáveis pela Comissão de Ética da ULS em questão, que consideraram, de acordo com a natureza do projeto, não ser necessário um parecer desta Comissão.

De acordo com o artigo 99, alínea 3, do Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo seu papel na sociedade, manter e defender o respeito pelos direitos humanos em relação aos recetores de cuidados e respetiva excelência de exercício na profissão. Prevê, ainda, que o sigilo profissional deve ser mantido, e a identificação dos pacientes não deve ser divulgada sem necessidade ou consentimento, salvo raras exceções. A privacidade dos dados, só deve ser partilhada quando integrada no plano de cuidados individual e comunitário (Assembleia da República, 2024).

Além disso, é dever do enfermeiro informar a pessoa sobre o tipo da intervenção, os riscos e alternativas, e obter o consentimento informado, livre e esclarecido, antes de qualquer procedimento, colheita de dados pessoais, ou participação em pesquisa ou ensaio clínico (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2023).

Para a realização deste projeto, foi necessário conhecer a comunidade, assim como as características da população-alvo, para além da recolha de dados epidemiológicos e de saúde, e a análise de dados de um estudo prévio desta mesma comunidade, foram elaboradas ferramentas, nomeadamente, um questionário sobre as características sociais, económicas, culturais e sobre a cobertura vacinal (Apêndice A). Na aplicação desta ferramenta, garantiu-se o respeito pelas questões éticas, dado que cada participante teria acesso à informação sobre o motivo do questionário, e no preenchimento do instrumento de recolha de dados, cada pessoa teria de assinar previamente o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice B).

Para o efeito, o consentimento foi traduzido para a língua inglesa, de forma a ser possível uma fácil compreensão do seu teor e assegurando que os participantes estivessem plenamente

informados acerca dos objetivos e da finalidade do documento, bem como de que a sua participação poderia ser interrompida a qualquer momento, por decisão própria. Garantiu-se, igualmente, que da participação neste estudo não resultaria qualquer prejuízo, encargo ou dano, sendo a confidencialidade e o anonimato rigorosamente preservados em todas as fases do processo.

De igual forma, foram aplicados questionários de avaliação da sessão aos profissionais de saúde, em que também foi garantido o respeito pelas questões éticas (Apêndice C). No que diz respeito ao tratamento de dados, manteve-se, em todos os momentos, a confidencialidade dos participantes, os questionários não careceram da identificação dos participantes, salvaguardando-se assim o anonimato dos mesmos.

No presente documento, ao longo de toda a sua redação, optou-se por não mencionar explicitamente o local da realização dos estágios ou do projeto de intervenção, recorrendo a uma designação genérica, de forma a salvaguardar a proteção de dados e prevenir qualquer possibilidade de identificação dos intervenientes ou da informação em saúde da ULS.

Ademais, em virtude de garantir o respeito pelo trabalho realizado por terceiros e pela bibliografia consultada, todas as fontes utilizadas encontram-se devidamente citadas e referenciadas, garantindo assim a observância dos princípios da integridade ética académica. É de referir que foi utilizada a ferramenta ChatGPT, desenvolvida pela OpenAI, como apoio à redação, revisão linguística e organização de ideias. Utilizando a mesma como ferramenta facilitadora e de inovação tecnológica, sendo que todo o conteúdo desenvolvido por esta ferramenta foi revisto criticamente pela autora.

4.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira fase da MPS é o Diagnóstico da Situação, este deve permitir identificar os principais problemas em saúde e os respetivos fatores que os influenciam. Deve ser conciso e claro de forma a facilitar a sua compreensão por todos os intervenientes, permitindo a gestão efetiva dos recursos desde esta fase inicial, de forma a não comprometer as etapas seguintes processo (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Diagnóstico de Situação deste projeto, é efetuado através da análise dos problemas de saúde da população, da revisão epidemiológica dos problemas em saúde da população-alvo, de um levantamento sobre a cobertura vacinal no município onde decorrerá a intervenção comunitária.

Sendo os fluxos migratórios no local da intervenção, uma realidade constante, define-se que serão recolhidos dados relativos às características socioculturais e de saúde dos participantes, junto das empresas e dos próprios trabalhadores aquando das primeiras intervenções, dado que existe uma alteração dos trabalhadores nestas empresas de acordo com a época sazonal.

4.2.1. Participantes e Contexto

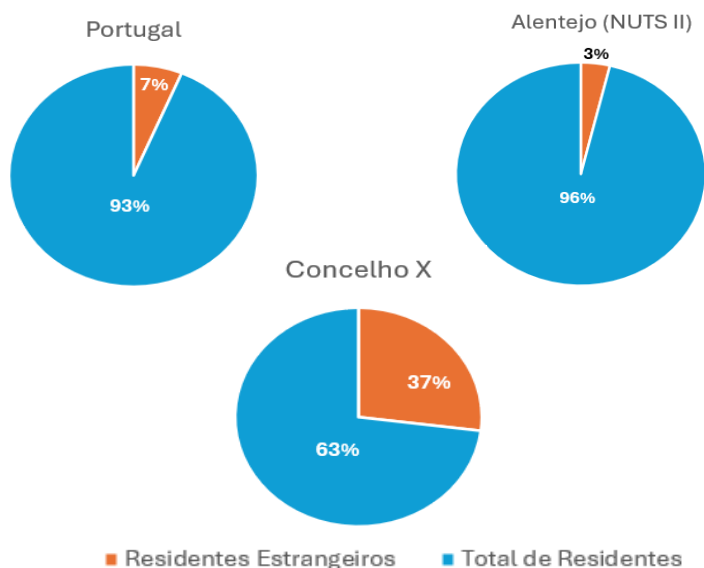
4.2.1.1. Migrantes no concelho X

O concelho X é um território cada vez mais intercultural pois, como já foi referido, é uma região que, ao longo do tempo, tem vivenciado vários fluxos migratórios com diferentes características.

Segundo o SEF (2022), no ano de 2021 em Portugal o total de estrangeiros residentes era de 69 8887, sendo que na Região do Alentejo (NUTS II) esta representatividade é de 27 432, e no concelho X é de 10 927.

Infere-se que o número de estrangeiros residentes no concelho em questão, já em 2021 tinha uma representatividade significativa face ao total nacional e ao total da Região do Alentejo (Gráfico 2), sendo que em Portugal a população estrangeira representava apenas 7% do total de residentes, no Alentejo esta representatividade era de 3%, enquanto o concelho X já contava com uma população estrangeira que representava 37% do total da população residente.

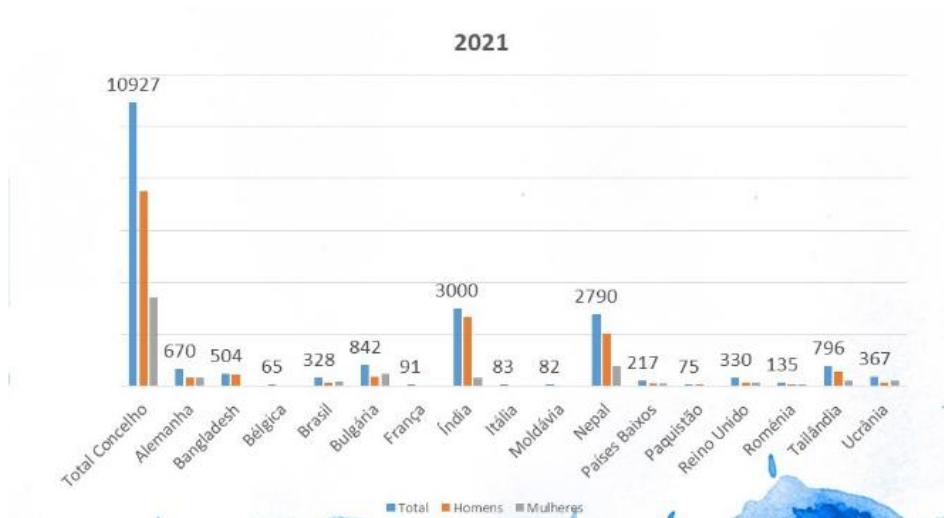
Gráfico 24 - Representatividade da População Estrangeira.



Fonte: INE e SEF (2021)

As características da população estrangeira residente no concelho X, conforme anteriormente abordado, têm evoluído significativamente ao longo do tempo, refletindo variações na composição por nacionalidade, o género e faixa etária dos migrantes residentes no concelho. Em 2021, as nacionalidades com maior representatividade no concelho era a nacionalidade indiana, nepalesa e tailandesa, como se ilustra de forma detalhada no Gráfico 3, evidenciando a diversidade crescente e dinâmica desta comunidade.

Gráfico 32 - Dados Estatísticos da População Estrangeira no concelho X



Fonte: (Gabinete de Estratégia e Estudos, 2019a)

Tendo em conta os dados acima analisados, este projeto de intervenção comunitária teve como alvo das suas intervenções a população imigrante do concelho X. No entanto, face à sua dimensão, optou-se por utilizar as empresas agrícolas do concelho como principal via de acesso e mediação, uma vez que estas concentram uma parte significativa dos trabalhadores migrantes e constituem um contexto privilegiado para a implementação de estratégias de proximidade, sensibilização e promoção da saúde.

4.2.1.2. Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde constituem igualmente a população-alvo deste projeto, na medida em que desempenham um papel central na promoção do acesso aos cuidados de saúde equitativos. O seu envolvimento revela-se determinante para a sustentabilidade e eficácia das intervenções propostas, particularmente no que respeita à adequação de cuidados culturalmente competentes, à comunicação em saúde e à articulação interinstitucional.

O concelho X dispõe de um Centro de Saúde [CS] que integra diferentes unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] com sede no concelho e 10 extensões de saúde distribuídas geograficamente de forma estratégica pelo concelho, a UCC, o Serviço de Urgência Básica [SUB] e um polo da USP.

Esta estrutura organizacional constitui um recurso estratégico fundamental para a implementação do projeto, e conta com um universo de 107 profissionais, entre os quais 49 enfermeiros, 19 médicos, 2 internos de medicina, 10 Assistentes Operacionais, 20 Assistentes Técnicos, 2 Fisioterapeutas, 1 Psicóloga, 1 Higienista Oral, 2 Técnicas Superiores em Gestão Ambiental e 1 Nutricionista (Serviço Nacional de Saúde, n.d.)

A inclusão dos Profissionais de Saúde como população-alvo do presente projeto de intervenção comunitária, revela-se estratégica para a concretização de uma abordagem verdadeiramente integrada, multidisciplinar e articulada às necessidades identificadas na comunidade migrante do concelho X. Ao potenciar o seu envolvimento ativo e a sua capacitação, promove-se a prestação de cuidados culturalmente competentes, reforça-se a equidade no acesso aos serviços de saúde e contribui-se de forma sustentada para a promoção da saúde e do bem-estar da população migrante residente neste território.

4.2.2. Procedimentos e Instrumentos de Colheita de Dados

De forma a analisar e caracterizar estatisticamente os participantes – como o género, idade, nacionalidade, relação com a saúde – foi desenvolvido um questionário como instrumento de recolha de dados. Pela impossibilidade por parte das empresas seleccionadas para a intervenção - por questões de disponibilidade - este questionário não foi aplicado, ficando assim preparado para ser utilizado logo que seja possível articular com estas empresas, ou seleccionar outras empresas para o efeito.

No entanto, foi possível caracterizar a população imigrante no concelho X, através de dados sociodemográficos e epidemiológicos recolhidos. Foram também solicitados dados às entidades competentes acerca da cobertura vacinal do concelho, que os disponibilizaram através de uma base de dados em Excel, a qual foi analisada criteriosamente. Complementarmente, fez-se uma recolha de informação sobre as vacinas registadas no programa VACINAS, fazendo assim um levantamento do número de utentes com vacinas em atraso no concelho X.

Foi também possível, realizar um levantamento de dados acerca das crianças migrantes não inscritas nos cuidados de saúde primários, sendo esta informação de extrema relevância no que concerne ao Acesso aos Cuidados de Saúde por parte desta população, e leva-nos a inferir também, um possível défice na adesão à vacinação destas crianças, pois desconhece-se o plano vacinal realizado, ou não, no país de origem. E, não estando inscritos nos CSP, não realizam consultas de Saúde Infantojuvenil, pelo que toda a promoção de saúde/prevenção de doença está comprometida, incluído a promoção da vacinação.

De forma a caracterizar os profissionais de saúde incluídos no presente estudo, foi feita uma recolha de dados sobre os profissionais de saúde que trabalham no Centro de Saúde do concelho X, e recolhidos dados com recurso a um questionário que permitiu caracterizar a amostra.

Os resultados obtidos são apresentados na secção seguinte deste documento.

4.2.3. Análise de Dados

A análise dos dados relativamente à cobertura vacinal demonstram que no ano de 2023, na ULS, num universo de 768 utentes inscritos da coorte de nascimento, foram vacinados para o Tétano e Difteria 756 utentes, o que perfaz uma taxa de cobertura vacinal de 98,44% nessa mesma coorte. No que concerne ao município em que se irá realizar a intervenção, a taxa de cobertura vacinal revela-se mais baixa, com 97,11%.

Relativamente à VASPR, no ano de 2022, na ULS, em 744 utentes inscritos da coorte de nascimento foram vacinados 735 utentes, o que corresponde a uma taxa de cobertura vacinal de 98,79%. A respeito do município do local de intervenção a Taxa de cobertura vacinal é mais baixa sendo a mesma de 97,10%.

No concelho X, segundo os registos do programa informático VACINAS - a pesquisa foi realizada na data de 08-06-2025 – como critério de data de nascimento foi colocado de 18-06-1960 (65 anos) até 18-06-2007 (18 anos), segundo esta pesquisa existem 2.250 utentes, elegíveis para vacinação, com vacinas em atraso ou não administradas por recusa do próprio utente.

Foram recolhidos os dados sobre as vacinas registadas no programa VACINAS, e descritos o número de utentes com vacinas em atraso - que incluem vacinas não administradas por recusa do utente - para cada vacina na Tabela 5.

Tabela 2 - nº de Uteses com Vacinas em Atraso, por vacina. (uteses nascidos de 18/06/1960 a 18/06/2007)

Vacina	Nº Uteses com vacinas em atraso
VAR	612
TdVIP	1826
TdPaVIP	1826
TdPa	1826
Td	1578
T	1578
VAS	1534
VASPR	1776
VASPRVVA	1776
VHAB	29
VHB	29
VHBHib	29
VIP	2
VPE	2

MenC	2
MenCHib	2
MenBC	2
HPV9	5
DTPwVHB	1605
DTPwHibVIPVHB	1854
D	1827
DT	1827
DTPa	1827
DTPaHib	1827
DTPaHibVHB	1854
DTPaHibVIP	1827
DTPaHibVIPVHB	1854
DTPaVIP	1827
DTPaVIPVHB	1854
DTPw	1827
DTPwHib	1827
DTPwHibVIP	1827

Fonte: Tabela de elaboração própria. (Para consulta de siglas: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf> p. 12-14)

Os dados indicam um elevado número de utentes com vacinas em atraso no concelho X — especialmente nas vacinas do Plano Nacional de Vacinação como a Td, DTPa, VASPR e as suas combinações — evidencia fragilidades preocupantes na adesão e cobertura vacinal da população entre os 18 e os 65 anos, comprometendo a proteção individual e coletiva contra doenças evitáveis, e sublinhando a urgência de reforçar estratégias de sensibilização, acompanhamento e reativação dos circuitos de vacinação.

No que concerne aos dados relativamente às taxas de cobertura vacinal da população-alvo, propõem-se a recolha dos mesmos durante intervenção, visto que se trata de uma empresa agrícola, em que o volume de trabalhadores, assim como as suas características (nacionalidade, idade, sexo, cobertura vacinal) alteram de forma significativa sazonalmente, o que justifica que a recolha de dados durante a fase de planeamento seria incorreta para a caracterização da amostra.

Relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, foi possível fazer um levantamento das crianças não inscritas nos CSP do concelho X, este levantamento de dados incidiu sobre as crianças inscritas nos parques escolares do concelho, e, por razões de confidencialidade, o mesmo não pode estar exposto neste relatório.

No entanto, foi possível inferir que 345 crianças, cerca de 9%, não estão inscritas nos CSP, sendo que 82% das mesmas têm nacionalidade estrangeira, deduz-se então, que os restantes

18% são relativos a crianças que alteraram a morada recentemente para o concelho X e não transferiram ainda o processo para os CSP.

Estes dados são de extrema relevância, pois evidenciam a necessidade de promover o acesso aos cuidados de saúde de forma equitativa e inclusiva, o facto deste concelho ter crianças no parque escolar que não estão inscritas nos CSP, significa que se desconhece o estado de saúde das mesmas, incluído o registo vacinal.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, foi possível caracterizá-los, de acordo com a sua atividade profissional, área de atuação e anos de experiência. A tabela seguinte, Tabela 3, expressa a caracterização dos profissionais de saúde do CS do concelho X, responderam ao questionário 39 profissionais dos 107 existentes no CS.

Tabela 3 - Caracterização dos Profissionais de Saúde.

Atividade Profissional		Área de Atuação		Anos de experiência profissional	
Enfermeiro/a	19	USCP	14	<1 ano	0
		UCC	5	1-5 anos	1
		SUB	0	6-10 anos	3
		Outro	0	>10 anos	15
Médico/a	7	USCP	6 +1*	<1 ano	0
		UCC	0	1-5 anos	0
		SUB	1 *	6-10 anos	0
		Outro	0	>10 anos	7
Assistentes Técnico/a	10	USCP	9	<1 ano	1
		UCC	0	1-5 anos	1
		SUB	1	6-10 anos	0
		Outro	0	>10 anos	8
Assistente Operacional	3	USCP	2	<1 ano	0
		UCC	1	1-5 anos	1
		SUB	0	6-10 anos	0
		Outro	0	>10 anos	2
Total de Profissionais de Saúde que participaram na recolha de dados		39			

Nota: * Profissional de saúde partilha funções em mais do que uma unidade funcional.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados recolhidos, é possível inferir que 48,7% dos profissionais que responderam ao inquérito são Enfermeiros(as). Dos mesmos, 73,7% exercem funções na UCSP, os restantes 26,3% exercem funções na UCC. Em relação aos anos de experiência profissional, 78,9% dos enfermeiros tem mais de 10 anos, 15,8% tem entre 6-10 anos e 5,3% tem entre 1-5 anos de experiência profissional.

No que concerne à classe médica, representam 17,9% dos respondentes, sendo que 100% trabalham na UCSP, um deles exercendo concomitantemente funções no SUB, e a totalidade dos mesmos têm mais de 10 anos de experiência profissional.

Relativamente aos Assistentes Técnicos, os mesmos representam 25,6% da amostra, sendo que 90% exercem funções na UCSP e 10% no SUB. Dentro destes 80% tem uma experiência profissional superior a 10 anos, 10% entre 1-5 anos e 10% inferior a 1 ano.

Os Assistentes Operacionais, representam 7,7% dos profissionais que responderam ao inquérito, sendo que 66,7% exercem funções na UCSP e 33,3% na UCC, dentro desta categoria profissional 66,7% exerce funções há mais de 10 anos e 33,3% entre 1-5 anos.

Apesar de ser possível esta recolha de dados, a mesma não representa a totalidade de profissionais de saúde que trabalham no CS do concelho X. Por razões externas à autora deste relatório, num universo de 107 profissionais, demonstrou-se complexo abranger a totalidade dos profissionais neste inquérito.

4.2.4. Problemas/Necessidades de Saúde Identificados

À luz da evidência científica, bem como da análise de dados e dos estudos epidemiológicos anteriormente apresentados, foram identificadas as principais problemáticas e necessidades de saúde das populações-alvo:

- Migrantes: Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde; Défice na adesão à vacinação; Níveis reduzidos de literacia em saúde.

- Profissionais de Saúde: Défice no conhecimento sobre cuidados culturalmente competentes; Défice de sensibilidade para a Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde.

As necessidades identificadas são de modo recorrente sobreponíveis e como tal podem ser abordadas de forma quase simultânea. Todavia, torna-se imprescindível estabelecer prioridades, conforme a MPS. A definição de prioridades é fundamental, de forma a assegurar que os recursos, muitas vezes limitados, sejam alocados de forma eficaz, atendendo primeiramente às necessidades mais prementes da comunidade.

A MPS, permitiu uma análise criteriosa dos dados recolhidos, oferecendo uma visão clara das questões mais relevantes. Na etapa subsequente, 4.3., será detalhado o método que permitiu a hierarquização dos problemas identificados. Este método consistiu na avaliação sistemática de cada problemática face às restantes, determinando aquelas que requerem intervenção prioritária.

4.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo a MPS, de Imperatori e Giraldes (1993), após a fase de diagnóstico e identificados os problemas, torna-se essencial definir a prioridade de cada um, constituindo assim uma etapa fundamental desta mesma Metodologia.

A determinação de prioridades depende diretamente da precisão do diagnóstico, e é fundamental para a definição de objetivos. Esta fase é especialmente relevante para a gestão dos recursos, permitindo uma resposta às necessidades da população/comunidade mais eficaz. A sua importância, prende-se, ao eventual elevado número de diagnósticos de enfermagem que podem ser identificados numa comunidade tendo em conta as possíveis limitações de recursos para os colmatar. A priorização deve ser realizada de forma rigorosa e criteriosa, de forma a identificar os diagnósticos que exigem intervenção mais urgente (Melo, 2020).

É, então, fundamental não apenas estabelecer os critérios de decisão e os respetivos pesos, mas também avaliar e comparar as necessidades ou problemas identificados, determinando quais são os mais urgentes. A priorização local deve concentrar-se em apenas quatro ou cinco áreas de intervenção, devidamente hierarquizadas, para evitar desperdício de recursos e

esforços. Além disso, os critérios e ponderações utilizados devem ser claramente registados, de forma a possibilitar a replicação do processo e aumentar a sua validade (Melo, 2020).

Segundo Tavares (1992), existem várias metodologias com o objetivo de estabelecer prioridades, incluindo técnicas de ordenação geral, como a Comparação por Pares. Esta abordagem baseia-se em analisar dois problemas de cada vez, identificando qual deles exige intervenção mais imediata. Cada problema é comparado com os restantes, e a classificação final resulta do número de vezes que cada problema foi escolhido como prioritário.

Na Tabela 4, é apresentada a determinação de prioridades através da técnica de comparação de pares, onde foi atribuída a pontuação máxima ao problema 1 – Promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde, seguido do problema 4 - Défice no conhecimento sobre cuidados culturalmente competentes.

Tabela 4 - Comparação por Pares

PROBLEMAS/ NECESSIDADES	Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde	Défice na adesão à vacinação	Níveis reduzidos de literacia em saúde	Défice no conhecimento sobre cuidados culturalmente competentes	Défice de sensibilidade para a Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde
1-2	X				
1-3	X				
1-4	X				
1-5	X				
2-3		X			
2-4				X	
2-5		X			
3-4				X	
3-5			X		
4-5				X	
PONTUAÇÃO	4	2	1	3	0

Fonte: Elaboração própria.

É então possível hierarquizar os problemas/necessidades identificadas da seguinte forma:

1. Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde;
2. Défice no conhecimento sobre cuidados culturalmente competentes;
3. Défice na adesão à vacinação;
4. Níveis reduzidos de literacia em saúde;
5. Défice de sensibilidade para a Necessidade de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde.

Por meio deste processo, tornou-se possível destacar as necessidades/problemas que exigem ação imediata, suportando assim a definição de objetivos e estratégias, de forma a dar resposta às mesmas.

5.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos representa a terceira etapa do Planeamento em Saúde, na qual se procura transformar o diagnóstico da situação e a identificação dos problemas prioritários em metas que possam ser posteriormente avaliadas quanto aos seus resultados (Tavares, 1992). Estes objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais [SMART], garantindo uma orientação clara, estabelecendo o propósito do projeto e servindo como referência para a elaboração de estratégias e avaliação do próprio projeto (Doran, 1981).

Esta etapa é essencial no Planeamento em Saúde, pois permite definir os resultados esperados na atuação face aos problemas previamente identificados, assegurando a sua viabilidade técnica, e procurando reverter ou impedir a evolução natural desses problemas. Esses resultados devem ser expressos através de indicadores de impacto ou de resultado, mensuráveis a médio prazo, que possibilitem a interpretação dos resultados alcançados. Além disso, a definição de objetivos deve considerar não apenas as políticas e planos nacionais e locais de saúde, mas também outras diretrizes relevantes para a área geográfica em questão (Imperatori & Giraldes, 1993).

O objetivo geral do projeto reflete a sua finalidade principal e deve estar alinhado com a temática do mesmo, através do olhar do profissional que o está a definir, orientando-se para os pontos centrais da tomada de decisão clínica face ao diagnóstico selecionado (Melo, 2020).

Para alcançar o objetivo geral, é preciso, então, definir objetivos específicos e metas, que possibilitem a criação de indicadores operacionais e de impacto para avaliar os resultados (Tavares, 1992).

Assim, foi proposto como objetivo principal do projeto: **Contribuir para a Promoção da Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde**, na população imigrante do concelho X até janeiro de 2026.

Como objetivos específicos, foram propostos:

- Capacitar os Profissionais de Saúde que trabalham no Centro de Saúde, para a prática de cuidados culturalmente competentes, no concelho X, até janeiro de 2026;
- Desenvolver atividades e intervenções que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde, da população migrante do concelho X, até janeiro de 2026;
- Contribuir para a promoção da adesão à vacinação dos migrantes do concelho X, até janeiro de 2026;
- Contribuir para o mapeamento da população migrante do concelho X, que não está inscrita nos Cuidados de Saúde Primários, até novembro de 2025.

Após a definição dos objetivos, é fundamental desenvolver os respetivos indicadores. Os indicadores de resultado/impacto permitem avaliar diretamente o problema, possibilitando medir a médio prazo o ponto de situação ou as alterações ocorridas. Já os indicadores de atividade/execução, dizem respeito às intervenções desenvolvidas e aos cuidados prestados. De forma a monitorizar esses indicadores, são estabelecidas metas ou objetivos operacionais, que visam concretizar os objetivos definidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na tabela 5, é apresentada articulação entre os objetivos específicos definidos e as metas estabelecidas, bem como as atividades planeadas e os respetivos indicadores fixados, no âmbito deste projeto de intervenção comunitária.

Tabela 5 - Objetivos específicos, atividades, indicadores e metas.

Objetivo Específico: Capacitar os Profissionais de Saúde que trabalham no Centro de Saúde, para a prática de cuidados culturalmente competentes, no concelho X, até janeiro de 2026.		
Atividades	Indicadores	Meta
a) Realizar 1 Sessão, no âmbito da capacitação para os cuidados culturalmente competentes, aos profissionais de saúde do Centro de Saúde do concelho X, até janeiro de 2026; b) Elaborar 1 Instrução de Trabalho, referente a uma necessidade identificada ao longo dos estágios no âmbito da prestação de cuidados culturalmente competentes, até janeiro de 2026; (Identificação e Prevenção do Tráfico Humano)	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de Adesão=$\left(\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais de saúde presentes na sessão}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde do CS}}\right) \times 100$ a) Taxa de Satisfação=$\left(\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais de saúde a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde a avaliar}}\right) \times 100$ b) Realizado/Não Realizado	a) Realizado a) Que pelo menos 30% dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do concelho X, participem na sessão; a) Que pelo menos 70% dos profissionais de saúde avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; b) Realizado
Objetivo Específico: Desenvolver atividades e intervenções que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde, da população migrante do concelho X, até janeiro de 2026.		
Atividades	Indicadores	Metas
a) Realizar 1 Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Promoção da Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde, na População Migrante do concelho X, até janeiro de 2026; b) Realizar 1 sessão de Educação para a Saúde, no	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de Satisfação=$\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}}\right) \times 100$ b) Realizado/Não Realizado b) Taxa de Satisfação=$\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}}\right) \times 100$	a) Realizado; a) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; b) Realizado

âmbito de necessidades em Saúde Identificadas, na população migrante do concelho X, até janeiro de 2026; (Prevenção de Acidentes Domésticos na Primeira Infância) (Apêndice D) c) Preparar materiais para as sessões de educação para a saúde, até outubro de 2025;	c) Materiais elaborados/ Não elaborados	b) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; c) Materiais elaborados
Objetivo Específico: Contribuir para a promoção da adesão à vacinação dos migrantes do Concelho X, até janeiro de 2026.		
Atividades	Indicadores	Metas
a) Realizar 1 Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Adesão à Vacinação, na População Migrante do concelho X, até janeiro de 2026; b) Realizar um levantamento da cobertura vacinal no concelho X, até setembro de 2025.	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de Satisfação= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}} \right) \times 100$ b) Realizado/Não Realizado	a) Realizado; a) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; b) Realizado
Objetivo Específico: Contribuir para o mapeamento da população migrante do concelho X, que não está inscrita nos Cuidados de Saúde Primários, até novembro de 2025.		
Atividades	Indicadores	Metas

a) Realizar o levantamento de migrantes adultos que não estão inscritos nos CSP no concelho X, até outubro de 2025; b) Realizar o levantamento de crianças migrantes que não estão inscritos nos CSP no concelho X, até outubro de 2025.	a) Realizado/Não Realizado b) Realizado/Não Realizado	a) Realizado b) Realizado
--	---	---

Fonte: Elaboração própria.

5.5. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A definição de estratégias de intervenção, representam uma etapa fundamental num projeto de intervenção comunitária, o seu planeamento rigoroso é determinante para o alcance das metas estabelecidas (Melo, 2020).

A estratégia em saúde pode ser compreendida como um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o propósito de atingir um determinado objetivo e, consequentemente, reduzindo um ou mais problemas em saúde. Assim, as estratégias delineadas permitem ultrapassar ou prevenir obstáculos à concretização dos objetivos estabelecidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foram delineadas as seguintes estratégias a utilizar para a execução deste projeto de intervenção comunitária:

- **Educação para a saúde:** Promover a educação para a saúde e a literacia em saúde é fundamental para promover e manter a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, são determinantes na tomada de decisão consciente e informada sobre os cuidados de saúde. E, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida, bem-estar físico, psicológico e social da população em todos os contextos e fases do ciclo de vida (Arriaga et al., 2023). Neste sentido, planearam-se sessões de educação para a saúde, no âmbito da promoção do acesso aos cuidados de saúde e da promoção da vacinação. Para além destas sessões, foi considerado relevante o desenvolvimento de sessões sobre a “Prevenção de Acidentes Domésticos na Primeira Infância”. Ainda no âmbito da Literacia em Saúde, demonstrou-se fulcral para a promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde, a realização de intervenções com os profissionais de saúde, pois estes representam um pilar fundamental no Serviço Nacional de Saúde, assim como a “porta de entrada” do mesmo, como tal foi desenvolvido uma sessão sobre os cuidados culturalmente competentes (Apêndice E). Considerou-se relevante que todos os materiais desenvolvidos ficassem disponíveis para replicação destas mesmas atividades no futuro. Foi também elaborada uma Instrução de Trabalho, no âmbito da “Identificação e Prevenção do Tráfico Humano”, de forma a criar uma estratégia de identificação destes casos e homogeneizar procedimentos, esta necessidade foi

identificada no decorrer dos estágios, e, como tal foi relevante para as equipas a elaboração deste documento.

- **Estabelecimento de Parcerias:** O desenvolvimento de parcerias é uma das principais estratégias que permite otimizar recursos para alcançar a eficácia e a eficiência das intervenções. É definida como uma relação entre as partes colaboradoras, comprometidas a trabalhar em conjunto para atingir um propósito em comum, otimizando os recursos combinados entre os parceiros, e, é considerado essencial para melhorar a saúde geral das comunidades (Pender et al., 2015). Neste sentido, desenvolveu-se uma parceria com um projeto já existente na comunidade, com vista a articular da melhor forma a comunicação com as empresas agrícolas. Foi desenvolvido também parceria com uma associação local, a fim de criar maior proximidade com a comunidade alvo, e realizar intervenções com a mesma. De facto, todas estas parcerias foram desenvolvidas, no entanto, as empresas agrícolas não dispunham de disponibilidade para a realização das sessões de educação para a saúde durante o estágio na UCC, pelo que se protelou estas intervenções para uma fase posterior. De igual forma, a associação local não conseguiu reunir o grupo de migrantes com os quais trabalha, ficando assim a sessão agendada para quando forem reunidas as condições necessárias.
- **Proximidade e Flexibilidade:** A proximidade mostrou-se fundamental durante todo o processo de implementação do projeto de intervenção comunitária, o conhecimento sobre o concelho, a população e os serviços de saúde, revelou-se uma estratégia facilitadora. Viver e reconhecer a realidade do concelho X, possibilitou a identificação precoce dos problemas em saúde, mas também da forma como se poderia atingir os objetivos, o próprio estabelecimento de parcerias foi facilitado pela proximidade com a realidade da problemática abordada neste relatório. A flexibilidade, foi um fator determinante para a resolução dos obstáculos encontrados ao longo de todo o processo, com a reorganização e o replaneamento das atividades, de forma a concretizar os objetivos definidos.

A tabela seguinte (Tabela 6), esquematiza a pertinência, vantagens e os obstáculos de cada estratégia selecionada:

Tabela 6 - Estratégias, pertinência, vantagens e obstáculos.

Estratégia	Pertinência	Vantagens	Obstáculos
Educação para a Saúde	Sensibilizar para a importância dos cuidados culturalmente competentes em saúde. Participação ativa da população-alvo no processo de saúde. Capacitar e empoderar a população migrante. Aumentar a acessibilidade dos migrantes aos Cuidados de Saúde.	Empoderamento dos profissionais de saúde sobre a prestação de cuidados culturalmente competentes. Interesse na participação no processo de saúde por parte da população migrante. Diminuição de desigualdades e assimetrias no acesso aos cuidados de saúde. Empoderamento da população-alvo no domínio da saúde.	Barreiras linguísticas e culturais. Comunicação entre os profissionais de saúde e a população-alvo. Obstáculos nos trâmites burocráticos. Existência de migrantes em situação legal não regularizada. Adesão e falta de motivação dos profissionais de saúde, e dificuldade no processo de mudança.
Estabelecimento de Parcerias	Implementar o projeto de forma abrangente. Articular recursos. Colaboração entre os diferentes parceiros.	Aproximar o projeto e a comunidade de intervenção; Maior apoio e suporte para a implementação do projeto. Promover o trabalho Multi/intersectorial.	Falta de disponibilidade dos parceiros.
Proximidade e Flexibilidade	Aumentar o sentimento de pertença e o envolvimento dos intervenientes do projeto. Potenciar a credibilização e adesão ao projeto.	Maior conhecimento sobre o contexto de intervenção e da população alvo. Capacidade de flexibilização nas ações e decisões ao longo do processo.	Défice de tempo.

Fonte: Elaboração própria.

5.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO

A Preparação Operacional é uma etapa da MPS, que corresponde ao momento em que se consolidam as bases estruturais do projeto, definindo de forma clara como será concretizado no

terreno, explicitando as ações e os procedimentos a desenvolver de forma a assegurar a sua futura avaliação. Esta fase é essencial para evidenciar como as diferentes etapas do planeamento se interligam, evitando sobreposições de tarefas, antecipando dificuldades e assegurando a adequada mobilização de recursos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Desta forma, procura-se apresentar uma descrição detalhada e sistematizada das atividades previstas, discriminando os recursos humanos, materiais e temporais necessários, bem como a calendarização das ações, orientando a implementação do projeto de intervenção comunitária.

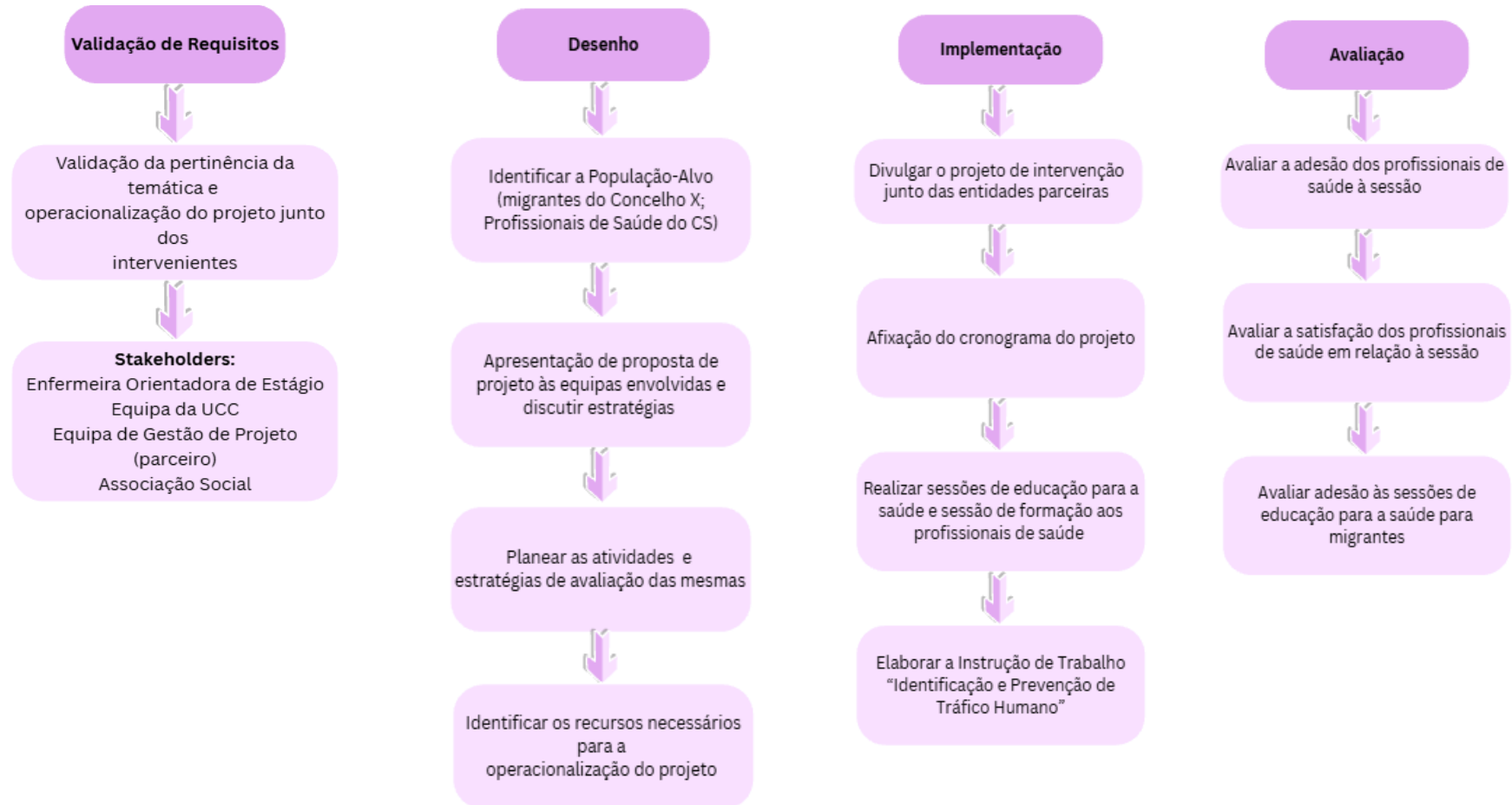
De forma, a sistematizar e facilitar a organização e orientação do projeto, foi elaborada uma tabela (Tabela 7) com os *stakcholders* do projeto, bem como das funções atribuídas a cada um, posteriormente foi também elaborado um Work Breakdown Structure [WBS] (Figura 3).

Tabela 7 - Gestor, Equipa de Gestão, Equipa de Execução e Parceiros

Gestora do Projeto
Mestranda
Equipa de Gestão do Projeto
Mestranda
Enfermeira Orientadora do estágio
Professora Orientadora
Equipa de Execução do Projeto
Mestranda
Enfermeira Orientadora do estágio
Parceiros da elaboração da instrução de trabalho (1 AT, 3 Enfs)
Parceiros do Projeto
Equipa da UCC
Equipa de gestão de projeto parceiro
Associação Social parceira

Fonte: Elaboração própria.

Figura 3 - Work-Breakdown Structure (WBS)



Fonte: Elaboração própria.

5.6.1. Recursos Humanos, Materiais e Físicos e Análise da Estratégia Orçamental

Para que um projeto de intervenção seja executado de forma eficaz, é fundamental que se elabore uma estimativa de custos associados às atividades previstas. Estes custos podem incluir recursos humanos, materiais, infraestruturas físicas, sendo essencial a identificação e quantificação prévia destas necessidades.

A Tabela 8 apresenta, de forma sistematizada, os recursos necessários ao desenvolvimento do projeto.

Tabela 8 - Recursos inerentes ao desenvolvimento da intervenção comunitária.

Recursos Humanos			
Mestranda			
Enfermeira Orientadora			

Recursos Materiais	Valor Unitário	Quantidade	Estimativa de custos
Transporte: combustível para deslocações da UCC até ao local da sessão de formação (carrinha elétrica do CS)	0,15€/km	6km	0,90€
Transporte: combustível para deslocações da UCC até aos locais sessão de educação para a saúde para migrantes (carrinha elétrica do CS)	0,15€/km	50km 4km	22,50€ 0,60€
Material de suporte às sessões:	0,05€	100	5€

• Fotocópias de material de apoio • Computador • Projetor	600€: Cedido pelo CS 50€: Cedido o do CS	1 1	Sem Custos adicionais
Custo total			679€
Custo efetivo			29€

Recursos Físicos
Instalações da UCC
Sala de Formações dos Bombeiros Voluntários
Instalações das empresas agrícolas
Instalações da associação social parceira

Fonte: Elaboração própria.

5.6.2. Planeamento das Atividades

O projeto de intervenção comunitária integrou um conjunto diversificado de atividades dirigidas à população-alvo. Estas ações encontram-se organizadas e descritas na Tabela 9, na qual se identificam igualmente os recursos mobilizados, os intervenientes envolvidos, bem como os locais e datas da sua realização.

Tabela 9 - Planeamento das Atividades.

Atividade	Interveniente	Local/Data	Recursos
Elaboração do Material educativo e preparação de sessões educativas e sessão de formação	Mestranda Enfermeira orientadora	Instalações da UCC/ até dezembro de 2025	Computador
Sessão de Formação “Cuidados Culturalmente Competentes”	Mestranda	Sala de Formação dos Bombeiros Voluntários/ janeiro 2026	Sala de Formação dos Bombeiros Voluntários Transporte Computador

			Fotocópias de material de apoio (questionários) Projector
Elaboração da Instrução de Trabalho “Identificação e Prevenção do Tráfico Humano”	Mestranda Colaboradores da Instrução de trabalho (+2 enfermeiros e 1 AT)	Instalações da UCC	Sala da UCC Computador
Sessões de educação para a saúde	Mestranda Empresas parceiras Associação social parceira	Instalações da empresa/associação	Instalações das empresas/associação Transporte Computador Projector Fotocópias de material de apoio
Avaliação global do projeto	Mestranda Enfermeira Orientadora	Instalações da UCC	Sala de Reuniões da UCC

Fonte: Elaboração própria.

5.6.3. Cronograma de Atividades

Com o objetivo de organizar e distribuir temporalmente as atividades previstas para o Projeto de Intervenção Comunitária, foi elaborado um cronograma ajustado ao período de execução do projeto. O cronograma constitui uma representação gráfica que evidencia a relação entre o tempo e as atividades integradas no projeto, permitindo uma visualização clara da sua sequência e duração (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, possibilitou uma perspetiva global das diferentes fases e ações desenvolvidas, conforme apresentado na Tabela 10.

Importa salientar que o cronograma apresentado reflete apenas o enquadramento temporal correspondente ao período de estágio a que este documento se reporta. Contudo, o Projeto de Intervenção Comunitária foi articulado com a UCC e com a USP de modo a garantir a sua continuidade, promovendo a manutenção e a melhoria das atividades, com o objetivo de assegurar uma melhoria contínua dos cuidados a esta comunidade.

Tabela 10 - Cronograma do projeto.

Atividades/Datas	Abril 2025	Maio 2025	Junho 2025	Setembro 2025	Outubro 2025	Novembro 2025	Dezembro 2025	Janeiro 2026
Diagnóstico de situação								
Determinação de Prioridades								
Fixação de Objetivos e Seleção de Estratégias								
Preparação Operacional								
Execução								
Avaliação								
Elaboração do Relatório de Estágio								

Fonte: Elaboração própria.

5.6.4. Comunicação e Divulgação do Projeto

A comunicação e a divulgação, assume-se como uma etapa fundamental no planeamento em saúde, pois permite a partilha do projeto tanto com a comunidade como com os parceiros, assegurando a sua legitimidade, visibilidade e um impacto mais significativo junto da população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa foi concebida como uma componente essencial, permitindo o envolvimento e a participação da comunidade e parceiros. Estas ações, tiveram como objetivo não apenas dar conhecimento sobre a intervenção, mas também sensibilizar para a temática da equidade no acesso aos cuidados de saúde. Um dos principais meios de divulgação foi o envio de comunicações via correio eletrónico, dirigidas às entidades parceiras e outros parceiros da ULS, com o intuito de dar a conhecer o projeto e potenciar as intervenções planeadas, assim como

viabilizar futuras intervenções e parcerias neste âmbito, permitindo assim a replicação deste projeto.

As equipas multidisciplinares, nomeadamente UCC, USP e UCSP, assim como os parceiros, expressaram compromisso em assegurar a continuidade da abordagem a esta temática, inclusivamente propuseram futuras intervenções direcionadas tanto à promoção da equidade no acesso à saúde, como à promoção e desenvolvimento de cuidados culturalmente competentes.

Este compromisso evidencia a intenção de garantir a continuidade e o desenvolvimento deste projeto e desta temática, contribuindo para a consolidação de uma resposta mais eficaz para esta problemática na comunidade.

5.7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A monitorização e avaliação corresponde à etapa final do planeamento em saúde e assume um papel essencial na verificação do nível de sucesso da intervenção. Permite, também, identificar as limitações, reajustar estratégias e reforçar aprendizagens para futuras intervenções. Nesta fase procede-se à análise das intervenções desenvolvidas, dos objetivos definidos e da adequação da resposta às necessidades previamente identificadas na comunidade.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação corresponde à etapa conclusiva do planeamento em saúde e assume um papel essencial na verificação do nível de sucesso da intervenção. Permite, igualmente, identificar limitações, reajustar estratégias e reforçar aprendizagens para intervenções futuras. Nesta fase, procede-se à análise das estratégias desenvolvidas, dos objetivos definidos e da adequação da resposta às necessidades previamente identificadas na comunidade. Os autores salientam ainda que a avaliação tem como objetivo não só justificar as atividades e recursos utilizados, mas também identificar as fragilidades e aperfeiçoar intervenções futuras. Para isso, distinguem-se três tipos de avaliação: da estrutura, do processo e dos resultados.

Neste contexto, Tavares (1992), caracteriza os indicadores como instrumentos que permitem medir e avaliar intervenções, diferenciando-os conforme a sua finalidade: indicadores de processo e indicadores de resultado/impacto. O mesmo autor, reafirma também que,

decorrente da monitorização e avaliação podem resultar reformulações ao projeto e às intervenções, sendo o Planeamento em Saúde um processo contínuo e dinâmico.

Neste âmbito, este projeto de intervenção foi alvo de uma monitorização sistemática, com o objetivo de verificar o cumprimento das metas estabelecidas, e acompanhar os resultados alcançados em cada fase, e, sempre que se revelou necessário, procedeu-se ao ajustamento das estratégias e ações implementadas.

Face ao exposto, nas tabelas 11 a 14, consta a análise dos indicadores de execução e de resultado utilizados na monitorização e avaliação deste projeto de intervenção comunitária.

Tabela 11 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.

Objetivo Específico: Capacitar os Profissionais de Saúde que trabalham no Centro de Saúde, para a prática de cuidados culturalmente competentes, no concelho X, até janeiro de 2026.			
Atividades	Indicadores	Meta	Resultado
a) Realizar 1 Sessão, no âmbito da capacitação para os cuidados culturalmente competentes, aos profissionais de saúde do Centro de Saúde do concelho X, até janeiro de 2026;	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de adesão= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais de saúde presentes na sessão}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde do CS}} \right) \times 100$ a) Taxa de Satisfação= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de profissionais de saúde a classificar como Bom ou Muito B}}{n^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde a avaliar}} \right)$	a) Realizado a) Que pelo menos 30% dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do concelho X, participem na sessão; a) Que pelo menos 70% dos profissionais de saúde avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; b) Realizado	a) Atingido a) Atingido, 36,4% dos profissionais do CS do concelho X participaram na sessão. a) Atingido, 94,9% dos profissionais de saúde que assistiram à sessão avaliaram-na como “boa” ou “muito boa” b) Realizado, em avaliação para a sua publicação.
b) Elaborar 1 Instrução de Trabalho, acerca uma necessidade identificada ao longo dos estágios no âmbito da prestação de cuidados culturalmente competentes, até janeiro de 2026; (Identificação e Prevenção do Tráfico Humano)	b) Realizado/Não Realizado		

Fonte: Elaboração própria.

Para atingir o objetivo específico **Capacitar os Profissionais de Saúde que trabalham no Centro de Saúde, para a prática de cuidados culturalmente competentes, no concelho X, até janeiro de 2026**, foi realizada uma sessão de formação para os profissionais de saúde do CS do concelho X, com o título **Cuidados Culturalmente Competentes**, e distribuído um questionário, onde para além da avaliação da sessão, os formandos poderiam dar sugestões para abordagens futuras desta temática.

Este objetivo foi atingido, tendo sido atingidas as metas propostas para o mesmo. E foram recolhidas todas as sugestões dadas pelos profissionais de saúde, a fim de dar continuidade ao projeto e ir ao encontro das necessidades expressas pelos mesmos.

Tabela 12 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.

Objetivo Específico: Desenvolver atividades e intervenções que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde, da população migrante do concelho X, até janeiro de 2026.			
Atividades	Indicadores	Metas	Resultado
a) Realizar 1 Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Promoção da Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde, na População Migrante do concelho X, até janeiro de 2026;	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de Satisfação= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}} \right) \times 100$	a) Realizado; a) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”;	a) Não Realizado a) Não aplicável b) Não Realizado b) Não aplicável
b) Realizar 1 sessão de Educação para a Saúde, no âmbito de necessidades em Saúde Identificadas, na população migrante do concelho X, até janeiro de 2026; (Prevenção de Acidentes Domésticos na Primeira Infância)	b) Realizado/Não Realizado b) Taxa de Satisfação= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}} \right) \times 100$	b) Realizado b) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”;	c) Atingido
c) Preparar materiais para as sessões de educação para a saúde, até outubro de 2025;	c) Materiais elaborados/ Não elaborados	c) Materiais elaborados	

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao objetivo específico **Desenvolver atividades e intervenções que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde, da população migrante do concelho X, até janeiro de 2026.**, foi parcialmente atingido.

Sendo que as atividades planeadas a) e b), não foram realizadas, pois tanto a empresa como a associação parceira, nas quais estavam previstas as sessões de educação para a saúde, não tiveram disponibilidade para a sua realização, tendo ficado acordado as mesmas serem desenvolvidas assim que forem reunidas as condições necessárias.

Os materiais para as sessões de educação para a saúde foram elaborados, e poderão ser utilizados em sessões futuras ou na replicação do projeto.

Tabela 13 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados

Objetivo Específico: Contribuir para a promoção da adesão à vacinação dos migrantes do concelho X, até janeiro de 2026.			
Atividades	Indicadores	Metas	Resultado
a) Realizar 1 Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Adesão à Vacinação, na População Migrante do concelho X, até janeiro de 2026;	a) Realizado/Não Realizado a) Taxa de Satisfação= $\left(\frac{n^{\circ} \text{ de migrantes a classificar como Bom ou Muito Bom}}{n^{\circ} \text{ total de migrantes a avaliar}} \right) \times 100$ b) Realizado/Não Realizado	a) Realizado; a) Que pelo menos 60% dos migrantes avaliem a sessão como “Boa” ou “Muito boa”; b) Realizado	a) Não Atingido a) Não aplicável b) Atingido
b) Realizar um levantamento da cobertura vacinal no concelho X, até setembro de 2025.			

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente ao objetivo específico **Contribuir para a promoção da adesão à vacinação dos migrantes do concelho X, até janeiro de 2026**, foi considerado parcialmente atingido.

À semelhança do objetivo específico anterior, a empresa agrícola na qual estava prevista a sessão de educação para a saúde, não teve disponibilidade para a sua realização, tendo ficado acordado ser desenvolvida assim que for possível.

Foi realizado um levantamento da cobertura vacinal do concelho X, através da recolha de dados no programa *VACINAS*.

Tabela 14 - Indicadores adotados para monitorização e avaliação do projeto comunitário – Resultados.

Objetivo Específico: Contribuir para o mapeamento da população migrante do concelho X, que não está inscrita nos Cuidados de Saúde Primários, até novembro de 2025.			
Atividades	Indicadores	Metas	Resultado
a) Realizar o levantamento de migrantes adultos que não estão inscritos nos CSP no concelho X, até outubro de 2025;	a) Realizado/Não Realizado	a) Realizado	a) Não atingido.
b) Realizar o levantamento de crianças migrantes que não estão inscritos nos CSP no concelho X, até outubro de 2025.	b) Realizado/Não Realizado	b) Realizado	b) Parcialmente atingido.

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, de forma a promover o acesso equitativo aos cuidados de saúde, o objetivo específico **Contribuir para o mapeamento da população migrante do concelho X, que não está inscrita nos Cuidados de Saúde Primários, até novembro de 2025**, foi considerado parcialmente atingido.

Foi possível fazer um levantamento das crianças migrantes não inscritas nos CSP do CS, através da análise dos parques escolares do concelho X, no entanto não estão abrangidas as crianças que por alguma razão não estão a frequentar o mesmo, nomeadamente as crianças com idades inferiores a 3 anos.

O mapeamento dos migrantes adultos não inscritos no CSP, revelou-se uma tarefa de extrema complexidade. No entanto, demonstrou que é necessário desenvolver estratégias de aproximação com esta comunidade, nomeadamente a utilização e a articulação com as entidades patronais e sociais para a identificação, intervenção e empoderamento dos mesmos.

5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo dos estágios, nem todas as atividades desenvolvidas estiveram exclusivamente centradas na implementação do projeto de intervenção comunitária. Contudo, estas experiências assumiram um papel determinante no desenvolvimento de competências, tanto a nível académico, profissional, científico e organizacional, como a nível relacional e de *networking*. Estas vivências foram fundamentais para a excelência no meu exercício profissional, e foram pilares no meu futuro enquanto enfermeira especialista em ESCSP.

A participação na elaboração do Perfil de Saúde da ULS, constituiu uma oportunidade privilegiada de aprofundar competências na análise epidemiológica, na interpretação de indicadores e na identificação de necessidades em saúde. Permitiu compreender de forma estruturada a comunidade para a qual trabalho, reforçando a importância do diagnóstico como fundamento para qualquer intervenção ou projeto planeado.

Paralelamente, a integração nas atividades multidisciplinares das diferentes unidades funcionais, nas quais tive o privilégio de estagiar, possibilitou o contacto com diversas perspetivas profissionais, promovendo o trabalho em equipa, a articulação interinstitucional e a compreensão do funcionamento organizacional dos serviços de saúde.

No decorrer dos estágios participei em várias formações, jornadas e seminários (Anexo A), que me permitiram adquirir conhecimentos, não só na área dos cuidados de saúde a migrantes, mas sobretudo nos cuidados à comunidade e a populações vulneráveis. Neste âmbito, fiz uma pós-graduação em **Gestão e Inovação em Saúde** (Anexo B), que me possibilitou a aquisição e consolidação de conhecimentos não só na área da gestão em saúde, mas também na inovação em saúde, que considero essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção comunitária na atualidade.

Executei atividades no âmbito da transcrição das crianças do parque escolar para o Sclínico, esta atividade permitiu-me consolidar conhecimentos relacionados com a vigilância de saúde, a articulação entre o contexto educativo e clínico e a importância da continuidade dos cuidados na garantia de uma resposta integrada às necessidades.

Participei em atividades como consultas de um programa para pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e visitas domiciliárias no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, estas representaram momentos muito significativos, proporcionando uma visão mais próxima das condições de vida, dinâmicas familiares e dos determinantes sociais de saúde, demonstrando a importância da adaptação de cada intervenção às especificidades de cada contexto.

Colaborei também num inquérito de investigação em saúde no âmbito de um caso de uma Doença de Declaração Obrigatória [DDO] detetada num estabelecimento prisional, esta oportunidade proporcionou maior contacto com uma população muito específica e vulnerável, permitiu não só desenvolver competências na área da vigilância epidemiológica, mas também de empatia e comunicação.

A relação estabelecida com as pessoas, famílias, comunidades e diferentes entidades revelou-se central no desenvolvimento de competências. Este contacto exigiu a capacidade de escuta ativa, sensibilidade cultural, assertividade e responsabilidade profissional, contribuindo para uma prática mais reflexiva e centrada na pessoa e na comunidade.

Em conclusão, apesar de nem todas as atividades terem sido direcionadas especificamente para a execução do projeto, todas elas foram imprescindíveis para o crescimento profissional e para a consolidação de competências essenciais à prática de enfermagem, enriquecendo o projeto de intervenção comunitária desenvolvido e fortalecendo a capacidade de atuação futura.

6. ANÁLISE REFLEXIVA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização: Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tem como objetivo primordial o desenvolvimento e aquisição de competências que permitam um exercício profissional autónomo e de qualidade na área de especialização.

A análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas no percurso formativo permitiu planear a construção e integração de conhecimentos, guiando a trajetória percorrida nas áreas do conhecimento em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Tendo então por base o perfil de competências regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, serão evidenciadas as atividades e as intervenções realizadas para a aquisição das competências desenvolvidas.

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, resulta de um aprofundamento das competências de enfermagem de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialização, todas as especialidades detêm competências comuns, estas dividem-se em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

Durante o percurso que envolveu os estágios e o processo de desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas inerentes a cada atividade desenvolvida.

De forma a desenvolver estas competências, durante a realização das atividades - como as vistorias a escolas, uma vistoria a um domicílio com intuito de investigação de uma DDO, inquéritos epidemiológicos num estabelecimento prisional no âmbito da investigação de um caso de uma DDO, domicílios no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], reuniões multidisciplinares e com parceiros – foram sempre respeitados os princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos direitos humanos, assim como a segurança, a privacidade e a dignidade dos intervenientes, salvaguardando os princípios éticos e a confidencialidade dos mesmos.

É de referir que a reflexão sobre as ações desempenhadas teve sempre como base os princípios orientadores do desempenho da profissão, e que estão consagrados no artigo 99º dos estatutos da OE, respeitando a responsabilidade inerente ao papel de enfermeiro perante a sociedade, protegendo os direitos humanos, e procurando alcançar a excelência do exercício da profissão (OE, 2015a).

Foram também consideradas as questões éticas relativas à elaboração do planeamento do projeto, pelo que foram contactadas as entidades responsáveis da comissão de ética da Unidade Local de Saúde, onde se implementou as intervenções, que consideraram não existir necessidade de submeter qualquer pedido de parecer à mesma comissão. No entanto, os questionários elaborados para aplicação durante as intervenções tiveram em consideração as questões éticas, assim como foi desenvolvido um consentimento livre e esclarecido para aplicar aquando da execução das intervenções que foram planeadas no projeto, mas não executadas devido à falta de disponibilidade por parte dos parceiros e à curta duração do estágio.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

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

A dedicação à excelência dos cuidados, sustentada nos princípios da qualidade e da segurança, constitui um pilar essencial no exercício profissional, orientando a busca constante pela melhoria contínua.

Durante os estágios foi possível contribuir para a elaboração do Perfil de Saúde da ULS, para o Plano de Higienização da USP, para o Manual de Integração na USP, e elaborar uma Instrução de Trabalho, estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento, gestão e desenvolvimento da qualidade e desempenho dos serviços, uniformizando e fomentando as boas práticas clínicas.

Foi também possível participar em diversas ações formativas, nomeadamente a formação *Reconcilia*, centrada na reconciliação terapêutica, em reuniões multidisciplinares e com parceiros, e em reuniões dedicadas à *Estratificação de Risco*, ferramenta essencial para mapear e planear intervenções comunitárias com base nas necessidades dos utentes.

No decorrer dos estágios foi assumido um papel ativo na gestão dos recursos materiais e humanos e na coordenação das intervenções, quer relativas ao projeto de intervenção comunitária quer às atividades realizadas nos estágios. De forma a responder às necessidades da comunidade, deu-se especial atenção à organização dos cuidados de enfermagem, articulando-os com a vigilância epidemiológica e com o planeamento em saúde.

A procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em ESCSP, deve contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, promovendo a existência de políticas de formação contínua dos enfermeiros (OE, 2015b). Neste contexto, foi desenvolvida, no âmbito do projeto de intervenção, uma formação para os profissionais de saúde, de forma a promover o desenvolvimento profissional e da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Em suma as experiências vividas acima enunciadas, contribuíram significativamente para o aprofundamento de conhecimentos sobre oportunidades de intervenção e estratégias de planeamento, orientadas para a melhoria contínua da prática profissional e da qualidade dos serviços de saúde, assim como para a otimização dos cuidados, com vista a ganhos em saúde, em contexto de cuidados à população.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4745).

No domínio da gestão dos cuidados, verificou-se o desenvolvimento do mesmo através da otimização dos recursos, com a articulação entre os profissionais de saúde e com os parceiros. Este trabalho colaborativo permitiu ultrapassar os desafios encontrados ao longo do desenvolvimento das atividades nos estágios, assim como os obstáculos sentidos no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

O enfermeiro especialista em ESCSP, na excelência do seu exercício profissional, procura maximizar o bem-estar dos grupos/comunidades. Identificando os problemas em saúde, implementando e avaliando intervenções que contribuam para o bem-estar da comunidade (OE, 2015b). No decorrer do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foi necessário proceder a uma avaliação e a uma reorganização do mesmo, de forma contínua e construtiva, para que se atingissem os objetivos de forma mais célere e eficaz.

Este processo revelou-se enriquecedor. No entanto, é de ressaltar a importância do conhecimento prévio adquirido durante as UC teóricas do curso de mestrado, que se revelaram fundamentais para o desenvolvimento e consolidação de competências.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019, p. 4745).

No decorrer dos estágios, foram proporcionadas oportunidades de aprendizagem profissional únicas, como a participação em diferentes atividades e projetos. Estas experiências foram fundamentais para consolidar conhecimentos, desenvolver competências, tanto a nível prático como a nível interpessoal, permitindo-me adquirir uma visão crítica e integrada de enfermagem de saúde comunitária de saúde pública.

Destaca-se, a participação nas atividades da ECCI, que permitiu um envolvimento direto com os utentes e família, no seu ambiente domiciliário, bem como sessões de educação para a saúde nas escolas, promovendo o contacto com a comunidade escolar,

Paralelamente, foram desenvolvidas atividades no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde, como a participação no Projeto Unidade Móvel de Saúde, da UCC, que permitiu desenvolver conhecimentos no âmbito geodemográfico do concelho X, mapeando a população idosa e isolada residente no concelho. As atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância de DDO, foram fundamentais para aprofundar conhecimentos, e desenvolver as competências necessárias para o exercício de ESCSP.

A participação em formações na área da saúde comunitária e de saúde pública, bem como na área da integração de cuidados e na gestão em saúde, contribuiu para a melhor compreensão das políticas de saúde e da organização dos cuidados, permitindo desenvolver a minha prática clínica baseada na evidência científica atual.

De forma global, estas atividades proporcionaram o desenvolvimento de uma visão especializada sobre a saúde pública, bem como sobre os cuidados na comunidade, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício do enfermeiro especialista.

6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Enfermeiro Especialista em ESCSP deve ter como alvo dos seus cuidados as comunidades, considerando a complexidade das mesmas e dos seus problemas de saúde, realizando uma avaliação do seu estado de saúde e um consequente planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas do mesmo. Na prática do seu exercício profissional deve privilegiar o empoderamento em saúde, contribuindo assim para a capacitação das comunidades, integrando a coordenação dos Programas de Saúde e cooperando na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico (OE, 2018).

a) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p. 19354)

O primeiro estágio permitiu a integração numa USP de uma ULS, onde foi possível fazer a caracterização sociodemográfica da população e o levantamento das necessidades de saúde,

neste sentido foi possível colaborar na elaboração do Perfil de Saúde da Unidade Local, assim como no Plano Local de Saúde, o que revelou ser uma oportunidade ímpar de crescimento e de aquisição de conhecimentos.

O enfermeiro especialista em ESCSP, na procura permanente da excelência no exercício profissional, promove a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, utilizando a metodologia do planeamento em saúde na avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2015b), como tal, na consecução do planeamento do projeto *Rise and Save*, fez-se um levantamento de dados, nomeadamente a caracterização epidemiológica da comunidade e da população-alvo, assim como dos problemas em saúde identificados. Foi crucial a participação nas várias atividades da USP e da UCC, para adquirir um conhecimento abrangente de toda a população, nas diversas fases do ciclo de vida da mesma.

As atividades desenvolvidas aos longo dos estágios, também me permitiram aceder a informações, desenvolver *networking* com possíveis parceiros – Câmara Municipal, associações e Proteção Civil - e adquirir conhecimentos sobre as bases de dados, tais como as bases de dados internas da USP, CDC, INE, entre outras, que se revelaram cruciais na análise epidemiológica da população à qual o projeto é dirigido, assim como de toda a comunidade, fundamentando e enriquecendo o diagnóstico de situação.

Demonstrou-se essencial a integração nas equipas, USP e UCC, o que permitiu compreender o *know-how* inerente aos cuidados de saúde que prestam a toda a população e a forma como gerem e executam todo o trabalho, tal como programas e projetos que estão a ser desenvolvidos. Esta vivência proporcionou-me o aprofundamento de saberes relativos a métodos de trabalho que, para além de terem sido fundamentais na concretização deste projeto, constituem agora um legado de conhecimento que levarei comigo ao longo de toda a minha trajetória profissional.

b) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p. 19354)

O desenvolvimento desta competência foi profundamente enriquecido pelas diversas atividades realizadas nos estágios. Nomeadamente, a participação em sessões de educação para a saúde, promovidas nas escolas, pela equipa de enfermagem e médica da USP e da UCC, bem como em iniciativas desenvolvidas por outros profissionais da equipa multidisciplinar. Destaco,

entre elas, a colaboração num teatro educativo sobre saúde oral e a participação em atividades pedagógicas em duas escolas, igualmente centradas na promoção da saúde oral.

O enfermeiro especialista em ESCSP, na sua prática profissional deve contribuir para que as comunidades/grupos alcancem o máximo potencial de saúde. Liderando, integrando e avaliando processos comunitários, que visem a capacitação, a promoção da saúde, e desenvolvendo intervenções que permitam a disseminação de conhecimentos que promovam a aprendizagem e o empoderamento das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Neste âmbito, durante a execução do projeto de intervenção comunitária, foram elaboradas duas sessões de educação para a saúde e uma sessão de formação para profissionais de saúde. Apesar das sessões de educação para a saúde não terem sido aplicadas, os materiais ficaram preparados para posterior aplicação. A sessão de formação para os profissionais de saúde, sobre **Cuidados Culturalmente Competentes**, contribuiu não só para desenvolver competências na capacitação da comunidade, mas sobretudo para compreender a importância do empoderamento dos próprios profissionais de saúde, como vetores de saúde, representam em si um pilar fundamental do acesso equitativo aos cuidados de saúde.

O envolvimento nos programas de saúde comunitária, aliado à participação ativa nas atividades e à partilha de experiências entre pares e com outras disciplinas, permitiu-me desenvolver uma sensibilidade mais apurada quanto ao meu papel e à visão que pretendo consolidar enquanto futura enfermeira especialista em ESCSP. Esta vivência, proporcionou uma compreensão mais profunda dos processos de coordenação e dinamização de projetos de intervenção comunitária, os quais, para além de promoverem a saúde, contribuem para moldar e envolver a consciência coletiva, favorecendo a adesão a projetos de saúde e fortalecendo o compromisso da comunidade com o bem-estar coletivo.

c) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p. 19354)

No decorrer dos estágios, foi possível integrar várias atividades que incorporam o cumprimento das orientações do PNS, incrementando atividades promotoras de saúde, tais como as sessões de educação para a saúde nas escolas, a participação na consulta do viajante, a participação no projeto Unidade Móvel de Saúde, a participação em inquéritos epidemiológicos no âmbito de investigação de DDO, entre outras igualmente importantes.

O planeamento e execução do projeto de intervenção, possibilitou o alinhamento do mesmo com as políticas e programas que integram o PNS 2030, na área da intervenção comunitária, como a abordagem aos migrantes, o acesso à saúde e as iniquidades em saúde. Entre outros programas de saúde, destacam-se o Programa Nacional de Vacinação, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o Programa Nacional de Eliminação Sarampo e o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite.

d) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018, p. 19354)

O desenvolvimento de competências na área da vigilância epidemiológica possibilitou uma compreensão aprofundada do perfil de saúde da população da área geodemográfica em análise, permitindo a sua comparação com os dados da população mundial e nacional e a correlação entre ambos. Esta abordagem contribuiu para uma monitorização eficaz dos fenómenos relacionados com o processo saúde da população-alvo. A consolidação desta competência foi evidente na fase de diagnóstico de situação, onde foi possível realizar a recolha de dados, procedendo-se ao respetivo tratamento e fundamentação com base em evidência científica.

Foram igualmente desenvolvidas atividades no âmbito de programas de vigilância epidemiológica, com especial destaque para a integração no programa Rede de Vigilância de Vetores [REVIVE], esta participação permitiu uma colaboração direta com a equipa de Técnicos de Saúde Ambiental, favorecendo a valorização da importância do trabalho em equipa multidisciplinar. Foi possível, também, a participação no Projeto Unidade Móvel de Saúde, que tem como um dos seus objetivos, o mapeamento da população idosa isolada do concelho X. A compreensão global destes projetos, foi fundamental para desenvolver competências no âmbito da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

6.3. COMPETÊNCIAS DE GRAU MESTRE

O grau de Mestre é atribuído aos que demonstrem conhecimentos e capacidade de compreensão, que possuam a capacidade de aplicar conhecimento na resolução de problemas complexos, integrando conhecimentos, considerando as implicações éticas e sociais. Para além do exposto, o mestre deve ser capaz de comunicar conclusões de forma clara e precisa e possuir

competências para uma aprendizagem autónoma e contínua (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Durante os estágios foram desenvolvidas competências na área da gestão e planeamento de programas e projetos, todos estes supracitados, estas atividades permitiram-me adquirir conhecimentos especializados na área de ESCSP, promoveram uma abordagem sistemática e fundamentada na tomada de decisão, assim como o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência.

Revelou-se igualmente importante a realização de uma pós-graduação em **Gestão e Inovação em Saúde**. A necessidade da aquisição e consolidação conhecimento no âmbito da gestão e da inovação em saúde, adveio da perceção da forma como as sociedades estão em constante alteração, e que é crucial adaptarmos intervenções à comunidade à qual servimos, utilizando uma perspetiva de inovação. Os cuidados à população migrante exigem constante reestruturação na prestação de cuidados e nas estratégias implementadas, como a utilização de tecnologias para a comunicação, divulgação e proximidade com esta comunidade. Assim, esta aprendizagem autónoma permitiu integrar conhecimentos, desenvolver e propor estratégias na resolução de problemas em saúde na comunidade.

Foi igualmente elaborada uma Instrução de Trabalho no âmbito de uma necessidade identificada nos serviços, este documento permitirá homogeneizar procedimentos e cuidados prestados.

As competências adquiridas, enraízam-se no processo de aprendizagem para o grau Mestre e contribuíram, sem dúvida, para o exercício da profissão enquanto futura enfermeira especialista em ESCSP.

7. CONCLUSÃO

O presente relatório, bem como a realização dos estágios, permitiram a concretização de um percurso sólido de aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP, assim como competências de grau mestre.

Neste contexto, foi também possível uma análise crítica sustentada na literatura científica, em documentos estratégicos nacionais e em dados epidemiológicos relevantes, que permitiram aprofundar a compreensão das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde por parte da comunidade migrante. Esta reflexão evidenciou que os obstáculos, como as barreiras linguísticas, culturais, administrativas e socioeconómicas, têm um impacto direto na utilização dos serviços de saúde e, consequentemente, nos ganhos em saúde desta população.

O aumento dos fluxos migratórios é uma realidade transversal a todo o mundo, em Portugal a imigração tem-se verificado em constante aumento, estes fluxos trazem consigo uma crescente diversidade cultural, que coloca desafios significativos aos sistemas de saúde, exigindo respostas estruturadas e culturalmente congruentes.

À semelhança da Metodologia do Planeamento em Saúde, preconizada por Imperatori e Giraldes (1993), foi realizado um diagnóstico de situação, sustentado numa contextualização sociodemográfica da população migrante residente na área de atuação de uma ULS do Alentejo, na análise de dados disponíveis e na identificação das principais necessidades sentidas por profissionais.

Os dados recolhidos confirmaram a existência de vulnerabilidades significativas associadas ao acesso aos cuidados, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas. Verificou-se que os migrantes enfrentam barreiras persistentes no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente burocráticas, linguísticas e discriminatórias, o que compromete a saúde desta população e coloca em risco a segurança e a qualidade dos cuidados. Estes resultados reforçam a importância da formação em competência cultural e da articulação interinstitucional como estratégias prioritárias.

O processo de diagnóstico revelou desafios importantes, como o défice de literatura científica sobre a temática, a escassez de dados sobre a caracterização dos imigrantes em Portugal e a dificuldade na proximidade com esta população.

Com base nas necessidades identificadas, o objetivo geral do projeto de intervenção comunitária, foi centrado na promoção da Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde da população migrante. Este projeto foi alinhado com as diretrizes nacionais, e com as estratégias do PNS 2030 – nomeadamente a **Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade**, e a **Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde por parte de grupos da população em situação de maior vulnerabilidade** - e procurou contribuir para uma resposta mais inclusiva, culturalmente competente e ajustada às reais necessidades desta população.

No decorrer deste relatório, procurou-se responder de forma sistemática ao objetivo geral do projeto - Promover a Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde dos Migrantes no Concelho X – este norteou toda a intervenção, desenvolvendo-se em torno de eixos fundamentais: capacitar profissionais de saúde para uma prática culturalmente competente; empoderar os migrantes para o acesso aos cuidados de saúde e sensibilizar para a importância da vacinação. Delineando-se assim os objetivos específicos do projeto de intervenção, orientados para dar resposta às necessidades previamente identificadas.

Reconhecendo que o enfermeiro especialista em ESCSP, tem um papel ativo na promoção da saúde e na redução das iniquidades, assume assim, um papel na defesa de práticas inclusivas e na sensibilização para a necessidade de cuidados centrados na pessoa, respeitando a diversidade cultural ou étnica. A compreensão dos contextos sociais, económicos e culturais, revelou-se determinante para o planeamento de intervenções ajustadas e eficazes.

Desta forma, foram desenvolvidas intervenções no âmbito da sensibilização dos profissionais de saúde para os cuidados culturalmente competentes, estas ações procuraram não apenas informar, mas também transformar práticas e mentalidades, de forma a promover maior segurança, acessibilidade e qualidade nos cuidados prestados.

A elaboração do presente relatório, resultante da realização dos estágios e da implementação do projeto de intervenção comunitária, possibilitou a aquisição e o fortalecimento de competências específicas de ESCSP, bem como das competências comuns ao enfermeiro especialista e ao grau mestre. O desenvolvimento do projeto, segundo a

Metodologia do Planeamento em Saúde, permitiu uma avaliação estruturada das necessidades da comunidade, conduzindo à definição e implementação de intervenções direcionadas à capacitação de grupos e alinhadas com os programas nacionais de saúde, nomeadamente o PNS 2030.

Globalmente, verificou-se o cumprimento do objetivo geral, dos objetivos específicos delineados e das metas estabelecidas, exceto daquelas que dependiam diretamente dos parceiros, que por razões alheias à autora deste projeto, não houve possibilidade de as realizar ainda em contexto de estágio, ficando o compromisso de serem realizadas posteriormente. De uma forma geral, o projeto finaliza-se de forma positiva, tendo em conta o impacto das intervenções desenvolvidas e evidenciando o sucesso alcançado no contexto deste projeto comunitário.

Como limitações ao projeto de intervenção comunitária, identificou-se que o tempo reduzido de estágio constituiu um constrangimento importante, condicionando a possibilidade efetivar e acompanhar de forma longitudinal o impacto das intervenções implementadas. A promoção da equidade em saúde exige continuidade, monitorização e investimento estrutural, pelo que futuras intervenções poderão ser mais robustas e passíveis de aprofundar a avaliação do seu impacto a médio e longo prazo.

Conclui-se que a literatura consultada e a experiência prática convergem na identificação de desigualdades persistentes no acesso aos cuidados de saúde por parte da população migrante, associadas às barreiras sentidas pelos mesmos e à necessidade de investimento em formação cultural dos profissionais. Torna-se, por isso, fundamental garantir a continuidade deste projeto e do desenvolvimento de novas estratégias que consolidem práticas mais equitativas e integrativas, promovendo ganhos em saúde e reforçando o compromisso ético da ESCSP, na construção de um sistema de saúde mais inclusivo, acessível e culturalmente competente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIMA, I. P. – Direção de Planeamento, Estratégia e Estudos. (2025). *Relatório migrações e asilo 2024*.
- Arriaga, M. T., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023–2030* (Plano estratégico). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa*.
- Assembleia da República. (2015). Decreto-Lei n.º 156/2015. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8077–8080.
- Assembleia da República. (2018). Despacho n.º 4429/2018. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 87.
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019: Lei de bases da saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169.
- Assembleia da República. (2024). Alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 14.
- Ayrubi, E. L. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Banerjee, A. (2020). Equity and quality of health care access: Where do we stand and the way forward? *Indian Journal of Community Medicine*, 45, 4–7. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_183_19
- Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, I. P. (2015). *Migrações e demografia*. https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/aed_ficha_migrdemogrf.pdf

- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Cierco, T., & Marfil-Carmona, R. (2019). Immigrants' access to healthcare services: The Portuguese case. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 168–175. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.21>
- Coelho, M. M. (2019). *Equidade no acesso a serviços de saúde em Portugal: Uma análise com base no Inquérito Nacional de Saúde de 2014* (Trabalho de projeto de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra).
- Comissão Europeia, Parlamento Europeu, & Conselho da União Europeia. (2017). Pilar europeu dos direitos sociais. <https://doi.org/10.2792/239183>
- Comissão Europeia. (2022). *Nomenclatura comum das unidades territoriais estatísticas (NUTS)*. Regulamento Delegado (UE) 2023/674 da Comissão.
- Comissão Local para a Interculturalidade. (2020). *III plano municipal para a integração de migrantes* (Integra 3G). Município X.
- Costa, A. P. (2022). *Discriminação de pessoas imigrantes nos serviços públicos em Portugal: Relatório do projeto #MigraMyths – Desmistificando a imigração (3ª ed.)*. Casa do Brasil de Lisboa.
- Diário da República. (2018a). Decreto-Lei n.º 80/2018. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 198.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). *Migração e saúde* (Vol. 1). ACIDI.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2030 - Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://content.pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/11/1-Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93-Versao-Integral.pdf>
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 35–36.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Consentimento informado. Entidade Reguladora da Saúde. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M. J., & Mendonça, S. (2023). *Normas de elaboração de trabalhos escritos*. Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Universidade de Évora.
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2019a). *Concelho (Municipality): X*. <https://www.gee.gov.pt/pt/lista-publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos> (Retirado final de URL de forma a garantir a confidencialidade dos locais de intervenção do projeto)
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2019b). *NUTS III: Alentejo Litoral*. República Portuguesa. <https://www.gee.gov.pt/pt/docs/publicacoes/estatisticas-regionais/nut-ii-nut-iii/alentejo/> (Retirado final de URL de forma a garantir a confidencialidade dos locais de intervenção do projeto)
- Imperator, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde* (3.^a ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Mateus, C., Oliveira, E., Marante, S., Capucho, S., Ladeira, S., Cordeiro, R. A., & Calha, A. (2020). Transculturalidade: Uma realidade nos cuidados de saúde. <https://www.researchgate.net/publication/340819336>
- McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (2021). Visão geral do relatório: Transformações tecnológicas, geopolíticas e ambientais que moldam o nosso futuro de migração e mobilidade. In M. McAuliffe & A. Triandafyllidou (Eds.), *Relatório mundial sobre migração 2022*. Organização Internacional para as Migrações.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1.^a ed.). Lidel.
- Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 81/2009. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 65.
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º 238/2012. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 211.
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. (2016). Modelos de competência cultural: Uma análise crítica. *Pensar Enfermagem*, 20, 72–88.
- Município X. (2026, January 27). *Concelho*. (Retirado URL de forma a garantir a confidencialidade dos locais de intervenção do projeto)

- OCDE. (2023). *International migration outlook 2023* (47th ed.). OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/b0f40584-en>
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2023*.
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Migrações e saúde em números: O caso português*. Observatório das Migrações.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 348/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 118, 16481–16486.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária — área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19354–19359.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Health of migrants: The way forward – Report of a global consultation*.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Refugee and migrant health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
- Organização Mundial da Saúde. (2025). *Cobertura universal de saúde*.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice*. Pearson.
- Pisco, L. A., & Ramos, V. B. (2025). Vinte anos da reforma dos cuidados primários em Portugal: Lições aprendidas e novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(7).
<https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.21532024>
- PORDATA. (2025). *Dia internacional dos migrantes: Condições de vida, emprego e fluxos migratórios*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei nº 65/2018. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 157.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 150.
- Ramalho, L. D. Q. G. (2021). *Acesso aos cuidados de saúde primários em Portugal: Condicionantes e estratégias* [Dissertação de mestrado, ISCTE].
- Semblano, L.. (2024). *Caracterização sociodemográfica e de qualidade de vida do grupo-alvo do projeto Cultivando Saúde*.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2022). *População estrangeira residente em Portugal*. SEFSTAT. <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2026). *Utentes inscritos em cuidados de saúde primários*. Transparência SNS. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *BI – CSP*. Retrieved February 12, 2026. (Retirado URL de forma a garantir a confidencialidade dos locais de intervenção do projeto)
- Silva, D. S. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Medicina sem fronteiras: Os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(3), 315–321. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13198>
- Silva, E., & Casimiro, C. (2023). *Migrações, famílias e desigualdades*. ISCSP.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2.^a ed.). Ministério da Saúde.
- ULS (X). (2022). *Relatório de contas 2021*. (Retirada informação relevante desta referência de forma a garantir a confidencialidade dos locais de intervenção do projeto)
- World Health Organization, Health and Welfare Canada, & Canadian Public Health Association. (1986). *Ottawa charter for health promotion*.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care.
- World Health Organization. (2019). *Healthy, prosperous lives for all: The European health equity status report*.

World Health Organization. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*.

~

ANEXOS

Anexo A – Participação em Formações, Jornadas, *Webinars* e Seminários

Para: [Ana Catarina Lopes Martins Soares](#), [Ana Botelho Teixeira Almeida](#), [Ana Paula Sofia Gonçalves Soares](#), [Ana Maria Cláudia Ribeiro De Almeida](#), **Mais 10**

Cc: [Centro de Formação](#), [Isabel Cristina Costa Lopes](#), [Isabel de Jesus do Carmo Reis](#), [Liliana Vieira Cabral](#), [Liliana Maria Gomes Escovar Dias da Silva](#), **Mais 5**

Bom dia

Informamos que está inscrito para a **II Sessão Comemorativa do Dia Mundial da DPOC Na ULS - Conhecer para melhor gerir.**

Não falte e não se atrase

Com os melhores cumprimentos,

M _____
Técnico Superior | Gestão de Utentes |
Serviços Financeiros

**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora



Assinado por: **José Manuel Lúcio Chora**
Num. de Identificação: 06468337
Data: 2024.04.01 15:07:09+01'00'

Enfermeiro Diretor

ReCAP: Orientação para a Mudança e Inovação - Técnico Superior



EMITIDO EM:
outubro 21, 2025

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
[c52c0bd0365a4c62b38e4d3b244af220](#)

☐

fct
nau

CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Bernardo Calapez Eliziário, com Cartão Cidadão número 15205436, concluiu a unidade formativa online "**ReCAP: Orientação para a Mudança e Inovação - Técnico Superior**" com avaliação positiva e duração estimada de 7 horas, no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência - Investimento TD-C19-i07: Capacitação da Administração Pública.



(Prof. Doutora Luísa Neto)
Presidente do Conselho Diretivo

Plataforma NAU cofinanciada por:



PRR
Plano de Recuperação e Resiliência



REPÚBLICA PORTUGUESA



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU



Documento
assinado
eletronicamente

Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações sobre a política de certificação da NAU, visite [a página sobre Política de Certificação](#).

Anexo B –Certificado Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde



Certificado

Em face dos arquivos desta Instituição, Elsa Restier Gonçalves, Diretora da Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, certifica que:

Catarina Bernardo Calapez Eliziário, portador(a) do Cartão de cidadão número 15205436 7ZW7, nascido(a) a 30-10-1997, concluiu a 09 de julho de 2025, o Curso de **Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde**, com a média final de **16 (dezassexis) valores**, equivalente à menção qualitativa de **Muito Bom** num total de 750 horas e 30 ECTS, cujas unidades curriculares, a seguir se indicam:

Unidade Curricular	Ano Letivo	ECTS	Nota	Extenso
Políticas e Sistemas de Saúde	2024-25	3	17	Dezassete valores
Economia, Financiamento e Gestão em Saúde	2024-25	6	16	Dezassexis valores
Gestão da Qualidade em Saúde e Governança Clínica	2024-25	4	14	Catorze valores
Gestão da Comunicação e Marketing na Saúde	2024-25	2	16	Dezassexis valores
Gestão e Liderança de Equipas	2024-25	6	16	Dezassexis valores
Investigação em Saúde	2024-25	4	14	Catorze valores
Sistemas de Informação, Inovação e Tecnologias em Saúde	2024-25	5	16	Dezassexis valores
Média Final			16	Dezassexis valores

Estudante nº 30015672

Por ser verdade, e ter sido pedida, passa-se o presente Certificado, que vai assinado e autenticado com o selo branco em uso nesta Escola.

Lisboa, 29 de julho de 2025

Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias
A Diretora,

Executado: Elsa R. G.

Conferido: [Handwritten Signature]

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de Recolha de Dados (Questionário para aplicação na população migrante)

Instrumento de Recolha de Dados

I. Caracterização Sociodemográfica

1. Idade:

- ☐ 18–24 anos
- ☐ 25–34 anos
- ☐ 35–44 anos
- ☐ 45–54 anos
- ☐ 55–64 anos
- ☐ 65 anos ou mais

2. Género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro
- ☐ Prefiro não responder

3. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/União de facto
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

4. País de origem: _____

5. Nacionalidade: _____

6. Há quanto tempo reside em Portugal?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1–3 anos
- ☐ 4–6 anos
- ☐ Mais de 6 anos

7. Situação documental:

- ☐ Situação regular
- ☐ Em processo de regularização
- ☐ Situação irregular
- ☐ Prefiro não responder

8. Escolaridade:

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior

9. Situação profissional:

- ☐ Empregado(a)
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Estudante
- ☐ Outro: _____

10. Número de pessoas no agregado familiar: _____

II. Caracterização Cultural e Linguística

11. Língua materna: _____

12. Compreende português?

- ☐ Muito bem
- ☐ Bem
- ☐ Pouco
- ☐ Não compreendo

13. Já sentiu dificuldades linguísticas ao procurar serviços de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Necessita de tradutor/intérprete quando recorre aos serviços de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

15. Considera que as suas crenças culturais influenciam a forma como procura cuidados de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

III. Acesso aos Serviços de Saúde

16. Está inscrito(a) no Centro de Saúde?

☐ Sim

☐ Não

17. Tem médico de família atribuído?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

18. Já deixou de procurar cuidados de saúde por:

☐ Falta de documentação

☐ Custos

☐ Falta de informação

☐ Medo/receio

☐ Dificuldades linguísticas

☐ Tempo de espera

☐ Nunca deixei de procurar

19. Sente-se tratado(a) com respeito nos serviços de saúde?

☐ Sempre

☐ Frequentemente

☐ Raramente

☐ Nunca

20. Considera que tem informação suficiente sobre os seus direitos no acesso à saúde?

☐ Sim

☐ Não

IV. Vacinação

21. Possui boletim de vacinas atualizado?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

22. Já teve dificuldade em aceder à vacinação em Portugal?

• ☐ Sim

• ☐ Não

23. Se sim, qual o principal motivo?

- ☐ Falta de informação
- ☐ Medo de custos
- ☐ Situação documental
- ☐ Barreiras linguísticas
- ☐ Horário incompatível
- ☐ Outro: _____

24. Considera a vacinação importante?

- ☐ Muito importante
- ☐ Importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Não importante

25. Recebeu informação adequada sobre vacinação em Portugal?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Apêndice B – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Exmo. Trabalhador da Empresa XXXX,

Eu, Catarina Bernardo Calapez Eliziário, enfermeira e presentemente aluna do Curso de Mestrado em Associação – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, este projeto tem como objetivo promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde no Concelho X.

Pretendemos aplicar um questionário de forma a caracterizar sociodemograficamente e culturalmente a população-alvo deste projeto, assim como identificar as principais necessidades em saúde da mesma.

Salienta-se que a participação neste estudo é inteiramente voluntária, sendo assegurado que todos os dados recolhidos serão tratados de modo a garantir o sigilo, o anonimato dos participantes e a confidencialidade das fontes.

A informação obtida permanecerá exclusivamente na posse do investigador, sendo utilizada apenas para os fins do projeto em causa e eliminada após a publicação ou divulgação dos respetivos resultados. Reitera-se que a identidade dos participantes jamais será divulgada ou associada às informações fornecidas.

A recusa em participar não acarretará qualquer tipo de prejuízo ou consequência, podendo a participação ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Com os melhores Cumprimentos

A investigadora: _____

(Catarina Bernardo Calapez Eliziário)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento e compreendi integralmente a informação acima apresentada, manifestando o meu consentimento livre e esclarecido para participar no projeto de intervenção, mediante o preenchimento do questionário.

Fui devidamente informado(a) de que a minha participação é anónima e confidencial, estando garantido o sigilo relativamente aos dados fornecidos. Tenho ainda conhecimento de que as informações recolhidas permanecerão exclusivamente na posse da investigadora, sendo utilizadas apenas para fins académicos e destruídas após a publicação ou divulgação dos respetivos resultados.

Assinatura

Data: ____/____/____

Apêndice C – Questionário Aplicado aos Profissionais de Saúde

Questionário de Avaliação da Sessão de Sensibilização “Cuidados Culturalmente Competentes”

Consentimento Informado e Confidencialidade

A sua participação neste questionário é voluntária. As respostas são anónimas, confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para fins de avaliação e melhoria da formação.

Ao prosseguir com o preenchimento deste questionário, declara que:

- Compreendeu a informação acima apresentada;
- Concorde em participar de forma livre e esclarecida;
- Autoriza a utilização dos dados recolhidos para fins científicos e/ou pedagógicos, garantindo o anonimato.

☐ Declaro que li e aceito participar neste questionário

Secção 1 – Caracterização do Participante

Profissão:

- ☐ Enfermeiro/a
- ☐ Médico/a
- ☐ Assistente Técnico/a
- ☐ Assistente Operacional
- ☐ Outro: _____

Área de atuação:

- ☐ UCSP
- ☐ UCC
- ☐ SUB
- ☐ Outro: _____

Anos de experiência profissional:

- ☐ < 1 ano
- ☐ 1–5 anos
- ☐ 6–10 anos
- ☐ > 10 anos

Secção 2 – Avaliação Geral da Sessão

Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

(1 – Discordo totalmente | 2 – Discordo | 3 – Nem concordo nem discordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo totalmente)

Os objetivos da sessão foram claros. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Os conteúdos foram relevantes. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

A duração da sessão foi adequada. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

A metodologia facilitou a aprendizagem. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Cuidados Culturalmente Competentes

A sessão aumentou o meu conhecimento. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Compreendo melhor o impacto da cultura na decisão clínica. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Reconheço melhor barreiras culturais e linguísticas. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Sinto-me mais preparado/a para cuidados culturalmente competentes. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Aplicabilidade Prática

Os conhecimentos são aplicáveis ao meu contexto. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

A sessão promoveu reflexão crítica sobre a minha prática profissional. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Pretendo melhorar a minha prática. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Avaliação do/a Formador/a

O/a formador/a demonstrou domínio dos conteúdos. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Comunicação foi clara e adequada ao público-alvo. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Avaliação Global

☐ Muito Insatisfatória ☐ Insatisfatória ☐ Satisfatória ☐ Boa ☐ Muito Boa

Recomendaria a sessão?

☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez

Considera benéfica a implementação de mais sessões neste âmbito?

☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez

Secção 3 – Questões Abertas

1. O que considera que foi mais positivo nesta sessão?

2. Que aspetos poderiam ser melhorados?

3. Que temas relacionados com cuidados culturalmente competentes gostaria de ver aprofundados no futuro?

Apêndice D – Sessão de Educação Para a Saúde “Prevenção de Acidentes Domésticos na Primeira Infância”



Prevenção de Acidentes Domésticos na Primeira Infância



INTRODUÇÃO

- O que entendemos por “primeira infância”
 - A primeira infância (0-5 anos) é uma fase de elevada vulnerabilidade devido à curiosidade e falta de noção de perigo.
- O que se entende por “acidente doméstico”
 - Lesão não intencional que ocorre no ambiente doméstico ou no contexto de lazer/rotina da casa.
- Os acidentes domésticos são uma das principais causas de lesões em crianças pequenas.
- A prevenção e a educação familiar são cruciais para reduzir acidentes evitáveis.

TIPOS DE ACIDENTES DOMÉSTICOS MAIS COMUNS

- Queimaduras e escaldões
- Afogamentos
- Intoxicações e envenenamentos
- Eletrocussão
- Asfixia

PRINCÍPIOS-CHAVE DE PREVENÇÃO

- Supervisão constante e atenta
- Modificação/Adaptação do ambiente doméstico (barreiras físicas, proteções, adaptações) para reduzir risco.
- Educação de cuidadores e famílias para identificar e eliminar riscos.
- Adotar abordagem de “segurança proactiva” em vez de apenas reativa: antecipar os riscos.

MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Quedas

- Escadas: instalar portões no topo e na base das escadas.
- Mobiliário e janelas: afastar mobília de janelas, instalar guardas ou limitadores de abertura.
- Superfícies escorregadias: uso de tapetes antiderrapantes, evitar corridas em pisos molhados.

STAIR SAFETY
INSTALLING GATES AT THE TOP AND BOTTOM OF STAIRS TO PREVENT FALLS.

WINDOW SAFETY
ENSURING WINDOWS HAVE SCREENS AND LIMITING ACCESS TO UPPER STORY WINDOWS.

Quedas – O que fazer?

- Lavar a ferida com água corrente e desinfetar (se disponível);
- Parar o sangramento com compressão suave, com compressas se possível;
- Cobrir com penso limpo, se disponível;
- Procurar ajuda se a ferida for profunda ou não parar de sangrar.

Suspeita de fratura:

- Não mexer no membro afetado;
- Imobilizar, se possível;
- Aplicar gelo (protegido com pano/compressas);
- Não tentar “endireitar” o osso;
- Levar imediatamente ao serviço de saúde;

Procurar ajuda médica se:

- Dor intensa ou deformidade visível;
- Incapacidade de mexer o membro;
- Inchaço importante;
- Queda com impacto forte.

MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Intoxicações / envenenamentos

- Armazenar medicamentos, produtos de limpeza, pesticidas e cosméticos em locais altos ou com fecho de segurança.
- Pilhas de “botão”: risco elevado de ingestão em crianças pequenas.



- Não armazenar produtos de limpeza, pesticidas e cosméticos em recipientes enganosos (ex: detergente em garrafas de bebida) para evitar ingestão accidental.
- Educar os pais/cuidadores: manter o contacto do centro de intoxicações visível.



Intoxicações / envenenamentos – O que fazer?

- Se suspeitar de intoxicação:
- Manter a calma
- Afastar a criança da substância
- Verificar o que foi ingerido/inspirado/tocado
- Não provocar o vômito
- Não dar leite, comida ou bebidas



Pedir ajuda imediatamente:
Contactar o Centro de Informação Antivenenos (CIAV)
-> 800 250 250 (Portugal)
Seguir rigorosamente as instruções

- Ir imediatamente ao serviço de urgência se:
- A criança estiver sonolenta, confusa ou inconsciente
- Houver vômitos persistentes ou convulsões
- Dificuldade respiratória
- Ingestão de produtos tóxicos, medicamentos ou venenos
- **Levar sempre a embalagem do produto ingerido**



MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Queimaduras e escaldões

- Regular a temperatura da água (< 50°C);
- Manter crianças afastadas de fogões e de painéis;
- Desligar e guardar ferros de engomar e aquecedores após uso;
- Ensinar medidas básicas de primeiros socorros



Queimaduras e escaldões – O que fazer?

De imediato:

- Afastar a criança da fonte de calor;
- Arrefecer a área com água corrente fria durante 10–20 minutos;
- Retirar roupa ou acessórios se não estiverem colados à pele;
- Manter a criança calma e agasalhada.



Procurar ajuda médica se:

- A queimadura for extensa ou profunda;
- Existirem bolhas grandes ou pele esbranquiçada/escura;
- Atingir face, mãos, pés, genitais ou articulações;
- For em bebés ou crianças pequenas.

Cobrir com compressa ou pano limpo e seco

O que NÃO fazer:

- Não aplicar gelo, pomadas, cremes ou produtos caseiros;
- Não rebentar bolhas;
- Não cobrir com algodão.



MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Afogamentos

- A água é um risco para crianças pequenas, mesmo num balde, bidé ou lavatório.
- Nunca deixar bebé ou criança pequena sozinha na banheira ou perto de água. Se houver piscina ou tanque acessível: instalar barreiras, vigilância constante.
- Educação aos moradores da casa sobre “todos os momentos” de risco, não somente quando a criança está a brincar.



Afogamentos - O que fazer?

De imediato:

- Retirar a criança da água em segurança;
- Verificar se respira e se está consciente;
- Chamar ajuda imediatamente!

Se a criança não respirar:

- Iniciar manobras de reanimação (RCP), se souber;
- Pedir ajuda ao 112 e seguir as instruções do operador;
- Manter a via aérea desobstruída.

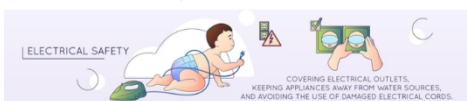
Procurar ajuda médica sempre que:

- Houve submersão, mesmo que a criança pareça bem;
- Existam tosse, dificuldade respiratória ou sonolência;
- A criança tenha inalado água;
- **Manter a criança aquecida e sob vigilância**



MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Eletrocussão

- Usar protetores de tomada.
- Evitar adaptadores múltiplos acessíveis à criança.
- Reparar de imediato tomadas ou fios danificados.
- Manter cabos fora do alcance e bem organizados.
- Substituir cabos danificados.
- Desligar e desconectar os eletrodomésticos após uso.
- Guardar pequenos aparelhos fora da vista da criança.
- Manter eletrodomésticos afastados da água.
- Manter o quadro elétrico trancado ou inacessível.
- Fixar candeeiros e substituir lâmpadas danificadas.



Eletrocussão – O que fazer?

De imediato:

- Não tocar na criança enquanto a fonte elétrica não for desligada;
- Cortar a corrente elétrica (quadro, ficha);
- Afastar a criança da fonte com objeto não condutor (madeira/plástico).

Após interrupção da corrente:

- Verificar consciência e respiração;
- Iniciar RCP se necessário e se souber;
- Chamar ajuda (112), e seguir instruções do operador.

Possíveis lesões:

- Tratar queimaduras como indicado;
- Não aplicar cremes ou produtos caseiros;

Procurar ajuda médica sempre que:

- Houver perda de consciência, mesmo que por breves momentos;
- Existirem queimaduras;
- A criança apresentar dor, fraqueza ou alterações do comportamento.



MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Asfixia

- Verificar brinquedos e objetos pequenos que a criança pode levar à boca — risco de engasgamento;
- Manter cordões de persianas e cabos fora do alcance da criança;
- Garantir colchões e berços sem objetos soltos;
- Evitar roupas com cordões longos.



Asfixia – O que fazer?

Se a criança estiver consciente:

- Incentivar a tossir;
- Observar se objeto se encontra na boca e se é possível retirar;
- Caso objeto não seja visível não introduzir os dedos na boca;
- Observar atentamente se objeto é expelido pela tosse.

Se não conseguir respirar ou falar:

- Pedir ajuda imediatamente (112) – seguir instruções do operador;
- Iniciar manobras de desobstrução da via aérea (adaptadas à idade da criança) – Pancadas Interescapulares e manobra de Heimlich.

Se a criança perder a consciência:

- Colocar em local seguro;
- Iniciar reanimação (RCP), se souber;
- Manter a via aérea desobstruída.

Procurar ajuda médica sempre que:

- O episódio não resolver rapidamente;
- Persistirem tosse, dificuldade respiratória ou rouquidão;
- Houver perda de consciência.

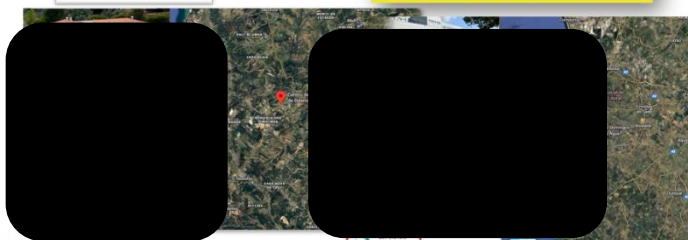


MEDIDAS PRÁTICAS PARA CONTROLO DO RISCO – Outros Riscos

- Manter mobílias altas e pesadas sempre fixadas à parede;
- Manter facas e objetos cortantes fora do alcance das crianças



CONTACTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIAS MAIS PRÓXIMAS





CONCLUSÃO

- A prevenção de acidentes domésticos é uma responsabilidade partilhada entre família e profissionais de saúde.
- Medidas simples e consistentes reduzem significativamente o risco.
- Educar, supervisionar e adaptar o ambiente são ações essenciais para proteger as crianças.

Apêndice E– Sessão de Formação para Profissionais de Saúde “Cuidados Culturalmente Competentes”

Projeto RISE and SAVE: Reconhecimento da Inclusão em Saúde para o Empoderamento dos migrantes no Sistema de Acesso à Vacinação Estratégica



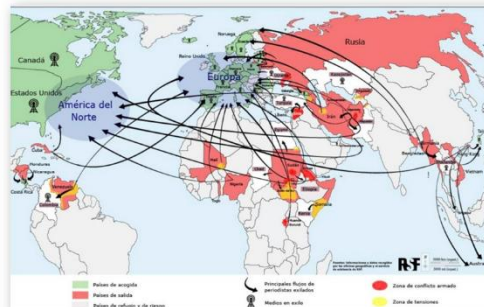
CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES

Uma abordagem essencial para profissionais de saúde na construção de cuidados equitativos, respeitosos e eficazes para todos os utentes.

Catarina Bernardo Calapez Elzário



FLUXOS MIGRATÓRIOS



CARACTERÍSTICAS DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL

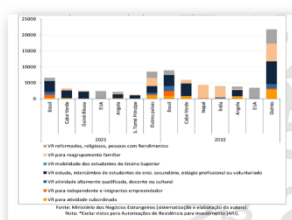


Gráfico 1 - Vistos de residência atribuídos por razões de entrada e nacionalidades (2021 e 2022)

Nacionalidades e tipos de títulos	2021	2022	Variação 2021-2022 (%)
Brasil	39.456	48.313	+22,4
Índia	7.407	7.434	+0,3
Itália	5.302	6.977	+31,6
Angola	4.597	6.939	+50,9
Bangladesh	2.132	6.153	+188,6
Capo Verde	3.889	4.729	+21,6
Francia	4.754	4.697	-1,2
Guiné-Bissau	3.746	4.235	+13,1
Alemanha	3.916	4.019	+2,1
Paquistão	2.006	3.997	+99,3
Nepal	2.759	3.858	+39,8
Espanha	3.583	3.599	+0,4
EUA	2.675	3.388	+23,8
Reino Unido	417	2.394	+478,0

Tabela 1- Fluxos migratórios com novos títulos emitidos pelo SEF, por principais nacionalidades (2021-2022)

CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES

Vamos Desmistificar?



A COMPETÊNCIA CULTURAL É ESSENCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE?



Impacto nos Cuidados

Os Profissionais culturalmente competentes melhoram significativamente a adesão aos tratamentos e aumentam a satisfação dos utentes através de uma comunicação mais eficaz e empática.

Equidade e Acesso

Promove equidade, reduz as desigualdades e elimina barreiras no acesso aos serviços de saúde para populações vulneráveis.

Base Ética e Legal

Fundamenta-se em princípios éticos e legais que garantem respeito, dignidade e proteção dos direitos humanos.

O QUE É A CULTURA E A DIVERSIDADE CULTURAL?

Cultura

Conjunto de valores, crenças, costumes, línguas e práticas que caracterizam um grupo social e moldam a sua visão do mundo.

Diversidade Cultural

Coexistência de múltiplas culturas numa sociedade, refletindo diferentes formas de viver, pensar e entender o mundo.

Reconhecimento

Reconhecer a diversidade é reconhecer a pluralidade de identidades e necessidades específicas dos utentes aos quais prestamos cuidados.



MULTICULTURALIDADE, INTERCULTURALIDADE E TRANSCULTURALIDADE

Definições-Chave para a Prática Clínica

01	02	03
Multiculturalidade Coexistência de várias culturas num mesmo espaço, mantendo as suas características próprias, sem necessariamente haver interação profunda entre elas.	Interculturalidade Diálogo ativo e interação respeitosa entre culturas distintas, promovendo compreensão mútua, aprendizagem recíproca e colaboração significativa.	Transculturalidade Integração e fusão harmoniosa de elementos culturais diversos, criando novas formas de expressão, práticas de cuidado e compreensão mútua.

RESPEITO E DIÁLOGO ENTRE CULTURAS

"A diversidade cultural alarga o leque de opções à disposição de todos; é uma das fontes do desenvolvimento, entendido não apenas em termos de crescimento económico, mas também como meio para alcançar uma existência intelectual, emocional, moral e espiritual mais satisfatória."

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE A DIVERSIDADE CULTURAL

O diálogo intercultural na saúde constrói pontes de compreensão e permite cuidados verdadeiramente centrados no utente.



PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS NA COMPETÊNCIA CULTURAL

1

Autonomia e Identidade

Respeito profundo da autonomia e identidade cultural de cada pessoa, reconhecendo a sua individualidade e história pessoal.

2

Equidade e Não-Discriminação

Garantia do acesso equitativo e não discriminatório aos serviços de saúde, independentemente da origem, etnia ou crenças.

3

Confidencialidade Cultural

Confidencialidade e sensibilidade cultural na comunicação, tratamento e gestão de informação clínica.

4

Conformidade Legal

Cumprimento rigoroso das normas legais que protegem os direitos humanos fundamentais e promovem a diversidade.

COMO PROMOVER A EQUIDADE E ACESSO NA PRÁTICA CLÍNICA?

→ Comunicação Adaptada

Usar linguagem acessível e clara, respeitar línguas maternas e utilizar mediadores qualificados quando necessário e possível.

→ Respeito por Crenças

Considerar crenças, valores e práticas culturais específicas na prestação de cuidados de saúde.

→ Mediação Cultural

Envolver agentes comunitários e mediadores culturais para facilitar o acesso e compreensão dos serviços.

→ Capacitação Contínua

Capacitar equipas multiprofissionais para reconhecer, valorizar e responder adequadamente à diversidade cultural.



ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA OS CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES



Avaliação Cultural

Realizar avaliação cultural do utente; ouvir ativamente e compreender as suas necessidades, valores e expectativas específicas de saúde.



Flexibilidade Terapêutica

Flexibilidade nos protocolos clínicos para acomodar práticas culturais legítimas, respeitando escolhas informadas dos utentes.



Formação Contínua

Educação contínua dos profissionais sobre diversidade cultural, competência cultural e sensibilidade no cuidado.



Políticas Inclusivas

Implementação de políticas institucionais claras que promovam ativamente a inclusão, respeito e equidade em todos os níveis.

O CAMINHO PARA UMA SAÚDE INCLUSIVA



Pilar do Cuidado

A competência cultural é um pilar fundamental para a humanização e eficácia do cuidado de saúde.



Equidade e Respeito

Promove ativamente a equidade, o respeito incondicional e a dignidade de todos as pessoas, sem exceção.



Dever Profissional

Os profissionais de saúde têm o dever ético e legal de desenvolver continuamente estas competências essenciais.



Construção Coletiva

Juntos, construímos um sistema de saúde mais acessível, culturalmente sensível e eficaz para toda a sociedade.



O CAMINHO COMEÇA EM NÓS!



OBRIGADA
Pela Vossa Atenção!

