



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

Rosa Fernanda Pereira Gomes Machado

Orientação: Mestre Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

Rosa Fernanda Pereira Gomes Machado

Orientação: Mestre Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Ermelinda Carmo Valente Caldeira

Arguente: Teresa Teixeira Marques Dionísio Mestre

Orientador: Isaura da Conceição Cascalho Serra

Setúbal, 2023

EPÍGRAFE

O mundo não é humano só por ser feito de seres humanos, e não se torna humano só por nele se fazer ouvir a voz humana, mas sim, e só, quando se torna objeto de diálogo. Por muito que as coisas do mundo nos afetem, por muito profundamente que nos abalem e nos estimulem, só se tornam humanas para nós quando podemos discutí-las com os nossos semelhantes. Só falando daquilo que se passa no mundo e em nós próprios é que o humanizamos, e ao falarmos disso, aprendemos a ser humanos.

Hannah Arendt

DEDICATÓRIA

Dedico este Relatório aos meus Pais.

Ao meu Pai, Fernando. Um exemplo de ser humano e de pai. Perdi-o há muitos anos e todos os dias me faz falta. Sei, no entanto, que esteja onde estiver, por certo estará orgulhoso do caminho percorrido pela sua adorada filha.

À minha Mãe, Maria da Glória. Por todo o esforço e sacrifício suportado, pautado ao longo de alguns anos pela doença em permanência do meu pai, pelos cuidados inestimáveis que lhe prestou, esforço que manteve mesmo depois da sua morte, por uma vida inteira. A sua inegável coragem e determinação, cujo sentido hoje reconheço e compreendo mais do que nunca, permitiram-me continuar a minha formação, também com esforço e dedicação pela causa a que me propus desde sempre.

A eles, o meu profundo reconhecimento por serem o pilar da minha existência pessoal e também profissional.

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui os meus sinceros e profundos agradecimentos a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esta minha trajetória chegasse a bom porto. Entendo que nenhum esforço desta natureza é possível sem o apoio e a colaboração de outras pessoas, algumas das quais já me acompanham desde sempre, mas também das que, por via dos caminhos profissionais, de formação e pessoais, se cruzaram comigo e muito me enriqueceram.

À minha orientadora, Professora Isaura Serra, pela sua disponibilidade, orientação dedicada, positividade e por todas as palavras que nos diferentes momentos me fizeram acreditar que este percurso seria realizável.

À Enfermeira Supervisora, que amavelmente me recebeu e constituiu uma guia exímia em todo este caminho. Obrigada pelo otimismo presente naqueles instantes em que nada parecia acontecer.

A todas as enfermeiras da UCC onde se desenvolveram os estágios, pelo acolhimento, disponibilidade e pelo acompanhamento nos diferentes projetos que integram a sua carteira de serviços.

Aos envolvidos na concretização deste Projeto de Intervenção Comunitária, em especial os migrantes participantes e todos os parceiros comunitários, pela disponibilidade e interesse desde logo demonstrados, e sem os quais nenhum destes momentos teria sido possível.

Um agradecimento à Madalena Garcia, que participou de forma muito próxima nesta caminhada, pela ajuda, partilha de esforços e ideias e por, em momento algum, termos desistido.

Naturalmente, destaco um especial reconhecimento às minhas companheiras de jornada, Ana Romão, Patrícia Fernandes e Sofia Senhorinho. Quando iniciámos este percurso, estava longe de imaginar a sua dimensão e entrega e, sem o vosso apoio, companheirismo, amizade e oportunidades de estudo, com muito riso e algum choro, tudo teria sido mais difícil. Obrigada por tudo e por tanto.

Estendo os meus agradecimentos à Liliana Monteiro, pela amizade, partilha de experiências e pelo suporte e incentivo à concretização deste caminho por vezes árduo.

A todos os colegas de equipa e de serviço, pelo estímulo e cooperação, fazendo com que esta oportunidade de formação se proporcionasse.

À família e aos amigos de todas as horas, nenhum agradecimento será suficiente.

RESUMO

Introdução: Fatores de natureza social, cultural e relacionados com o ambiente físico, são determinantes para a saúde dos migrantes.

Objetivo: Contribuir para a promoção da Literacia em Saúde dos migrantes residentes num bairro de um concelho da Área Metropolitana de Lisboa, no âmbito dos riscos de saúde associados às questões ambientais.

Método: Partindo da Metodologia de Planeamento em Saúde, foi desenvolvido neste bairro um Projeto de Intervenção Comunitária. O estudo transversal, descritivo e de natureza exploratória permitiu caracterizar as condições ambientais em que esta comunidade vive, sua perceção respetiva, e ainda conhecer o nível existente de Literacia em Saúde.

Resultados: Da análise dos dados obtidos, comprovou-se a existência de riscos ambientais para a saúde e, igualmente, baixos níveis de Literacia em Saúde na maioria dos domínios considerados. Deste modo, justificou-se a necessidade de intervenção na promoção da Literacia em Saúde, com destaque para os riscos ambientais.

Conclusão: Reconheceu-se assim a importância do desenvolvimento de Projetos de Intervenção Comunitária nestas populações, com a adoção de estratégias que favoreçam a participação ativa e a adesão da comunidade, e com isso se obterem ganhos em saúde.

Palavras-chave: Migrantes; Literacia em Saúde; Riscos Ambientais; Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Factors of a social, cultural, and physical environment nature are crucial for the health of migrants.

Objective: Contribute to the promotion of Health Literacy among migrants residing in a district in a municipality in the Metropolitan Area of Lisbon, within the scope of health risks associated with environmental issues.

Method: Based on the Health Planning Methodology, a Community Intervention Project was developed in this neighborhood. The cross-sectional, descriptive, and exploratory study allowed characterizing the environmental conditions in which this community lives, their respective perception, and even knowing the existing level of Health Literacy.

Results: From the analysis of the obtained data, it was proved the existence of environmental risks for health and, equally, low levels of Health Literacy in most of the domains considered. Thus, the need for intervention in the promotion of Health Literacy was justified, with emphasis on environmental risks.

Conclusion: The importance of developing Community Intervention Projects in these populations was recognized, with the adoption of strategies that favor the active participation and adherence of the community, and with that, health gains are obtained.

Keywords: Migrants; Health Literacy; Environmental Risks; Community and Public Health Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACM – Alto Comissariado para as Migrações
AML – Área Metropolitana de Lisboa
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
CM – Câmara Municipal
COVID-19 – Coronavirus Disease 2019
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
EC – Empoderamento Comunitário
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos
eHLQ – eHealth Literacy Questionnaire
ENSP-UNL – Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
HLQ – Health Literacy Questionnaire
HPM – Health Promotion Model
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – International Organization for Migration
Km² – Kilómetro quadrado
LS – Literacia em Saúde
MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
N= – Número igual
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
P – Problemas
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE – Programa Nacional para a Saúde Escolar
SCM – Santa Casa da Misericórdia

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 – MIGRAÇÕES.....	21
1.1.1 – Populações imigrantes em Portugal.....	24
1.1.2 – Migração, saúde e os seus determinantes.....	27
1.1.3 – Saúde ambiental.....	29
1.2 – LITERACIA EM SAÚDE.....	31
1.2.1 – Literacia em saúde da população portuguesa.....	32
1.2.2 – Literacia em saúde da população migrante.....	36
1.3 – MODELOS TEÓRICOS DE SUPORTE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	38
2 – CONTEXTO GERAL DOS ESTÁGIOS E COMUNIDADE	44
2.1 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE EM ESTUDO	44
2.2 – CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE LOCAL.....	47
2.2.1 – Caraterização demográfica e infraestruturas de apoio.....	49
2.2.2 – Caraterização socioeconómica.....	57
2.2.3 – Caraterização epidemiológica.....	58
2.2.4 – Recursos de saúde e sociais da comunidade local.....	60
3 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	62
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	63
3.1.1 – População alvo e amostra.....	64
3.1.2 – Instrumentos de colheita de dados.....	65
3.1.3 – Considerações éticas.....	68
3.1.4 – Apresentação e análise dos resultados.....	69
3.1.5 – Identificação de problemas.....	82
3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	83
3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	87
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	90
3.4.1 – Pertinência, vantagens e condicionantes de cada estratégia.....	93
3.4.2 – Estrutura de gestão do projeto.....	95
3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	96
3.5.1 – Seleção de intervenções e atividades.....	96

3.5.2 – Cronograma de atividades	100
3.5.3 – Previsão de recursos	100
3.5.4 – Análise da estratégia orçamental	101
3.5.5 – Comunicação e divulgação do projeto	102
3.6 – AVALIAÇÃO	103
3.6.1 – Follow up do projeto	110
4 – OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DOS ESTÁGIOS	112
5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	117
5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	117
5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	122
5.3 – COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	127
CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICES	146
Apêndice I – Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde	147
Apêndice II – Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	153
Apêndice III – Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação	156
Apêndice IV – Flyer alusivo à divulgação do Programa Educativo e do Bootcamp de Literacia em Saúde	171
Apêndice V – Planos das sessões realizadas no âmbito do Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde	175
Apêndice VI – Dossier Pedagógico	181
Apêndice VII – Cronograma de Atividades	211
Apêndice VIII – Poster apresentado no XI Encontro da UCC	213
Apêndice IX – Resumo do artigo científico original “Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: riscos associados às questões ambientais”	215
Apêndice X – Questionário de avaliação sobre os conhecimentos transmitidos	217
Apêndice XI – Questionário de avaliação quanto ao grau de satisfação do Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde	219
Apêndice XII – Certificado de Participação no Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde	221
ANEXOS	223
Anexo I – Licenciamento Contratual do Health Literacy Questionnaire	224

Anexo II – “Swinburne University of Technology Questionnaires - Frequently asked Questions”	233
Anexo III – Parecer positivo do Diretor Executivo do ACeS	240
Anexo IV – Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	242
Anexo V – Participação no evento UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social	244
Anexo VI – Participação no XXVI Encontro Nacional – 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais	246
Anexo VII – Participação nas Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do Observatório das Migrações	248
Anexo VIII – Primeiro Prémio de Posters apresentado no XI Encontro da UCC	250

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Migração internacional, 2020	22
Figura 2 – Distribuição de migrantes internacionais por área de residência	23
Figura 3 – Evolução da população estrangeira residente em Portugal por nacionalidades mais representativas	25
Figura 4 – LS geral (%)	34
Figura 5 – Domínios de LS (%)	34
Figura 6 – Competências específicas de LS (%)	35
Figura 7 – Módulos adicionais de LS (%)	35
Figura 8 – Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde	41
Figura 9 – Mapa representativo da AML	47
Figura 10 – Etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde	63
Figura 11 – Subescalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ)	66
Figura 12 – Subescalas do eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)	67
Figura 13 – WBS	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC.....	46
Gráfico 2 – Densidade populacional do concelho (2001-2021)	50
Gráfico 3 – População residente por grupo etário do concelho (2001-2021).....	50
Gráfico 4 – Pirâmide etária do município (2022)	51
Gráfico 5 – Índice de Envelhecimento segundo os censos (2001-2021)	52
Gráfico 6 – Índice de Dependência Total segundo os censos (2001-2021).....	53
Gráfico 7 – Taxa Bruta de Natalidade (2001-2020)	54
Gráfico 8 – Taxa Bruta de Mortalidade (2001-2020)	54
Gráfico 9 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente.....	55
Gráfico 10 – População estrangeira com estatuto legal de residente: nacionalidade e sexo	56
Gráfico 11 – Distribuição da amostra por género e idade (%)	70
Gráfico 12 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade (%)	70
Gráfico 13 – Distribuição da amostra por situação ocupacional (%).....	71
Gráfico 14 – Distribuição da amostra por tempo de residência em Portugal e no Bairro (%)	71
Gráfico 15 – Distribuição da amostra por estatuto de migração e país de nascimento (%) ..	72
Gráfico 16 – Infraestruturas interiores das habitações (%).....	73
Gráfico 17 – Comportamento das habitações ao calor e ao frio (%)	73
Gráfico 18 – Presença de infestação das habitações por insetos e/ou roedores (%)	74
Gráfico 19 – Riscos ambientais (%)	74
Gráfico 20 – Perceção face às condições de segurança do Bairro e da habitação	75
Gráfico 21 – Registo de situações de doenças (%).....	76
Gráfico 22 – Presença de doença crónica (%)	76
Gráfico 23 – Resposta à questão 1: “Os fatores de risco de natureza ambiental influenciam a saúde humana?”	104
Gráfico 24 – Resposta à questão 2: “Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos indique 3”	105
Gráfico 25 – Resposta à questão 3: “Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos indique 3 que identifica no seu Bairro”	105
Gráfico 26 – Resposta à questão 4: “Enquanto dinamizador na comunidade a minha ação na prevenção dos efeitos associados aos riscos ambientais é ...”	106

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Morbilidade - registo nos CSP	59
Quadro 2 – Determinação de prioridades segundo os critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade	84
Quadro 3 – Grelha de ponderação dos critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade	85
Quadro 4 – Determinação de prioridades segundo o método Comparação por Pares	86
Quadro 5 – Objetivos específicos e metas	89
Quadro 6 – Pertinência, vantagens e condicionantes de cada estratégia	94
Quadro 7 – Atividades implementadas.....	97
Quadro 8 – Previsão de Recursos	101
Quadro 9 – Estratégia orçamental	102
Quadro 10 – Objetivo Específico 1, Meta/Indicador e Avaliação	107
Quadro 11 – Objetivo Específico 2, Meta/Indicador e Avaliação	108
Quadro 12 – Objetivo Específico 3, Meta/Indicador e Avaliação	109
Quadro 13 – Resultados do questionário de satisfação das sessões.....	110

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Correlação entre o nível de escolaridade e a perceção das condições de segurança ambiental e de conforto da habitação e do Bairro (N=101)	75
Tabela 2 – Caraterização das dimensões do HLQ (N=101)	77
Tabela 3 – Relação das dimensões do HLQ com as variáveis sociodemográficas características da população (N=101)	79
Tabela 4 – Relação dos riscos ambientais para a saúde e dimensões do HLQ (N=101)	81
Tabela 5 – Caraterização das dimensões do eHLQ (N=101)	82

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no 1.º semestre do 2.º ano do VI Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

A movimentação das populações ao longo do tempo assume-se como um fenómeno sempre presente, cuja origem se encontra explicada em processos de natureza social, política e económica, naturalmente adequados ao momento em que tais movimentações se verificaram. Este fenómeno migratório, de cariz mundial, não deixou de aumentar nos últimos 50 anos, registando-se em 2020 um número total de 281 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo, o que significa que relativamente a 30 anos antes houve um aumento de 128 milhões de pessoas migrantes (International Organization for Migration [IOM], 2021). Sendo esta data coincidente com o aparecimento da pandemia de COVID-19, os dados apontam para uma redução provável do crescimento da população migrante internacional neste período em cerca de 2 milhões, o que por si só não é significativo.

Perante a dimensão deste fenómeno, e tendo em conta que os destinos de migração se dirigem normalmente para os países mais desenvolvidos, tal tem vindo a determinar por parte dos governos e sociedade em geral a adoção de políticas adequadas com vista à melhor integração destas populações.

Esta integração reveste-se de fatores positivos e negativos, tanto para as populações autóctones como para as que migram. Contudo, encontra-se unanimemente assumido que os impactos positivos da migração podem superar os negativos (Oliveira, 2022), tal como descrito no Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular, onde se evidencia que a migração “é uma fonte de prosperidade, inovação e desenvolvimento sustentável no mundo moderno e globalizado” (Organização das Nações Unidas, 2019: 2).

Em reforço do atrás referido, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, preconiza a adoção de medidas que venham ao encontro dos desígnios constantes no Objetivo 10, onde se lê, “Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países”, e em particular da meta 10.7 - “Facilitar a migração e a mobilidade

das pessoas de forma ordenada, segura, regular e responsável, inclusive através da implementação de políticas de migração planeadas e bem geridas” (United Nations Regional Information Centre, 2018). Na verdade, assume-se que a migração é um poderoso motor do desenvolvimento sustentável para os migrantes e suas comunidades (IOM, 2020).

No que se refere à migração em contexto nacional, reconhece-se o seu impacto fortemente positivo, constituindo nalguns setores da economia portuguesa, fator imprescindível do seu funcionamento (Oliveira, 2022). Sem o seu contributo, determinados setores da vida económica seriam inviáveis, como são disso exemplo as atividades ligadas ao turismo e restauração, à construção civil e em alguns ramos da agricultura.

Atendendo a que existem populações migrantes com fragilidades e vulnerabilidades específicas, assumem particular importância as ações a desenvolver junto destas populações, visando a melhoria contínua da forma como se efetuam os processos de acolhimento e integração nas respetivas sociedades. Em particular, deve dar-se atenção a áreas prioritárias, em especial as relativas ao acesso a habitações adequadas, obtenção de trabalho digno e às necessidades de saúde destas populações (Oliveira, 2022).

Tendo em conta a importância desta problemática surgiu a oportunidade de se desenvolver o Projeto de Intervenção Comunitária intitulado “Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”, implementado no contexto do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e Estágio Final, realizados numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de um Agrupamento de Centros de Saúde [ACeS], integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT].

Porque se reconhece que existem fragilidades relacionadas com as áreas prioritárias atrás mencionadas, e que tal situação também se evidencia num dos bairros da área de influência da UCC referida, onde parte da população migrante reside em condições de habitabilidade precárias, com a presença de condições higiénicas e sanitárias deficitárias, constatou-se a exposição a riscos ambientais para a saúde.

Neste entendimento, definimos como **objetivo geral** a atingir: Contribuir para a promoção da Literacia em Saúde (LS) dos migrantes residentes num bairro de um concelho da Área Metropolitana de Lisboa (AML), no âmbito dos riscos de saúde associados às questões ambientais.

Como forma de alcançar o objetivo geral atrás enunciado, delineámos os seguintes **objetivos específicos**: (1) Aumentar em 20% o nível de conhecimentos do Grupo de Dinamizadores do Bairro acerca dos riscos ambientais para a saúde, através de um programa educativo, até ao final de janeiro de 2023; (2) Capacitar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos ambientais para a saúde, através de um Bootcamp de LS,

até ao final de janeiro de 2023; (3) Elaborar um Dossier Pedagógico, destinado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro, até ao final de janeiro de 2023.

Atendendo que a intervenção dos enfermeiros em cuidados de saúde primários [CSP] tem grande proximidade junto das pessoas, grupos e comunidades (International Council of Nurses, 2008), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), no âmbito das suas competências e perante a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, mais facilmente vai ao encontro da resolução dos problemas que a afetam. Em cumprimento e aplicabilidade das referidas competências específicas, assume a responsabilidade pela elaboração de projetos específicos que conduzam de forma mais imediata à obtenção de resultados, destacando-se para o efeito a capacitação das pessoas e grupos da comunidade e ainda a adoção de intervenções de promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Com a concretização deste relatório, pretendeu-se documentar o desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária, de forma sistematizada, identificando todas as etapas percorridas. No mesmo sentido, pretendeu-se identificar a forma como foram desenvolvidas as diferentes atividades, cuja efetivação levou à aquisição e consolidação de conhecimentos, tendo como suporte o previsto na definição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como no consagrado quanto às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A elaboração e apresentação pública do presente relatório visa igualmente a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

No que respeita à sua estrutura, o presente relatório inicia-se com a introdução, seguindo-se o enquadramento teórico, no qual se contextualizou o fenómeno migratório e os determinantes que podem influenciar a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar das populações migrantes. Realizou-se igualmente uma reflexão acerca da importância da promoção da LS, dando especial relevância à LS desta população, entendida como condição fundamental para a obtenção de ganhos em saúde. Integrou-se ainda neste enquadramento uma abordagem ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Pedro Melo e ao Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que suportaram o projeto.

Uma vez concluído o enquadramento teórico, procedeu-se à caracterização do contexto do Projeto de Intervenção Comunitária, compreendendo a descrição da UCC, bem como os parâmetros caracterizadores do contexto e da população em estudo.

Tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde, de seguida, procedeu-se ao diagnóstico de situação de saúde, com recurso à aplicação de instrumentos específicos que permitiram, posteriormente, identificar os problemas presentes nesta comunidade, à qual se

seguiu a priorização dos mesmos. Como resultado, definiram-se objetivos, a partir dos quais se selecionaram as melhores estratégias de intervenção para os atingir. Concluída esta fase, seguiu-se a preparação operacional, monitorização e avaliação.

Por último, identificaram-se outras atividades desenvolvidas no decurso dos estágios, que no seu conjunto, levaram à identificação do cumprimento das competências definidas pela OE, relativas à obtenção do título de EEECS. De igual forma, se observaram e cumpriram as competências inerentes à obtenção do Grau de Mestre.

O presente relatório encerra-se com a conclusão, traçando-se uma visão global sucinta do Projeto de Intervenção Comunitária implementado, dando ênfase às aprendizagens e contributos adquiridos no âmbito da sua realização, registando ainda os constrangimentos e limitações sentidos na elaboração deste projeto.

Este relatório cumpre as normas aplicáveis de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al.,2018). As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a norma de referenciação *American Psychological Association* – 7.^a Edição (2019), e o trabalho redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para melhor se compreender a problemática em estudo, procedemos ao seu enquadramento teórico visando a exposição de alguns conceitos basilares, devidamente fundamentados através de pesquisa bibliográfica de cariz científico aplicável.

Prendemos neste capítulo enquadrar o fenómeno migratório e os desafios que acarreta de cariz social, económico e de saúde pública, não esquecendo os seus determinantes. Desenvolvemos este enquadramento abordando a Saúde Ambiental, também com efeitos sobre a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar das populações migrantes atuais e futuras. Exploramos e refletimos acerca do conceito de LS, que assume particular importância nos grupos mais vulneráveis. Finalmente, como complemento, apresentamos uma análise cuidada de dois dos referenciais teóricos que norteiam os cuidados de enfermagem dirigidos às pessoas e comunidades.

1.1 – MIGRAÇÕES

No seu contexto histórico, o fenómeno migratório tem sofrido profundas transformações, iniciando-se desde há longos anos até aos dias de hoje. No passado, as migrações eram forçadas, mais relacionadas com as catástrofes naturais, guerras e situações de conflitos entre os povos, como é disso exemplo a deslocação de pessoas durante a I e II Guerras Mundiais (Parlamento Europeu, 2020). Ao mesmo tempo, e mais recentemente, surgem, adicionalmente, outras razões para justificar os movimentos migratórios, como sejam a procura de melhores condições de trabalho, de vida e de cuidados de saúde.

Apesar de tudo, ainda hoje se constata que as mesmas causas são responsáveis pela continuidade no fluxo de migrantes, sendo que os perfis apresentados por estas populações são substancialmente diferentes face aos fenómenos da globalização, crises financeiras e assimetrias de natureza económica (Alto Comissariado para as Migrações [ACM], 2015).

Desde há muito que a problemática da migração internacional e respetiva evolução tem assumido um interesse crescente, não só pelos desafios que coloca aos países de acolhimento, como também para as respetivas populações, sejam as de origem e/ou as migrantes.

A Organização Internacional para as Migrações define migrante como toda e qualquer pessoa que se desloca do seu local de residência habitual, seja dentro de um país, ou através de fronteiras internacionais, independentemente do motivo pelo qual se desloca, do seu estatuto legal e do tempo de permanência, seja temporária ou permanente (IOM, 2019).

Em 2020, o número total de migrantes internacionais em todo o mundo atingiu os 281 milhões, verificando-se assim um aumento quando comparado com os anos de 2019 e de 2015, em que os valores registados foram de 272 milhões e 248 milhões, respetivamente (IOM, 2021). As previsões constantes do World Migration Report 2022 (IOM, 2021) enunciam que as mulheres migrantes representam cerca de 48% dos migrantes internacionais e as crianças cerca de 14,6%. Estima-se que haja cerca de 4,4 milhões de estudantes internacionais e cerca de 169 milhões de trabalhadores migrantes (Figura 1).



Figura 1 – Migração internacional, 2020

Fonte: IOM (2021), consultado a 23 de junho de 2022¹

Atualmente, a Europa é o destino migratório de eleição. Aproximadamente 87 milhões de migrantes internacionais residem na Europa, o que equivale a 30,9% da população migrante internacional, sendo seguida, por ordem decrescente, das seguintes regiões: Ásia [86 milhões (30,5%)], América do Norte [59 milhões (20,9%)], África [25 milhões (9%)], América Latina e Caribe [15 milhões (5,3%)] e, por fim, a Oceânia, [9 milhões (3,3 %)] (IOM, 2021), conforme se verifica pela análise da Figura 2.

¹ <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

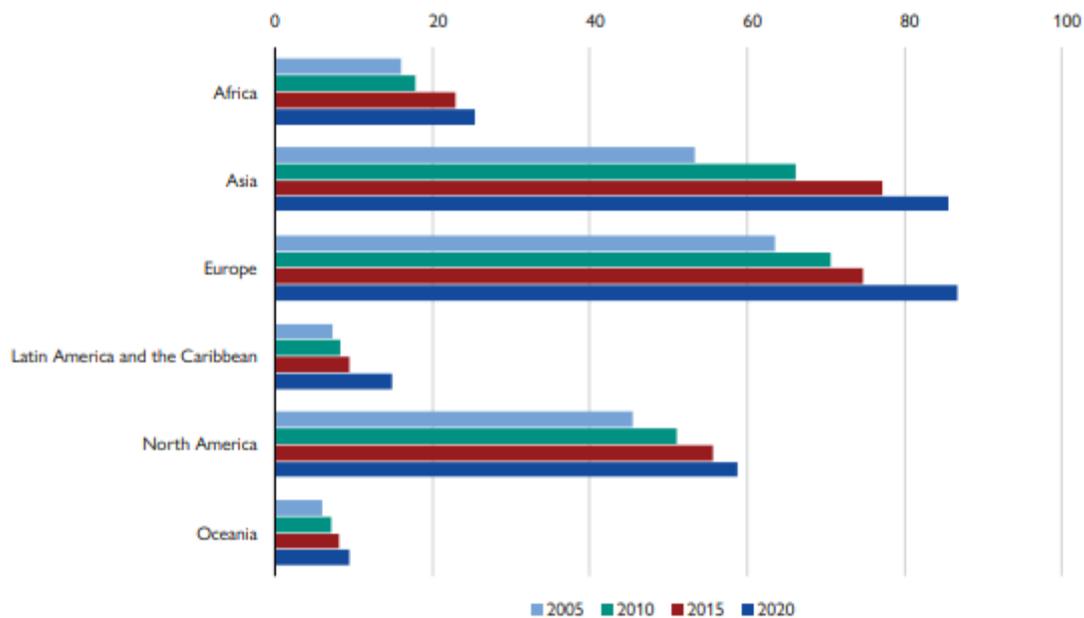


Figura 2 – Distribuição de migrantes internacionais por área de residência
Fonte: IOM (2021), consultado a 23 de junho de 2022²

São vários os fatores que estão na origem dos movimentos migratórios para o continente europeu, destacando-se, entre outros, os fatores sociais, ambientais, económicos, geopolíticos e religiosos, não esquecendo também a procura de melhores condições de vida, o acesso a cuidados de saúde e a garantia de respeito pelos direitos humanos fundamentais (IOM, 2021).

Dos países europeus com maior número de população migrante em 2020, a Alemanha registava o valor mais elevado, com quase 16 milhões de migrantes, seguida da Federação Russa, do Reino Unido e da França (IOM, 2021).

Ainda de acordo com informação constante no World Migration Report 2022 (IOM, 2021), convém referir que, apesar de se ter registado um aumento no número estimado de migrantes internacionais em 2020, tanto a nível mundial, como europeu, admite-se que a pandemia provocada pelo novo coronavírus, possa ter reduzido o número total de migrantes internacionais em cerca de 2 milhões. As restrições impostas pela pandemia de COVID-19 tiveram impacto negativo no fenómeno migratório, favorecendo o regresso de parte dos migrantes laborais e dos estudantes internacionais aos países de origem.

² <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

1.1.1 – Populações imigrantes em Portugal

Em Portugal, em concordância com o atrás mencionado, os fluxos migratórios também sofreram alterações, mais especificamente após a década de 60, em que de um perfil migratório até então fortemente caracterizado pela emigração³, se verificou, nos anos 90, a transição para um perfil migratório caracterizado pela procura de imigrantes⁴ para aqui viverem e trabalharem. Este facto, deve-se, entre outras razões, a terem surgido condições socioeconómicas mais favoráveis, que tiveram origem num forte investimento público, a que se associaram boas relações culturais em particular com os imigrantes oriundos dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) (ACM, 2015).

Perante tal constatação, torna-se fundamental uma integração adequada das populações imigrantes, com especial enfoque nos problemas associados à habitação e à adequação da sua inserção profissional na vida ativa. Reconhecem-se os contributos válidos deste grupo populacional para a sociedade portuguesa, na medida em que, entre outros, contrariam a tendência de envelhecimento da população portuguesa, a par dos benefícios inerentes às contribuições prestadas para a segurança social que, no ano de 2021, se situou em 968 milhões de euros (Oliveira, 2022).

Os dados mais atuais divulgados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] no seu Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021, evidenciam, pelo sexto ano consecutivo e para o período compreendido entre 2015 e 2021, o crescimento da população estrangeira residente em Portugal, perfazendo um total de 698.887 cidadãos estrangeiros detentores de título de autorização de residência no último ano (SEF, 2022).

De acordo com o Relatório Estatístico Anual 2022 do ACM, referente aos Indicadores de Integração de Imigrantes, a tendência positiva de entrada de migrantes diminuiu em 2020, facto a que não será estranho o contexto pandémico, tendo posteriormente havido uma retoma na concessão de novos vistos de residência que em 2021 totalizaram 26.864 (Oliveira, 2022).

Relativamente à distribuição geográfica da população estrangeira, esta concentra-se maioritariamente nas zonas do litoral, sendo que os distritos de Lisboa, Faro e Setúbal são os que apresentam a maior percentagem de população imigrante residente, num total de 66,8% (Oliveira, 2021; SEF, 2022).

Analisando a população estrangeira residente em Portugal no ano de 2021, a nacionalidade brasileira é a que tinha maior representatividade, com 204.694 residentes, o

³ Abandono ou saída de uma pessoa do seu país de origem com a finalidade de se instalar noutra (IOM, 2019).

⁴ Pessoa que se muda para um país que não o seu de origem para aí viver, estudar ou trabalhar (IOM, 2019).

que corresponde a 29,3% do total de estrangeiros residentes conforme demonstrado na Figura 3.

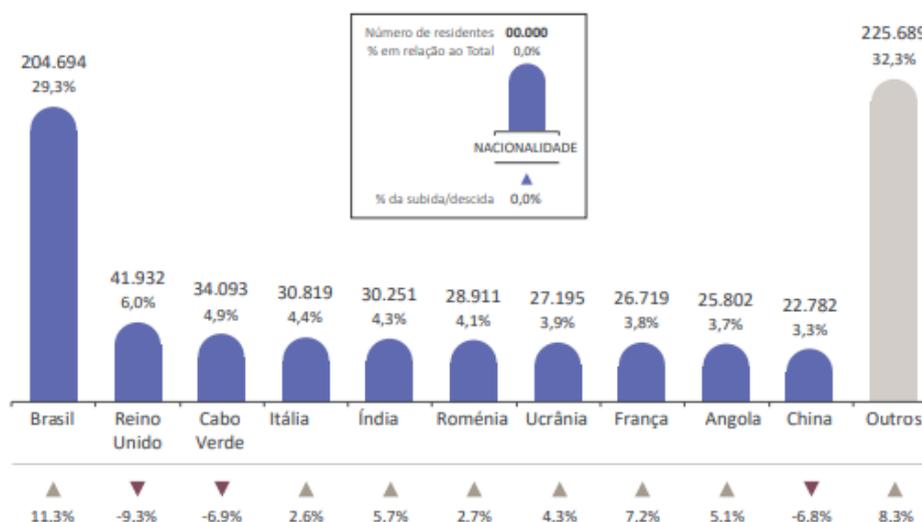


Figura 3 – Evolução da população estrangeira residente em Portugal por nacionalidades mais representativas

Fonte: SEF (2021), consultado a 23 de junho de 2022⁵

Registou-se, igualmente, o decréscimo de cidadãos estrangeiros oriundos do Reino Unido (- 9,3%), situação que contraria o verificado em 2020, de Cabo Verde (- 6,9%) e da China (- 6,8), estes últimos, seguindo a tendência de decréscimo registada no ano de 2020 (SEF, 2022).

Mantendo a tendência de anos anteriores, a estrutura etária desta população revelava uma população estrangeira residente em Portugal tendencialmente mais jovem que a portuguesa, com predomínio da idade ativa e fértil, em que a faixa etária dos 20-49 anos representava cerca de 60,7% desta população em 2020 (Oliveira, 2022). É por isso determinante para a demografia da população portuguesa fomentar-se a continuidade de saldos migratórios positivos, como forma de minimizar, tanto quanto possível o envelhecimento populacional e contribuir para a sustentabilidade da segurança social.

No que se refere à caracterização da educação desta população imigrante, regista-se que no ano letivo 2020/2021, se encontravam matriculados no ensino básico e secundário cerca de 71.652 alunos, com uma taxa de transição na ordem dos 89,8%. Para o período considerado, no ensino superior encontravam-se inscritos 56.323 alunos e cerca de 8.468 diplomados (Oliveira, 2022).

⁵ <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfing.pdf>

Perspetivando uma melhor integração da comunidade imigrante no país de acolhimento, assume-se como de extrema importância a aprendizagem da língua não materna, encontrando-se matriculados no projeto de aprendizagem do português como língua não materna, no ano letivo 2020/2021, 5.492 alunos, registando-se uma taxa de transição de 90% no ensino básico e de 72,3% no ensino secundário (Oliveira, 2022).

No que se refere ao mercado de trabalho em que esta população se encontra inserida, os imigrantes apresentam taxas de atividade⁶ superiores aos nacionais o que só por si é de elevada importância, com uma taxa de atividade na ordem dos 75,5%. Quanto aos setores de atividade, cerca de 50,5% dos imigrantes empregam-se nos grupos 7 (trabalhadores qualificados da indústria), 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) e 9 (trabalhadores não qualificados), enquanto os restantes se situam no grupo 5 (trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores). Há a registar, igualmente, a taxa de desemprego⁷ que para os estrangeiros provenientes da União Europeia se cifrava, em 2021, em 8,8% e para os residentes estrangeiros oriundos de países extracomunitários, situava-se em 15,7% (Oliveira, 2022).

Em consonância com o atrás referido, também a inclusão social é basilar para a integração da população imigrante nos países de acolhimento. Na generalidade, os estrangeiros oriundos de países extracomunitários têm maior risco de pobreza e têm piores condições de vida que os residentes estrangeiros naturais de países europeus. Tal também se verifica em Portugal, tendo-se constatado um decréscimo destas taxas nos anos de 2019 e 2020, situação que foi revertida no ano de 2021, em que voltou a subir (Oliveira, 2022).

Atendendo a que as condições de habitação são fator determinante na forma como se processa a integração das populações imigrantes, com influência na sua qualidade de vida e bem-estar, constata-se que um em cada quatro residentes nascidos no estrangeiro apresenta condições de habitação precárias, quando comparado com um em cada cinco naturais de cada estado-membro da União Europeia (Organization for Economic Co-operation and Development/ European Union, 2018).

Em Portugal, em 2020, 20,3% dos estrangeiros e 9% dos residentes nacionais viviam em habitações sobrelotadas, com condições higiénicas e sanitárias pouco recomendadas, evidenciando a realidade de muitos outros países da União Europeia (Oliveira, 2022), em que os migrantes residem em “alojamentos precários, sobrelotados, sem infraestruturas básicas e localizados em bairros degradados e estigmatizados” (Fonseca et al., 2013: 124). Assim sendo, é fundamental que se desenvolvam esforços no sentido de minorar as atuais

⁶ Taxa de atividade – refere-se ao peso da população ativa (conjunto de indivíduos empregados e desempregados) no total da população com 15 anos e mais (Oliveira, 2021).

⁷ Taxa de desemprego - refere-se à relação entre a população desempregada e a população ativa (INE, 2023d)

condições de habitação destas populações, em ordem à redução das assimetrias e melhoria da sua qualidade de vida.

1.1.2 – Migração, saúde e os seus determinantes

Conscientes de que os fluxos migratórios constituem um desafio de saúde pública, é fundamental obter-se um maior conhecimento das condições em que as comunidades migrantes nascem, vivem, trabalham e envelhecem, na medida em que podem ter um papel complexo e difícil na situação de saúde, individual e coletiva, a par dos efeitos que têm nas desigualdades em saúde. As condições económicas, políticas, o gradiente social e cultural, são alguns dos aspetos que estratificam a sociedade, podendo daí emergir situações de maior vulnerabilidade e desigualdade de acesso e oportunidades.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (United Nations, 2017), aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de dezembro de 1948, considera a saúde como um direito fundamental, igualmente consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa no qual se pode ler no ponto 1 que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (Assembleia da República, 2015). Paralelamente, ainda no quadro legislativo da saúde, partindo do enunciado no ponto 2 da Base 21 da Lei de Bases da Saúde “São igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de protecção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável” (Assembleia da República, 2019).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde [OMS] reconhece quatro princípios a serem considerados pela saúde pública no âmbito da promoção da saúde dos migrantes, assim como das populações residentes nos países de acolhimento: reduzir as disparidades respeitantes à condição de saúde e ao acesso aos cuidados de saúde entre os migrantes e os não migrantes; garantir o direito à protecção da saúde de todos os migrantes, diminuindo a discriminação e a possibilidade de impedimento no acesso a intervenções preventivas, curativas, de reabilitação e paliativas; reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes; e minimizar o impacto negativo provocado pelo fenómeno de migração, que geralmente torna os migrantes mais vulneráveis aos riscos de saúde decorrentes da mudança e da adaptação a ambientes distintos (World Health Organization, 2010).

Não obstante o atrás referido, que confere direitos aos migrantes na área da saúde, constata-se que na verdade esse acesso se encontra ainda muito dificultado.

É amplamente reconhecida a ação de múltiplos fatores que se relacionam entre si e que podem influenciar o estado de saúde das populações migrantes, os determinantes de saúde, podendo estes ser agrupados em níveis distintos, conforme preconizado por Dahlgren e Whitehead, (1991) no seu Modelo Arco-Íris. O primeiro nível diz respeito à pessoa, com as suas características individuais de género, idade e fatores genéticos; o segundo nível considera os comportamentos individuais e os estilos de vida; no terceiro nível encontram-se as influências da rede social e comunitária; o nível seguinte engloba as condições de vida e, por fim, o quinto nível, integra as condições ambientais, culturais e socioeconómicas (Loureiro & Miranda, 2021).

Em regra, os migrantes apresentam uma boa saúde à chegada ao país de acolhimento, contudo, ao longo do tempo a situação parece degradar-se, muito relacionado com as condições com que se deparam nos países de acolhimento e que podem, só por si, originar problemas físicos, psicológicos e sociais, o que não é indissociável das características individuais desta população e respetivo país de origem (Dias et al., 2018).

Em reforço do atrás referido, parte da população migrante, reside frequentemente em zonas degradadas, com condições habitacionais deficitárias e sem as infraestruturas básicas indispensáveis, o que aumenta a sua fragilidade e vulnerabilidade à doença, também agravada pelos contextos laborais pouco qualificados e na sua maioria sujeitos a riscos vários (Dias et al., 2021).

Adicionalmente, os migrantes enfrentam dificuldades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, devido a constrangimentos relacionados com o estatuto de migração e processo de legalização, a par de barreiras de natureza individual, sociocultural e financeiras, destacando-se, entre outras, as dificuldades linguísticas e de comunicação e a falta de informação relativamente aos direitos de acesso a cuidados de saúde (Dias et al., 2021).

No contexto da migração, fatores relacionados com o ambiente físico, mas também de ordem social e cultural, são assim determinantes para a saúde dos migrantes, tal como para o processo de integração nos países de acolhimento.

Como já mencionado, a população migrante parece apresentar uma situação de maior desvantagem no que refere às condições laborais, assim como de habitabilidade, sendo evidentes os riscos que daí advêm para a sua saúde. Padilla (2013) refere que a sobrelotação da habitação, a falta de saneamento básico e a prática das camas quentes (sobre-utilização rotativa dos espaços para descansar) são aspetos que influenciam negativamente a saúde dos migrantes. Em Portugal, dados de 2021 expõem que a taxa de estrangeiros a residir em alojamentos sobrelotados era de 20,3% (Oliveira, 2022).

Uma revisão sistemática da literatura realizada em 2021, cujo objetivo era compreender quais os aspetos facilitadores e limitadores do acesso a condições habitacionais dignas por

parte da população migrante, evidenciou que a discriminação, a separação familiar, o acesso reduzido a bens e serviços, assim como dificuldades linguísticas, rendimentos baixos e empregos precários, podem constituir barreiras para a obtenção de uma habitação estável e segura (Kaur et al., 2021).

A abordagem sobre os determinantes sociais de saúde requer, por isso, uma ação integrada que vise, não só o combate às iniquidades em saúde, mas também às iniquidades sociais, através da implementação de programas e políticas que envolvam todos os setores da sociedade.

1.1.3 – Saúde ambiental

No século V A.C., Hipócrates reconheceu a ligação entre a saúde, ambiente e estilos de vida, ao considerar que o binómio saúde/ doença dependia do equilíbrio entre o corpo humano e os seus quatro humores - bÍlis negra, bÍlis amarela, sangue e fleuma – e fatores ambientais – ar, clima, alimentação e consumo de álcool. Com o evoluir dos tempos, surgiram outras teorias explicativas do conceito de saúde/ doença, destacando-se, a título de exemplo, a Teoria dos Miasmas, a qual relacionava os fatores ambientais com as causas das doenças (Loureiro & Miranda, 2021).

Tendo havido, entretanto, evolução no conceito de saúde, e atendendo à sua relação com o meio ambiente, a OMS divulgou, em 1993, a sua definição de Saúde Ambiental através da Carta de Sófia: “Saúde Ambiental abrange todos aqueles aspetos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que são determinados por problemas físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no ambiente. Refere-se também à teoria e prática da avaliação, correção, controlo e prevenção dos fatores ambientais que podem, potencialmente, prejudicar a saúde das gerações presentes e futuras” (Drew et al., 2000: 44).

Tal como já atrás referimos, atualmente são vários os desafios relacionados com a saúde e o meio ambiente, o que determina ações que minimizem os riscos ambientais para a saúde, promovendo, simultaneamente, a criação de ambientes sustentáveis e favoráveis para a qualidade de vida das pessoas e comunidades. Dos riscos ambientais conhecidos destacam-se, pela sua importância negativa na saúde das populações, os seguintes: “Água, saneamento, resíduos e higiene; Alterações climáticas e dos ecossistemas; Poluição do ar; Áreas edificadas; Segurança química; Riscos Ocupacionais e ambientes de trabalho; Radiação/ Ruído” (OMS, 2018: 18).

Os riscos resultantes da exposição ambiental afetam, sobretudo, as populações em situação de maior vulnerabilidade. É por isso urgente que a sociedade e os demais setores,

económicos, políticos entre outros, encarem este fenómeno e conduzam abordagens integradas dos determinantes da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Partindo desta realidade, a “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável contempla uma nova abordagem para a saúde, o meio ambiente e a equidade” (OMS, 2018: 5). Esta resolução das Nações Unidas intitulada ‘Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável’, é constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), cabendo a cada um deles um papel específico a desempenhar, que no seu conjunto, devem acautelar a máxima, que ninguém deve ser deixado para trás (United Nations Regional Information Centre, 2018).

Conscientes de que as cidades são um contexto-chave com impacto acrescido na saúde das pessoas que nelas residem, em virtude das suas condições de vida e de trabalho, do ambiente físico e socioeconómico que as rodeia e, também pela qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde, surge o Movimento Cidades Saudáveis⁸, da OMS, que deu origem à Rede Europeia de Cidades Saudáveis onde se encontra integrada, desde 2001, a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis onde se integra o município em causa (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2015).

Com este espírito, encontram-se identificados os objetivos específicos a atingir em ordem à conquista de melhor qualidade de vida, deles se destacando: “Combater as desigualdades em saúde; Intervir sobre os determinantes em saúde, nomeadamente ao nível dos estilos de vida; Qualificar as condições ambientais e promover o planeamento urbano saudável; Promover a saúde, particularmente em grupos vulneráveis; Mobilizar e reforçar o poder da comunidade em saúde” (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2015).

Atendendo a que se pretende com os ODS, mais especificamente no âmbito do Objetivo 11, “Tornar as cidades e as comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis”, ao garantir-se “o acesso de todos a habitação segura, adequada e a preço acessível, aos serviços básicos e melhorar as condições nos bairros de lata” (United Nations Regional Information Centre, 2018), irá obter-se necessariamente melhor qualidade de vida para as populações mais vulneráveis, como as migrantes que residem em bairros degradados.

Neste entendimento, o Programa Bairros Saudáveis, criado em 2020 por Resolução do Conselho de Ministros 52-A/2020 de 1 de julho, é um programa de “âmbito nacional, como instrumento participativo que promove iniciativas de saúde, sociais, económicas, ambientais

⁸ Cidade saudável – Uma cidade saudável não é necessariamente uma cidade sem cidadãos doentes, mas sim aquela cujos dirigentes têm consciência de que a promoção da saúde é um processo no qual a saúde e o bem-estar dos cidadãos está no centro das tomadas de decisões. Uma cidade saudável procura melhorar o bem-estar físico, mental, social e ambiental dos que nela vivem e trabalham (Associação Nacional dos Municípios CaboVerdianos, 2020; WHO, 2021).

e urbanísticas junto das comunidades locais mais atingidas pela pandemia, ou por outros fatores que afetam as suas condições de saúde e bem-estar”, constituindo assim um apoio indispensável para que tal se concretize (Presidência do Conselho de Ministros, 2020: 2). Integrado neste programa surge um projeto específico, cuja entidade promotora é a Santa Casa da Misericórdia [SCM] do concelho, associada a entidades parceiras que incluem o ACeS, a Câmara Municipal [CM] e uma das Juntas de Freguesia pertencentes ao município.

Na presença de um aglomerado habitacional degradado, de natureza clandestina, onde se concentra um elevado número de migrantes, estão identificados ali problemas que se revestem de elevado risco para a saúde pública e ambiental desta comunidade. Perante esta constatação, o projeto específico em causa, com recurso ao estabelecimento de parcerias, pretende intervir em áreas críticas como sejam as de salubridade, saúde e segurança ambiental, no sentido de melhorar a saúde ambiental desta comunidade.

Como medida de apoio, consideramos fundamental aumentar a LS, proporcionando o envolvimento e formação desta população migrante, visando a promoção da saúde individual e coletiva, em ordem à melhoria das suas condições de vida e dos determinantes da saúde relacionados.

1.2 – LITERACIA EM SAÚDE

O mundo enfrenta hoje inúmeros problemas que constituem verdadeiros desafios de saúde pública. Entre outros, o fenómeno migratório, veio agravar ainda mais as desigualdades já sentidas e experimentadas pelos grupos mais vulneráveis, como é o caso da população migrante.

Atualmente, pretende-se que a pessoa seja, tanto quanto possível, responsável pela sua própria saúde, visando a obtenção de melhores resultados em saúde e a redução das desigualdades, pelo que a LS constitui pedra fundamental e indispensável no processo de capacitação e empoderamento das pessoas e comunidades, contribuindo para uma tomada de decisão consciente, alicerçada no bem-estar individual e coletivo.

Desta forma, “A literacia em saúde é fundamental para a Promoção da Saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços, sendo importante também para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, pelo que colocar a saúde e a Literacia em Saúde no centro da política Nacional e da União Europeia é uma responsabilidade compartilhada, dependendo da estreita articulação entre todos os parceiros dos setores público, social e privado” (Almeida et al., 2019: 5).

Regista-se assim que nas últimas décadas a atenção e o interesse para com o tema da LS tem sido crescente, por se reconhecer o seu papel determinante, tornando-se fundamental analisar algumas das definições propostas para este conceito ao longo dos últimos anos.

Utilizado pela primeira vez na década de 70, num artigo intitulado “Health education as social policy” (Simonds, 1974), o conceito de LS estava fortemente relacionado com as questões da educação para a saúde, pelo que apenas nos anos 90 começaram a surgir as primeiras definições de LS, evoluindo até ao presente (Pedro et al., 2016).

A OMS, em 1998, definiu LS como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (World Health Organization, 2021: 6). Por sua vez, Kickbusch et al. (2006: 8), acrescentaram à definição de LS a componente social e de vida em sociedade, definindo-a como “a capacidade para tomar decisões corretas, no decurso da vida diária, em casa, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, no mercado e na componente política. É uma estratégia de capacitação crítica para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades”.

Ao longo dos anos foram surgindo outras formas de definição deste conceito, referindo-se, entre outras, a adotada presentemente pela OMS e pelo Consórcio Europeu de LS⁹, que defende que “a literacia em saúde está intimamente ligada à literacia individual e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, entender, avaliar e aplicar informações para formar julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida” (Sørensen et al., 2012: 3).

Esta nova versão no que respeita à definição de LS, resultou de uma revisão de literatura realizada por Sørensen e colaboradores (2012), no âmbito do projeto do Consórcio Europeu de LS, e reúne a essência das diversas definições encontradas na altura.

1.2.1 – Literacia em saúde da população portuguesa

À semelhança do que se verificou na Europa, Portugal reconheceu desde cedo a importância da LS, enquanto fator determinante para a qualidade de vida da população. Os primeiros estudos relativos à LS remontam à década de 90 (Benavente et al., 1996), todavia a investigação realizada era ainda insuficiente. Neste entendimento, revelou-se premente

⁹ Grupo constituído por peritos europeus com o objetivo de desenvolver um instrumento de diagnóstico do nível de Literacia em Saúde das populações (Pedro et al., 2016).

aferir o nível de LS da população portuguesa e compará-la com os níveis de LS de outros países europeus.

Para tal, em 2014, uma equipa de investigadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa [ENSP-UNL], no âmbito do ‘The European Health Literacy Project’ traduziu, adaptou e validou para Portugal o European Health Literacy Survey, previamente utilizado no Inquérito Europeu à LS. Este instrumento multidimensional constituído por 47 questões, integra 3 domínios de saúde, nomeadamente cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e ainda 4 níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização (Pedro et al., 2016).

Na sequência deste estudo, foi realizado o Inquérito sobre LS em Portugal, desenvolvido e implementado por uma equipa de investigadores do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa no âmbito do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, que reforçou também a importância de conhecer os níveis de LS da população portuguesa, assim como a necessidade de se identificarem as principais limitações e problemas, no sentido de orientar intervenções que visassem a sua melhoria (Espanha et al., 2016).

Partindo da metodologia utilizada no European Health Literacy Survey, para o estudo em questão foram acrescentados novos campos de análise nomeadamente: “Secção sobre TIC e Saúde”; “Secção sobre Literacia, em sentido amplo”; “Secção sobre perceções de saúde individual e familiar”; “Secção sobre práticas e atitudes no âmbito da literacia em saúde”; e ainda uma “Secção de caracterização sociodemográfica alargada” (Espanha et al., 2016: 19).

Entretanto, várias entidades oficiais e particulares têm vindo a efetuar nos últimos anos novos estudos que contemplam novas avaliações sobre o estado da LS da população portuguesa. No âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (Arriaga et al., 2019), e integrado no consórcio europeu World Health Organization Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy, a Direção-Geral da Saúde [DGS] conduziu uma nova avaliação dos níveis de LS da população portuguesa, no período compreendido entre 2020 e 2021, incluindo novos indicadores de avaliação, tendo introduzido especificamente a LS digital, navegação no sistema de saúde e LS de vacinação (Arriaga et al., 2021).

De acordo com informação de Arriaga et al. (2021), na elaboração do presente estudo foi utilizada a versão curta adaptada a partir do novo questionário de LS (HLS19), constituída por 12 itens de avaliação (HLS-Q12). Atendendo que serão os resultados mais recentes sobre esta matéria, assumem-se como os caracterizadores da LS da população portuguesa atual.

Os resultados deste estudo, traduzidos na Figura 4, evidenciam que no âmbito da LS geral, cerca de 65% das pessoas inquiridas apresentaram um nível suficiente de LS geral e

apenas 5% um nível excelente. De igual modo, 7,5% revelou um nível inadequado e 22% um nível problemático.

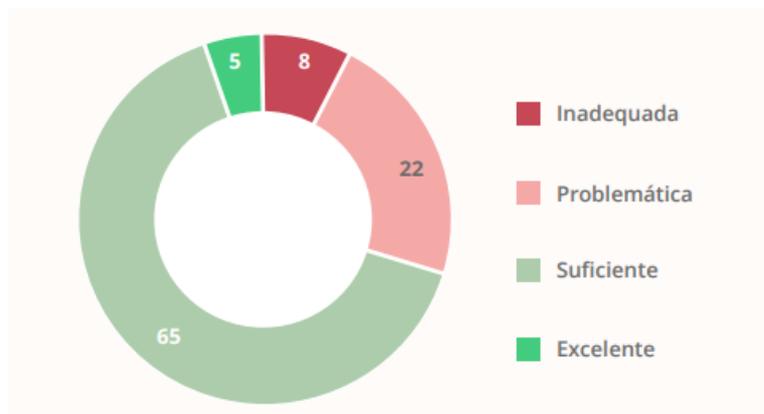


Figura 4 – LS geral (%)

Fonte: DGS (2021), consultado a 19 de junho de 2022¹⁰

De acordo com o registado neste estudo, para o nível de LS geral, foram considerados dados sociodemográficos, como a idade, sexo e grau de escolaridade, não se tendo verificado uma associação entre o nível de LS geral e o sexo. Os valores de LS geral estão relacionados com a idade e a escolaridade, sendo que existem níveis inadequados de LS em faixas etárias mais envelhecidas e com baixo nível de escolaridade.

No que se refere aos domínios de saúde abaixo identificados na Figura 5, é de realçar que se observa um nível alto no que concerne à LS em Promoção da Saúde (80,5%), enquanto nos domínios da Prevenção da Doença e Cuidados de Saúde, se regista um valor global inferior ao anterior, evidenciando a necessidade de promoção da LS.

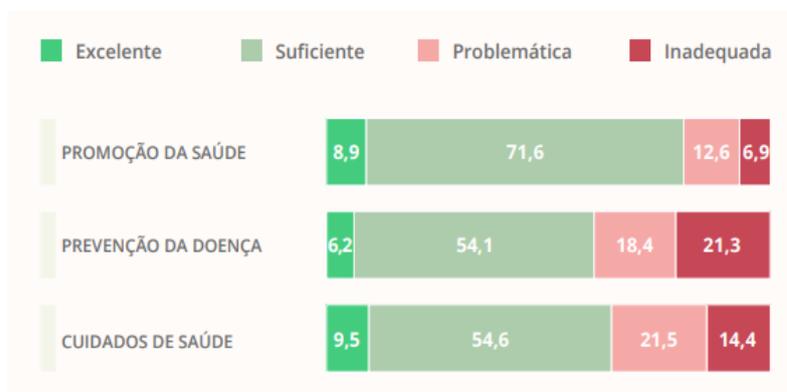


Figura 5 – Domínios de LS (%)

Fonte: DGS (2021), consultado a 19 de junho de 2022¹¹

¹⁰ <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

¹¹ <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

Com a realização deste estudo foi também possível identificar a capacidade da população inquirida aceder, compreender, avaliar e aplicar informação, conforme se demonstra na Figura 6. Ainda que sendo globalmente satisfatório, mostra a necessidade de ações de promoção da LS de modo a baixar as percentagens associadas às franjas com percentagens inadequadas e problemáticas.

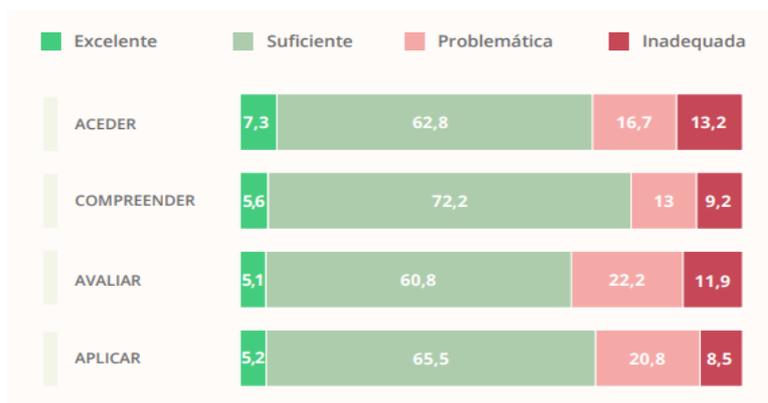


Figura 6 – Competências específicas de LS (%)
Fonte: DGS (2021), consultado a 19 de junho de 2022¹²

Relativamente aos indicadores adicionais incluídos, representados na Figura 7, o estudo revelou maior conhecimento em relação à LS em vacinação, evidenciando maior dificuldade na compreensão da informação sobre como navegar no sistema de saúde e, bem assim, na literacia digital associada.

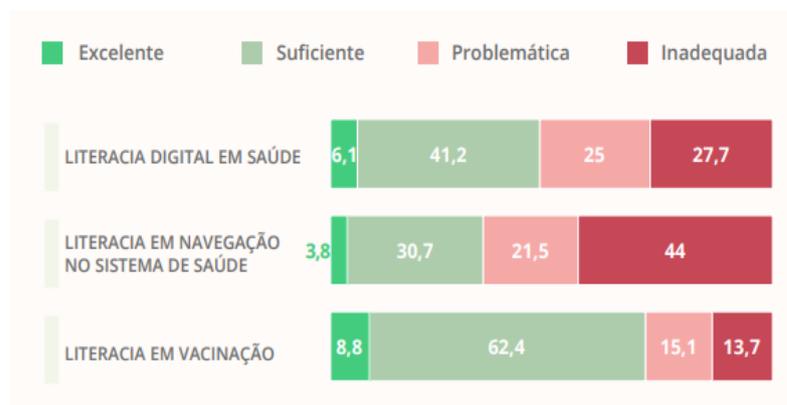


Figura 7 – Módulos adicionais de LS (%)
Fonte: DGS (2021), consultado a 19 de junho de 2022¹³

¹² <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

¹³ <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

Perante esta realidade, impõe-se uma estratégia consertada para a concretização dos objetivos desejados no âmbito da LS, na qual os profissionais de saúde, a população, os decisores políticos, entre outros, constituem pilares fundamentais na sua execução.

1.2.2 – Literacia em saúde da população migrante

Tendo em conta os resultados obtidos nos sucessivos estudos realizados para a população portuguesa, que sugerem a existência de grupos vulneráveis, como sejam as pessoas mais velhas, menos escolarizadas, quase sempre desempregadas ou reformadas, com doenças crónicas e limitações daí decorrentes, com uma autopercepção de saúde “má” e que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os cuidados de saúde primários (Pedro et al., 2016; Espanha et al., 2016), é expectável que a população imigrante, por razões acrescidas, também se insira nos grupos de maior vulnerabilidade e fragilidade social.

O Relatório de Fronteiras, Imigração e Asilo do SEF, identifica que, no ano de 2021, o número de população imigrante a residir em Portugal aumentou 5,6%, quando comparado com o ano de 2020, verificando-se, pelos dados presentes no referido relatório, ter sido este o valor mais elevado desde a criação desta entidade, em 1976 (SEF, 2022).

Constatando-se este aumento de população imigrante a residir em Portugal, torna-se necessário que os sistemas de saúde adequem em permanência os seus serviços para responder às necessidades deste grupo populacional.

A promoção da LS constitui, assim, uma ferramenta importante para o empoderamento dos migrantes, contribuindo, desta forma, para a sua capacitação, visando reduzir as desigualdades em saúde e melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Neste entendimento, torna-se fundamental conhecer os níveis de LS desta população.

Um estudo realizado por Ward et al. (2019), referente a uma revisão sistemática da literatura realizada em 2013, atualizada posteriormente em 2016 e 2018, respetivamente, pretendeu avaliar os níveis de LS da população migrante na União Europeia, considerando, para tal oito áreas: cuidados maternos, gestão de doenças crónicas, desigualdades étnicas, saúde e direitos dos migrantes, cuidados culturalmente competentes, comunicação e promoção da saúde, prevenção de doenças e instrumentos de medição e avaliação de LS.

Os resultados da pesquisa evidenciaram níveis baixos de LS e salientaram a necessidade de se definirem políticas promotoras de LS da população migrante, bem como ações dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua capacitação no que respeita a estratégias de interação e comunicação com os migrantes, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos seus níveis de LS, sua autonomia a tomada de decisão (Ward et al., 2019).

No que respeita à realidade portuguesa, Medina et al. (2022), num estudo transversal realizado em 2019, mediante a aplicação da versão validada do Health Literacy Survey Portugal (ILS-PT) a uma amostra da população em situação de migração e que frequenta os cuidados de saúde primários em Portugal, destaca que muitos dos participantes apresentaram níveis inadequados de LS em geral e níveis inadequados de LS relativamente aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. O estudo em presença reforça, igualmente, a importância da promoção da equidade no acesso à informação em saúde, assim como destaca a pertinência da realização de estudos adicionais que possibilitem conhecer e compreender os níveis de LS das populações migrantes e os fatores que a determinam.

Neste contexto, surgiu o projeto “Literacia em Saúde, Promoção da Saúde e Coesão Social em Populações Migrantes”, uma iniciativa da ENSP-UNL, desenvolvido com a aprovação da OMS, envolvendo inúmeros parceiros, nomeadamente a Fundação Calouste Gulbenkian, o ACM, a CM de Lisboa, entre outros, com ação de uma equipa multidisciplinar que, juntamente com parceiros multissetoriais, atua junto das populações migrantes em Portugal, através da implementação de um Projeto de Intervenção Comunitária (ENSP-UNL, 2021).

Este projeto tem por objetivo aumentar a LS das populações migrantes, capacitando-as para a adoção de comportamentos saudáveis, para a prevenção de doenças, bem como para a consolidação da relação e da comunicação com os profissionais respetivos, facilitando assim, o acesso às organizações sociais e de saúde e, no seu conjunto, contribuir para a redução das desigualdades sociais de saúde. Estruturado em três fases, o referido projeto iniciou-se com um estudo que pretendeu analisar a perspetiva das populações migrantes sobre as questões da LS, assim como caracterizar a condição de saúde e o acesso aos cuidados de saúde, para posteriormente delinear intervenções adequadas às populações (ENSP-UNL, 2021). Para tal foi utilizado como instrumento de recolha de dados o Health Literacy Questionnaire (HLQ), desenvolvido e publicado originalmente pelo Professor Richard Osborne e, para este fim, adaptado, testado e utilizado pela Professora Doutora Sónia Dias da ENSP-UNL (2021).

Os resultados deste estudo evidenciaram cinco domínios cujos níveis de LS são mais deficitários, a saber: “Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde”; “Navegar no sistema de saúde”; “Ter informação suficiente para gerir a saúde”; “Avaliar criticamente a informação em saúde”; e, finalmente, “Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde” (Dias et al., 2021: 30).

Para além dos resultados atrás mencionados, o estudo salientou que as mulheres, os migrantes com idade superior a 45 anos de idade, com menor grau de escolaridade e em

situação laboral precária, são os que apresentam níveis mais deficitários de LS, em vários dos domínios analisados.

Neste sentido, a capacitação dos cidadãos, o fortalecimento das comunidades onde estão inseridos, a melhoria das infraestruturas onde residem e do acesso a bens e serviços e as mudanças produzidas no setor económico, ambiental e cultural, são algumas das medidas propostas para lidar com as questões das desigualdades em ordem à obtenção de ganhos em saúde nestas comunidades e nas gerações vindouras.

Torna-se por isso necessário o contributo de todos os setores da sociedade, desde entidades governamentais a setores privados, para garantir a implementação de estratégias promotoras de LS, que pretendem melhorar a saúde das populações e comunidades, neste caso, dos migrantes.

1.3 – MODELOS TEÓRICOS DE SUPORTE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Historicamente a enfermagem tem como alvo dos seus cuidados a pessoa enquanto ser individual. Na sua evolução, e sob a influência de vários referenciais teóricos, surge o reconhecimento da comunidade enquanto unidade de cuidados sensível à prática de enfermagem, constituindo assim foco de atuação primária dos cuidados.

No contexto da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, encarar a comunidade como unidade de estudo e intervenção, é essencial também para se obterem ganhos em saúde. O EEECSPP deve orientar os cuidados para as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde dos grupos e comunidade, mediante o desenvolvimento de projetos de intervenção com especial ênfase na sua capacitação e empoderamento (OE, 2015).

Como satisfação das linhas de força atrás explicitadas, a intervenção dos enfermeiros requer a aplicação de um referencial teórico e operativo, que oriente o processo de tomada de decisão em enfermagem, visando a comunidade como unidade de cuidados (Melo et al., 2018). Presentemente, entendemos que o MAIEC proporciona aos enfermeiros as metodologias a seguir com vista ao atrás exposto.

O Empoderamento Comunitário (EC) é um conceito que tem sido estudado e desenvolvido desde os anos 80 até à atualidade por diversos autores, destacando-se, entre outros, Laverack (2005), ao propor a integração do EC num modelo alicerçado em 5 fases, que se interrelacionam entre si: ação pessoal; desenvolvimento de pequenos grupos

dinamizadores; criação de organizações comunitárias; estabelecimento de parcerias e ação social e política (Melo et al., 2018).

Na lógica de Laverack (2005), o EC é um processo contínuo, que procura *dar poder* às pessoas, dotando-as de capacidades e aptidões que lhes permitam identificar as suas necessidades, reconhecer os seus problemas e encontrar as estratégias necessárias para os resolver, sem a intervenção de agentes externos. Afirma-se como um modelo orientado para a comunidade, porém, não integra os conceitos centrais da enfermagem enquanto disciplina.

Perante esta lacuna, Melo (2020) desenvolve o MAIEC, suportado no modelo proposto por Laverack (2005) e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2020), conseguindo assim satisfazer a condição de produzir um referencial que no seu todo permitisse aos EEECS a otimização da tomada de decisão, tendo a comunidade como alvo dos cuidados. Partindo deste posicionamento, Melo (2020) remete-nos para um conjunto de conceitos, pressupostos e postulados, que no seu conjunto serão orientadores da intervenção dos enfermeiros no contexto comunitário.

Na estrutura deste modelo, os conceitos adotados consubstanciam os quatro elementos do metaparadigma da enfermagem, aqui relacionados com a enfermagem comunitária: Comunidade; Ambiente Comunitário; Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade.

Uma Comunidade pode ser definida como “um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem” (Melo, 2020, p. 50), sendo disso exemplo a comunidade residencial, podendo ser do tipo bairro social. Por sua vez, o Ambiente Comunitário integra o conjunto de elementos humanos, físicos, económicos e políticos, próprios de cada comunidade. A Saúde Comunitária representa o processo dinâmico de EC no qual as dimensões participação, liderança e processo comunitário se combinam na capacidade para identificar, avaliar e resolver os problemas. Quanto aos Cuidados de Enfermagem à Comunidade, perspetivam uma ação colaborativa e participativa da comunidade, potenciadora de uma tomada de decisão mais consciente, logo preditiva de melhores resultados em saúde (Melo, 2020).

Tendo tudo isto em conta, o mesmo autor propõe quatro pressupostos na abordagem à comunidade: o alvo dos cuidados de enfermagem é a comunidade, integrada num processo efetivo de EC; o enfermeiro deve trabalhar em parceria com os membros da comunidade, dotando-os de competências para participar na resolução dos problemas; os cuidados de enfermagem dirigidos à comunidade favorecem o seu empoderamento, numa perspetiva de otimização de recursos e competências próprios; os cuidados de enfermagem à comunidade

visam a saúde comunitária como um todo, destacando os ganhos em saúde pública inerentes (Melo, 2020).

Na esfera deste referencial são igualmente reconhecidos postulados que robustecem a intervenção do enfermeiro dirigida à comunidade, materializados em princípios e definições, sendo que os princípios são: utilizar a Metodologia de Planeamento em Saúde na avaliação do estado de saúde da comunidade; a abordagem à comunidade tem como foco a relação entre a saúde comunitária e a saúde pública; o enfermeiro deve ter conhecimento do ambiente comunitário, aspeto determinante no desenho de intervenções ajustadas às necessidades; a comunidade requer intervenções promotoras do empoderamento e de ganhos em saúde; e, por último, as intervenções centram-se no EC em paralelo com as necessidades identificadas.

Apesar da validade deste referencial, considerámos que só numa fase inicial do desenho do Projeto de Intervenção Comunitária é que se reconhece a sua aplicabilidade, em particular na mobilização do grupo de dinamizadores e no estabelecimento das parcerias comunitárias. A partir da definição das atividades a implementar, com o objetivo de contribuir para a promoção da LS no âmbito dos riscos de saúde associados às questões ambientais, entendemos que o modelo que melhor satisfazia a nossa práxis era o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, aqui designado de Health Promotion Model (HPM).

Nesta perspetiva, o modelo desenvolvido por Pender na década de 80 propõe a relação entre a disciplina de enfermagem e a ciência do comportamento, identificando os fatores determinantes do comportamento de promoção da saúde. Afirma-se como um modelo de médio alcance, que pode ser aplicado ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos ou situações (Tomey & Alligood, 2004).

O HPM pressupõe que os indivíduos possuem capacidade de reflexão e avaliação das competências pessoais, para atingir o potencial máximo de saúde, mediante a adoção de soluções positivas e equilibradas entre as mudanças assumidas e a estabilidade alcançada. Este modelo assume que as pessoas estão em permanente interação com o ambiente, sendo influenciadas por ele e introduzindo nele alterações, o que também é essencial para que ocorra a mudança de comportamento orientado para a promoção da saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Este referencial serve igualmente para orientar os profissionais de saúde na identificação dos determinantes que condicionam, direta ou indiretamente, a ação dos indivíduos com vista à adoção de estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2014). À luz deste modelo, os enfermeiros atuam como agentes facilitadores da mudança, criando condições que permitam às pessoas uma tomada de decisão consciente no sentido de melhorar a sua saúde e bem estar.

Constituindo o HPM uma tentativa de retratar a natureza multidimensional das pessoas em permanente interação com o ambiente enquanto procuram saúde (Pender et al., 2014; Toney & Alligood, 2004), integra diversos princípios alicerçados na relação de três dimensões: as características individuais, os comportamentos específicos e o resultado do comportamento e experiências individuais (Figura 8).

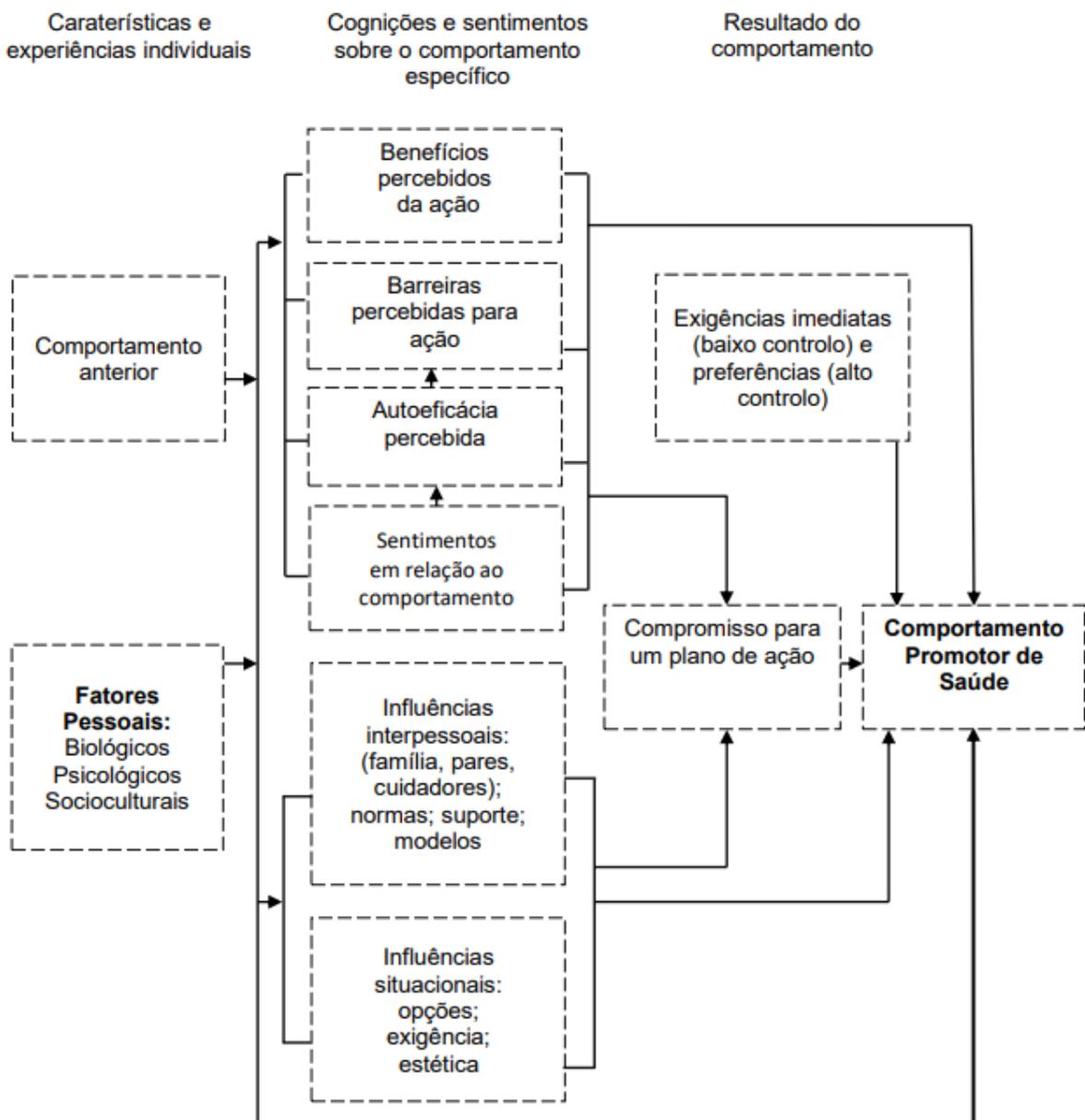


Figura 8 – Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde
Fonte: Elaboração Própria (Adaptado de Pender et al., 2014)

Cada pessoa apresenta caraterísticas e experiências individuais que podem influenciar o modo como se adaptam a comportamentos futuros de promoção da saúde. Esta dimensão

integra o comportamento anterior relacionado, referindo-se a hábitos pré existentes, que posteriormente poderão ser alterados, mas que têm efeito direto ou indireto sobre a probabilidade da pessoa se envolver em ações de procura de saúde. Esta dimensão compreende ainda os fatores pessoais preditivos de determinado comportamento e que podem ser classificados como biológicos (idade, género, agilidade ou equilíbrio), psicológicos (auto-estima, auto-motivação, perceção do estado de saúde e definição de saúde) e socioculturais (etnia, educação, nível socioeconómico) (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2014).

Em relação às cognições e sentimentos sobre o comportamento específico que se pretende alcançar, estas constituem o corpo central do diagrama do HPM, onde reside importante fator motivacional e podem ser modificadas pela influência dos enfermeiros na sua relação próxima com os indivíduos. Incluem as seguintes variáveis: benefícios percebidos da ação, as barreiras percebidas para ação, a autoeficácia percebida, os sentimentos em relação ao comportamento, as influências interpessoais e as influências situacionais.

Os benefícios percebidos da ação assumem-se como os resultados positivos inerentes à adoção de um determinado comportamento de saúde, sendo que o seu reconhecimento como uma mais-valia fideliza a manutenção do comportamento mais facilmente (Pender et al., 2014). Já as barreiras percebidas para a ação representam as dificuldades, inconvenientes e os custos pessoais associados a um determinado comportamento. Quando as barreiras percebidas são significativas, a probabilidade de compromisso e o envolvimento num determinado plano de ação diminui (Tomey & Alligood, 2004).

Por isso é tão importante refletir sobre as competências pessoais, garantindo o contexto adequado para organizar e executar um plano de ação que promova a adoção de comportamentos de promoção da saúde. A este julgamento atribuímos o nome de autoeficácia percebida que, por um lado, aumenta a possibilidade de compromisso com a ação e, por outro, diminui as barreiras percebidas (Pender et al., 2014).

Os sentimentos positivos ou negativos subjacentes a um determinado comportamento, constituem importante fonte de influência sobre as pessoas, observando-se que comportamentos associados a efeitos positivos e agradáveis têm maior possibilidade de serem repetidos, ao invés daqueles cujas representações são negativas ou desagradáveis (Pender et al., 2014).

Quanto às influências interpessoais, representam cognições respeitantes aos comportamentos, crenças e atitudes com origem nos outros, incluindo normas, relações sociais de que resultam incentivos e modelagem traduzida na observação de outros envolvidos em comportamentos específicos. Estas três formas de influência interpessoal afetam o compromisso dos indivíduos para a adoção de um comportamento específico de

promoção da saúde (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2014). A família, os pares e os prestadores de cuidados, com destaque para o papel desempenhado pelos enfermeiros, constituem fator determinante de influência interpessoal, com reflexo positivo ou negativo na participação em processos de promoção da saúde.

As influências situacionais, por sua vez, afirmam-se no reconhecimento de determinadas situações ou contextos que podem facilitar, dificultar ou mesmo impedir a adoção de um determinado comportamento de procura de saúde, e bem assim o compromisso com a ação (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2014). As pessoas tendem a exprimir o seu potencial de saúde em contextos nos quais se sentem seguras, integradas e valorizadas, sendo importante que os profissionais de saúde reconheçam estes determinantes, cujo conhecimento viabilizará a procura e o emprego de estratégias adequadas, em ordem à aquisição e manutenção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2014).

No decorrer da análise do diagrama, surge a coluna do resultado do comportamento, no qual estão contemplados o compromisso para um plano de ação, as exigências imediatas e preferências e o comportamento promotor da saúde.

A escolha de um determinado plano de ação significa compromisso futuro com o mesmo, o que é indiciador de se atingirem os desejados comportamentos de promoção de saúde. Já as exigências constituem fortes condicionantes dificilmente ultrapassáveis, com origem em fatores como o ambiente, o contexto laboral e familiar, enquanto as preferências imediatas do indivíduo, que facilmente controla, podem constituir causas que dificultariam a adoção de comportamentos que levariam à promoção de saúde (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2014).

O comportamento promotor da saúde é assim o resultado da ação, desenvolvida em ordem à obtenção de ganhos em saúde, devendo perseguir-se a otimização dos fatores que melhor consubstanciem esta finalidade (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2014).

Resulta assim que as intervenções de promoção da saúde devem suportar-se em abordagens integradas e interdisciplinares, com ação sobre os determinantes potencialmente modificáveis em cada pessoa, para com isso obter comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste particular, salienta-se o papel dos EEECS, cujos desempenhos estão mais próximos das populações, e dos quais se esperam ações dirigidas a cada grupo populacional, procurando aumentar a sua capacitação, o seu empoderamento e a sua responsabilidade em saúde (Canhestro, 2018).

Foi no reconhecimento dos princípios constantes do HPM que o assumimos como suporte na identificação das melhores estratégias no desenvolvimento do presente trabalho e bem assim, na elaboração do planeamento das intervenções promotoras da LS no âmbito restrito dos riscos ambientais para a saúde.

2 – CONTEXTO GERAL DOS ESTÁGIOS E COMUNIDADE

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem, o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e Estágio Final, são determinantes no desenvolvimento do processo de formação do futuro EEECS. Estes estágios tiveram lugar numa determinada UCC de um ACeS da ARSLVT.

Com o presente capítulo pretendemos caracterizar a UCC onde decorreram os referidos estágios, na perspetiva de uma melhor compreensão do contexto, não esquecendo a análise da situação sociodemográfica do concelho em que se insere.

2.1 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE EM ESTUDO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, e da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, constituiu um novo paradigma nos cuidados de saúde, ao afirmar que os CSP são essenciais para atingir um nível de saúde que permita às pessoas e comunidades uma vida social bem conseguida e economicamente produtiva (OMS, 1978).

Desde então, verificaram-se várias mudanças, sendo que em 2005, o então XVII Governo Constitucional, promoveu uma nova reforma dos CSP, traduzida em dois momentos: a constituição das unidades de saúde familiares e a criação de ACeS (Biscaia & Heleno, 2016).

Os ACeS são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias Unidades Funcionais do tipo - Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], Unidade de Saúde Pública [USP] e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - e cuja missão assenta na prestação de CSP à população residente numa determinada área geográfica (Ministério da Saúde, 2008).

Relativamente ao ACeS onde se realizaram os estágios, integra na sua área de influência dois concelhos da AML, e é constituído globalmente por 27 unidades funcionais, divididas estruturalmente em duas UCC, dezoito Unidades de Saúde Familiar, quatro Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, para além da USP, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Centro de Diagnóstico Pneumológico [CDP], integrando ainda órgãos específicos de apoio à gestão.

De acordo com informação disponibilizada pelo Bilhete de Identidade dos Cuidados de

Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde [SNS] (SNS, 2023), esta entidade integra, entre outros profissionais, 206 médicos e 249 enfermeiros. A população inscrita neste ACeS, reportado a fevereiro de 2023, cifrava-se em 367.867 utentes, distribuídos pelas diferentes unidades que compõem o ACeS (SNS, 2023).

Em relação à UCC, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”(Ministério da Saúde, 2008: 1184).

Especificamente quanto à UCC onde decorreram os estágios, a missão atribuída subordina-se aos princípios atrás referidos. Para além disso, esta UCC “compromete-se a trabalhar empenhadamente para a concretização do Plano de Ação de modo a garantir a qualidade dos Cuidados e dignificar a importância do trabalho comunitário” (UCC, s.d.a).

Da equipa da referida UCC fazem parte quinze enfermeiras de diferentes áreas de especialização, a saber: três EEECS, sendo uma delas coordenadora da UCC e outra vogal de enfermagem no Conselho Clínico do ACeS; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, quatro enfermeiras de cuidados gerais e, finalmente, dois assistentes técnicos.

A UCC conta ainda com outros profissionais integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e na Unidade de Apoio à Gestão do ACeS, assim designados: médico (5 horas/semana); fisioterapeutas (em número de 2, sendo que um exerce 35 horas/semana e o outro 14 horas/semana); nutricionista (2 horas/semana); e técnicos de serviço social (em número de 2, cada um com desempenhos de 5 horas/semana). Para além destes profissionais, conta ainda com o apoio de psicólogos e higienistas orais, que colaboram com a UCC em projetos integrados nos diversos Programas Nacionais, sendo disso exemplo o Programa Nacional para a Saúde Escolar (PNSE), e ainda noutros projetos de intervenção na comunidade.

De acordo com os dados disponibilizados pelo Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, a UCC em questão, contabilizou, até ao mês de março do presente ano, 161.943 utentes abrangidos, dos quais 75.407 são do sexo masculino e 86.536 do sexo feminino, conforme representado na pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC, abaixo representada.

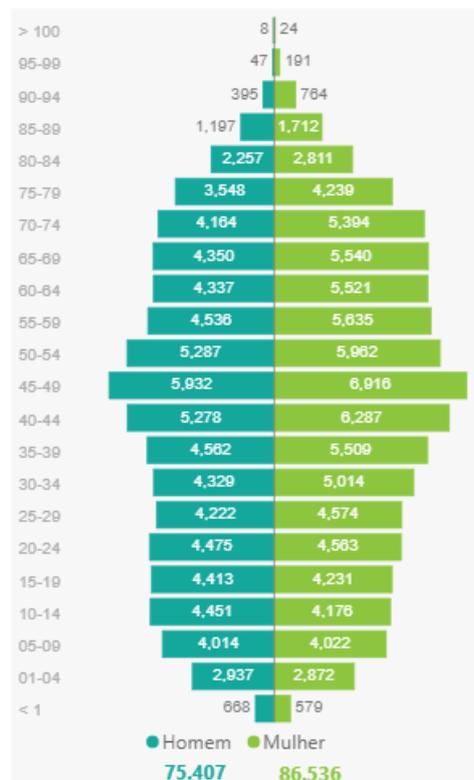


Gráfico 1 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC
Fonte: SNS (2023), consultado a 1 de fevereiro de 2023¹⁴

No que se refere aos índices de dependência, esta unidade apresenta 59,42% de índice total de dependência, 23,35% de índice de dependência de jovens e 36,07% de índice de dependência total de idosos (SNS, 2023).

Esta unidade funcional integra na sua carteira de serviços áreas de atuação assumidamente prioritárias, que incluem, entre outros projetos, os seguintes: Preparação para o Nascimento/ Parentalidade/ Recuperação Pós-Parto, Saúde Escolar, Programa Integrado de Intervenção Precoce, Programa de Intervenção Integrada na área da Criança e Jovem com necessidades especiais, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Programa de Formação dirigido aos profissionais das instituições comunitárias, Núcleo de Planeamento e Intervenção aos sem Abrigo, Linha concelhia de Apoio à Terceira Idade e a Pessoas Dependentes e também Intervenção Comunitária com recurso à Unidade Móvel.

Pretendendo dar resposta às necessidades das populações em situação de maior vulnerabilidade, o Projeto de Intervenção Comunitária com recurso à Unidade Móvel, foi implementado em 2004, com recurso a uma unidade móvel atualmente propriedade da CM, parceira da UCC no projeto em presença. Neste entendimento, esta intervenção comunitária visa a promoção da saúde da população residente em zonas sem as devidas condições de

¹⁴ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>

salubridade e habitabilidade, constituindo as mulheres, crianças e jovens os grupos prioritários (UCC, s.d.b).

Entre outras mais-valias, este projeto de intervenção tem vindo a criar condições para fomentar um maior autocontrolo e responsabilização em saúde nestas populações e respetivas comunidades. Para além disso, a sua atuação tem contribuído igualmente para a promoção da LS visando minimizar situações de risco, suscetíveis de constituírem ameaças à qualidade de vida das pessoas e comunidades onde se integram.

2.2 – CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE LOCAL

O município onde decorreram os estágios situa-se na região (Nomenclaturas das Unidades Territoriais II) e sub-região da AML (Nomenclaturas das Unidades Territoriais III), conforme se identifica na Figura 9, e pertence ao distrito de Setúbal, ocupando uma área aproximada de 95 km² e com uma densidade populacional¹⁵ de 1744,4 habitantes por km² (Pordata, 2023a).

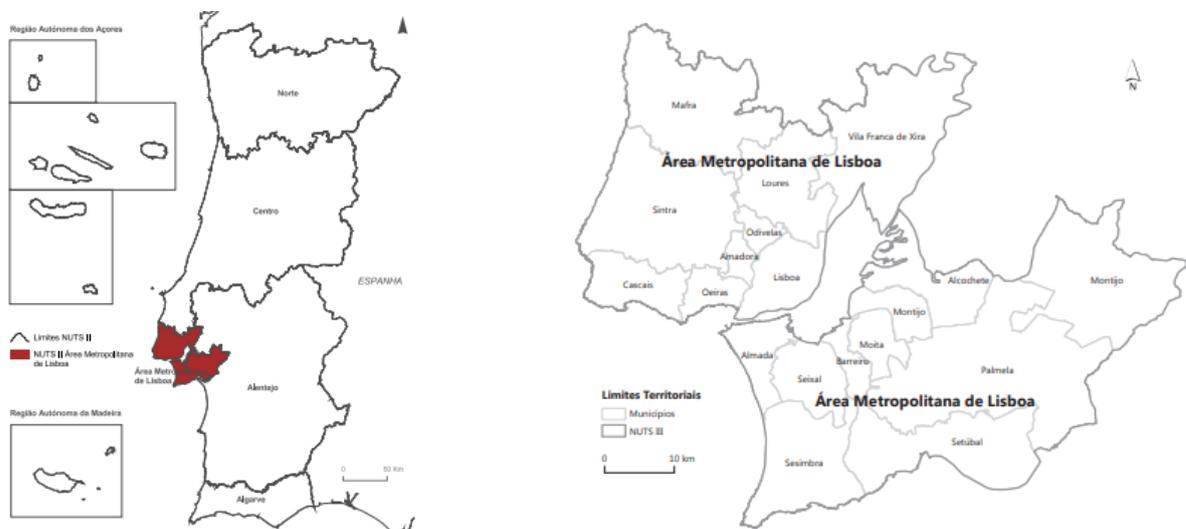


Figura 9 – Mapa representativo da AML

Fonte: Instituto Nacional de Estatística [INE] (INE, 2023a), consultado a 15 de março de 2023¹⁶

O município em presença beneficia ainda da proximidade a Lisboa, à Península de Setúbal e respetivo porto marítimo, sendo também favorecido pela acessibilidade às

¹⁵ Densidade Populacional: expressa a relação entre o número de habitantes de uma área territorial e a superfície desse território, traduzida em número de habitantes por quilómetro quadrado (INE, 2022c).

¹⁶ https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66323279&PUBLICACOESmodo=2

autoestradas A2 e A33, bem como ao eixo ferroviário que liga Setúbal a Almada e, por conseguinte, a Lisboa (CM, 2021).

Uma vez feita a caracterização geográfica do concelho, importa agora, em ordem ao âmbito do presente projeto, concretizar a caracterização da zona específica onde o mesmo se desenvolveu.

A localização geográfica do concelho, bem como a presença de várias unidades fabris e outros pólos industriais existentes na região envolvente, originou, desde há vários anos, um fluxo de pessoas a esta região vindas de zonas distintas do nosso país, assim como de outros países, com destaque para os PALOP, contribuindo para a evolução demográfica, económica e social do concelho (CM, 2017a).

A chamada de população à região determinou, por um lado, a necessidade de crescimento do parque habitacional, sendo que parte deste veio a constituir-se em zonas habitacionais degradadas, do tipo bairro, alguns de natureza clandestina e onde se concentra, em especial, população migrante.

Atendendo que a UCC intervém em aglomerados comunitários deste tipo, com recurso a uma unidade móvel, e constatando-se a existência de condições de saúde, ambientais e socioeconómicas deficitárias no Bairro onde se pretende intervir, é premente o levantamento caracterizador do estado de saúde da população aí residente, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

Este Bairro é um núcleo habitacional precário, de génese ilegal, localizado numa das freguesias que integram o concelho em análise. A sua origem remonta aos finais dos anos 70, mantendo-se até ao presente, na sequência de fluxos migratórios na sua maioria oriundos dos PALOP (SCM, 2022).

Neste Bairro, inicialmente as famílias viviam em barracas, construídas em madeira com cobertura em chapa e sem qualquer tipo de abastecimento de água e eletricidade e total ausência de rede sanitária. Ao longo dos anos, as habitações continuaram a ser de natureza precária, apesar de algumas terem substituído a madeira por paredes de alvenaria em tijolo, mantendo o tipo de cobertura (CM, 2017a), com ausência total de condições de higiene sanitária. Quanto à presença de redes elétricas de iluminação, as mesmas foram instaladas a partir de baixadas clandestinas, sujeitas a riscos elevados para as pessoas que delas se servem.

A insalubridade com origem em deficiências de natureza habitacional tem-se agravado, conforme se encontra relatado no Diagnóstico Social do município, no capítulo dedicado à caracterização das estruturas habitacionais do município, em particular no que se refere às barreiras arquitetónicas existentes que dificultam a acessibilidade às zonas residenciais, a presença de esgotos a céu aberto e humidades nas habitações, bem como a precariedade da

rede de abastecimento de energia elétrica e fornecimento de água, originando falhas várias (CM, 2017a).

De outro ponto de vista, tendo em conta informação obtida junto dos agentes comunitários que intervêm no Bairro, os habitantes deste podem, de alguma forma, assumir um aspeto flutuante, com mudanças frequentes no tempo, assumindo assim um caráter não permanente do ponto de vista residencial. Adicionalmente, alguns justificam a sua presença através dos acordos de cooperação no âmbito da saúde celebrados com Portugal.

Como medida identificadora das respetivas nacionalidades dos residentes, e de acordo com informação obtida junto da Presidente da Associação de Moradores do Bairro, estas serão principalmente de oriundos de São Tomé, Cabo Verde, Guiné, Angola e Brasil. Importa referir que a Associação de Moradores do Bairro é uma organização sem fins lucrativos, que intervém junto dos moradores do Bairro, perspetivando a adoção e a promoção de comportamentos saudáveis no seio da comunidade.

Trata-se, assim, de uma população marcada pela pobreza, exclusão social e dificuldade de acesso à educação, saúde e serviços sociais, pelo que combater as desigualdades verificadas deve ser uma prioridade de todos, sendo fundamental que as políticas implementadas ou a implementar garantam uma resposta efetiva, visando a redução das desigualdades de que resultam influências negativas no estado de saúde e de doença desta população.

Para tal, urge pensar este fenómeno numa perspetiva multidimensional e multidisciplinar, intervindo nos determinantes sociais da saúde, implementando e desenvolvendo projetos em que se verifique a participação ativa de toda a comunidade.

2.2.1 – Caracterização demográfica e infraestruturas de apoio

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], a população residente no concelho, na década censitária 2011-2021 terá aumentado em cerca de 8.238 pessoas face ao registado na década anterior correspondente a 2001-2011, totalizando 166.507 habitantes (INE, 2022a).

Relativamente à densidade populacional, para o período de 2011-2020, verifica-se que a mesma aumentou de 1.657,30 habitantes por km² para 1.744,40 habitantes por km², seguindo a tendência dos anos anteriores, situação reconhecida pela análise do Gráfico 2.

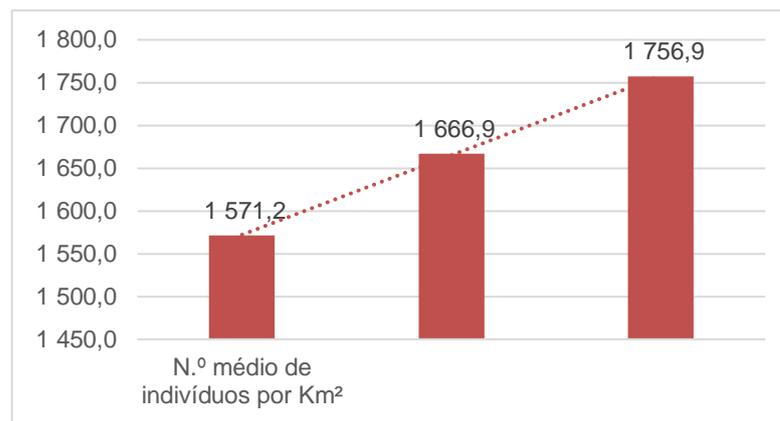


Gráfico 2 – Densidade populacional do concelho (2001-2021)

Fonte: Adaptado de Pordata (2023a), consultado a 15 de abril de 2023¹⁷

No referente à população residente na freguesia onde se localiza o Bairro na década censitária 2011-2021, dados do INE (2022c) demonstram que terá aumentado em cerca de 3.145 residentes, em comparação com a década censitária anterior, totalizando 50.806 habitantes no presente. Relativamente à densidade populacional, esta freguesia apresentava em 2021, uma densidade populacional de 2.935,07 habitantes por km², tendo aumentado 6,5% relativamente a 2011, que se cifrava em 2.753,38 habitantes por km².

Analisando a evolução da população residente no município, o Gráfico 3 demonstra uma redução da população jovem e em idade ativa e o aumento da população idosa, tendo-se constatado para o grupo etário dos 65 ou mais anos, no período compreendido entre 2011 e 2021, um aumento de cerca de 46% relativamente à década censitária anterior.

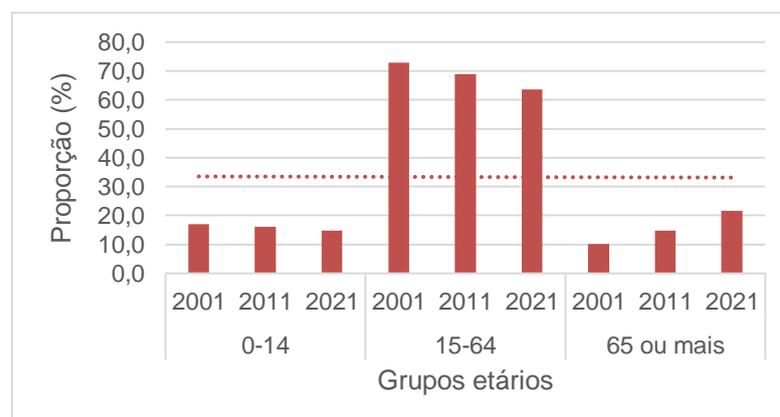


Gráfico 3 – População residente por grupo etário do concelho (2001-2021)

Fonte: Adaptado de Pordata (2022a), consultado a 23 de abril de 2023¹⁸

¹⁷ <https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452>

¹⁸ [https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+\(percentagem\)-726](https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+(percentagem)-726)

Entre 2001 e 2021, verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 65 ou mais anos, o que reflete a tendência para o envelhecimento demográfico da população residente no município. Será de registar que, no grupo dos menores de 15 anos de idade, no período entre 2001 e 2011, tinha havido um decréscimo desta população de 4,3% e uma diminuição de 10% de 2011 para 2021.

Neste âmbito, o aumento da população com 65 anos ou mais, a par da diminuição da população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, converge para o duplo envelhecimento populacional do município (INE, 2022d), conforme igualmente se constata na representação gráfica da pirâmide etária, a seguir retratada.

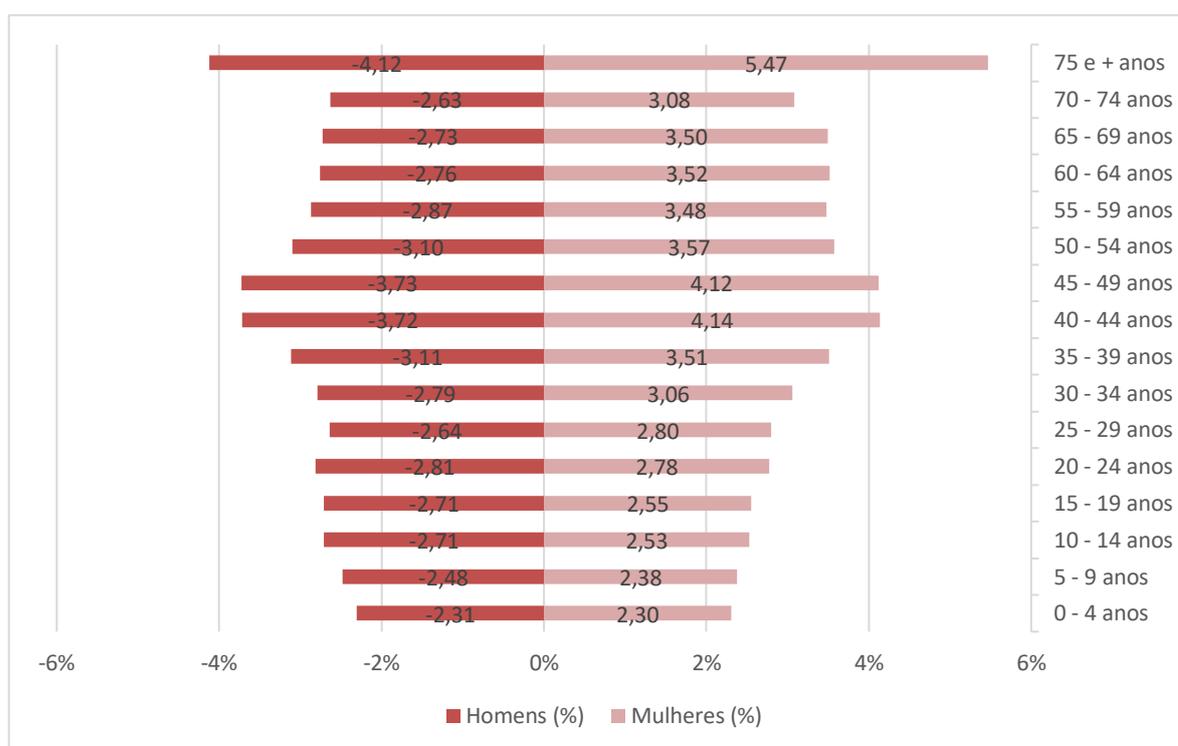


Gráfico 4 – Pirâmide etária do município (2022)

Fonte: Adaptado de Pordata (2023b), consultado a 15 de abril de 2023¹⁹

Da análise da pirâmide etária do concelho, assinala-se que 21,53% da população residente se refere ao grupo etário acima dos 65 anos, constatando-se que a classe dos 65 aos 74 anos é ligeiramente superior à classe acima dos 75 anos, o que é revelador de uma tendência de aumento futuro desta última classe.

¹⁹ <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario-19>

Por sua vez, no que se refere ao grupo etário mais jovem, com menos de 15 anos de idade, constata-se, no grupo dos 0 aos 4 anos, existir uma menor percentagem do que nos restantes grupos, eventualmente devido a uma diminuição de nascimentos nos últimos anos.

Quanto à população em idade ativa²⁰, nota-se uma percentagem mais significativa dos 40 aos 49 anos de idade, com diminuição nas classes imediatamente superiores e inferiores.

Em resumo, e conforme se deduz da pirâmide etária do concelho, estima-se que a percentagem de população idosa²¹ represente 21,53% enquanto a de jovens²² será de apenas 14,71% e a de pessoas em idade ativa situar-se-á nos 63,76%.

No que se refere ao Índice de Envelhecimento²³ desta população, os dados retirados do INE (2022d) apontam para que na década censitária atual existam 146,3 idosos por cada 100 jovens, valor que tem vindo a aumentar desde 2001 até ao presente, conforme demonstrado no Gráfico 5.

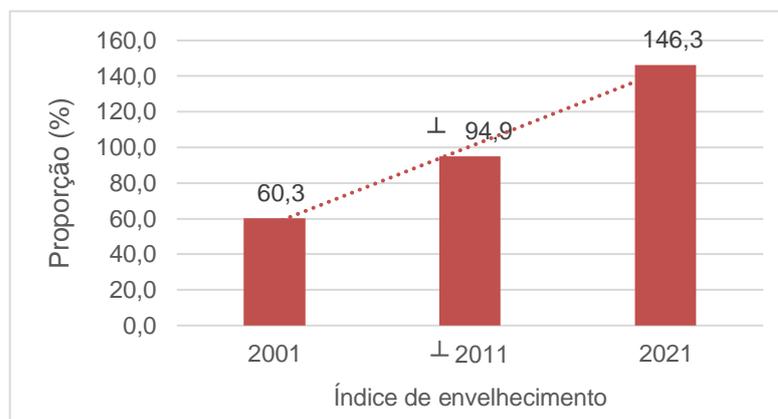


Gráfico 5 – Índice de Envelhecimento segundo os censos (2001-2021)
Fonte: Adaptado de Pordata (2022e), consultado a 15 de março de 2023²⁴

A alteração na estrutura etária desta população tem igualmente influência no seu grau de dependência. Desta forma, no que se refere ao Índice de Dependência Total²⁵, os dados de referência para a década censitária 2011-2021 apontam para uma subida do mesmo, o que

²⁰ População em idade ativa: Definida em termos estatísticos como a população com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos (INE, 2023c).

²¹ População idosa: Definida em termos estatísticos como a população com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2023c).

²² População jovem: Definida em termos estatísticos como a população com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos (INE, 2023c).

²³ Índice de Envelhecimento: quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2023c).

²⁴ <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>

²⁵ Índice de Dependência Total: quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2023c).

evidencia o peso conjunto da população jovem e idosa em relação à população potencialmente ativa, conforme se verifica no Gráfico 6.

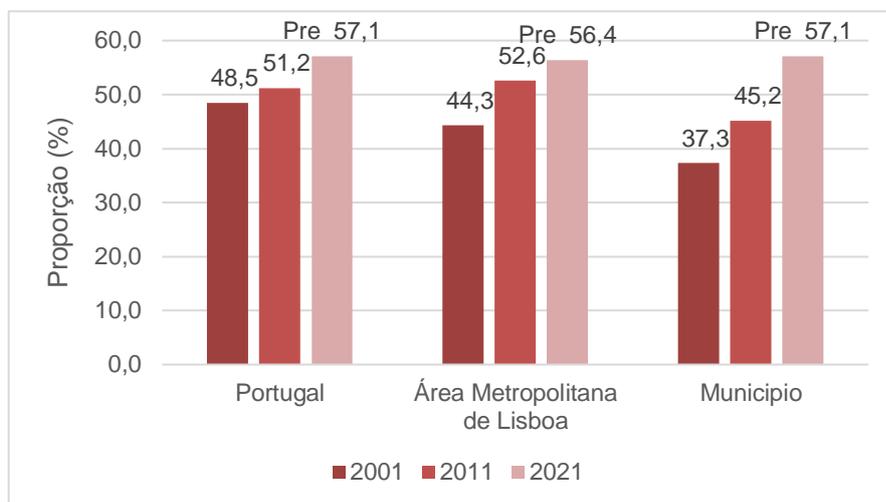


Gráfico 6 – Índice de Dependência Total segundo os censos (2001-2021)
Fonte: Adaptado de Pordata (2023c), consultado a 15 de março de 2023²⁶

Quanto ao Índice de Dependência de Idosos²⁷, regista-se um aumento do mesmo desde 2001 (14%) até ao presente (34%), embora na década censitária atual, o município registe valores idênticos aos da AML (34%), mas inferiores aos considerados para Portugal (36,9%).

Por sua vez, no que respeita ao Índice de Dependência de Jovens²⁸ os dados para a década censitária 2011-2021 indicam uma diminuição do referido indicador, passando de 23,3% em 2011 para um valor preliminar de 23,1% em 2021, contrariamente ao verificado na década anterior. Tal distribuição segue a tendência do país, assim como da região onde se localiza o município (Pordata, 2023g).

Relativamente à Taxa de Natalidade²⁹, a análise do Gráfico 7 indica uma tendência de decréscimo desde 2001 até 2014, acompanhando a realidade da AML e a realidade nacional. A partir de 2014 e até 2021, constata-se uma tendência crescente, atingindo o valor mais elevado em 2018 (10,2). Em 2021, os dados da Pordata (2022b) apontam para um valor da Taxa Bruta de Natalidade no município de 8,8, valor abaixo da AML (9,3) e acima do valor estabelecido para Portugal (7,7).

²⁶ <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+dependencia+total-459>

²⁷ Índice de Dependência de Idosos: quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2023c).

²⁸ Índice de Dependência de Jovens: relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2023c).

²⁹ Taxa Bruta de Natalidade: número de nados vivos verificados num determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (INE, 2023c).

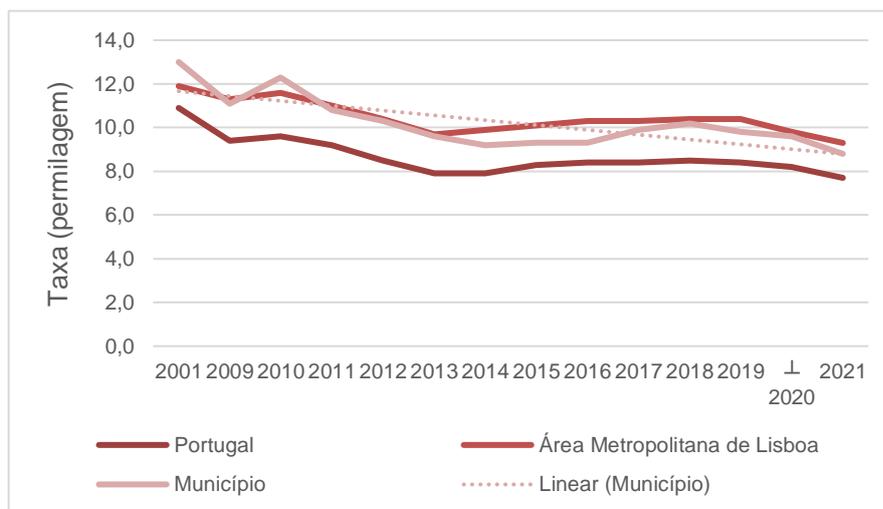


Gráfico 7 – Taxa Bruta de Natalidade (2001-2020)

Fonte: Adaptado de Pordata (2022b), consultado a 15 de março de 2023³⁰

Conforme se constata da análise do Gráfico 8, relativamente aos últimos dados conhecidos referentes à Taxa Bruta de Mortalidade³¹ no concelho, a mesma regista valores inferiores quando comparada com a AML e com Portugal. Quando comparada com a Taxa Bruta de Natalidade, a população tende a diminuir.

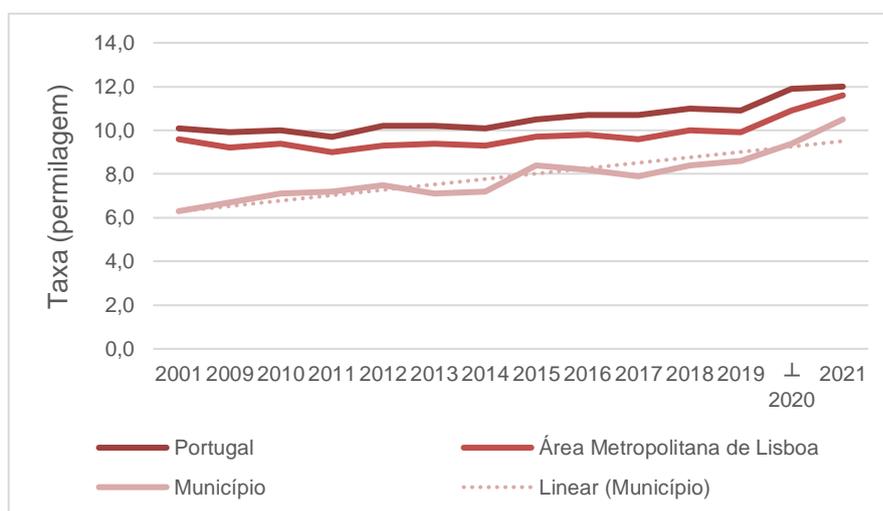


Gráfico 8 – Taxa Bruta de Mortalidade (2001-2020)

Fonte: Adaptado de Pordata (2022c), consultado a 15 de março de 2023³²

³⁰ <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366>

³¹ Taxa Bruta de Mortalidade: número de óbitos registados num determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (INE, 2023c).

³² <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+mortalidade-367>

Da análise da evolução da população estrangeira com autorização de residência neste município, constata-se que, em 2021, dos 166.525 residentes 12.904 eram estrangeiros, o que corresponde a um aumento de 80% relativamente ao ano de 2017 (INE, 2022e).

Regista-se que de 2011 até 2017 houve uma tendência negativa de residentes estrangeiros no município em análise, com perda de cerca de 40% desta população, tendo estabilizado em 2017, com uma população de 7.139 residentes estrangeiros com autorização. A partir daqui, houve uma recuperação da população estrangeira com autorização de residência, constando-se que já em 2019 tinha recuperado para valores similares a 2011, conforme se evidencia no Gráfico 9 abaixo representado.

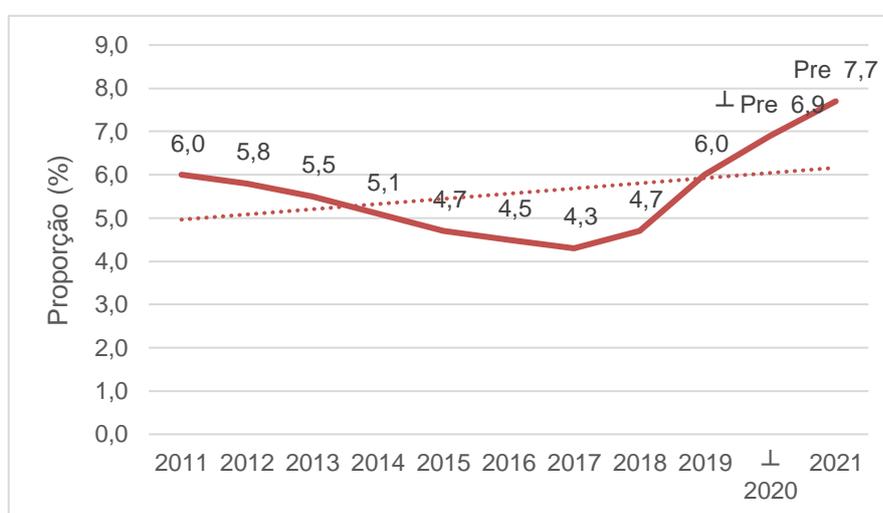


Gráfico 9 – População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente
Fonte: Adaptado de Pordata (2023d), consultado a 15 de março de 2023³³

Da população estrangeira residente neste município em 2020 os cinco países com maior representatividade eram, por ordem decrescente, o Brasil, seguido de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Angola e Guiné-Bissau (SEF, 2022), sendo que as mulheres estão em maior predominância em todas as nacionalidades, exceto na guineense, situação demonstrada no Gráfico 10.

³³ <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+em+percentagem+da+populacao+residente+total+e+por+sexo-363>

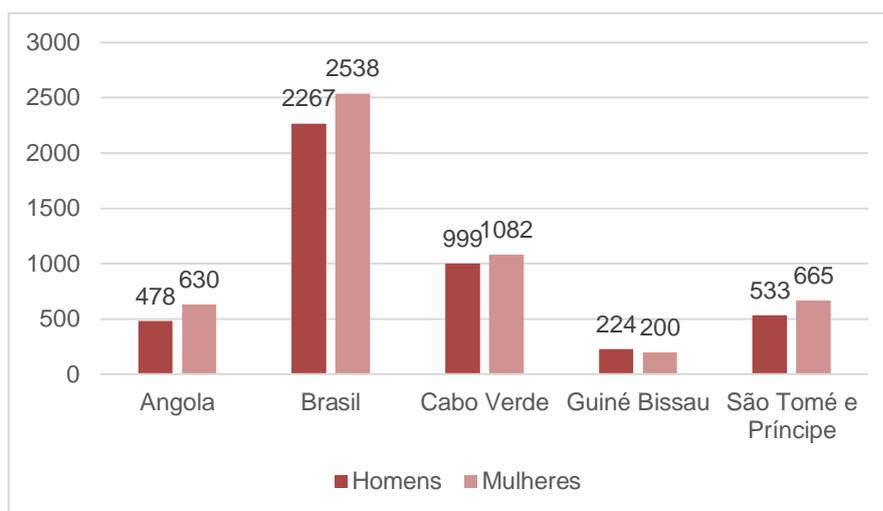


Gráfico 10 – População estrangeira com estatuto legal de residente: nacionalidade e sexo
Fonte: Adaptado de Sefstat (2021), consultado a 15 de março de 2023³⁴

Analisando a população residente no Bairro, é expectável que seja, na sua maioria, constituída por imigrantes e descendentes, oriundos de países de língua oficial portuguesa como Brasil, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Para além destas origens, associada à elevada mobilidade deste tipo de residentes, admite-se que poderão existir outras nacionalidades ainda não referenciadas. De acordo com dados mais recentes disponibilizados pelo município, referentes a 2022, este Bairro possuía cerca de 193 edifícios, 266 agregados familiares, com um total aproximado de 778 residentes.

No que se refere às infraestruturas de apoio, e considerando que o estado de saúde das pessoas e comunidades pode ser influenciado por diversos fatores, entre os quais os ambientais, este município integra e desenvolve iniciativas de âmbito alargado, alicerçadas nos princípios da sustentabilidade ambiental visando a melhoria da qualidade de vida das populações (CM, 2017b).

Assim, em termos das suas infraestruturas ambientais e aspetos relacionados com a salubridade, no município os sistemas públicos de abastecimento de água abrangeram toda a população (100%), 97% dos alojamentos foram servidos por sistemas de drenagem de águas residuais e 63% por estações de tratamento de águas residuais (Martins et al., 2017).

Relativamente à recolha de resíduos urbanos, no ano de 2020, foram recolhidas neste município, 83.196 toneladas de resíduos provenientes das habitações privadas, ou similares, cuja operação de destino foi a seguinte: Aterro – 62.885; Valorização Energética - 655 toneladas; Valorização Orgânica – 12.007 toneladas; e, Reciclagem – 7.650 toneladas (Pordata, 2022d).

³⁴ <https://sefstat.sef.pt/forms/Setubal.aspx>

Apesar dos dados acima mencionados, reconhece-se a existência de inúmeras desigualdades, em particular nas áreas urbanas de génese ilegal, face às precárias condições de habitabilidade verificadas, como é disso exemplo o presente Bairro, onde não existe água canalizada, esgotos e arruamentos, a par do descuido na gestão de resíduos.

2.2.2 – Caraterização socioeconómica

No que concerne ao contexto socioeconómico, a análise dos indicadores respetivos assume particular importância na medida em que constituem fatores caraterizadores de uma população, podendo igualmente, traduzir a sua vulnerabilidade.

Neste entendimento, importa analisar o grau de escolaridade da população, a população ativa empregada por setor de atividade, não esquecendo a população em situação de desemprego e os pensionistas.

Assim, e porque se considera que o nível de escolaridade é um dos elementos caraterizadores de uma determinada população, neste município, em 2021, existiam 81 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 43 estabelecimentos de ensino básico do 1.º ciclo, 10 estabelecimentos de ensino básico do 2.º ciclo, 16 estabelecimentos de ensino do 3.º ciclo do ensino básico e 8 estabelecimentos do ensino secundário (Pordata, 2023e).

Relativamente ao nível de escolaridade³⁵ da população residente com 15 anos e mais neste município, constata-se que, de 2011 para 2021, teve um aumento no que respeita ao ensino secundário (de 20,2% para 28,9%) e ensino superior (de 13,6% para 20%) (Pordata, 2023e).

Ao traçar o perfil económico do município, no que se refere à população ativa, também de acordo com os dados do INE (2023b), em 2021 existiam 16.281 trabalhadores por conta de outrem, por setor de atividade, sendo que 9.442 eram homens e 6.839 mulheres.

No que diz respeito aos indicadores relacionados com os desempregados inscritos nos centros de emprego, o município registava, em 2022, em média, 4.357 desempregados inscritos por mês, valor mais baixo do que em 2021 (5.492) (Pordata, 2023f).

Outro aspeto que importa destacar diz respeito à percentagem da população que auferem algum tipo de subsídio do estado, sendo que neste município, em 2021, de acordo com dados da Pordata (2023h), 3,2% da população era beneficiária do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção, 0,1% recebiam o Subsídio Social de Desemprego e 1,7% o Subsídio de Desemprego.

³⁵ Nível de escolaridade: nível ou grau de ensino mais elevado concluído pelo indivíduo, dispondo do respetivo certificado comprovativo (INE, 2023c).

Em relação aos reformados e pensionistas do concelho, registava-se, em 2021, um acréscimo, quando comparado com o ano de 2020, situando-se o valor em 41.496 pensionistas, dos quais 1.707 eram por invalidez, 30.327 por velhice e 9.462 de sobrevivência (INE, 2022b).

É certo que a população residente no Bairro tem fragilidades várias, pelo que se admite que apresente baixo nível socioeconómico e risco acrescido de pobreza e exclusão social. O Diagnóstico Social do município (CM, 2017a) esclarece que, em 2011, este aglomerado habitacional registava uma reduzida qualificação escolar, sendo que cerca de 10% da população aí residente não sabia ler nem escrever, e uma taxa de desemprego a rondar os 40%.

Na falta de outros elementos caracterizadores deste aglomerado populacional, neste âmbito, é previsível que os indicadores específicos, por ora desconhecidos, sejam significativamente inferiores aos observados para o concelho, dadas as características próprias desta população.

2.2.3 – Caracterização epidemiológica

Em epidemiologia os dados resultantes das estatísticas de mortalidade são muitas vezes utilizados como forma de avaliar a carga de doença de uma determinada população, sendo igualmente essenciais para avaliar as mudanças que ocorrem em termos do binómio saúde/doença ao longo do tempo (Bonita et al., 2010).

Assim, no que concerne à Taxa Bruta de Mortalidade neste município, registou-se em 2021, 10,5 óbitos por 1000 habitantes, valor que é inferior ao considerado para a AML (11,6 óbitos por 1000 habitantes) e de Portugal Continental (12 óbitos por 1000 habitantes) (Pordata, 2022c). Relativamente à mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte, destacaram-se, em 2020, os tumores malignos (27,5%), seguidas das doenças do aparelho circulatório (26%) e, em terceiro lugar, as doenças do foro respiratório (7,2%). De referir que este município apresenta valores inferiores aos considerados para Portugal e para a região onde se insere, com exceção dos óbitos por tumores malignos, cujo valor é superior (Pordata, 2023i).

Também da análise dos dados do Perfil Local de Saúde do ACeS onde se insere, no que respeita aos indicadores de morbilidade nos CSP, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo, destacam-se a hipertensão arterial (33,2%), as alterações do metabolismo dos lípidos (28,0%), a obesidade (13,3%), as perturbações depressivas (13,2%) e a diabetes mellitus (9,8%). Evidenciam-se as disparidades entre sexos no que respeita às perturbações

depressivas e à osteoporose, consideradas doenças mais prevalentes em utentes do sexo feminino (Quadro 1) (ARSLVT, 2017).

PROPORÇÃO DE INSCRITOS (%) POR DIAGNÓSTICO ATIVO, DEZEMBRO 2016 (ORDEM DECRESCENTE)

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Lisboa e Vale do Tejo			ACeS		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão (K86 ou K87)	22,2	20,5	23,8	21,1	19,5	22,6	33,2	32,9	33,4
Alterações do metabolismo dos lípidos (T93)	21,3	20,6	22,0	17,8	16,8	18,7	28,0	28,2	27,8
Obesidade (T82)	8,0	6,7	9,2	7,1	6,0	8,0	13,3	12,0	14,3
Perturbações depressivas (P76)	10,4	4,4	15,8	9,1	3,9	13,7	13,2	5,8	19,2
Diabetes (T89 ou T90)	7,8	8,2	7,3	7,1	7,6	6,6	9,8	11,2	8,7
Doenças dos dentes e gengivas (7 anos) (D82)	6,3	6,3	6,4	5,8	5,7	5,9	8,3	8,7	7,8
Osteoartrose do joelho (L90)	4,6	2,9	6,2	3,8	2,3	5,0	5,8	3,9	7,3
Asma (R96)	2,6	2,4	2,9	2,5	2,2	2,8	3,7	3,4	3,9
Osteoporose (L95)	2,4	0,4	4,3	2,2	0,3	3,8	3,2	0,5	5,3
Osteoartrose da anca (L89)	2,2	1,6	2,8	1,8	1,2	2,2	3,0	2,2	3,6
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	1,7	2,1	1,4	1,7	2,1	1,4	2,6	3,6	1,8
DPOC (R95)	1,3	1,7	1,0	1,2	1,5	0,9	1,8	2,5	1,2
Trombose / acidente vascular cerebral (K90)	1,3	1,4	1,2	1,2	1,3	1,1	1,6	1,9	1,4
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	0,8	---	1,5	0,8	0,0	1,6	1,2	0,0	2,2
Bronquite crónica (R79)	1,1	1,2	1,1	0,9	0,9	0,9	1,1	1,2	1,1
Demência (P70)	0,8	0,5	1,0	0,7	0,5	1,0	1,1	0,8	1,3
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,3	0,7	1,0	0,4	0,9	1,5	0,5
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,5	1,1	---	0,5	1,1	0,0	0,8	1,7	0,0
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,4	0,6	0,4	0,3	0,6	0,4	0,4	0,9	0,5
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,1	---	0,3	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,4
Neoplasia maligna do brônquio / pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

órgãos Regionais de Saúde (dados: SIARS)

--- : Não aplicável

Quadro 1 – Morbilidade - registo nos CSP

Fonte: ARSLVT (2017), consultado a 14 de abril de 2023³⁶

No que toca particularmente à população migrante, e apesar de não existirem dados conhecidos respeitantes aos problemas de saúde dos estrangeiros residentes no município, a evidência científica aponta para uma população migrante frágil e mais vulnerável à doença.

Numa revisão da literatura realizada entre 1960 e 2018, surge em destaque que o risco de doenças cardiovasculares na população migrante depende do país de origem, do país de acolhimento e respetivo tempo de permanência (Agyemang & Jan-van den Born, 2018). Também a hipertensão, o fator de risco modificável mais importante para as doenças cardiovasculares, é especialmente prevalente em migrantes africanos. Os autores referem ainda que o risco de desenvolver Diabetes Mellitus é maior na população migrante quando comparada com as populações autóctones, sendo que os migrantes desenvolvem esta patologia precocemente (Agyemang & Jan-van den Born, 2018).

³⁶https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_Almada_Seixal.pdf

Apesar de se registarem taxas de morbilidade e mortalidade geral por tumores malignos mais baixas do que as referentes às populações de acolhimento de países europeus, outro dos problemas de saúde associados às populações migrantes são as neoplasias, tal como a neoplasia do fígado e determinados tipos de linfomas (Agyemang & Jan-van den Born, 2018).

Importa também referir que no contexto pandémico os migrantes estiveram mais expostos aos riscos inerentes à infeção por COVID-19, bem como a problemas de saúde mental. O estudo de Dias et al. (2021) indica que foram reportados sentimentos de agitação, ansiedade ou tristeza durante este período.

Também as infeções sexualmente transmitidas afetam a população imigrante, constituindo a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana a que tem maior expressão, maioritariamente nas populações oriundas de países africanos. A taxa de incidência da infeção por este vírus no município (18,2/100 000 habitantes em 2016), apesar de registar uma tendência de decréscimo, foi ainda superior à da AML e à de Portugal, no ano de 2016, data dos últimos resultados conhecidos (Martins et al., 2017; CM, 2020).

Apesar de não existirem dados específicos sobre quais os problemas de saúde mais prevalentes da população residente neste Bairro, de acordo com informação entretanto recolhida junto dos informadores chave e agentes comunitários que ali intervêm, esta população consubstancia um conjunto de fatores com forte influência na sua condição de saúde e agravamento de estados de doença prévia, entre outros, os fatores ambientais. O efeito do ambiente na saúde e doença é reconhecido. A maioria das doenças tem na sua génese fatores relacionados com o ambiente (Bonita et al., 2010), podendo originar problemas de saúde devido ao consumo de água não potável, à ausência de saneamento básico, a uma ineficaz gestão dos resíduos domésticos, solos contaminados e espaços habitacionais degradados e insalubres.

Ainda que os dados suprarreferidos sejam referentes à população do município, é expectável que de alguma forma possam traduzir elementos indicadores para as populações residentes no Bairro, o que só será confirmado após a realização do respetivo diagnóstico de situação.

2.2.4 – Recursos de saúde e sociais da comunidade local

No que se refere a recursos de saúde, a população residente neste concelho é apoiada pelo Hospital Garcia de Orta, sendo que, no que diz respeito a CSP, como já referido, este município encontra-se integrado num ACeS da ARSLVT (CM, 2020). Das unidades funcionais que constituem este ACeS, e que dão resposta à população residente no município em

análise, fazem parte oito Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, duas UCC, para além da USP e da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O município conta ainda com um Serviço de Atendimento a Utentes sem Médico, habitualmente designado de Via Verde Saúde, cuja missão envolve a prestação de cuidados de saúde aos habitantes que ainda não tenham médico ou enfermeiro de família.

Convém mencionar que no âmbito dos recursos humanos em saúde disponíveis neste concelho, dados do INE (2022f) contabilizaram, para o ano de 2021, a existência de 3,3 enfermeiros por 1000 habitantes, valor inferior aos registados para o país, que apresenta 7,8 enfermeiros por 1000 habitantes. Relativamente à classe médica, constatou-se a existência de 2,5 médicos por 1000 habitantes, um valor também menor que o de Portugal, situado em 5,7 médicos por 1000 habitantes.

Para além dos serviços de saúde disponíveis, o município proporciona à sua população diferentes respostas de cariz social, que abrangem todos os segmentos populacionais, destacando-se, entre outras, a SCM.

No que se refere especificamente a este Bairro, a SCM dispõe no local de um Centro Comunitário, em que se previa inicialmente o apoio a cerca de 100 pessoas e, entretanto, foi alargado a toda a comunidade ali residente. Este Centro Comunitário desenvolve atividades com particular enfoque na intervenção com crianças, na área da animação sociocultural e também em termos de ação social, mediante o acompanhamento de agregados familiares em situação de insuficiência económica ou com outras necessidades (SCM, 2022).

Atendendo a que estamos na presença de uma população migrante, torna-se importante situar a Rede de Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes, uma entidade que surge na sequência de uma parceria estabelecida entre o ACM e a autarquia local, no que se refere a este município. Estes centros pretendem assim apoiar os migrantes em todo o processo de acolhimento e integração com enfoque na regularização, nacionalidade, habitação, trabalho, saúde, educação, entre outros aspetos (Plataforma Local para a Integração de Migrantes, 2023).

3 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A função planeamento visa regular e controlar a atividade das pessoas e grupos, em ordem à otimização dos seus desempenhos e, conseqüentemente, à obtenção de melhores rendimentos. No que à saúde diz respeito, o processo de planeamento reveste-se de uma especificidade própria, porquanto constitui elemento orientador do processo de tomada de decisão, alicerçado na melhoria do estado de saúde da população.

Neste âmbito, desenvolvemos o presente Projeto de Intervenção Comunitária tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde, igualmente reconhecida como uma das competências específicas do EEECS (OE, 2018).

Conscientes da importância desta metodologia na promoção e desenvolvimento da saúde, Imperatori e Giraldes (1982: 6) definiram o Planeamento em Saúde como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socio-económicos”.

Na perspetiva destes autores, corroborada por Tavares (1992) e Melo (2020), a importância de planear reside na escassez de recursos, na necessidade de intervenção direta nas causas dos problemas e no estabelecimento de prioridades, viabilizando desta forma a otimização de recursos, a exequibilidade das intervenções e a sua continuidade no tempo.

O Planeamento em Saúde constitui, assim, um processo permanente, contínuo e dinâmico, onde se incluem diferentes etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992). Importa referir que, terminada a etapa da avaliação, é essencial voltar à fase inicial da Metodologia de Planeamento em Saúde, atualizar o diagnóstico de situação, melhorar a informação disponível e progredir em todo o processo de planeamento, procurando responder ao seu caráter dinâmico, interativo e cíclico (Imperatori & Giraldes, 1982).

Para um melhor entendimento das etapas do processo de Planeamento em Saúde e sua relação, as mesmas encontram-se representadas na Figura 10.



Figura 10 – Etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde
Fonte: Elaboração Própria (Adaptado de Tavares, 1992)

Tendo por base o enquadramento atrás definido, no que se refere ao presente Projeto de Intervenção Comunitária, pretendemos neste capítulo, fazer a caracterização duma forma sistemática dos aspetos fundamentais de cada uma das etapas de Planeamento em Saúde.

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação de saúde constitui a primeira etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde, possibilitando a identificação dos problemas da população alvo, bem como o reconhecimento das suas necessidades, sejam reais, sentidas ou expressas, não obstante a diferença entre estes dois conceitos, problema e necessidade. O primeiro refere-se ao estado de saúde que é considerado deficitário pela pessoa ou comunidade, enquanto o segundo diz respeito ao que é necessário fazer para dar resposta ao problema identificado (Tavares, 1992).

Partindo deste pressuposto, elaborar um diagnóstico de situação de saúde exige, na perspetiva de Imperatori e Giraldes (1982), uma abordagem quantitativa e também qualitativa da problemática, o reconhecimento dos possíveis fatores que a determinam, bem como a sua

relação de causalidade, não esquecendo a análise da sua evolução para, com base nestes requisitos, se identificar se o diagnóstico corresponde ou não à realidade.

Para além das características acima mencionadas, o diagnóstico de situação deve ser suficientemente aprofundado e alargado, mas também rápido, claro e sucinto (Tavares, 1992), permitindo a ação em tempo útil e garantindo a sua exequibilidade.

O EEECS no âmbito das suas competências específicas, é o responsável pela elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, entendendo-a como foco dos seus cuidados e recorrendo a diversas fontes para uma correta caracterização das suas necessidades de saúde (Melo, 2020; OE, 2018).

No presente estudo, a escolha do tema teve origem em reuniões informais, inicialmente com a enfermeira supervisora do ensino clínico, e posteriormente com a responsável pela Divisão Social e de Saúde da CM do município, parceiros da UCC, tendo daí resultado a necessidade de se identificarem os determinantes que condicionam a saúde da população residente num dos bairros onde a UCC desenvolve a sua intervenção comunitária e, bem assim conhecer as suas necessidades de saúde.

Neste sentido, como forma de apoiar e justificar o diagnóstico de situação, e dessa forma responder aos objetivos respetivos, selecionamos como método de recolha de dados, o questionário, a ser aplicado junto da população e de cuja análise resultará a identificação dos problemas desta população.

Concluída, assim, a etapa do diagnóstico de situação, e depois de percorridas todas as dimensões, entre outras, a definição da população a estudar e do instrumento de colheita de dados, surgirá a lista de problemas identificados, cuja priorização acontecerá na segunda etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde.

3.1.1 – População alvo e amostra

A definição da população a estudar constitui uma etapa fundamental no contexto do diagnóstico de situação de saúde. Fortin et al. (2009) definem população como o conjunto de elementos, em geral pessoas, grupos, organizações, entre outros, que apresentam características comuns. Partindo deste conceito, a população que é objeto de estudo denomina-se de população alvo. Considerando o atrás expresso, definimos como população alvo deste estudo a população migrante e descendentes residentes num bairro de um concelho da AML.

Sempre que se verifique a impossibilidade de inquirir toda uma população alvo, os estudos devem ser desenvolvidos com base na constituição de uma amostra representativa

da mesma população (Fortin et al., 2009). Para o diagnóstico de situação, foi constituída uma amostra por conveniência, num total de 101 indivíduos entre os 570 residentes elegíveis, convidados a participar no estudo através de visitas às habitações existentes, representando esta amostra 17,7% da população, assumindo-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 10%.

A escolha do método de amostragem ficou a dever-se ao pouco espaço temporal disponível para a realização do estudo, e fundamentalmente a uma maior acessibilidade aos elementos participantes do mesmo, presentes num determinado momento e local (Néné & Sequeira, 2022; Vilelas, 2020; Fortin et al., 2009).

Para que a amostra se constitua em elemento de análise credível e fiável, os participantes foram selecionados de acordo com determinados critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de elegibilidade considerados foram: ser migrante ou descendente, residentes no Bairro em presença; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter aceitado participar voluntariamente no estudo mediante assinatura de declaração de consentimento informado, livre e esclarecido. Como critério de exclusão considerámos o seguinte: pessoas que não falassem e/ou não compreendessem a língua portuguesa ou a inglesa.

3.1.2 – Instrumentos de colheita de dados

Visando, por um lado, caracterizar a perceção e o comportamento dos migrantes residentes num bairro de um concelho da AML face aos riscos de saúde resultantes das condições ambientais e, por outro, identificar o nível existente de LS, optámos por desenvolver um estudo descritivo, transversal, de natureza exploratória, com recurso a questionários. Estes constituem “uma ferramenta estruturada para obter informação dos participantes no estudo, cuja principal finalidade é reduzir ao máximo os erros de medida das variáveis mais importantes do estudo e facilitar a sua posterior análise” (Néné & Sequeira, 2022: 39).

Em concordância com o atrás exposto, a colheita de dados foi realizada com recurso a três questionários, disponibilizados em formato papel. O primeiro questionário denominado Caracterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde, destinou-se à recolha de indicadores sociodemográficos (idade, género, país de nascimento, tempo de residência no país e bairro, estatuto de migração, número de elementos do agregado familiar, nível de escolaridade, situação profissional), indicadores ambientais relacionados com o espaço físico (condições de habitabilidade, condições de higiene e sanitárias e utilização de infraestruturas de apoio) e indicadores relativos à condição de saúde (Apêndice I). Na ausência de instrumentos validados aplicáveis, elaborámos um questionário no qual estão incluídas questões do tipo

escolha múltipla, de enumeração gráfica e abertas, sujeito a uma validação prévia, a que se seguiu a realização de um pré-teste de verificação efetuado a dez pessoas representativas da população em estudo.

O segundo questionário integrou a versão oficial portuguesa do HLQ, desenvolvido e publicado originalmente pelo Professor Richard Osborne (Osborne, 2013) e equipa, frequentemente utilizado para caraterizar o nível de LS de uma população, sendo considerado um instrumento de elevada validade, fiabilidade e aceitabilidade (Dias et al., 2021). Este instrumento é constituído por nove dimensões de análise organizadas em duas secções, conforme se demonstra na Figura 11. A primeira integra cinco subescalas que avaliam o nível de concordância em 23 afirmações, utilizando escalas de Likert, cujas categorias de respostas variam entre: 1 – Discordo Totalmente e 4 – Concordo Totalmente. Na segunda secção, constituída por quatro subescalas, é avaliada a perceção da dificuldade dos inquiridos na realização de 21 tarefas, também através de escalas de Likert, em que as opções de resposta variam entre: 1 – Não consigo fazer ou faço sempre com dificuldade e 5 – É sempre fácil (Dias et al., 2021; Do Ó et al., 2022; Hawkins et al., 2021).



Figura 11 – Subescalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ)
Fonte: Elaboração Própria

O terceiro questionário incluiu a aplicação da versão oficial portuguesa do eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ), utilizado para avaliar a experiência das pessoas na utilização de tecnologias digitais em saúde, especificamente nos seguintes domínios: gerir ativamente a saúde; encontrar boa informação em saúde; relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde (Kayser et al., 2018). Este instrumento é constituído por sete dimensões de análise, como se pode comprovar pela observação da Figura 12, que refletem o maior ou menor

acordo dos indivíduos relativamente a um conjunto de 35 afirmações. As opções de resposta são dadas através de uma escala de Likert que varia entre 1 – Discordo Muito e 4 – Concordo muito (Kayser et al., 2018).

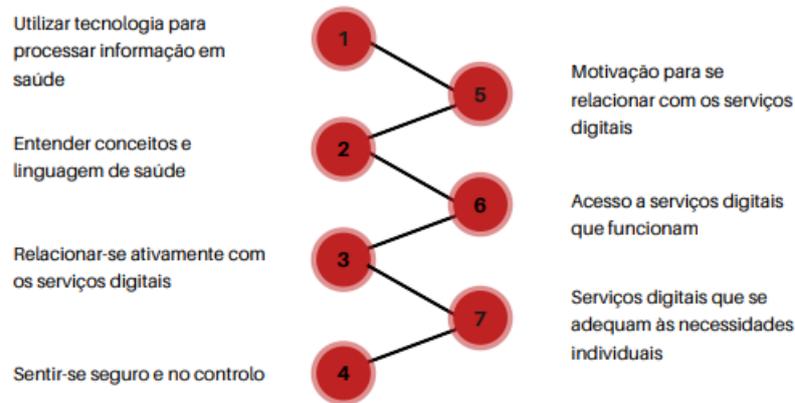


Figura 12 – Subescalas do eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)
Fonte: Elaboração Própria

A autorização para a utilização e aplicação do HLQ e eHLQ foi obtida através do seu autor principal, obedecendo a um processo de licenciamento contratual emitido pela Swinburne University of Technology (Anexo I). Atendendo a que, por princípio, o licenciamento em causa apenas é concedido a organizações ou entidades jurídicas, para o efeito estabelecemos contacto com o Instituto Politécnico de Setúbal, tendo sido o contrato celebrado com o Diretor da Escola Superior de Saúde desta instituição. De registar desde já que esta licença foi emitida especificamente para o projeto “Promoção da Literacia em Saúde numa Comunidade Migrante em Portugal”. Este processo de licenciamento demorou aproximadamente 7 a 10 dias úteis, com satisfação prévia dos encargos inerentes. Conforme consta no documento “Swinburne University of Technology Questionnaires - Frequently asked Questions” (Anexo II), as minutas dos questionários HLQ e eHLQ não podem constituir anexo do presente relatório (Osborne, 2022).

O questionário encontra-se disponível em vários idiomas, tendo sido solicitada a versão traduzida para português e inglês, considerando, por um lado, a origem da população alvo, maioritariamente de PALOP, e por outro, a eventual presença de migrantes com maior domínio do inglês.

O preenchimento dos questionários decorreu entre os dias 3 e 10 de dezembro de 2022, e os participantes foram informados dos objetivos do estudo, do carácter voluntário da sua participação, através do preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II), tendo-se reforçando igualmente as condições de confidencialidade relativas à

recolha de informação. De igual modo, foram esclarecidas outras potenciais dúvidas expostas pelos participantes durante o preenchimento do questionário.

Importa referir que o processo de colheita de dados nesta comunidade foi compartilhado com uma outra mestranda, situação que possibilitou a concretização de um diagnóstico de situação de saúde completo e aprofundado, visando o desenvolvimento posterior de Projetos de Intervenção Comunitária, com enfoque nas duas áreas prioritárias que sobressaíram deste diagnóstico, com plena satisfação de cada uma das intervenientes.

3.1.3 – Considerações éticas

Atendendo que a investigação em saúde, e especificamente a investigação no âmbito da Enfermagem, envolve a participação de seres humanos, as questões éticas subjacentes são um importante aspeto a considerar. Constituindo a enfermagem uma profissão autorregulada, com um código deontológico reconhecido na legislação portuguesa, estão definidos, quer na Deontologia Profissional, quer no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os princípios éticos e deontológicos a respeitar, no qual se inserem os processos de investigação (Melo, 2020; Nunes, 2013).

Em consonância com o atrás referido, os enfermeiros especialistas têm, no seu perfil de competências comuns, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde se descreve, na alínea a) do artigo 5.º que o enfermeiro especialista “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” (OE, 2019: 4745).

No âmbito da implementação do referido estudo adotamos todas as precauções em ordem a serem garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação necessária à sua elaboração, conforme preconizado na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

Neste entendimento, solicitamos inicialmente, autorização para a realização do estudo ao Núcleo de Formação e Investigação do ACeS, tendo sido obtido parecer positivo por parte do seu Diretor Executivo (Anexo III). Posteriormente, submetemos um protocolo de investigação à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, o qual obteve igualmente parecer positivo (Anexo IV). Assumimos, desde já, o compromisso de entrega do relatório final deste projeto à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, bem como toda a documentação relativa à evolução do estudo.

Ainda no âmbito das considerações éticas a respeitar, foi solicitada autorização para a aplicação do questionário HLQ e eHLQ, tendo sido obtida a respetiva autorização de utilização por parte do seu autor.

De igual modo, disponibilizámos, em suporte de papel e em duplicado, uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes do projeto (Apêndice II) informando dos objetivos do estudo e assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo em todo o processo. Reforçámos, através desta declaração, o carácter voluntário da participação no estudo, pelo que existe a possibilidade de a anular em qualquer momento sem prejuízo das partes. Para garantir e salvaguardar a confidencialidade dos dados, os questionários foram codificados através da atribuição de um código numérico, respeitante a cada interveniente no estudo.

Nesta investigação, os participantes foram também informados que os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins académicos ou de publicação de carácter científico. Os dados em formato papel encontram-se armazenados nas instalações da UCC, em envelope selado, lacrado e assinado, colocado em armário fechado à chave ao cuidado da enfermeira supervisora, a fim de se colmatar a possibilidade de acessos indevidos, sendo que apenas a mestranda e supervisora poderão ter acesso aos mesmos. Os dados informáticos ficarão na posse da mestranda, protegidos por palavra-chave de alta segurança.

Terminado o estudo, os dados manter-se-ão de acesso exclusivo da mestranda e serão destruídos após 2 anos (em outubro de 2024), data em que termina a licença de utilização dos instrumentos de colheita de dados. Convém ainda referir que garantimos o anonimato no que respeita ao local onde o estudo se desenvolveu, não sendo igualmente identificável a UCC em presença.

3.1.4 – Apresentação e análise dos resultados

A análise estatística dos resultados foi realizada com recurso ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 28 para Windows, tendo envolvido medidas de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão, e estatística inferencial. Nesta, onde aplicável, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação de Pearson (Cunha et al., 2007).

Atendendo que a dimensão da amostra foi superior a 30, aceitou-se a normalidade da distribuição de acordo com o Teorema de Limite Central (Marôco, 2018).

Da análise do Gráfico 11 regista-se que do total de 101 participantes no estudo, as mulheres eram ligeiramente mais numerosas (53,5%; N=54), e a faixa etária dos 25 aos 64 anos (75,2%; N=76) foi a de maior dimensão.

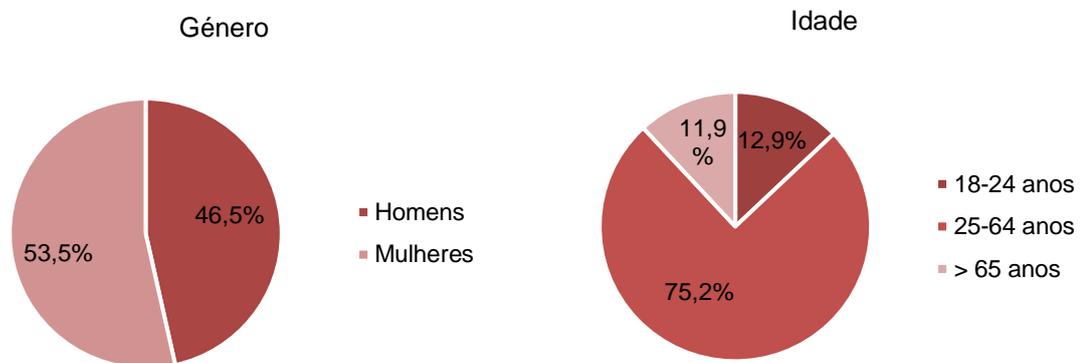


Gráfico 11 – Distribuição da amostra por género e idade (%)
Fonte: Elaboração Própria

Em termos de escolaridade, 33,7% (N=34) referiu ter concluído o 2.º e 3.º ciclo, 27,7% (N=28) disse ter completado o 1.º ciclo de escolaridade e, finalmente, 28,7% (N=29) o ensino secundário/ superior, sendo de referir que 9,9% (N=10) da amostra não completou nenhum nível de escolaridade, conforme retratado no Gráfico 12.

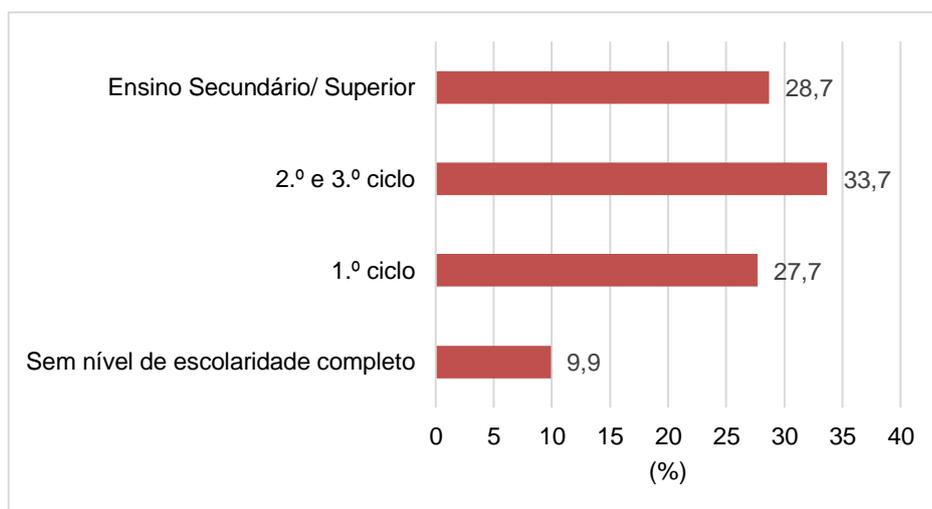


Gráfico 12 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade (%)
Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à situação ocupacional, 51% (N=51) dos participantes eram profissionalmente ativos, 35% (N=35) encontravam-se desempregados ou afim e 14% (N=14) eram estudantes e reformados, o que está evidenciado no Gráfico 13 abaixo representado.

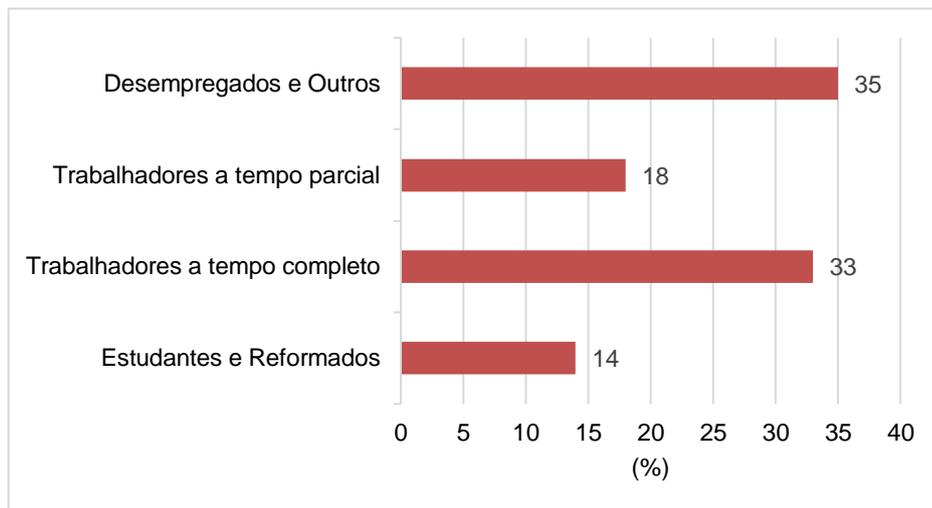


Gráfico 13 – Distribuição da amostra por situação ocupacional (%)
Fonte: Elaboração Própria

Um pouco mais de metade da amostra (53,5%; N=54) residia em Portugal há mais de 9 anos, sendo que 45,5% (N=46) residia em igual período no Bairro, situação retratada no Gráfico 14.

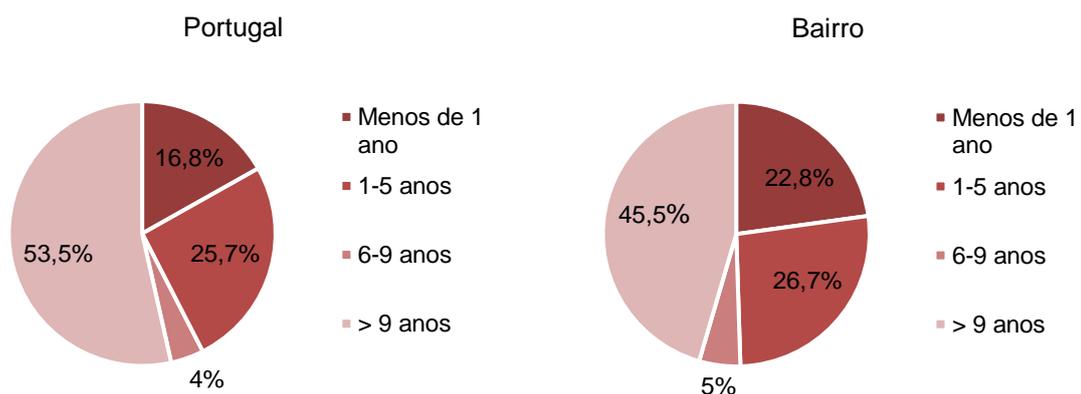


Gráfico 14 – Distribuição da amostra por tempo de residência em Portugal e no Bairro (%)
Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados acerca do estatuto de migração, 67,3% (N=68) referiu apresentar estatuto regular, 23,8% (N=24) encontrava-se em processo de regularização e 8,9% (N=9) em situação irregular. Por fim, no que se refere ao país de nascimento, a maioria dos

participantes era proveniente de São Tomé (50,5%; N=51) e de Cabo Verde (39,6%; N=40), conforme se constata pela análise do Gráfico 15.

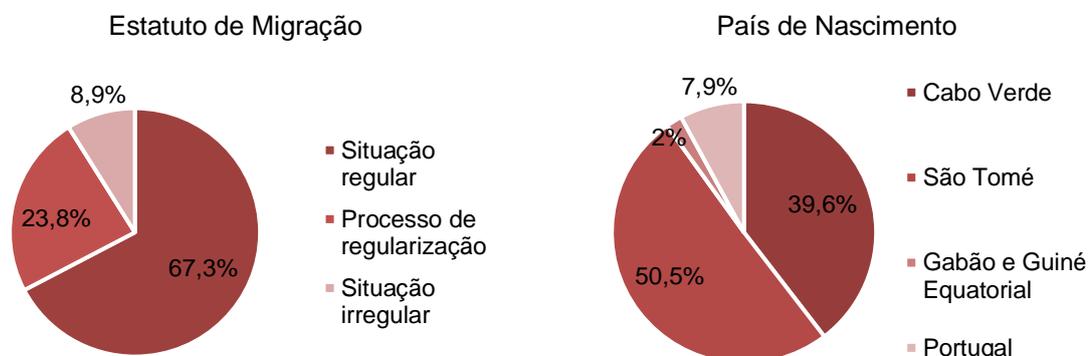


Gráfico 15 – Distribuição da amostra por estatuto de migração e país de nascimento (%)
Fonte: Elaboração Própria

Em relação às variáveis ambientais relacionadas com o espaço físico onde se localiza o Bairro, especificamente no que se refere às condições de habitabilidade, higiénicas e sanitárias e à utilização de infraestruturas de apoio, a sua caracterização encontra-se representada nos gráficos seguintes.

A maioria dos inquiridos indicou que a sua habitação tinha um número de compartimentos entre 4 e 6 divisões (69,3%; N=70). Cerca de 7% (N=7) declarou não ter janelas na habitação, enquanto 35,7% (N=37) afirmou que todas as divisões tinham janelas ou outra forma de arejamento. Dos inquiridos, 77,2% (N=78) referiu ter problemas de humidade ou cheiro a mofo no interior das habitações.

No referente às redes de água, esgotos domésticos e de eletricidade no interior das habitações, a sua existência encontra-se caracterizada no Gráfico 16, sendo que em média 88,5% (N=89) referiu a sua existência. 54,5% (N=55) destes afirmaram que foram instaladas após ocupação da habitação.

Perante a existência de habitações que de uma forma geral se revelam de construção precária, as redes de infraestruturas existentes no seu interior não deixam também de o ser, o que deve merecer a melhor atenção quanto aos riscos inerentes a elas associados.

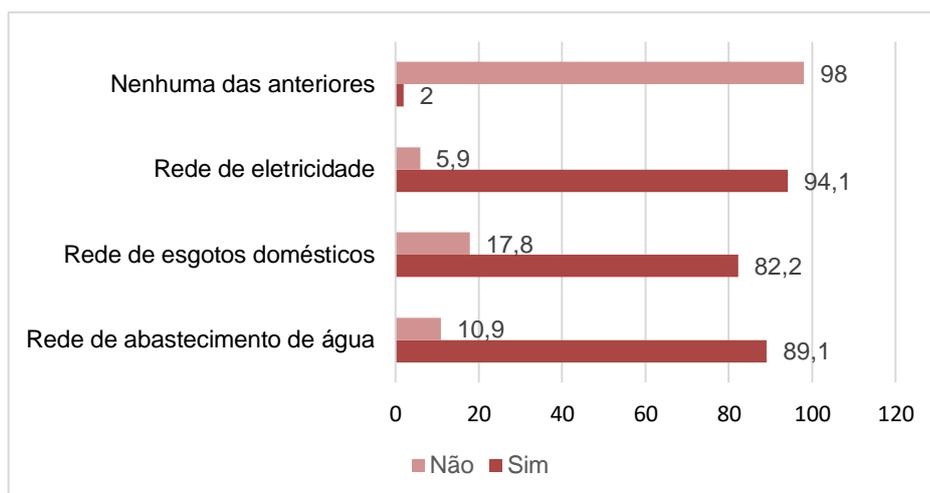
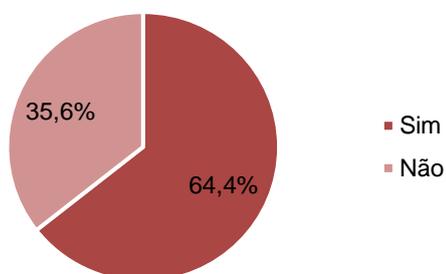


Gráfico 16 – Infraestruturas interiores das habitações (%)
Fonte: Elaboração Própria

Quanto às condições de habitabilidade, 64,4% (N=65) dos inquiridos disse que no Verão o calor no interior da habitação era superior ao que se verificava no exterior da mesma, enquanto no Inverno, 90,1% (N=91) disse sentir frio no interior da habitação.

Temperatura interior > exterior



Constatação de frio no interior

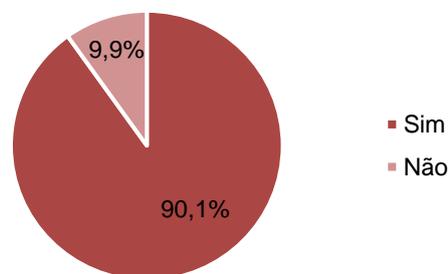


Gráfico 17 – Comportamento das habitações ao calor e ao frio (%)
Fonte: Elaboração Própria

98% (N=99) dos inquiridos referiu despejar o lixo doméstico em contentor público, sendo que 2% (N=2) o fazia em lixeiras. Cerca de 76% (N=77) dos inquiridos reportaram a existência de infestações por insetos e/ou roedores no interior das habitações (Gráfico 18).

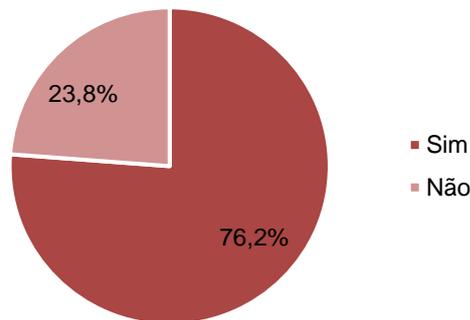


Gráfico 18 – Presença de infestação das habitações por insetos e/ou roedores (%)
Fonte: Elaboração Própria

Águas estagnadas (43,6%; N=44), lixos orgânicos ou outros (29,8%; N=30) e as redes elétricas e de iluminação exterior (26,9%; N=27) foram os três principais problemas de ordem ambiental identificados pelos inquiridos residentes neste Bairro, conforme evidenciado no Gráfico 19.

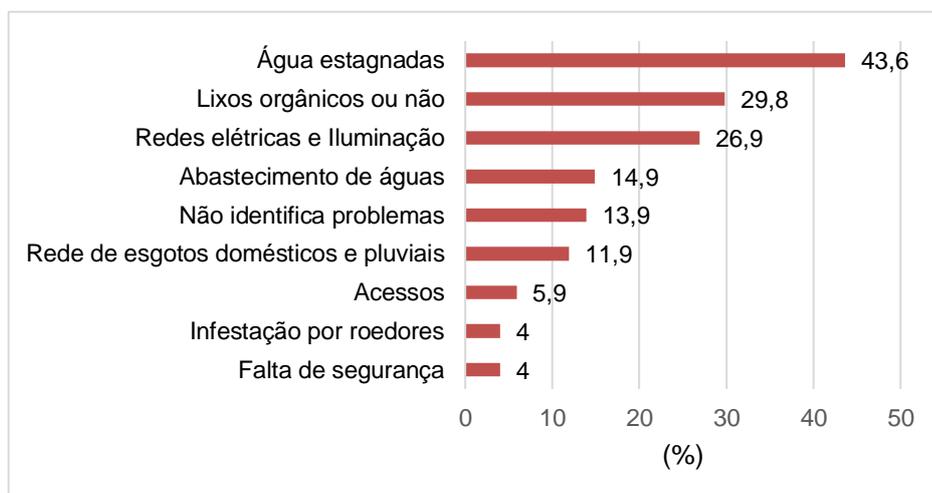


Gráfico 19 – Riscos ambientais (%)
Fonte: Elaboração Própria

As condições de segurança ambiental e de conforto do Bairro e das habitações foram avaliadas pelos inquiridos um pouco acima do ponto médio da escala de avaliação (escala de 0 a 10), sendo que as condições de segurança ambiental e de conforto das habitações foi a mais bem avaliada, conforme registado no Gráfico 20.

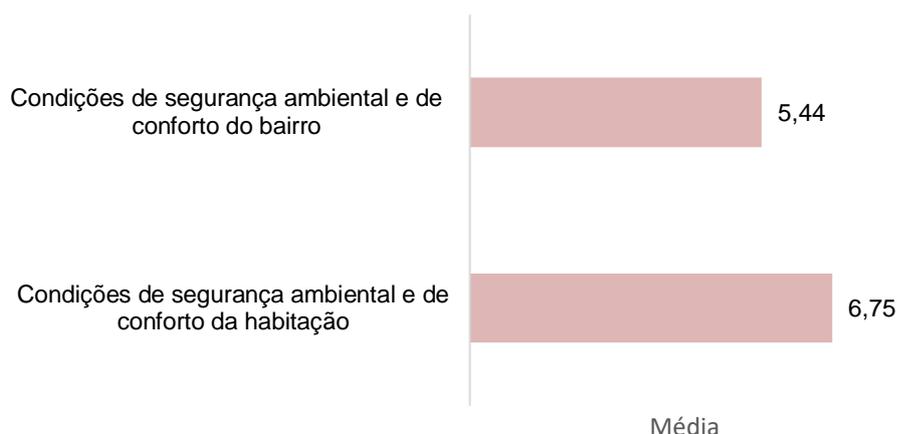


Gráfico 20 – Perceção face às condições de segurança do Bairro e da habitação
Fonte: Elaboração Própria

Quando correlacionado o nível de escolaridade dos participantes e a sua perceção acerca das condições de segurança ambiental e de conforto do Bairro, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a apreciação crítica negativa relativamente às condições do Bairro. O mesmo se passa, de forma mais evidente, no que se refere à perceção das habitações em si, conforme traduzido na Tabela 1.

		Nível de Escolaridade
Como avalia as condições de segurança ambiental e de conforto da sua habitação?	Correlation Coefficient	-,188
	Sig. (2-tailed)	,060
	N	101
Como avalia as condições de segurança ambiental e de conforto do seu bairro?	Correlation Coefficient	-,227*
	Sig. (2-tailed)	,023
	N	101

Tabela 1 – Correlação entre o nível de escolaridade e a perceção das condições de segurança ambiental e de conforto da habitação e do Bairro (N=101)

Legenda: Sig. – Significância

Fonte: Elaboração Própria

No que se refere a riscos de natureza ambiental, a maioria dos inquiridos afirmou ter conhecimento dos riscos para a saúde resultantes da exposição a águas estagnadas (62,4%; N=63), lixeiras (59,4%; N=60) e esgotos a céu aberto (58,4%; N=59). Do registo das doenças manifestadas após permanência no Bairro, em cerca de 20% (N=20) dos inquiridos, constatou-se, em particular, a presença de náuseas/ vômitos, diarreia, sensação de falta de ar e alergias (Gráfico 21).

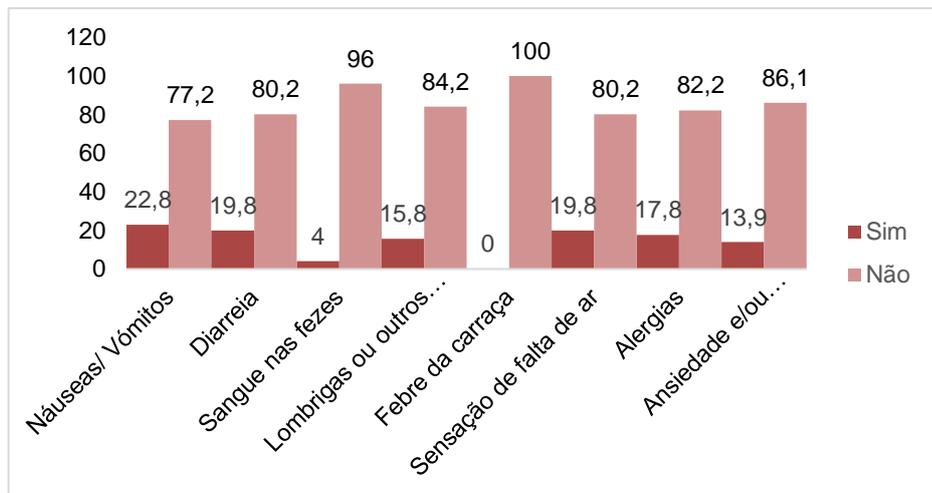


Gráfico 21 – Registo de situações de doenças (%)
Fonte: Elaboração Própria

Os participantes foram também questionados relativamente à forma como percebiam o seu estado de saúde, sendo que a média das respostas obtidas, analisadas numa escala de 0 (estado de saúde muito mau) a 10 (estado de saúde muito bom), se situou em 6,69.

No que respeita à existência de doenças crónicas, 44% (N=44) do total de participantes afirmou ter, pelo menos uma doença crónica, conforme demonstrado no Gráfico 22.

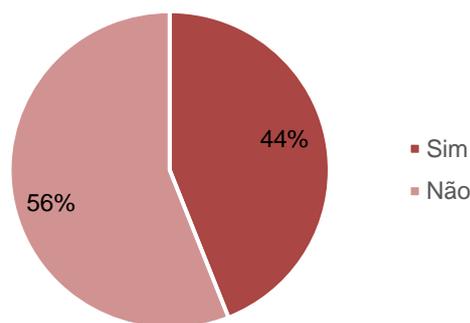


Gráfico 22 – Presença de doença crónica (%)
Fonte: Elaboração Própria

Quanto ao tipo de doença crónica mais frequente na amostra estudada, a hipertensão surge em primeiro lugar (N=22), seguida da diabetes (N=14). Por sua vez, a asma foi apontada como doença crónica por 5 respondentes (N=5). Quanto àqueles que reportaram ter ainda outra doença crónica, eram em número de 25 (N=25). Porque se entende que no conceito de

outra doença crónica podem coexistir uma multiplicidade grande de doenças possíveis, o seu número poderá não ser significativo.

Os valores obtidos nas dimensões do HLQ podem ser observados na Tabela 2. Nela, estão indicados os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão.

A dimensão “Gerir ativamente a saúde” foi a que obteve maior concordância entre os inquiridos, por oposição à dimensão “Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde”. Quando questionados sobre o grau de dificuldade em realizar determinadas tarefas, os participantes revelaram maior facilidade em “Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde”, registando maior dificuldade em “Encontrar boa informação em saúde”.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala 1 a 4				
(1) Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde	1,00	4,00	2,19	0,91
(2) Ter informação suficiente para gerir a saúde	1,00	4,00	2,40	0,60
(3) Gerir ativamente a saúde	1,20	4,00	2,69	0,52
(4) Ter suporte social para a saúde	1,00	4,00	2,60	0,60
(5) Avaliar criticamente a informação em saúde	1,00	3,80	2,27	0,65
Escala 1 a 5				
(6) Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde	1,20	4,60	3,11	0,88
(7) Navegar no sistema de saúde	1,00	4,30	2,82	0,78
(8) Encontrar boa informação em saúde	1,00	4,80	2,69	1,02
(9) Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer	1,00	4,80	3,08	0,92

Tabela 2 – Caracterização das dimensões do HLQ (N=101)

Fonte: Elaboração Própria

A Tabela 3 evidencia os níveis de LS dos inquiridos de acordo com algumas das variáveis sociodemográficas que os caracterizam, tendo-se considerado, para o efeito, os resultados com significado estatístico.

No que se refere ao género, os valores obtidos são similares para homens e mulheres. Por princípio, os inquiridos dos 18 aos 24 anos, obtiveram valores superiores aos dos restantes grupos etários, em particular na dimensão “Avaliar criticamente a informação em saúde”, por oposição aos inquiridos com mais de 64 anos. O mesmo se passa em relação às subescalas “Encontrar boa informação em saúde” e “Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer”.

Em relação ao estatuto migratório, os inquiridos em situação regular demonstraram “Ter suporte social para a saúde”, “Avaliar criticamente a informação em saúde” e “Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde” quando comparados com os restantes.

Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes que referiram ter completado o ensino secundário ou mais, revelaram maior concordância e menor dificuldade nas afirmações e tarefas do HLQ, comparativamente com os restantes grupos, registando-se os valores mais elevados nas dimensões “Gerir ativamente a saúde” e “Navegar no sistema de saúde”.

Os participantes com ocupação profissional a tempo completo demonstraram maior facilidade em “Encontrar boa informação em saúde”, quando comparado com as restantes situações.

Dos inquiridos, aqueles que residem no Bairro há mais de cinco anos, obtiveram valores mais elevados do que os restantes, considerando, em particular “Ter informação suficiente para gerir a saúde”.

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Variáveis	Amostra (N=)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Género	N=101									
Masculino	N=47	2,17 (.95)	2,35 (.61)	2,69 (.52)	2,67 (.57)	2,24 (.60)	3,19 (.90)	2,85 (.68)	2,84 (1,04)	3,11 (.89)
Feminino	N=54	2,23 (.88)	2,44 (.60)	2,71 (.53)	2,56 (.62)	2,29 (.69)	3,04 (.87)	2,80 (.86)	2,56 (.99)	3,04 (.95)
Sig.		0,742	0,460	0,818	0,349	0,687	0,377	0,752	0,168	0,696
Idade	N=101									
18-24	N=13	2,25 (.96)	2,53 (.65)	2,82 (.72)	2,77 (.76)	2,69 (.51)	3,00 (.86)	3,03 (.85)	3,25 (.89)	3,63 (.86)
25-64	N=76	2,15 (.89)	2,41 (.60)	2,72 (.48)	2,56 (.57)	2,24 (.64)	3,11 (.87)	2,83 (.73)	2,72 (.98)	3,12 (.87)
> 64	N=12	2,43 (1,00)	2,23 (.55)	2,42 (.49)	2,75 (.60)	1,97 (.66)	3,18 (1,05)	2,54 (.98)	1,88 (.94)	2,20 (.74)
Sig.		0,601	0,447	0,116	0,345	0,014*	0,869	0,286	0,003**	0,000***
Estatuto	N=101									
Regular	N=68	2,47 (.86)	2,52 (.58)	2,75 (.51)	2,71 (.57)	2,33 (.66)	3,26 (.81)	3,00 (.75)	2,68 (1,05)	3,09 (.91)
Irregular	N=9	1,49 (.68)	2,43 (.51)	2,84 (.59)	2,51 (.44)	2,49 (.59)	2,89 (.95)	2,70 (.60)	3,22 (.86)	3,51 (.78)
Em processo de regularização	N=24	1,68 (.74)	2,05 (.57)	2,50 (.49)	2,34 (.66)	2,00 (.58)	2,77 (.98)	2,38 (.75)	2,50 (.96)	2,89 (.96)
Sig.		0,000***	0,004**	0,082	0,026*	0,050*	0,049*	0,002*	0,197	0,221
Escolaridade	N=101									
≤ 1.º ciclo	N=38	2,17 (.95)	2,27 (.66)	2,53 (.55)	2,54 (.60)	1,88 (.63)	2,96 (.98)	2,54 (.88)	1,94 (.80)	2,34 (.66)
2.º e 3.º ciclo	N=34	2,16 (.85)	2,41 (.51)	2,74 (.47)	2,62 (.61)	2,38 (.53)	3,13 (.74)	2,97 (.61)	3,05 (.88)	3,38 (.84)
≥ Secundário	N=29	2,28 (.94)	2,57 (.61)	2,88 (.50)	2,68 (.60)	2,64 (.53)	3,28 (.89)	3,02 (.71)	3,25 (.83)	3,68 (.63)
Sig.		0,083	0,135	0,019*	0,607	0,000***	0,355	0,015*	0,000***	0,000***

Tabela 3 – Relação das dimensões do HLQ com as variáveis sociodemográficas características da população (N=101)

Legenda: (1) Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde; (2) Ter informação suficiente para gerir a saúde; (3) Gerir ativamente a saúde; (4) Ter suporte social para a saúde; (5) Avaliar criticamente a informação em saúde; (6) Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde; (7) Navegar no sistema de saúde; (8) Encontrar boa informação em saúde; (9) Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer; M – Média; DP – Desvio padrão; Sig. – Significância * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Fonte: Elaboração Própria

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Variáveis	Amostra (N=)	M (DP)	M (DP)							
Situação Ocupacional										
Desempregado	N=30	2,00 (.97)	2,39 (.57)	2,70 (.58)	2,61 (.59)	2,23 (.67)	2,99 (.84)	2,70 (.78)	2,56 (1,02)	3,04 (.84)
Tempo parcial	N=18	2,49 (.88)	2,52 (.62)	2,79 (.29)	2,59 (.58)	2,32 (.57)	3,03 (.95)	2,76 (.88)	2,57 (.92)	3,08 (.85)
Tempo completo	N=33	2,00 (.88)	2,39 (.69)	2,70 (.60)	2,61 (.65)	2,36 (.71)	3,19 (.89)	3,03 (.67)	3,11 (.99)	3,44 (.91)
Outra	N=19	2,53 (.74)	2,29 (.50)	2,59 (.46)	2,62 (.61)	2,09 (.61)	3,16 (.88)	2,73 (.84)	2,23 (.96)	2,48 (.89)
<i>Sig.</i>		0,055	0,532	0,707	0,999	0,524	0,797	0,318	0,015*	0,003**
Tempo no Bairro										
	N=101									
< 1 ano	N=23	1,37 (.53)	2,14 (.50)	2,63 (.60)	2,29 (.66)	2,18 (.70)	2,76 (.91)	2,43 (.68)	2,74 (1,01)	3,19 (.89)
1-5 anos	N=27	1,93 (.78)	2,37 (.54)	2,67 (.40)	2,62 (.52)	2,23 (.51)	2,87 (.87)	2,70 (.75)	2,88 (.86)	3,21 (1,01)
≥ 5 anos	N=51	2,71 (.77)	2,54 (.64)	2,74 (.54)	2,75 (.56)	2,32 (.70)	3,39 (.79)	3,07 (.75)	2,56 (1,10)	2,95 (.88)
<i>Sig.</i>		0,000***	0,028*	0,688	0,008**	0,667	0,003**	0,002**	0,422	0,399

Tabela 3 (continuação) – Relação das dimensões do HLQ com as variáveis sociodemográficas características da população (N=101)

Legenda: (1) Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde; (2) Ter informação suficiente para gerir a saúde; (3) Gerir ativamente a saúde; (4) Ter suporte social para a saúde; (5) Avaliar criticamente a informação em saúde; (6) Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde; (7) Navegar no sistema de saúde; (8) Encontrar boa informação em saúde; (9) Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer; M – Média; DP – Desvio padrão; Sig. – Significância * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Fonte: Elaboração Própria

Na Tabela 4 encontra-se a relação entre o conhecimento dos riscos para a saúde referentes a esgotos a céu aberto, lixeiras e águas estagnadas e as dimensões do HLQ. Os inquiridos que afirmaram conhecer os riscos para a saúde inerentes à exposição a esgotos a céu aberto, apresentaram valores superiores aos restantes, demonstrando maior facilidade em “Encontrar boa informação em saúde”. Na presença de águas estagnadas, os inquiridos que dispunham de conhecimento dos riscos para a saúde resultantes da exposição às mesmas, contrariamente aos restantes, afirmaram “Encontrar boa informação em saúde” e “Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer”, esta última, comum à problemática das lixeiras.

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		M	M	M	M	M	M	M	M	M
		(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
Esgotos	Sim	2,32	2,47	2,73	2,60	2,44	3,18	2,91	2,94	3,21
	(N=59)	(,89)	(,65)	(,53)	(,61)	(,61)	(,88)	(,78)	(,97)	(,94)
	Não	2,01	2,33	2,70	2,61	2,01	3,14	2,74	2,40	3,02
	(N=30)	(,90)	(,50)	(,48)	(,63)	(,64)	(,80)	(,77)	(1,07)	(,80)
	Não sei	2,04	2,21	2,53	2,62	2,07	2,68	2,64	2,20	2,53
(N=12)	(1,00)	(,59)	(,61)	(,50)	(,66)	(1,04)	(,77)	(,81)	(,96)	
	<i>Sig.</i>	0,258	0,292	0,490	0,996	0,006**	0,205	0,441	0,012*	0,059
Águas estagnadas	Sim	2,23	2,44	2,70	2,61	2,42	3,15	2,92	2,88	3,27
	(N=63)	(,93)	(,66)	(,55)	(,61)	(,63)	(,87)	(,76)	(0,98)	(,94)
	Não	2,13	2,37	2,77	2,56	1,93	3,16	2,63	2,35	2,80
	(N=24)	(,84)	(,46)	(,41)	(,65)	(,55)	(,84)	(,83)	(1,08)	(,70)
	Não sei	2,12	2,22	2,54	2,66	2,15	2,77	2,69	2,26	2,60
(N=13)	(,99)	(,57)	(,59)	(,51)	(,70)	(1,05)	(,76)	(,81)	(,95)	
	<i>Sig.</i>	0,859	0,452	0,440	0,876	0,005**	0,351	0,247	0,026*	0,015*
Lixeiras	Sim	2,19	2,46	2,72	2,58	2,42	3,14	2,89	2,92	3,27
	(N=60)	(,92)	(,64)	(,55)	(,61)	(,61)	(,87)	(,77)	(,97)	(,96)
	Não	2,17	2,37	2,71	2,61	1,96	3,20	2,69	2,31	2,80
	(N=25)	(,85)	(,46)	(,45)	(,65)	(,56)	(,84)	(,82)	(1,07)	(,66)
	Não sei	2,21	2,21	2,60	2,71	2,15	2,76	2,75	2,29	2,71
(N=15)	(1,02)	(,68)	(,57)	(,51)	(,77)	(,97)	(,74)	(,82)	(,95)	
	<i>Sig.</i>	0,092	0,349	0,742	0,770	0,007**	0,260	0,505	0,010**	0,025*

Tabela 4 – Relação dos riscos ambientais para a saúde e dimensões do HLQ (N=101)

Legenda: (1) Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde; (2) Ter informação suficiente para gerir a saúde; (3) Gerir ativamente a saúde; (4) Ter suporte social para a saúde; (5) Avaliar criticamente a informação em saúde; (6) Relacionar-se ativamente com os profissionais de saúde; (7) Navegar no sistema de saúde; (8) Encontrar boa informação em saúde; (9) Compreender suficientemente bem a informação em saúde para saber o que fazer; M – Média; DP – Desvio padrão; Sig. – Significância * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Fonte: Elaboração Própria

De uma forma global, os resultados obtidos nas dimensões do eHLQ podem ser observados na Tabela 10, com indicação dos valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão. A dimensão “Entender conceitos e linguagem de saúde” foi a que obteve maior pontuação entre os inquiridos, por oposição à dimensão “Utilizar tecnologia para processar informação em saúde”.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala 1 a 4				
(1) Utilizar tecnologia para processar informação em saúde	1,00	3,80	1,90	0,83
(2) Entender conceitos e linguagem de saúde	1,20	3,80	2,46	0,52
(3) Relacionar-se ativamente com os serviços digitais	1,00	4,00	2,11	0,92
(4) Sentir-se seguro e no controlo	1,40	4,00	2,73	0,51
(5) Motivação para se relacionar com os serviços digitais	1,00	4,00	2,13	0,82
(6) Acesso a serviços digitais que funcionam	1,00	6,17	2,04	0,76
(7) Serviços digitais que se adequam às necessidades individuais	1,00	3,75	1,98	0,82

Tabela 5 – Caracterização das dimensões do eHLQ (N=101)
Fonte: Elaboração Própria

Tendo-se constatado um baixo nível de literacia digital em saúde, reconhecemos a influência destes resultados nas etapas subsequentes de seleção de estratégias e intervenções a adotar no contexto do Projeto de Intervenção Comunitária, motivo pelo qual o emprego de tecnologias digitais deve ser adequado às situações existentes.

3.1.5 – Identificação de problemas

Da informação já recolhida no contacto com os agentes comunitários que intervêm de forma multidisciplinar e multissetorial, sabe-se, ainda que de forma empírica, que no Bairro onde a UCC desenvolve intervenção comunitária existem potenciais problemas de saúde pública que urge minimizar, que são devidos a situações, entre outras, à presença de condições de habitabilidade marginais, com identificação de sobrelotação, acompanhadas de condições de higiene sanitária precárias e insalubres, com presença de fossas de esgotos domésticos a céu aberto. No que se refere ao abastecimento de energia elétrica constata-se a proliferação de baixadas clandestinas o que traz associado riscos de eletrocussão.

Complementarmente, acentuando negativamente a forma como vive esta população, assistimos também a situações de risco acrescido de pobreza, exclusão social e constrangimentos no acesso à educação e à saúde.

Ao concretizarmos um diagnóstico de situação de saúde, é expectável que no final do mesmo se identifiquem um conjunto de problemas, os quais terão sido precedidos dos necessários levantamentos e estudos daí resultantes. Assim, e de acordo com os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foram identificados os seguintes problemas (P):

P1 - Baixa literacia em saúde;

P2 - Exposição a riscos ambientais;

P3 - Sentimentos de pouca compreensão e apoio por parte dos profissionais de saúde;

P4 - Constrangimentos na procura, acesso e utilização de cuidados de saúde;

P5 - Vulnerabilidade social;

P6 - Baixa literacia digital em saúde.

Perante o descrito, impõe-se uma ação coordenada de todos os intervenientes envolvidos, no sentido de serem criadas as condições que ao longo do tempo venham a atuar sobre os determinantes sociais da saúde, e com isso se minimizem os efeitos negativos atuais, em ordem à obtenção de melhor qualidade de vida e saúde destas populações.

3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde, assumindo um importante papel no processo de priorização dos problemas elencados na fase final do diagnóstico de situação.

Imperatori e Giraldes (1982) atribuem especial relevância a esta etapa que, apesar de condicionada pelos dados obtidos no diagnóstico de situação, é determinante para a fase seguinte, a fixação de objetivos. Ainda segundo os mesmos autores, “a definição de prioridades para uma área local não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção devidamente hierarquizados, de outra maneira aumentam as possibilidades de dispersar esforços ou de os assuntos não aparecerem suficientemente hierarquizados” (Imperatori & Giraldes, 1982: 30). Por isso, é essencial a avaliação do fator tempo e dos recursos disponíveis, que devem ser concordantes com as necessidades da população, as presentes e as futuras.

Tendo como finalidade, por um lado, uma utilização eficaz e eficiente dos recursos selecionados e, por outro, responder às necessidades da população, para uma correta determinação de prioridades importa considerar duas dimensões: a definição dos critérios de decisão, atribuindo-lhes a ponderação correspondente, e a estimativa e comparação dos problemas previamente identificados (Tavares, 1992; Melo, 2020).

No que respeita aos critérios de decisão, optámos por considerar os propostos pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde, preconizados transversalmente por Tavares (1992) e Melo (2020), frequentemente designados como os critérios clássicos de seleção de prioridades. São eles: a magnitude (o critério mais simples e acessível, relacionada com a dimensão do problema no contexto da população em estudo), a transcendência (relacionada com as repercussões sociais e económicas do problema na população em estudo) e a vulnerabilidade (relacionada com a possibilidade de responder ao problema, tendo em conta os recursos disponíveis para o efeito).

Especificamente no que se refere a este projeto, a partir da utilização dos critérios acima mencionados, obtivemos os resultados que a seguir se discriminam no Quadro 2.

Problemas	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
P1 Baixos níveis de literacia em saúde	2	2	3	7
P2 Exposição a riscos ambientais	3	3	2	8
P3 Sentimentos de pouco apoio e compreensão dos profissionais de saúde	3	2	1	6
P4 Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde	3	3	2	8
P5 Vulnerabilidade social	3	2	1	6
P6 Baixos níveis de literacia digital em saúde	2	2	1	5

Quadro 2 – Determinação de prioridades segundo os critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade
Fonte: Elaboração Própria

Da aplicação dos referidos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade pelo grupo de peritos constituído para o efeito, dos seis problemas considerados, emergiram como

prioritários os seguintes: Exposição a riscos ambientais, Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde e Baixos níveis de literacia em saúde.

Para alcançar os resultados acima apresentados tivemos igualmente em consideração a atribuição de uma ponderação a cada um dos critérios, com base nos autores atrás mencionados, e apresentada no Quadro 3.

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
0 a 50 % - 0	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas – 0	A melhoria do problema não depende da nossa intervenção – 0
51 a 65% - 1	A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas – 1	A melhoria do problema depende pouco da nossa intervenção – 1
66 a 75% - 2	A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas – 2	A melhoria do problema depende da nossa intervenção – 2
Mais de 76% - 3	A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas – 3	A melhoria do problema depende muito da nossa intervenção – 3

Quadro 3 – Grelha de ponderação dos critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade
Fonte: Elaboração Própria

Neste caso, ao analisarmos a magnitude do problema, não poderíamos deixar de reconhecer que os baixos níveis de LS e os riscos ambientais identificados afetam globalmente a população em estudo. Em relação à transcendência, por um lado, intervenções que melhorem os níveis de LS, são importantes para uma utilização eficiente dos serviços de saúde e, por outro, no que se refere aos problemas de natureza ambiental, a diminuição ou eliminação dos riscos associados, contribui para uma economia nos recursos afetos a estes problemas. Quanto à vulnerabilidade, entendemos que as intervenções do EEECSPP são essenciais para a promoção da LS e para a melhoria dos determinantes ambientais que afetam a população em estudo, reconhecendo igualmente a importância das parcerias em saúde.

Os critérios escolhidos foram selecionados de um leque mais vasto, entre eles o conhecimento dos problemas e respetivos fatores de risco, a exequibilidade e aceitabilidade do projeto, a disponibilidade de recursos e os procedimentos éticos subjacentes, entre outros (Tavares, 1992).

Para além da utilização dos critérios anteriormente explicitados, optámos igualmente por comparar os problemas identificados na etapa anterior, através da técnica de comparação por pares, representada graficamente no Quadro 4. Esta técnica permite analisar os problemas, comparando-os individualmente com todos os outros. Para cada par comparado, indica-se o problema mais relevante, sinalizado através de um círculo, sendo que a partir da contagem

do número de vezes que cada problema foi selecionado como prioritário, resultará a lista de problemas final, devidamente ordenada (Tavares, 1992).

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL (N.º de vezes que o problema foi escolhido)	%
P1 Baixos níveis de literacia em saúde	P1 (P1) P1 (P1) (P1) (P2) P3 (P4) P5 P6	P1 = 3	50%
P2 Exposição a riscos ambientais	(P2) (P2) (P2) (P2) (P2) P1 P3 P4 P5 P6	P2 = 5	83%
P3 Sentimentos de pouco apoio e compreensão dos profissionais de saúde	P3 P3 P3 (P3) P3 (P1) (P2) (P4) P5 (P6)	P3 = 1	17 %
P4 Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde	(P4) P4 (P4) (P4) (P4) P1 (P2) P3 P5 P6	P4 = 4	67 %
P5 Vulnerabilidade social	P5 P5 (P5) P5 (P5) (P1) (P2) P3 (P4) P6	P5 = 2	33 %
P6 Baixos níveis de literacia digital em saúde	P6 P6 P6 P6 P6 (P1) (P2) (P3) (P4) (P5)	P6 = 0	0 %

Quadro 4 – Determinação de prioridades segundo o método Comparação por Pares
Fonte: Elaboração Própria (Adaptado de Tavares, 1992)

Da análise efetuada, com recurso aos mencionados critérios e aplicação do método de comparação por pares, e ainda com a intervenção da equipa multidisciplinar da UCC, dos parceiros comunitários e dos líderes da comunidade, resultou a identificação dos dois problemas considerados como mais prioritários, assim designados: Exposição a riscos ambientais e Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde.

Perante a identificação destes dois problemas prioritários, optámos pelo relacionado com a Exposição a riscos ambientais, sendo que o tema relativo aos Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde, foi desenvolvido pela mestranda que esteve

empenhada de forma partilhada no desenvolvimento das diferentes etapas percorridas até à fase de diagnóstico de situação e respetiva identificação dos problemas.

Considerando que os problemas identificados estão interrelacionados, assumimos ser da maior importância integrar igualmente como alvo da nossa intervenção o problema Baixos níveis de literacia em saúde, proporcionando a esta comunidade os conhecimentos adequados para que, de forma efetiva, alcancem melhores níveis de LS.

Em síntese, dos problemas identificados considerámos como alvo de intervenção os seguintes: **Exposição a riscos ambientais e Baixos níveis de literacia em saúde.**

3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Uma vez concluído o diagnóstico de situação e definidos os problemas prioritários que carecem de intervenção, surge a terceira etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde: a fixação de objetivos. Uma adequada definição de objetivos é determinante para o sucesso do projeto, viabilizando uma intervenção incisiva, adaptada às necessidades e expectativas da população alvo e, por conseguinte, promotora de ganhos em saúde.

É por isso importante considerar o significado de objetivo, entendido como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1982: 45).

No processo de formulação de objetivos, importa não esquecer os atributos de natureza estrutural que os mesmos devem ter, reconhecendo que devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Especificamente no que a este Projeto de Intervenção Comunitária diz respeito, que teve como finalidade promover a LS de uma comunidade migrante em Portugal, no âmbito da prevenção de riscos associados às questões ambientais, delineámos um objetivo geral e os correspondentes objetivos específicos.

De acordo com Tavares (1992), o objetivo geral de um projeto, relaciona-se, de uma forma genérica, com a definição do que se pretende atingir. Por sua vez, Melo (2020) considera que está relacionado com o olhar do profissional que o está a definir. Tendo por base os conceitos atrás indicados, apresentámos como **objetivo geral** o seguinte:

- **Contribuir para a promoção da Literacia em Saúde dos migrantes residentes num bairro de um concelho da AML, no âmbito dos riscos de saúde associados às questões ambientais.**

Para responder ao objetivo geral, e como forma de garantir que seja atingido, definimos objetivos específicos, que se referem a aspetos mais detalhados daquilo que se pretende alcançar (Tavares, 1992), frequentemente em número superior ao dos objetivos gerais, conforme refere Melo (2020).

Para o efeito, tendo em conta a impossibilidade de intervir de forma direta com a totalidade da população migrante residente, optámos pela mobilização do Grupo de Dinamizadores do Bairro, constituído por nove elementos desta comunidade, como ponto de partida para alcançar o objetivo geral. Esta circunstância deveu-se a ser um grupo já organizado e experienciado em iniciativas promovidas pela SCM do concelho, onde, de igual modo, foram capacitados para constituírem veículo transmissor de informação para a população residente.

Assim, estabelecemos como **objetivos específicos** os seguintes:

- 1. Aumentar em 20% o nível de conhecimentos do Grupo de Dinamizadores do Bairro acerca dos riscos ambientais para a saúde, através de um programa educativo, até ao final de janeiro de 2023;**
- 2. Capacitar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos ambientais para a saúde, através de um Bootcamp de LS, até ao final de janeiro de 2023;**
- 3. Elaborar um Dossier Pedagógico, destinado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro, até ao final de janeiro de 2023.**

Depois de percorridas algumas das etapas respeitantes à determinação de objetivos, em particular a seleção dos indicadores dos problemas identificados como prioritários, a determinação da tendência dos problemas considerados prioritários e a fixação dos objetivos a alcançar, torna-se pertinente traçar objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

Este conceito tem implícito o resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades desenvolvidas no decorrer do projeto, e que são traduzidas em termos de indicadores de atividade, passíveis de serem medidos num determinado tempo, geralmente a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992; Melo, 2020).

Assim, para este Projeto de Intervenção Comunitária, e tendo como ponto de partida os objetivos previamente estabelecidos, apresentamos, como sugerido no Quadro 5, as metas correspondentes.

Objetivos Específicos	Metas
<p>Aumentar em 20% o nível de conhecimentos do Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os riscos ambientais para a saúde, através de um Programa Educativo, até ao final de janeiro de 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar um Programa Educativo sobre os riscos ambientais para a saúde; • Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro participem em todas as sessões educativas; • Que 90% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro reconheçam a influência dos riscos ambientais na saúde; • Que 90% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro assumam a importância da sua ação na prevenção dos efeitos associados aos riscos ambientais para a saúde.
<p>Capacitar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos ambientais para a saúde, através de um Bootcamp de LS, até ao final de janeiro de 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Bootcamp de LS; • Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro estejam presentes no Bootcamp de LS; • Que 75% dos presentes nas sessões planeadas reconheçam a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde, respondendo acertadamente às questões do questionário de conhecimentos; • Que 75% dos presentes nas sessões planeadas reconheçam a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde no seu Bairro, respondendo acertadamente às questões do questionário de conhecimentos.
<p>Elaborar um Dossier Pedagógico destinado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro, até ao final de janeiro de 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produzir um Dossier Pedagógico; • Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro participem na sessão de validação do Dossier Pedagógico.

Quadro 5 – Objetivos específicos e metas
 Fonte: Elaboração Própria

Partindo do pressuposto de que os objetivos devem ser mensuráveis, haverá que definir os indicadores respetivos de maneira a facilitar a avaliação global de todas as atividades desenvolvidas ao longo do projeto de intervenção, situação que será abordada no subcapítulo correspondente à avaliação e monitorização.

Tendo como referência os objetivos geral, específicos e operacionais delineados para dar cumprimento ao projeto a que nos propusemos, importa encontrar as estratégias de intervenção a adotar, explicitadas no subcapítulo que se segue.

3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

No contexto da Metodologia de Planeamento em Saúde, e analisando as suas diferentes etapas, a seleção de estratégias surge como uma das mais importantes. Encontrar e implementar as melhores estratégias de intervenção constitui fator determinante para dar cumprimento aos objetivos anteriormente definidos, com vista à resolução ou minimização dos problemas identificados como prioritários, viabilizando, desta forma, o sucesso do Projeto de Intervenção Comunitária.

Na perspetiva de Imperatori e Giraldes (1982: 65) a estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Como indicam os mesmos autores, o processo de planeamento estratégico deve integrar na sua génese, para além de uma boa dose de criatividade, as seguintes etapas: definir os critérios de conceção da estratégia; identificar e enumerar as modificações necessárias; traçar as estratégias potenciais; selecionar as estratégias exequíveis e apropriadas; descrever pormenorizadamente as estratégias selecionadas; calcular os custos relacionados, avaliar a adequação dos recursos e, sempre que necessário, proceder a uma revisão de todo o processo (Imperatori & Giraldes, 1982). Selecionar uma estratégia deve, igualmente, atender a princípios-chave, dos quais se destacam: os custos, os obstáculos, a pertinência, assim como as vantagens e as condicionantes de cada estratégia pensada (Tavares, 1992).

No domínio deste projeto, e em ordem ao anteriormente explicitado, procurámos ainda integrar abordagens norteadas pelos referenciais teóricos adotados, referindo-nos em concreto ao MAIEC de Pedro Melo e ao HPM de Nola Pender.

Deste modo, e procurando respeitar todos os passos e princípios já mencionados, delineámos as estratégias de intervenção, que a seguir se descrevem:

Envolvimento da equipa da UCC e da USP – estratégia facilitadora, que contribuiu não só para a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária, como também para uma melhor otimização de recursos e, em última análise, a obtenção de ganhos em saúde. O EEECSPP não pode esquecer que a enfermagem em CSP “reconhece ainda a importância dos saberes/ competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria” (OE, 2015: 16482). Quer isto dizer que, no contexto comunitário, a mobilização e cooperação dos diferentes profissionais, sejam eles enfermeiros ou de outras áreas do saber, potencia a partilha de conhecimentos, informações e práticas, estimulando o desenvolvimento de sinergias positivas. É, por isso importante, que se fortaleçam os vínculos com outras organizações e pessoas o mais precocemente possível, preferencialmente no início do processo de planeamento, a fim de identificar necessidades, estabelecer prioridades e planear intervenções orientadas objetivamente para a promoção da saúde (Pender et al., 2014).

Estabelecimento de Parcerias em Saúde – estratégia fundamental para um envolvimento efetivo dos agentes comunitários, e bem assim para o desenrolar das atividades planeadas. Uma parceria pode ser definida como o conjunto de “relações com diferentes grupos ou organizações baseadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e interorganizacional” (Laverack, 2022: 156). O desenvolvimento de parcerias é assim um processo informado, flexível e negociado (Stanhope & Lancaster, 1999), que oferece benefícios a todos os níveis, devendo ser considerada desde o início do processo de Planeamento em Saúde. Tendo em conta a natureza dos cuidados prestados pelos EEECSPP, espera-se que estes trabalhem em equipa e em parceria com entidades e instituições multissetoriais, em Projetos de Intervenção Comunitária dirigidos às populações em situação de vulnerabilidade, por forma a responder aos desafios que se colocam à saúde das pessoas (OE, 2015). No campo de ação do presente projeto, desenvolvemos parcerias com estruturas da comunidade local, com destaque para a Associação de Moradores do Bairro e USP do ACeS, e procurámos, igualmente, fortalecer as parcerias já existentes entre a UCC, a autarquia local e a SCM do concelho.

Educação interpares – estratégia através da qual parte dos membros da comunidade alvo de intervenção, neste caso o Grupo de Dinamizadores do Bairro, são recrutados como educadores, com o objetivo de promoverem mudanças de comportamento entre os seus pares. É uma abordagem habitualmente iniciada pelos profissionais de saúde, com o objetivo de tornar as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, mediante um

compromisso entre as partes (Laverack, 2022). O mesmo autor refere que os educadores de pares são capacitados para a adoção de estratégias comunicacionais que possibilitam o envolvimento dos seus pares, permitindo-lhes perceber as suas necessidades e tomar decisões fundamentadas em termos de promoção da saúde. Como exemplos da aplicabilidade desta estratégia, destacam-se os esforços para prevenir o abuso de substâncias entre jovens, a gravidez na adolescência e as intervenções com populações vulneráveis (Laverack, 2022). Outro aspeto central desta estratégia é que pode ser utilizada em complementaridade com outras, por exemplo no contexto da educação para a saúde.

Promoção e Educação para a Saúde – estratégia essencial na prática dos EEECS, que têm por foco dos seus cuidados a pessoa e a comunidade na qual esta se insere. Segundo a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde pode ser definida como o processo de capacitação das pessoas e das comunidades, para que possam assumir o controlo da sua saúde, na perspetiva de a melhorar (OMS, 1986). Esta carta constitui uma fonte inspiradora em ordem à criação de diferentes ações de Promoção da Saúde, sendo esta, uma estratégia que, para além de adaptada a cada pessoa ou grupo populacional, tendo em conta o contexto social em que estas se inserem, urge incluir em todas as políticas. Os enfermeiros, e em particular os que desempenham a sua função na comunidade, são o grupo profissional que mais próximo está das pessoas e famílias, assumindo-se como elementos privilegiados na implementação de estratégias de promoção da saúde, podendo, por isso, proporcionar uma intervenção mais efetiva junto das pessoas e comunidades, para que mais facilmente se alcance a procurada e desejável qualidade de vida (Canhestro, 2018). A educação para a saúde, por sua vez, integra toda e qualquer combinação de aprendizagens necessárias para ajudar as pessoas e comunidades a melhorarem a LS, promovendo, por um lado, a tomada de decisão consciente em relação à sua saúde e, por outro, a adaptação às mudanças sociais, económicas e ambientais que favorecem igualmente a saúde (Laverack, 2022; OE, 2015). No que se refere à LS, tem sido uma preocupação assumida em vários programas e projetos de âmbito nacional, sendo amplamente reconhecido que o desenvolvimento de “competências de LS capacitam os indivíduos, as famílias e as comunidades para uma participação plena nas atividades de promoção da saúde e para praticarem comportamentos de autocuidado para a promoção da saúde e do bem-estar” (Canhestro, 2018: 63). Partindo deste pressuposto, entendemos que o programa educativo desenhado e implementado pode cumprir o propósito de melhorar a LS desta comunidade no âmbito das condições ambientais subjacentes.

Mobilização do Grupo de Dinamizadores do Bairro – estratégia adotada tendo em conta as características e relações existentes nesta comunidade. Como refere Laverack (2005) o desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores é apontado como ponto de partida para uma intervenção coletiva, na qual os indivíduos desenvolvem competências que lhes permitem identificar as suas próprias necessidades e resolver os seus problemas, numa lógica de empoderamento. Esta abordagem, confere às populações e comunidades uma autoestima positiva, um sentimento de poder e de controlo sobre a sua própria vida e, por conseguinte, predetermina uma tomada de decisão mais consciente (Stanhope & Lancaster, 2011).

3.4.1 – Pertinência, vantagens e condicionantes de cada estratégia

Reconhecendo a importância do planeamento de estratégias de intervenção no contexto do Projeto de Intervenção Comunitária, apresentamos no Quadro 6, de uma forma clara e integrada, a pertinência de cada estratégia pensada e ainda as prováveis vantagens e condicionantes relacionadas.

Estratégia	Pertinência	Vantagens	Condicionantes
Envolvimento da equipa da UCC e da USP	Fomentar a motivação e interesse dos envolvidos no Projeto de Intervenção Comunitária; Promover a continuidade do Projeto de Intervenção Comunitária, garantindo a melhoria contínua e a obtenção de ganhos em saúde.	Partilha de saberes; Desempenho coletivo; Relação de confiança; Sentido de pertença.	Escassez de recursos disponíveis pode condicionar os resultados.
Estabelecimento de Parcerias em Saúde	Promover uma ação colaborativa e cooperativa que favoreça o sucesso do Projeto de Intervenção Comunitária, garantindo a sua continuidade.	Fortalecer relações; Partilhar recursos; Obter contributos; Divulgar o Projeto de Intervenção Comunitária.	Necessidade de compatibilização de horários e de agenda dos parceiros.
Educação interpares	Promover mudanças na comunidade por intermédio dos pares.	Potencia a ação comunitária; Permite uma abordagem contínua junto da comunidade; Influencia a adoção de comportamentos favoráveis.	Requer habilidades motivacionais e de comunicação; Requer identificação dos membros com perfil dinamizador; Sujeita a baixa adesão e abandono.
Promoção e Educação para a Saúde	Promover mudanças de comportamento, através do desenvolvimento de competências que possibilitem às pessoas e comunidade melhorar a saúde e alcançar um ambiente mais salutar.	Fornecer informação e recursos; Contribuir para a promoção da LS; Criar condições para reduzir as assimetrias da comunidade.	Requer capacidade de negociação; Compatibilização de disponibilidades; Implica adequação dos métodos e conteúdos a divulgar.
Mobilização do Grupo de Dinamizadores do Bairro	Sensibilizar para a mudança de comportamentos, através do desenvolvimento de competências coletivas.	Promove as relações interpessoais; Permite a otimização dos recursos e das forças da comunidade.	Sujeita à disponibilidade do grupo; Exige capacidade motivacional, de comunicação e negociação.

Quadro 6 – Pertinência, vantagens e condicionantes de cada estratégia
Fonte: Elaboração Própria

3.4.2 – Estrutura de gestão do projeto

Depois de descrever pormenorizadamente cada uma das estratégias adotadas, e por forma a ajudar na organização da informação das diferentes fases a concretizar no projeto, é possível produzir um diagrama representativo da estrutura analítica do mesmo, representada pela Work Breakdown Structure (WBS). Esta ferramenta tem como objetivo principal oferecer uma apresentação sistematizada do projeto, procurando discutir a sua pertinência junto dos intervenientes, apresentar os respetivos custos e demonstrar os possíveis ganhos em saúde, conforme esquematizado na Figura 13.

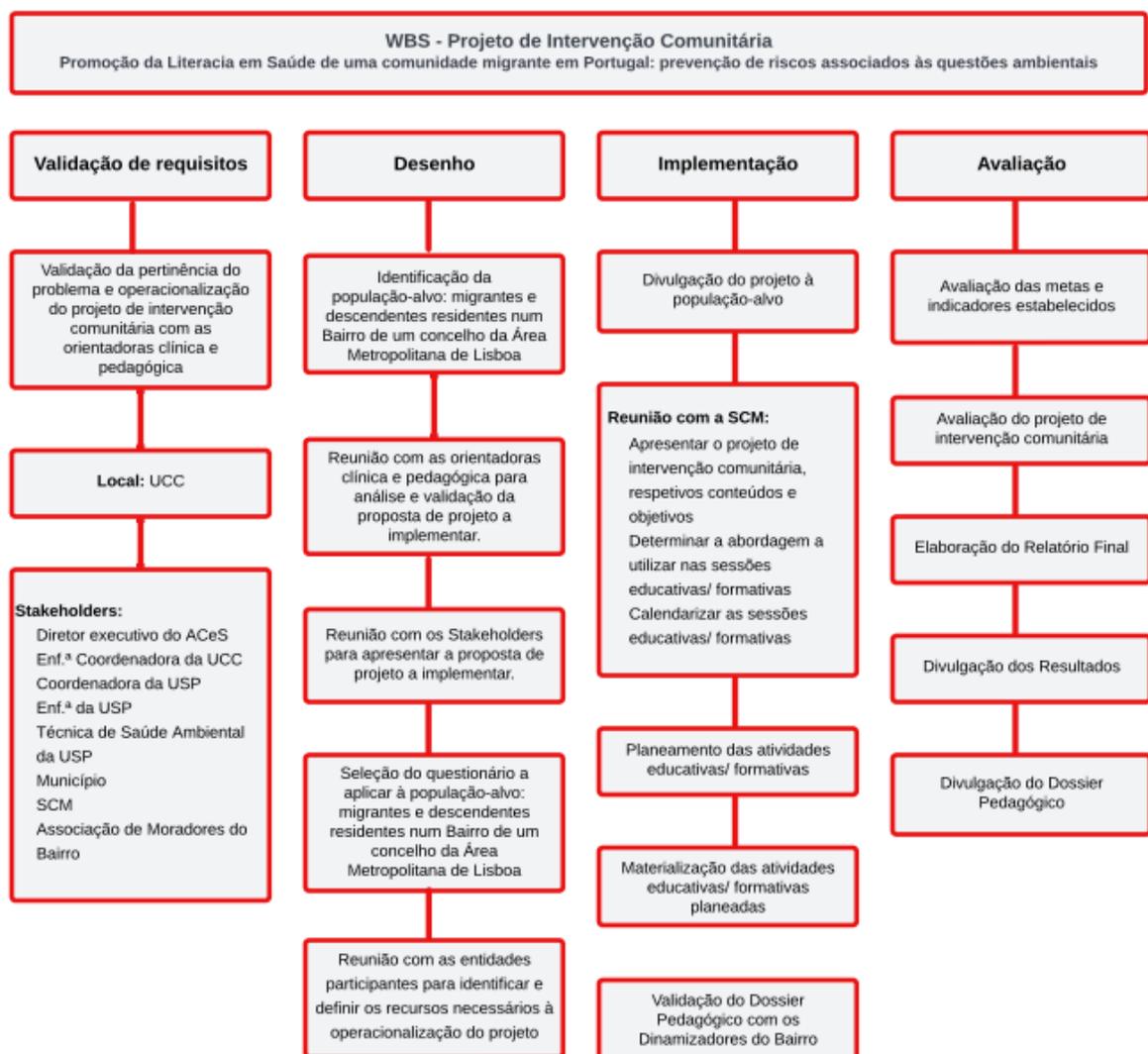


Figura 13 – WBS
 Fonte: Elaboração Própria

3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Decorrente da etapa anterior, em que seleccionámos as estratégias mais adequadas para dar resposta aos objetivos estabelecidos, emerge a necessidade de orientar, em termos operacionais, a implementação e a execução do projeto. Importa aqui clarificar os conceitos de programa e de projeto, tendo por referencial as definições indicadas por Imperatori e Giraldes (1982) e Tavares (1992). Dizem estes autores que um programa se refere a um conjunto de atividades definidas para dar cumprimento às estratégias, enquanto o projeto remete para o conjunto de atividades que visam a execução de um programa.

Por isso, pretendemos nesta fase especificar as atividades que fazem parte do projeto e a forma como devem ser concretizadas, determinar os recursos necessários para o efeito e ainda, estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto, representado graficamente através de um cronograma de Gantt (Imperatori & Giraldes, 1982).

Especificamente neste Projeto de Intervenção Comunitária, as atividades foram escolhidas, por um lado, considerando os objetivos operacionais previamente formulados, e por outro, para dar resposta às estratégias previstas, garantindo uma gestão eficiente dos recursos.

3.5.1 – Seleção de intervenções e atividades

No processo de seleção de intervenções e atividades a realizar para atingir os objetivos traçados há que atender a um conjunto de parâmetros, que a seguir se descrevem: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1992: 166).

Com base no anteriormente referido, apresentamos no Quadro 7, uma descrição detalhada de todas as atividades planeadas e implementadas para a operacionalização do presente Projeto de Intervenção Comunitária.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Justificação
Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à CM	Enfermeiras Mestrandas	05/01/2023	Instalações da CM	Método expositivo e participativo Apresentação de Diapositivos (Apêndice III)	Divulgar os resultados do diagnóstico de situação; Validar os resultados obtidos no diagnóstico de situação; Sensibilizar para os problemas identificados e a necessidade de intervenção; Obter colaboração para a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária; Consolidar parcerias.
Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à UCC, SCM e Associação de Moradores do Bairro		11/01/2023	Instalações da UCC		
			Instalações da SCM		
			Sede da Associação de Moradores		
Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação ao Conselho Clínico do ACeS		23/01/2023	Instalações do ACeS		
Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação à USP	Enfermeira Mestranda	16/01/2023	Instalações da USP		
Divulgação do Programa Educativo e do Bootcamp de LS	Enfermeira Mestranda	23/01/2023	Instalações da SCM	Flyer, enviado por correio eletrónico (Apêndice IV)	Divulgação das atividades a realizar no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária; Promover maior mobilização e participação do Grupo de Dinamizadores do Bairro e parceiros envolvidos.

Quadro 7 – Atividades implementadas
Fonte: Elaboração Própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Justificação
Programa Educativo: Sessão 1: Consciencialização Ambiental	Enfermeira Mestranda	28/01/2023	Instalações da SCM	Elaboração dos Planos das Sessões (Apêndice V) Dinâmica de Grupo Método expositivo e participativo	Identificar os fatores de risco ambiental, com base nos dados obtidos no diagnóstico de situação; Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para os riscos ambientais, evidenciando a importância da Saúde Ambiental na comunidade.
Sessão 2: Riscos de natureza ambiental – Habitação	Enfermeira de referência do Bairro Médica da USP				Identificar o Grupo de Dinamizadores do Bairro com os principais fatores de risco ambiental presentes numa habitação, suscetíveis de serem geradores de doenças; Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a tomada de medidas que minimizem ou anulem os referidos fatores de risco.
Sessão 3: Riscos de natureza ambiental – Saneamento Básico	Técnica de Saúde Ambiental da USP				Identificar a existência de riscos ambientais associados às instalações de saneamento, potencialmente causadoras de doenças; Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a promoção de ações que contribuam para a melhoria das referidas instalações.
Sessão 4: Riscos de natureza ambiental – Eletricidade					Identificar o Grupo de Dinamizadores do Bairro com a perigosidade das redes elétricas existentes e suas consequências para a saúde.

Quadro 7 – Atividades implementadas (continuação)
Fonte: Elaboração Própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Justificação
Realização do Bootcamp de LS	Enfermeira Mestranda Técnico da SCM	29/01/2023	Instalações da SCM	Dinâmica de Grupo Método expositivo e participativo Apresentação de Diapositivos (Apêndice VI)	Refletir e debater sobre as temáticas abordadas no Programa Educativo; Incentivar a participação comunitária do Grupo de Dinamizadores do Bairro; Promover a participação do Grupo de Dinamizadores do Bairro na elaboração do Dossier Pedagógico.
Elaboração do Dossier Pedagógico	Enfermeira Mestranda	janeiro de 2023	Não se Aplica	Pesquisa científica (Apêndice VI)	Reunir a informação existente sobre a temática abordada no Programa Educativo e no Bootcamp de LS; Apoiar as ações futuras do Grupo de Dinamizadores do Bairro junto da comunidade.
Divulgação e Validação do Dossier Pedagógico aos Dinamizadores do Bairro	Enfermeira Mestranda	29/01/2023	Instalações da SCM	Método ativo, participativo	Motivar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a participação comunitária; Promover o desenvolvimento de competências no Grupo de Dinamizadores do Bairro.

Quadro 7 – Atividades implementadas (continuação)
Fonte: Elaboração Própria

Os meios de natureza didática referentes à estruturação e conteúdo das sessões contempladas no Programa Educativo, bem como os relacionados com o Bootcamp de LS, foram integrados no Dossier Pedagógico, a fim de, no seu conjunto, poderem ser replicados em futuras ações da iniciativa e responsabilidade do Grupo de Dinamizadores do Bairro. Por este motivo, os meios didáticos atrás mencionados encontram-se explicitados e materializados em exclusivo no Dossier Pedagógico que foi disponibilizado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro (Apêndice VI).

3.5.2 – Cronograma de atividades

Depois de definida a estratégia de intervenção, bem como as atividades que a concretizam, importa calendarizar a sua execução, o que será possível através de um cronograma.

Na ótica de Imperatori e Giraldes (1982), o cumprimento do cronograma de atividades possibilita uma visualização clara das atividades programadas em cada uma das fases do projeto, bem como do tempo necessário ao cumprimento de cada uma. Constitui, por isso, uma ferramenta essencial no planeamento e monitorização das atividades que integram o projeto (Tavares, 1992).

Neste enquadramento, elaboramos o presente cronograma, que pode ser consultado em apêndice (Apêndice VII).

3.5.3 – Previsão de recursos

Na esfera da elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária, e tendo em atenção o sucesso do mesmo, há que determinar, com rigor e precisão, todos os recursos necessários para a sua concretização e, bem assim, os custos respetivos. Como menciona Tavares (1992), a identificação dos recursos humanos, financeiros e materiais é essencial em todo o processo de Planeamento em Saúde, e a sua adequação é fulcral para se atingirem os objetivos atrás enunciados, sem comprometer a viabilidade do projeto.

Por isso, neste subcapítulo, enumerámos todas as categorias de recursos assumidos no presente projeto, cuja escolha obedeceu aos princípios de custo-oportunidade, custo-efetividade, numa perspetiva integrativa e de combate ao desperdício, de que resultarão ganhos efetivos em saúde (Portugal et al., 2017).

Deste modo, de forma sintética, identificaram-se os seguintes recursos, esquematizados no quadro abaixo:

Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira Mestranda• Enfermeira Supervisora do Estágio• Enfermeira de referência do Bairro• Médica da USP• Técnica de Saúde Ambiental da USP• Técnico da SCM	<ul style="list-style-type: none">• Instrumento de Colheita de Dados• Material informático (Computador, projetor, impressora, fotocopiadora, pendrive)• Material de escritório (Folhas de papel, canetas, bloco de notas)• Deslocações da Mestranda (Viatura/ Combustível)• Produtos alimentares• Material de refeição• Sala multiusos da SCM• Unidade Móvel de Saúde

Quadro 8 – Previsão de Recursos
Fonte: Elaboração Própria

3.5.4 – Análise da estratégia orçamental

Quanto à determinação dos custos do projeto, os mesmos foram definidos tendo por base os recursos disponíveis e obviando o rigor e a transparência necessários a esta fase. Neste entendimento, a estimativa orçamental do presente projeto encontra-se planificada no Quadro 9, indicando-se os custos parciais e global do Projeto de Intervenção Comunitária.

Recursos		Custo Unitário	Quantidade	Custo Total
Recursos Humanos	Enfermeira Mestranda Enfermeira Supervisora Enfermeira de referência do Bairro Médica da USP Técnica de Saúde Ambiental da USP Técnico da SCM	9,45 €/h (valor *)	229 h	2.164,05 €
Instrumento de Colheita de Dados	Licenciamento HLQ e eHLQ	160 €	1	160 €
Material Informático	Computador	550 €	1	550 €
	Projektor Portátil	300 €	1	300 €
	Impressora	60 €	1	60 €
	Pendrive	6 €	1	6 €
	Tinteiro	30 €	2	60 €
	Fotocópias	0,05 €	1200	60 €
Material de Escritório	Papel	5,89 €	2	11,78 €
	Canetas	0,2 €	20	4 €
	Bloco de Notas	4 €	1	4 €
	Agrafador	4 €	1	4 €
	Micas	3,49 €	2	6,98 €
Deslocações e Transporte	Viatura Ligeira e Combustível (ao Km)	0,36 €	450 Km	162 €
Encargos Gerais	Consumíveis Bootcamp	17 €	18	306 €
	‘Wi-Fi’	-	-	-
Total				3. 858,81 €

* Valor médio ponderado referente aos tempos atribuídos e custos/hora correspondentes a cada classe profissional
 Quadro 9 – Estratégia orçamental
 Fonte: Elaboração Própria

3.5.5 – Comunicação e divulgação do projeto

A eficácia e o sucesso de um Projeto de Intervenção Comunitária dependem, em parte, da estratégia de comunicação e divulgação do mesmo, considerada importante sobretudo no que respeita à adesão da população alvo, da comunidade e dos diferentes parceiros.

Partindo desta referência, ao longo da vigência do projeto e atendendo às diferentes etapas, procurámos divulgar o mesmo utilizando, por um lado, a comunicação da informação presencial e em suporte de papel, e por outro, meios digitais, como por exemplo o email e as redes sociais Facebook® e Instagram®.

Para dar resposta ao atrás explicitado, foi enviado para o email da Presidente da Associação de Moradores do Bairro, informação relativa ao projeto a desenvolver, igualmente constante do Consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II), assim como a todos

os parceiros comunitários. De igual modo, procedemos ainda à divulgação do projeto à UCC e USP, à CM do município, à SCM e à Associação de Moradores do Bairro.

No percurso realizado, foram efetuadas exposições presenciais que, para além de divulgar o projeto, tiveram como justificativa validar o próprio diagnóstico de situação e os dados obtidos junto da população alvo. Na mesma linha orientadora, estes dados foram apresentados a todos os parceiros e também aos elementos constituintes do Grupo de Dinamizadores do Bairro.

Considerando a comunidade em presença, e de forma a promover o seu envolvimento e participação, o contributo da Associação de Moradores do Bairro foi basilar, constituindo-se intermediária de comunicação à priori, na fase de divulgação do diagnóstico de situação de saúde, e à posteriori, no âmbito da execução das atividades, através das suas redes sociais e também, no contacto direto que estabelecem entre eles. Também a Unidade Móvel de Saúde, através da enfermeira de referência do Bairro, foi elemento indispensável no processamento da comunicação e divulgação.

Servimo-nos igualmente da elaboração e apresentação de um poster (Apêndice VIII), contemplando a proposta do projeto em presença, como forma de mais facilmente ilustrar o objetivo pretendido. Este poster foi divulgado através da participação no XI Encontro da UCC onde se desenvolveram os estágios, realizado a 20 e 21 de outubro de 2022, tendo obtido um primeiro prémio (Anexo VIII).

Atendendo a que este Projeto de Intervenção Comunitária está integrado num contexto académico, elaborámos, ainda, um artigo científico (Apêndice IX), com parte dos dados obtidos no diagnóstico de situação de saúde, para posterior publicação científica.

3.6 – AVALIAÇÃO

Sabendo que o Planeamento em Saúde se afirma como um processo contínuo e dinâmico, uma outra etapa central desta metodologia diz respeito à monitorização e avaliação dos resultados. Imperatori e Giraldes (1982), assim como Tavares (1992), evidenciam a interligação desta fase com cada uma das etapas que a antecedem, reconhecendo que a avaliação deve concretizar-se, não só no final do projeto, mas igualmente de forma sistemática, ao longo do seu desenvolvimento.

Neste pressuposto, procurámos ao longo de todo o processo de implementação do projeto, proceder a uma monitorização cuidada do mesmo, sobretudo para identificar aspetos passíveis de serem alterados em ordem a atingir a sua finalidade.

Através da avaliação pretendemos, de forma precisa e objetiva, determinar o grau de cumprimento das metas previamente estabelecidas, mas também analisar a eficácia e o impacto das estratégias selecionadas, face aos objetivos a atingir inicialmente traçados, por forma a responder aos problemas identificados.

Como forma de melhor avaliar a eficácia das intervenções planeadas e implementadas ao longo deste Projeto de Intervenção Comunitária, efetuámos previamente um questionário de avaliação de conhecimentos transmitidos (Apêndice X), que foi replicado no final das sessões de educação programadas. O êxito havido nas ações respetivas está traduzido nos Gráficos 23, 24, 25 e 26, que a seguir se apresentam.

O Gráfico 23 traduz a posição dos inquiridos referente à influência dos riscos de natureza ambiental na saúde humana, sendo evidente que após a concretização do Programa Educativo, todo o Grupo de Dinamizadores do Bairro passou a reconhecer esta evidência, o que denota ter-se atingido uma identificação plena dos inquiridos com os conhecimentos transmitidos.

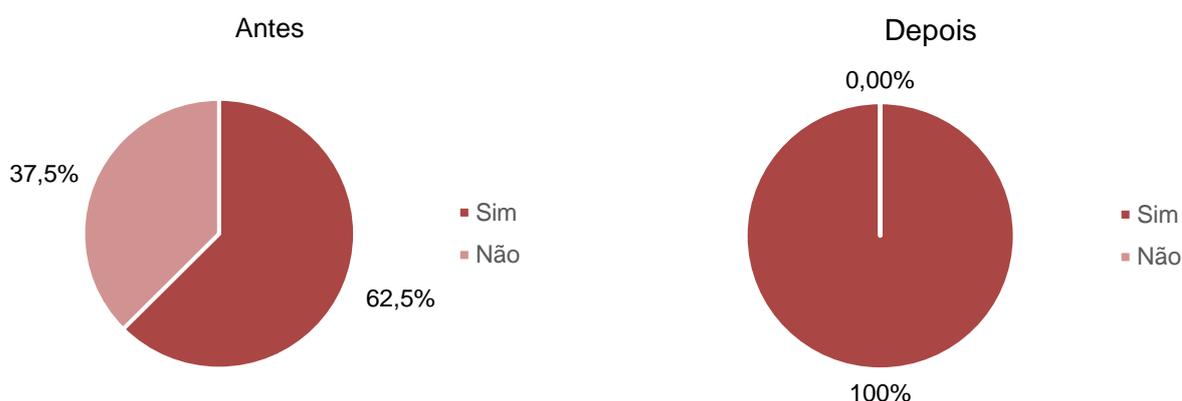


Gráfico 23 – Resposta à questão 1: “Os fatores de risco de natureza ambiental influenciam a saúde humana?”

Fonte: Elaboração Própria

A situação evidenciada no Gráfico 24 mostra que os conteúdos abordados nas ações educativas, bem como no Bootcamp de LS, tiveram impacto positivo na capacitação do Grupo de Dinamizadores do Bairro. Porém, os resultados denotaram a necessidade de continuidade das intervenções para, por um lado, se consolidarem estes conhecimentos no seio do grupo em geral, e por outro, eliminar dúvidas e possíveis lacunas quanto à forma como foi transmitida a informação presente no Programa Educativo. Deste modo, criam-se as condições necessárias para que o Grupo de Dinamizadores do Bairro se torne mais capacitado para futuramente replicar as sessões educativas no seio da comunidade a que pertence.

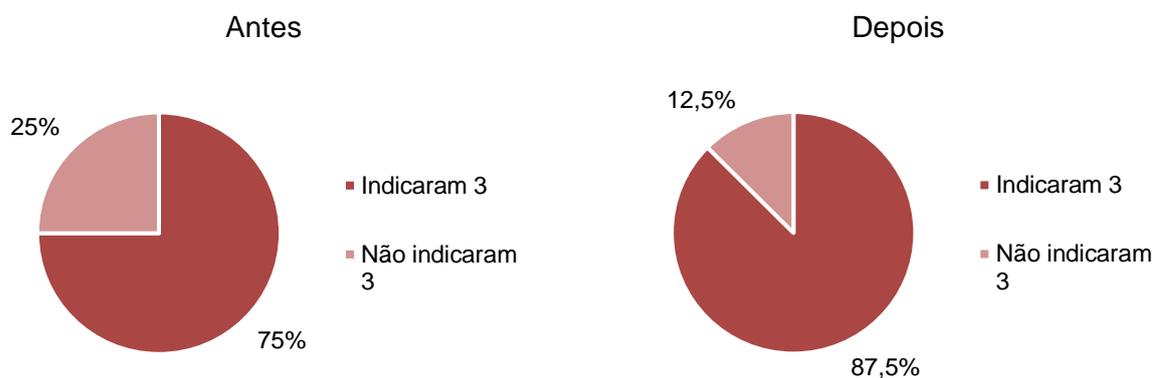


Gráfico 24 – Resposta à questão 2: “Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos indique 3”

Fonte: Elaboração Própria

Como resultado dos conhecimentos adquiridos ao longo do Programa Educativo, cujos conteúdos foram novamente abordados e debatidos no Bootcamp de LS, observou-se que os elementos constituintes do Grupo de Dinamizadores do Bairro, já identificados com os riscos de natureza ambiental para a saúde, numa perspetiva mais alargada, foram capazes de reconhecer a existência de três deles no seu Bairro.

A obtenção de 75% de respostas corretas demonstrou, por um lado, a melhoria havida na capacitação do Grupo de Dinamizadores do Bairro e, por outro, a importância em se dar continuidade a este tipo de intervenções, conforme consta no Gráfico 25.

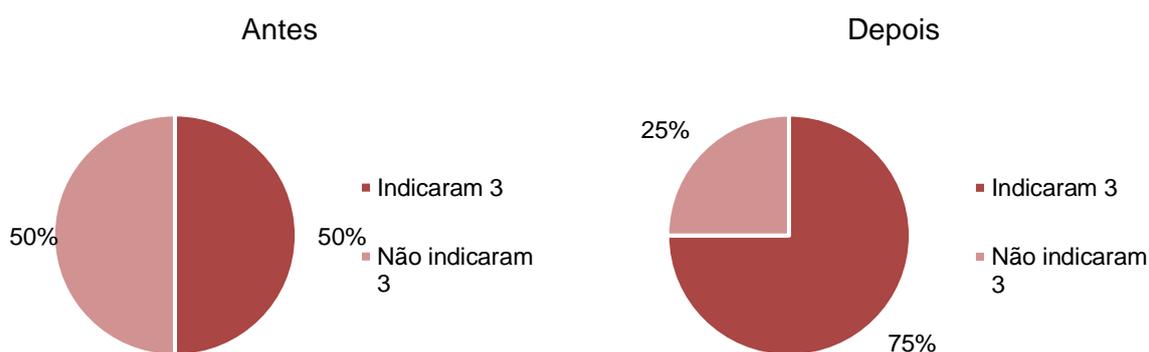


Gráfico 25 – Resposta à questão 3: “Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos indique 3 que identifica no seu Bairro”

Fonte: Elaboração Própria

Apesar de no início da intervenção os elementos do Grupo de Dinamizadores do Bairro se encontrarem pouco familiarizados com assuntos afins aos riscos ambientais para a saúde,

desde logo reconheceram ser importante e ter impacto a sua atuação na prevenção destes riscos. Esta opinião foi confirmada posteriormente, no final do Programa Educativo realizado, já que todos assumiram positivamente esta posição, que se encontra traduzida no Gráfico 26.

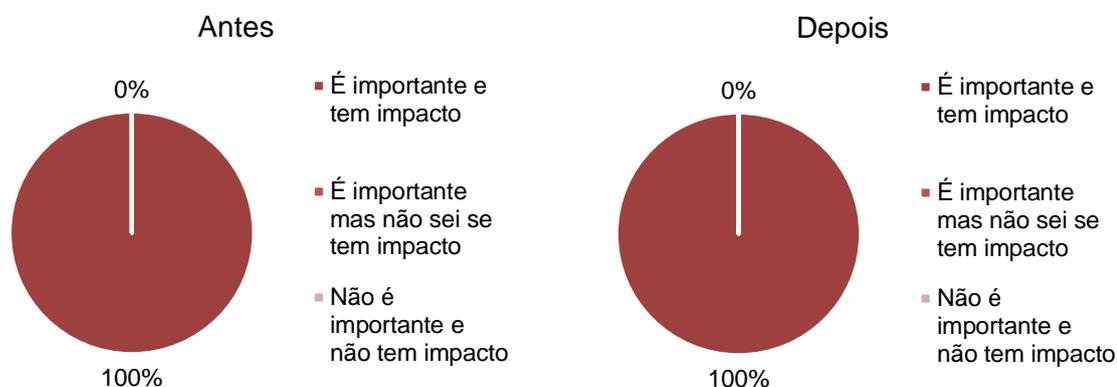


Gráfico 26 – Resposta à questão 4: “Enquanto dinamizador na comunidade a minha ação na prevenção dos efeitos associados aos riscos ambientais é ...”

Fonte: Elaboração Própria

A avaliação é igualmente suportada em indicadores que funcionam como instrumentos de medida das intervenções e atividades pensadas e implementadas. Por isso, atendendo ao projeto em presença, e tendo por base os objetivos operacionais/ metas subjacentes, considerámos os indicadores de impacto ou resultado (relacionados com o impacto das intervenções na população alvo e na comunidade) e os indicadores de atividade ou execução (relacionados com a prestação de cuidados de saúde), apresentados nos Quadro 10, 11 e 12, respetivamente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1			
Aumentar em 20% o nível de conhecimentos do Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os riscos ambientais para a saúde, através de um Programa Educativo			
META 1	Elaborar um Programa Educativo, até ao final de janeiro de 2023	Indicador: Taxa de execução	Avaliação
		Elaborar um Programa Educativo	Atingido
META 2	Desenvolver um Programa Educativo através de 4 sessões educativas, até ao final de janeiro de 2023	Indicador: Taxa de realização	Avaliação
		$\frac{N.º \text{ de sessões realizadas}}{N.º \text{ de sessões previstas}} \times 100$	$\frac{4}{4} \times 100$ 100% Atingido
META 3	Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro participem em todas as sessões educativas	Indicador: Taxa de presenças	Avaliação
		$\frac{N.º \text{ dinamizadores presentes nas sessões}}{N.º \text{ dinamizadores convocados para as sessões}} \times 100$	$\frac{8}{9} \times 100$ 88,9% Atingido
META 4	Que 90 % dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro reconheçam a influência dos riscos ambientais na saúde	Indicador: Taxa de respostas corretas	Avaliação
		$\frac{N.º \text{ dinamizadores com respostas corretas sobre a influência dos riscos ambientais na saúde}}{N.º \text{ total de dinamizadores presentes}} \times 100$	$\frac{8}{8} \times 100$ 100% Atingido
META 5	Que 90 % dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro assumam a importância da sua ação na prevenção dos efeitos associados aos riscos ambientais para a Saúde	Indicador: Taxa de respostas corretas	Avaliação
		$\frac{N.º \text{ dinamizadores com respostas corretas sobre a importância da sua ação}}{N.º \text{ total de dinamizadores presentes}} \times 100$	$\frac{8}{8} \times 100$ 100% Atingido

Quadro 10 – Objetivo Específico 1, Meta/Indicador e Avaliação
Fonte: Elaboração Própria

OBJETIVO ESPECÍFICO 2			
Capacitar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos ambientais para a saúde, através de um Bootcamp de LS			
META 1	Realizar Bootcamp de LS, até ao final de janeiro de 2023	Indicador: Taxa de execução Realização de Bootcamp de LS	Avaliação Atingido
META 2	Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro estejam presentes no Bootcamp de LS	Indicador: Taxa de presenças $\frac{N.º \text{ dinamizadores presentes no Bootcamp}}{N.º \text{ dinamizadores convocados para o Bootcamp}} \times 100$	Avaliação $\frac{8}{9} \times 100$ 88,9% Atingido
META 3	Que 75% dos presentes nas sessões planeadas reconheçam a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde, respondendo acertadamente às questões do questionário de conhecimentos	Indicador: Taxa de respostas corretas $\frac{N.º \text{ dinamizadores que reconhecem a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde}}{N.º \text{ total de dinamizadores presentes}} \times 100$	Avaliação $\frac{7}{8} \times 100$ 87,5% Atingido
META 4	Que 75% dos presentes nas sessões planeadas reconheçam a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde no seu bairro, respondendo acertadamente às questões do questionário de conhecimentos	Indicador: Taxa de respostas corretas $\frac{N.º \text{ dinamizadores que reconhecem a existência de um mínimo de 3 riscos de natureza ambiental para a saúde no seu bairro}}{N.º \text{ total de dinamizadores presentes}} \times 100$	Avaliação $\frac{6}{8} \times 100$ 75% Atingido

Quadro 11 – Objetivo Específico 2, Meta/Indicador e Avaliação
Fonte: Elaboração Própria

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

OBJETIVO ESPECÍFICO 3			
Elaborar um Dossier Pedagógico destinado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro			
META 1	Produzir um Dossier Pedagógico, até janeiro de 2023	Indicador: Taxa de execução	Avaliação
		Elaboração de Dossier Pedagógico	Atingido
META 2	Que 78% dos elementos que constituem o Grupo de Dinamizadores do Bairro participem na sessão de validação do Dossier Pedagógico	Indicador: Taxa de Presenças	Avaliação
			Avaliação
		$\frac{N.^\circ \text{ dinamizadores que participaram na sessão de validação do dossier}}{N.^\circ \text{ total de dinamizadores}} \times 100$	$\frac{8}{9} \times 100$ 88,9% Atingido

Quadro 12 – Objetivo Específico 3, Meta/Indicador e Avaliação
 Fonte: Elaboração Própria

Conforme se constata da análise dos quadros atrás representados, as metas a que nos propusemos alcançar foram todas atingidas, tendo algumas delas sido superadas.

Neste Projeto de Intervenção Comunitária, também foi avaliado o grau de satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde realizadas, através da aplicação de um questionário (Apêndice XI), cujos resultados se encontram traduzidos no Quadro 13 que a seguir se expõe.

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito	Média
Tema e conteúdos abordados	0 %	0 %	0 %	25 %	75%	4,75
Aquisição de novos conhecimentos	0 %	0 %	0 %	37,5 %	62,5%	4,625
Conhecimentos do formador	0 %	0 %	0 %	12,5 %	87,5%	4,875
Instalações, equipamentos e duração da sessão	0 %	0 %	0 %	25 %	75%	4,75

Quadro 13 – Resultados do questionário de satisfação das sessões
Fonte: Elaboração Própria

Da análise dos dados obtidos, podemos confirmar que se posicionam, exclusivamente, nos itens “Totalmente satisfeito” e “Muito satisfeito”, o que é revelador do agrado dos participantes relativamente ao programa educativo. Na sequência do atrás mencionado, alguns elementos do Grupo de Dinamizadores do Bairro reforçaram a importância de projetos desta natureza, destacando que se devem perpetuar no tempo, em detrimento de intervenções de carácter pontual. Reconheceram igualmente a importância da saúde pública e ambiental, cujos contributos favorecem a sustentabilidade do Bairro.

Em resposta à motivação demonstrada, os elementos constituintes do Grupo de Dinamizadores do Bairro, receberam Certificado de Participação (Apêndice XII) no Programa Educativo e no Bootcamp de LS, tendo manifestado forte agrado pela atenção havida.

3.6.1 – Follow up do projeto

Conscientes de que no âmbito da implementação de projetos se podem registar desvios motivados pela escassez de recursos, relacionados com o contexto e atitude da população

alvo, entre outros, um acompanhamento adequado pode constituir um desafio, por forma a garantir a continuidade futura dos referidos projetos.

Tendo em conta os problemas atrás identificados e priorizados, reconhecemos a oportunidade e aplicabilidade do projeto “Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”, contribuindo, assim, para o empoderamento desta comunidade, numa perspetiva de melhoria contínua e obtenção de ganhos em saúde. Neste âmbito, a sua continuidade no tempo deve ser salvaguardada, devendo ser tomadas todas as ações necessárias para que tal seja possível.

A continuidade do projeto será assegurada pela UCC, através da enfermeira coordenadora e com empenhamento da enfermeira que desenvolve intervenção comunitária no Bairro, dada a sua proximidade e afinidade para com esta comunidade, bem como pelo compromisso de todos os parceiros comunitários, garantindo-se assim a sustentabilidade das intervenções ao longo do tempo.

Como apoio futuro, entregámos à UCC e SCM um dossier com os documentos que serviram de suporte à concretização deste Projeto de Intervenção Comunitária, realçando-se a importância do acompanhamento dos próprios dinamizadores, bem como a monitorização do trabalho a desenvolver com a comunidade.

Na posse do Dossier Pedagógico elaborado, validado e divulgado ao Grupo de Dinamizadores do Bairro, entendemos que estão reunidas as condições para, de acordo com o compromisso assumido por este grupo, se promoverem sessões educativas junto da população residente.

A ação do Grupo de Dinamizadores do Bairro assume-se como uma intervenção de longo prazo, sendo expectável que esta comunidade apresente, de forma gradual e no decurso do tempo, melhores níveis de LS no âmbito dos riscos de natureza ambiental, concretizando-se assim o objetivo a que nos propusemos, com a obtenção dos inerentes ganhos em saúde.

De igual modo, perante a existência de eventuais situações similares noutras comunidades do município e da área de intervenção da UCC, admitimos que este projeto possa ser nelas replicado, com as necessárias adaptações, permitindo igualmente a sua capacitação.

4 – OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DOS ESTÁGIOS

Os enfermeiros que atuam em CSP desenvolvem a sua ação em múltiplos contextos, com especial destaque para as escolas, domicílios e outros contextos de intervenção comunitária. É com base neste pressuposto que entendemos o estágio como uma oportunidade ímpar de contacto direto com as diferentes realidades, onde se torna evidente a multiplicidade de competências dos enfermeiros no campo de ação da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Neste capítulo, pretendemos assim relatar as atividades desenvolvidas pela mestranda durante os ensinamentos clínicos, que não diretamente relacionadas com a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária, mas que, no entanto, em muito contribuíram para a sua aprendizagem.

Neste sentido, no período que compreendeu a realização dos dois estágios, a mestranda participou e colaborou em diversas atividades integradas na carteira de serviços da UCC, que descrevemos de seguida:

Intervenção comunitária com recurso à Unidade Móvel nos diferentes bairros da área de influência da UCC. Estas ações visam dar resposta aos programas de saúde prioritários e outros, criados pela DGS, em particular no que se refere à Vacinação, Saúde Sexual e Reprodutiva, Programa Nacional para a Diabetes, entre outros. Ainda neste âmbito, a mestranda pôde colaborar com a equipa de intervenção e acompanhamento à população sinalizada em situação de sem abrigo, cuja aplicabilidade compreende o acompanhamento em termos de saúde, emprego, regularização de documentos e ainda apoios relativos a alimentação e higiene pessoal. Este projeto envolve uma parceria comunitária multissetorial alicerçada na Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo.

Visitação domiciliária da ECCI desta UCC. Integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, esta equipa assegura a prestação de cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de reabilitação, de forma contínua e regular (UCC, s.d.b). No âmbito desta ECCI, os cuidados de saúde são prestados por uma equipa multidisciplinar, de acordo com as necessidades da pessoa, família e/ou cuidador, e da qual podem fazer parte, entre outros, enfermeiros generalistas e especialistas, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Esta equipa domiciliária tem por suporte o modelo de cuidados preconizado pela RNCCI, que aponta para uma prestação de cuidados centrados na pessoa. Esta ação é desenvolvida sob a supervisão e responsabilidade do Gestor de Caso, através da elaboração do plano individual de intervenção do utente, que deve incluir os contributos dos vários profissionais bem como do utente, família e/ou cuidador, na definição dos objetivos e metas a atingir, abarcando também a gestão de expectativas em relação ao seu plano de cuidados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022; Ministério da Saúde, 2006).

Campanha de Vacinação contra a COVID-19 e contra a Gripe, mediante administração da dose de reforço da vacina contra a COVID-19 e vacina contra a gripe a utentes e profissionais de Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI). Nesta altura, consideramos importante mencionar que a mestranda tem desenvolvido todo o seu percurso profissional em contexto hospitalar, não tendo tido qualquer experiência prévia em contexto de vacinação, motivo pelo qual as aprendizagens obtidas foram uma mais-valia. Toda a atividade inerente, desde a administração propriamente dita das vacinas, respetivo registo, manual ou em sistema informático, não esquecendo o momento privilegiado de educação para a saúde sobre os cuidados após administração da vacina, foi positiva e concordante com as diretivas emitidas pela DGS.

Comemoração do Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres. Esta data celebra-se anualmente, com o intuito de alertar para as situações de violência que afetam as mulheres em todo o mundo, e que constituem atos reprováveis que devem ser denunciados, pese embora existam ainda dificuldades no que respeita à sua identificação, deteção e denúncia. A violência contra as mulheres e a violência doméstica constituem, assim, um grave problema de saúde pública e uma ofensa aos direitos humanos, o que requer uma abordagem multidimensional e multissetorial. A sociedade e cada um de nós, cidadãos, profissionais de saúde e futuros EEECS, deve prestar atenção a sinais e ações de violência, contribuindo ativamente para os evitar (Conselho da Europa, 2011). O debate reflexivo subordinado ao tema da prevenção da violência contra as mulheres foi promovido por uma das freguesias do município em presença e contou com a participação de diferentes intervenientes, destacando-se a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos e também a Polícia de Segurança Pública. Este debate pretendeu analisar o quadro de violência na freguesia e no concelho, bem como refletir sobre as virtudes e vicissitudes na resposta e no apoio às vítimas.

Educação para a Saúde no âmbito dos Programas Nacionais para a Diabetes e de Saúde Escolar. Constituindo a escola um espaço privilegiado para a adoção de

comportamentos promotores de saúde na comunidade educativa, simultaneamente deve atender às crianças com necessidades especiais de saúde, entre outras, as crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo1 (PNSE & DGS, 2015). Neste âmbito, foram organizadas duas sessões de educação para a saúde direcionadas à comunidade escolar (alunos, docentes e não docentes) de uma escola básica integrada, situada no município, sob o tema específico da Diabetes. Esta atividade incidiu nos aspetos básicos relacionados com a patologia, cuidados associados e identificação de sinais e sintomas de descompensação mais frequentes, conteúdos fundamentais para melhorar o acompanhamento da criança com Diabetes Mellitus tipo 1. Tendo em conta as orientações do PNSE e do Programa Nacional para a Diabetes, a mestranda colaborou igualmente no desenvolvimento do Plano de Saúde Individual da criança com Diabetes Mellitus tipo 1.

Visitação Domiciliária e Educação e Promoção da Saúde no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose. Tratou-se de uma ação conjunta da UCC, USP e CDP, conduzida na comunidade onde o Projeto de Intervenção Comunitária foi implementado. Em Portugal, ainda que os dados de 2021 apontem para uma redução na proporção de novos casos de tuberculose em migrantes, a taxa de notificação de casos nesta população é cerca de 3,8 vezes superior à média nacional (Programa Nacional para a Tuberculose, 2023).

Esta ação consubstanciou, para além do rastreio de contactos de alto risco, a vigilância epidemiológica da tuberculose, com ênfase nos sintomas presentes, fatores de risco para progressão da doença e respetivo encaminhamento para observação no CDP.

Será de realçar que, pela aplicação de princípios de interdisciplinaridade podem obter-se mais-valias para se atingirem resultados em saúde, em particular na otimização dos recursos existentes em cada uma das unidades funcionais acima mencionadas.

Conversas sobre a saúde. Sob este tema a autarquia local promoveu um ciclo de debates relacionados com os pilares/ temas centrais da VII Fase da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS – Pessoas, Lugares, Participação, Prosperidade, Paz e Planeta, pilares estes que alinhados com os ODS tornam o município uma entidade promotora da saúde e de comunidades mais saudáveis (CM, 2022). Estes ciclos de conversas contaram com a participação de várias entidades parceiras da CM e estiveram subordinadas a duas grandes áreas temáticas. Na primeira sessão, especialmente direcionada para grávidas e acompanhantes, abordaram-se conteúdos referentes ao desenvolvimento da criança, consultas de vigilância e respostas sociais existentes no concelho. A iniciativa contou ainda com uma aula de pilates e um piquenique saudável, momentos que apesar de aparentemente informais, se constituem igualmente em conquistas terapêuticas. Numa segunda sessão, foram debatidas questões

prioritárias para o desenvolvimento local e apresentados alguns projetos implementados, no âmbito do Programa Bairros Saudáveis, em curso no município. O evento prosseguiu com um debate sobre a importância das parcerias comunitárias e terminou com um almoço de confraternização.

Ação de Limpeza Mensal da CM no Bairro, conforme designação assumida quer pela CM quer pela Associação de Moradores do Bairro. Esta ação foi efetuada sob a alçada da Divisão de Ambiente e Espaços Verdes, com a colaboração da referida associação. A sua execução encontra-se, em parte, relacionada com a área temática do Projeto de Intervenção Comunitária, tendo possibilitado a aproximação da mestrandia à comunidade em geral, e ao grupo de dinamizadores em particular, reforçando assim, o quadro de relação com os mesmos.

Elaboração de Normas visando a Melhoria Continua da Qualidade e Segurança do Utente. Por iniciativa da coordenadora da UCC, foi proposta à mestrandia a colaboração na elaboração de um conjunto de normas de orientação clínica integradas no processo de melhoria continua da qualidade e segurança do utente, em particular as relacionadas com a monitorização do risco de ocorrência de quedas e úlceras por pressão. Estes documentos encontram-se em apreciação por parte da equipa da UCC, visando futura aplicação.

No percurso efetuado, a mestrandia realça a importância fundamental do conhecimento científico como suporte da prática em saúde, tendo por isso participado em diversas atividades de natureza técnico-científica tal como a seguir se descrevem:

UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social. Ao longo dos últimos anos a ENSP-UNL tem contribuído sobejamente para o reconhecimento da LS enquanto pedra basilar que possibilita responder, por um lado, às necessidades reais das pessoas e, por outro, aos desafios que se colocam às populações e comunidades mais vulneráveis, onde se incluem os migrantes. O projeto UNLOCK, uma plataforma multidisciplinar e colaborativa dedicada à promoção da LS e cidadania ativa, tem por objetivo desenvolver estudos no âmbito da LS que suportem a tomada de decisão fundamentada, e igualmente, implementar e avaliar estratégias com influência na melhoria da saúde e mudança social (ENSP-UNL, 2022). O evento contou com a preleção do Professor Alexandre Quintanilha sob o tema “Literacia em Saúde e Cidadania”, e do Professor Richard Osborne, Consultor da OMS, sobre “Literacia em Saúde e Equidade” (Anexo V).

XXVI Encontro Nacional - 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais. Esta iniciativa da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública

constituiu um momento de partilha e reflexão sobre a temática do desenvolvimento sustentável, que pode ser afetado por ameaças como as atuais crises económica, social, ambiental e energética, e cujo impacto na saúde pública é reconhecido. As intervenções neste domínio, devem por isso, assentar numa abordagem interdisciplinar, integrativa e inclusiva, onde se evidencie o papel central da saúde na prossecução dos ODS. De igual modo, este encontro possibilitou a disseminação do conhecimento científico em diversas áreas subordinadas ao tema em análise (Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, 2022) (Anexo VI).

Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do Observatório das Migrações. O Observatório das Migrações refere-se a uma entidade do ACM constituída em 2022, e tem por missão a observação estratégica e científica dos fenómenos migratórios, alicerçada na recolha de dados e respetiva divulgação após tratamento estatístico (ACM, 2022). As Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do OM constituíram um momento de debate e reflexão acerca da atividade desenvolvida nos últimos 20 anos, com destaque para a sua intervenção específica enquanto motor de divulgação de informação relacionada com o tema. Este evento contou com a participação de peritos nacionais e internacionais na área das migrações, com contributos diversos e reconhecidos em vários domínios, em especial no que respeita às políticas de integração dos migrantes. Estas jornadas assinalaram ainda o Dia Internacional dos Migrantes (Anexo VII).

Perante o descrito, torna-se evidente que a atividade desenvolvida paralelamente ao desenho e implementação do Projeto de Intervenção Comunitária, constituíram na verdade um forte enriquecimento na aprendizagem da mestranda.

5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, são peças chave na determinação e implementação de soluções para a obtenção de uma melhor saúde das pessoas, famílias e comunidades, sendo assumido que a diferenciação e a especialização, constituem o melhor caminho para a melhoria dos cuidados e para a valorização da enfermagem (OE, 2019).

Partindo desta premissa, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019: 4744), garantindo, desta forma, uma resposta adequada aos problemas de saúde que emergem da sua área de especialidade. A par dos saberes próprios de cada uma das áreas de especialização em enfermagem, os enfermeiros partilham um conjunto de competências comuns, cujo desenvolvimento conduz igualmente a uma prática de cuidados mais consciente.

Por isso, consideramos que o percurso formativo unificado pelos estágios em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e Estágio Final, constituiu um determinante positivo da formação enquanto futura EEECS, o que permitiu, por um lado a aprendizagem e consolidação de conhecimentos e, por outro, a aquisição das competências subjacentes ao título de EEECS e Grau de Mestre em Enfermagem.

Pretendemos neste capítulo apresentar uma análise crítico-reflexiva dos domínios das competências do enfermeiro especialista, no âmbito da prestação de cuidados de saúde aqui relacionados com os desempenhos do EEECS, organizada em três pontos: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEECS e, por último as Competências do Grau de Mestre.

5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O mundo conturbado em que vivemos, repleto de alterações e situações imprevisíveis, exige cada vez mais respostas e desempenhos por parte dos enfermeiros, em ordem à otimização das suas competências, pelo que considerar o domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no contexto da prestação de cuidados é fundamental.

Neste âmbito, entende-se como competências comuns “as competências, partilhadas por

todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019: 4745).

A aplicabilidade das referidas competências exerce-se em especial ao nível da educação dos clientes e dos pares, conjugando orientação, aconselhamento e liderança, assim como a investigação e a disseminação de conhecimento, como medidas promotoras da mudança efetiva nas pessoas e nos contextos em que se inserem (OE, 2019).

Como indicado no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019), as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista organizam-se em quatro domínios, que a seguir se descrevem, atendendo às suas especificidades:

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: 4745).

Na esfera deste domínio, e tendo em conta os diferentes contextos de aprendizagem, entendemos que a mestranda mobilizou os conhecimentos e as habilidades necessárias à tomada de decisão ética, alinhada com as necessidades e especificidades da população alvo de intervenção, promovendo uma conduta profissional orientada pelos princípios de natureza ética, deontológica e jurídica que enformam a profissão de enfermagem.

Em consonância com o atrás exposto, destacamos a autorização para a realização do estudo ao Núcleo de Formação e Investigação do ACeS, a submissão do protocolo de investigação à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, assim como a autorização para utilização do instrumento de colheita de dados, cujo parecer foi positivo em todos os elementos.

Adicionalmente, disponibilizámos aos participantes do estudo uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II), assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo em todo o processo. Certificámos também através desta declaração a voluntariedade inerente à participação no estudo.

Partindo das considerações enunciadas, entendemos que foram adquiridas as competências em questão.

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: 4745).

Através da análise deste domínio, é possível compreender que ao nível dos CSP são valorizadas atividades que visam a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como são identificadas oportunidades de melhoria que contribuam decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e para a equidade e o respeito com que esses cuidados são prestados (Rodrigues & Felício, 2017).

A mestranda, enquanto responsável pelo desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Comunitária, assumiu um papel dinamizador na aglutinação dos conhecimentos e implementação de estratégias com benefícios diretos para a melhoria da qualidade dos cuidados. Tal foi materializado quando junto da comunidade se apontaram iniciativas e caminhos que, se espera, tenham continuidade futura, numa lógica de qualidade sustentável.

Cada uma das atividades integradas no desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária, foram pensadas e alinhadas com as prioridades e objetivos de melhoria do estado de saúde da população, definidos no Plano Local de Saúde do ACeS, o que por si só, constituiu uma linha essencial em ordem ao cumprimento da governação clínica, daí resultando uma boa governação de saúde (Rodrigues & Felício, 2017).

As intervenções de enfermagem, aqui em particular as do enfermeiro especialista, para além da procura da excelência, devem pautar pela segurança do doente, reconhecida como um princípio fundamental a observar em todos os sistemas de saúde (Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). Neste entendimento, qualidade e segurança são conceitos que se completam e interligam, o que foi objetivado no âmbito da prestação de cuidados em contexto de ECCI e ainda nas intervenções desenvolvidas ao abrigo da campanha de vacinação contra a COVID-19 em ERPI.

Contribuindo para o desenvolvimento destas competências, a mestranda colaborou também no processo de melhoria contínua da qualidade e segurança do utente, através da elaboração de normas de orientação clínica para identificação e prevenção do risco de ocorrência de quedas e úlceras por pressão, em contexto domiciliário, encontrando-se em processo de discussão e apreciação no seio da equipa da UCC, para posterior validação.

Domínio da Gestão de 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: 4745).

O enfermeiro especialista, no exercício da sua prática e ao orientar a tomada de decisão, deve reunir em si competências no âmbito da gestão dos cuidados, contribuindo substantivamente para a melhoria na saúde.

Partindo desta referência, no contexto dos ensinamentos clínicos realizados, admitimos que a mestranda mobilizou as competências referentes a este domínio, maioritariamente através de uma prática observada e participada, favorecida pela proximidade da supervisora clínica dos estágios que, por sua vez, desempenha cumulativamente funções de coordenadora da UCC.

Registam-se em particular as ações desenvolvidas no âmbito da otimização dos recursos desta unidade funcional, visando o cumprimento de diretivas específicas da DGS destinadas, no caso presente, a proporcionar a dose de reforço da vacina contra a COVID-19 em ERPI.

No que se refere a este domínio, gostaríamos ainda de realçar que a mestranda ao integrar-se na visita domiciliária em contexto de ECCL, se identificou com a capacidade de atuação desta equipa, na adequação e utilização dos recursos humanos e materiais colocados à sua disposição, visando a satisfação das necessidades dos utentes, famílias e/ou cuidadores.

Também consideramos que a visita domiciliária realizada conjuntamente com a USP e CDP, integradas no cumprimento do Programa Nacional para a Tuberculose, muito contribuiu para adquirir as competências supracitadas, proporcionando à mestranda acompanhar e refletir sobre o processo de cuidar envolvendo diferentes prestadores de cuidados, viabilizando a informação necessária à tomada de decisão, em prol do sucesso das atividades e programas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Neste seguimento, no que se refere ao Projeto de Intervenção Comunitária, reconhecemos que a mestranda desenvolveu estratégias adequadas e compatíveis com os recursos existentes, procurando garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. De igual modo, a mestranda fez apego à mobilização dos recursos da comunidade, liderando o processo de exploração dos mesmos, não esquecendo a integração dos meios proporcionados pelas entidades que já anteriormente apoiavam esta comunidade.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

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

A tomada de consciência das dificuldades e exigências da práxis especializada, exige dos enfermeiros uma permanente reflexão, numa perspetiva de melhoria dos cuidados a prestar, cientes de que na relação estabelecida com o outro há sempre um dar e receber, tendo em conta o conhecimento de Si próprio e do Outro.

Tal como atrás referido, também a mestranda sentiu necessidade de em cada momento fazer uma introspeção em ordem a uma gestão eficiente e integrada do conhecimento de si própria, traduzido na identificação das suas capacidades e limitações. Para além disso, manteve controlo em situações de maior pressão, em especial na identificação dos fatores que poderiam comprometer a relação com terceiros, o que foi particularmente determinante na fase de implementação deste Projeto de Intervenção Comunitária.

Este domínio das competências comuns do enfermeiro especialista assenta também, e de forma decisiva, na aprendizagem permanente e continuada que tanto caracteriza a profissão de enfermagem, e através da qual se encontrarão as respostas necessárias aos desafios do cuidar.

Esta exigência verificou-se logo desde o início, na procura da melhor informação necessária ao desempenho das atividades em contexto, o que se materializou através de pesquisa bibliográfica correlacionada com a evidência científica, criando condições para uma prática de cuidados especializados, seguros e competentes. Para tal, foi fundamental o recurso a várias fontes de informação, sites e bases de dados científicas que, numa perspetiva de complementaridade, se associaram à consulta de dados epidemiológicos e outros, veiculados por entidades oficiais, nacionais e internacionais em especial a OMS, o IOM, o ACM, a DGS e o Observatório Português de Saúde.

No reconhecimento da capacidade dos enfermeiros para participar e liderar projetos de investigação, a mestranda elaborou ainda um artigo científico (Apêndice IX), incidindo na problemática em causa, como meio de divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, conseguindo assim a disseminação de conhecimento e o desenvolvimento dos saberes próprios da enfermagem.

De registar ainda a participação da mestranda nos diferentes projetos que integram a carteira de serviços da UCC e que constituíram assinaláveis momentos de recolha de ensinamentos e contributos fundamentais na formação e desenvolvimento da prática profissional especializada.

5.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O SNS tem sofrido múltiplos desenvolvimentos ao longo dos anos, de entre os quais destacamos a reforma de 2005, a qual teve como objetivo major a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, traduzida numa maior acessibilidade, em cuidados mais bem alinhados com as diretrizes técnico-científicas vigentes, para além de uma participação ativa e uma maior satisfação de todos (Biscaia & Heleno, 2016; International Council of Nurses, 2008).

Os enfermeiros constituem a essência da prestação de CSP, cuja abordagem envolve esforços para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde das pessoas, famílias e comunidades (International Council of Nurses, 2008).

Face aos desafios das sociedades contemporâneas em termos de saúde, emerge a necessidade de uma prática também ela diferenciada, sendo por isso elementar promover a otimização do papel dos enfermeiros, com particular atenção para o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde aqui considerada.

Neste âmbito, entende-se como competências específicas “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019: 4745).

A aplicabilidade destas competências no contexto da prática em CSP é decisiva para se alcançarem respostas mais adequadas e efetivas, de maior proximidade e focadas na participação ativa de todos.

Conforme disposto no artigo 2.º do Regulamento 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018), as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública indicadas são as que a seguir se enunciam:

a) Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

No contexto da Saúde Comunitária e da Saúde Pública encontramos na Metodologia de Planeamento em Saúde uma das competências centrais do EEECS, pelo que em ordem à realização deste Projeto de Intervenção Comunitária, seguimos os seus princípios orientadores. Na verdade, percorrer as diferentes etapas de Planeamento em Saúde, compreendendo a articulação entre as mesmas, permitiu à mestranda apropriar-se da

relevância desta metodologia enquanto base de operacionalização de projetos que se adequem às necessidades em saúde dos grupos e/ou comunidades.

Reconhecemos que o estado de saúde das pessoas e comunidades é influenciado por um conjunto de determinantes que podem afetar a sua saúde, o que constitui preocupação permanente dos enfermeiros neste âmbito. A mestranda considerou importante compreender os determinantes da saúde com influência na qualidade de vida e no bem-estar da população migrante residente num bairro do campo de ação da UCC, para determinar os seus problemas de saúde, relação de causalidade e critérios de priorização dos mesmos.

Para a realização do diagnóstico de situação, a mestranda socorreu-se dos indicadores epidemiológicos e dos dados constantes do Plano Local de Saúde, a par da utilização de um instrumento de colheita de dados devidamente validado e autorizado, tendo igualmente apreciado a informação partilhada pelos agentes comunitários que atuam no contexto suprarreferido.

Os resultados obtidos após análise dos questionários efetuados, permitiram identificar um conjunto de problemas que após a respetiva priorização, levou a mestranda a selecionar os relacionados com a Exposição a riscos ambientais e Baixos níveis de LS, tendo sido formulados os objetivos e as estratégias que melhor respondiam a estas problemáticas. Para o efeito, foi fundamental a divulgação e validação dos resultados do diagnóstico de situação junto da população alvo, a todos os parceiros e também aos elementos constituintes do Grupo de Dinamizadores do Bairro.

No âmbito do planeamento das intervenções foi determinante a otimização dos recursos disponíveis e a mobilização dos parceiros comunitários, criando as condições necessárias à implementação do Projeto de Intervenção Comunitária. Este foi monitorizado continuamente, através da utilização de indicadores de avaliação, aferidos para validar as intervenções implementadas, por um lado, permitindo a adoção de medidas corretivas e, por outro, avaliar os resultados obtidos.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Quando se está a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, no qual o enfermeiro se assume como o líder que orienta a tomada de decisão consciente e indispensável no processo de capacitação e empoderamento de grupos e/ou comunidades, o trabalho em equipa e a mobilização de parceiros ou instituições da comunidade é assumidamente uma mais-valia.

Atendendo que um dos objetivos específicos delineados compreendeu a capacitação do Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos ambientais para a saúde, através de um Bootcamp de LS, a mestranda procurou a efetivação de parcerias com estruturas da comunidade local, destacando-se a Associação de Moradores do Bairro, a autarquia local, a SCM e a USP do ACeS, numa lógica de partilha de esforços com vista à melhoria dos problemas identificados nesta comunidade.

Constatámos que ao longo deste processo o desenvolvimento das parcerias comunitárias e o envolvimento da UCC e da USP muito contribuíram para a mobilização de conhecimentos em prol da capacitação do Grupo de Dinamizadores do Bairro. Neste âmbito, pensamos ter sido imprescindível o emprego de habilidades de interação e comunicação, através de uma linguagem simples e clara, permitindo ao grupo perceber a informação transmitida.

Como nota adicional, apontamos igualmente a ação desenvolvida junto dos dinamizadores do Bairro, onde através da mobilização deste grupo se obtiveram ganhos alicerçados no respeito pela sua identidade cultural, promovendo o seu envolvimento na procura do bem estar individual e da comunidade onde se inserem.

As estratégias de intervenção adotadas, ancoradas no MAIEC de Pedro Melo e no HPM de Nola Pender, revelaram-se essenciais para que este processo de capacitação se concretizasse.

Como apoio indispensável, gostaríamos de destacar o programa educativo implementado, o qual entendemos ter cumprido o propósito de capacitar o grupo para melhores níveis de LS no âmbito dos riscos ambientais. A sistematização dos conteúdos abordados nas sessões educativas, materializada no Dossier Pedagógico elaborado e validado com a população alvo, foi igualmente impactante em todo este processo.

Durante o desenvolvimento dos diferentes estágios, a mestranda teve ainda a oportunidade de participar numa ação conjunta da UCC, USP e CDP, integrada no Programa Nacional para a Tuberculose, levada a efeito na presente comunidade. A mestranda colaborou igualmente na campanha de vacinação direcionada especialmente para a população residente em ERPI, no cumprimento da administração da dose de reforço da vacina contra a COVID-19.

O sucesso relativo a esta competência também se materializou no desenvolvimento de sessões de educação para a saúde, inseridas no PNSE e Programa Nacional para a Diabetes, orientadas para o corpo docente e não docente de uma escola básica integrada situada no município, perspetivando a sua capacitação para intervir junto de crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1. Para além do atrás referido, a mestranda teve ainda a oportunidade de assistir ao debate comemorativo do Dia Internacional para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, evento que possibilitou apontar caminhos a seguir pela comunidade, capacitando-a

para o reconhecimento deste fenómeno e, igualmente, para a identificação e adoção de estratégias adequadas à prevenção e combate da violência contra as mulheres, nas várias formas de que se reveste.

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

Ao integrar a coordenação do Projeto de Intervenção Comunitária, a mestranda teve em conta as orientações e princípios doutrinários que enformam o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, cuja finalidade última é “melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras” (Portugal, Ministério da Saúde & DGS, 2022a: 21).

No desenvolvimento do projeto a mestranda procurou suportar o seu cumprimento nos valores e princípios presentes no referido PNS: participação, sustentabilidade, transparência, equidade e centralidade nas pessoas, salientando a importância de intervenções multissetoriais e constituição de parcerias para responder aos desafios que se colocam à saúde das pessoas (Portugal, Ministério da Saúde & DGS, 2022a).

Com a implementação deste Projeto de Intervenção Comunitária, contribuimos a nível local para a criação de uma comunidade sustentável, que do ponto de vista social, ambiental e de saúde seja adequada ao progresso e bem estar dos seus membros.

O objetivo geral que delineámos, anteriormente definido, predetermina a criação de condições para uma prática de cidadania ativa, onde tenha lugar a redução das desigualdades hoje existentes, concorrendo assim, para a satisfação das necessidades e anseios futuros deste grupo populacional.

Também como forma de materializar o conjunto de ações atrás mencionadas, a mestranda promoveu, como estratégias de intervenção, a mobilização do Grupo de Dinamizadores do Bairro, e ainda o envolvimento e a participação de entidades da comunidade local. Destacamos, igualmente, a educação inter pares e a promoção e educação para a saúde, estratégias cujos contributos se afiguraram essenciais para intervir nos determinantes de saúde afins, daí resultando respostas efetivas aos desígnios do atual PNS 2021-2030.

O atual PNS apoia-se na utilização do planeamento em saúde sustentável, alinhado com as recomendações decorrentes da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (Portugal, Ministério da Saúde & DGS, 2022b), onde estão enunciados globalmente 17 ODS. Neste sentido, o desenho do projeto teve igualmente em

conta o disposto no já anteriormente referido Objetivo 11, onde se preconiza “Tornar as cidades e as comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis”, procurando “garantir o acesso de todos a habitação segura, adequada e a preço acessível, aos serviços básicos, e melhorar as condições nos bairros de lata” (United Nations Regional Information Centre, 2018).

Na elaboração e liderança do presente Projeto de Intervenção Comunitária, a mestranda contribuiu igualmente para os objetivos que integram o Plano Local de Saúde do ACeS, visando em particular o que prevê aumentar a LS na comunidade em presença (Martins et al., 2017). De referir que este plano está enquadrado no âmbito das estratégias do anterior PNS - Revisão e Extensão a 2020.

Perante o atrás exposto, e no reconhecimento da competência dos EEECSPP em integrar a coordenação dos diferentes programas de saúde de base comunitária, perseguindo os objetivos do PNS, a mestranda considera ter mobilizado e integrado a competência respetiva.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assistimos nos últimos anos a profundas alterações do ponto de vista epidemiológico, o que exige uma resposta diferenciada dos serviços de saúde, e também do EEECSPP, que tem no domínio das suas competências específicas a realização e a colaboração na vigilância do perfil epidemiológico das populações.

No decorrer dos desenvolvimentos havidos em contexto de estágio, a mestranda considera ter sustentado a mobilização e aquisição desta competência em toda a fase de diagnóstico de saúde da comunidade em estudo. Como apoio fundamental à consecução deste diagnóstico, destacamos a análise dos diferentes indicadores demográficos, socioeconómicos, infraestruturas de apoio e de recursos, fundamentais para compreender o perfil epidemiológico da população e respetivo enquadramento geodemográfico.

Também a conceção de parte do instrumento de colheita de dados aplicado à população, com todos os procedimentos inerentes, foi determinante para que estas competências fossem integradas pela mestranda.

De igual forma, e seguindo as orientações do PNSE e do Programa Nacional para a Diabetes, através da participação no desenvolvimento do Plano de Saúde Individual de uma criança com Diabetes Mellitus tipo 1, a mestranda considera ter adquirido saberes em ordem ao cumprimento deste domínio. Não menos importante, a participação nas ações de vacinação já mencionadas, ao abrigo das diretrizes da DGS, constituiu igualmente uma experiência enriquecedora, como forma de consolidação dos conhecimentos inerentes a esta competência.

5.3 – COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

No contexto do quadro legislativo português, as competências definidas para atribuição do Grau de Mestre encontram-se dispostas no ponto 1 do artigo 15.º integrado no Capítulo III do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, e que a seguir se discriminam:

- “a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018: 4162).

Face à multiplicidade de situações que se colocam atualmente no âmbito da prestação de cuidados, entendemos que a formação dos enfermeiros é fundamental para garantir às populações uma prestação de cuidados diferenciada e com qualidade.

Percebemos que a frequência do mestrado contribuiu para a construção do saber nesta área de especialização, em particular pela aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ciclo de estudos, interrelacionados com as aprendizagens obtidas nas diferentes unidades curriculares.

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária, tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde, constituiu uma mais-valia, enquanto veículo promotor de conhecimento, com aplicação do mesmo na interpretação e resolução de problemas, particularmente os associados a situações novas. Salientamos os momentos experienciados durante a fase de diagnóstico de situação, com ênfase nos contactos estabelecidos em ordem à obtenção do instrumento pretendido para a colheita de dados. Este processo foi iniciado através do contacto direto com o autor do questionário, a que se seguiu um processo de licenciamento contratual (Anexo I). Na posse desta autorização, foi submetido e aprovado um protocolo de investigação junto da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Na realidade, a complexidade de matérias abordadas durante o caminho percorrido, assumiu-se de enorme dificuldade quando houve necessidade de integrar conhecimentos presentes em várias áreas do saber, com recurso à investigação científica, sempre subordinada

à observância dos princípios éticos e deontológicos, fortemente presente em todas as fases de desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária.

No desenrolar do processo houve lugar à realização de reuniões para a divulgação do diagnóstico de situação a todos os parceiros, aos elementos constituintes do Grupo de Dinamizadores do Bairro e também à equipa multidisciplinar da UCC e USP, bem como ao Conselho Clínico do ACeS, o que possibilitou à mestranda comunicar, de forma clara e sistematizada, a informação recolhida a públicos distintos.

Como complemento das ações inerentes a esta competência, a mestranda participou em eventos de carácter científico, com a primeira presença no evento de lançamento da plataforma “UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social” (ENSP-UNL, 2022) (Anexo V), a que se seguiu o XXVI Encontro Nacional - 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais (Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, 2022) (Anexo VI) e as Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do Observatório das Migrações (ACM, 2022) (Anexo VII). De igual modo, participou num Encontro promovido pela UCC onde apresentou um poster (Apêndice VIII) que mereceu, na sua categoria, o primeiro prémio (Anexo VIII).

A elaboração de um artigo de natureza científica (Apêndice IX), que abarca e caracteriza os resultados obtidos no diagnóstico de situação, a que se associa a redação do presente relatório, dão corpo às exigências a satisfazer no âmbito da atribuição do Grau de Mestre.

É com base no atrás exposto que a mestranda considera ter mobilizado competências educativas, científicas, tecnológicas, mas também relacionais, organizacionais, de cooperação e articulação com entidades locais e também internacionais, assentes num processo dinâmico e contínuo, inerentes ao que se encontra definido para a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

Na sociedade atual, permanentemente em mudança, são muitos os desafios que se colocam do ponto de vista económico, social, político e também de saúde. Entre eles, assistimos hoje a fluxos migratórios sem precedentes, causados não só pelo fenómeno da globalização, mas também por fenómenos localizados nos países de origem das populações migrantes.

São vários os fatores que estão na origem destes movimentos migratórios, destacando-se, entre outros, os devidos a situações de procura de melhor qualidade de vida, fugindo da pobreza e miséria em que vivem, a que se associam normalmente situações de conflito dentro dos países e catástrofes neles localizadas. Também a procura de cuidados de saúde é fator determinante na origem destes fluxos migratórios para países onde, eventualmente, tenham melhores condições de vida, ainda que, para isso, possam estar sujeitos a riscos de grande gravidade.

Apesar de não ser uma verdade absoluta, alguns autores apontam para que as populações migrantes apresentem normalmente uma boa saúde à chegada aos países de acolhimento. Todavia, por fatores de ordem vária, essa constatação vai-se modificando ao longo do tempo de permanência dessas populações. Nelas tem influência, em particular, a forma como permanecem e residem nos países de acolhimento, onde situações associadas à insalubridade habitacional, com a presença de sobrelotação nas habitações, são fatores que potenciam a fragilidade e a vulnerabilidade à doença destes grupos populacionais, também agravada pelos contextos laborais, na sua maioria pouco qualificados e com exposição a condições de trabalho adversas.

Conhecida a realidade do fenómeno migratório a nível internacional, também em Portugal se verifica a sua presença, com expressão significativa na constituição de aglomerados habitacionais específicos, onde as condições de vida nem sempre são as mais desejadas. A sua existência encontra-se associada a fatores positivos e negativos, sendo que os fatores de natureza positiva suplantam os negativos, constatando-se que a presença de população migrante, normalmente em vida profissional ativa, se revela determinante e indispensável para a sustentabilidade das atividades de natureza económica e social.

Partindo deste enquadramento, constatámos igualmente a presença de um aglomerado populacional migrante na área de influência da UCC onde, de acordo com informação provida

pelas organizações comunitárias locais, coexistiam situações a merecer caracterização, daí resultando a necessidade de se identificarem os determinantes que condicionam a saúde da população aí residente.

Neste entendimento, e tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde, procedemos à realização do diagnóstico de situação, a partir do qual se identificaram os seguintes problemas: Baixos níveis de literacia em saúde; Exposição a riscos ambientais; Sentimentos de pouca compreensão e apoio por parte dos profissionais de saúde; Constrangimentos na procura, acesso e utilização de cuidados de saúde; Vulnerabilidade social; e Baixa literacia digital em saúde. Destes, foram identificados como prioritários, os problemas relacionados com a Exposição a riscos ambientais e os Baixos níveis de LS, que constituíram base de referência para o desenvolvimento do projeto “Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”.

Com a elaboração deste projeto pretendemos contribuir para a promoção da LS desta comunidade, com ênfase nos riscos para a saúde de natureza ambiental. Reconhecendo a influência dos determinantes ambientais como estando na origem de alguns problemas de saúde, quanto maior for o conhecimento a eles associados, tanto mais se contribuirá para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

As estratégias assumidas foram definidas visando o cumprimento dos objetivos do projeto, tendo contemplado o envolvimento da equipa da UCC e USP, o estabelecimento de parcerias comunitárias, a educação interpares, a promoção e educação para a saúde e a mobilização do Grupo de Dinamizadores do Bairro, o que se traduziu em mais-valias para os resultados alcançados.

Na materialização das estratégias atrás relatadas, servimo-nos, num primeiro momento, dos conceitos subjacentes ao MAIEC proposto por Pedro Melo, ao abordarmos a comunidade residencial como um todo. A fim de considerarmos a forma livre e individualizada do comportamento de cada elemento do Grupo de Dinamizadores do Bairro, e perspetivando a adoção de atitudes e práticas promotoras de saúde, suportámos igualmente a nossa intervenção no HPM de Nola Pender.

O êxito dos resultados obtidos na implementação do projeto ficou a dever-se à ação coordenada de todos os participantes, no reconhecimento da oportunidade em intervir nas problemáticas identificadas. Registamos a disponibilidade havida por parte dos já referidos parceiros e agentes comunitários, que constituíram uma pedra fundamental na obtenção de informação que serviu de suporte das análises entretanto efetuadas.

Perante esta realidade, consideramos ser desejável a continuidade futura do projeto implementado o qual, onde aplicável, pode ser extensivo a outras comunidades. Como forma

de assegurar esta desejada continuidade, e tendo em conta as suas competências específicas, caberá ao EEECSPP assumir a sua coordenação, contribuindo assim para que mais facilmente se obtenham ganhos em saúde.

Quanto às dificuldades encontradas no desenho e implementação deste projeto, salientamos a ausência de informação específica atualizada relativa a este Bairro, o que associado à falta de informação pessoal sobre esta matéria, determinou uma dificuldade acrescida, de alguma forma superada com a colaboração havida por parte da equipa da UCC, parceiros e demais informadores chave. Sublinhamos também o recurso a pesquisa bibliográfica intensa, de natureza científica, que de alguma forma veio colmatar algumas das dificuldades sentidas.

Ainda no âmbito dos aspetos condicionantes, registamos as dificuldades inerentes à obtenção da licença para aplicação do questionário HLQ, a que se associou a demora na obtenção do parecer da Comissão de Ética para a Saúde referente à concretização do diagnóstico de situação, o que atrasou a respetiva colheita de dados.

Com a elaboração do presente relatório, foi possível registar a evolução do Projeto de Intervenção Comunitária efetuado, identificando todas as etapas percorridas e, ainda as atividades desenvolvidas em ordem ao seu cumprimento. Paralelamente, neste relatório identificamos também, a participação em atividades diversas integradas nos ensinamentos clínicos que, no seu conjunto, contribuíram para as aprendizagens profissionais e consolidação de conhecimentos.

A realização deste relatório permitiu igualmente uma análise reflexiva com identificação dos critérios inerentes à aquisição, por um lado, das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e por outro, às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para além do reconhecimento destes critérios, na redação do presente relatório emergiu também a identificação das competências necessárias à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Numa análise retrospectiva do caminho percorrido, desde o início do curso de Mestrado em Enfermagem até à elaboração final deste relatório, muitos foram os desafios e dificuldades havidas, exigindo empenhos e adaptações às diferentes realidades. Daqui resultaram estímulos e novas aprendizagens que, no seu conjunto, constituirão suporte imprescindível do exercício profissional da mestranda, e, portanto, maior satisfação pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Telo [ARSLVT]. (2017). *Perfil Local de Saúde 2017 – AceS Almada/Seixal*. ARSLVT. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_Almada_Seixal.pdf
- Agyemang, C. & Jan-van den Born, B. (2018). Non-communicable diseases in migrants: an expert review. *Journal of Travel Medicine*, 26 (2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay107>
- Almeida, C., Francisco, R., Silva, C. R. D., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., ... & Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32411/1/literaciaManual.PDF>
- Alto Comissariado para as Migrações [ACM]. (2022, Dez 19). *Balanço das Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do OM*. <https://www.om.acm.gov.pt/-/balanco-das-jornadas-comemorativas-dos-20-anos-do-om>
- Alto Comissariado para as Migrações [ACM]. (2015). *Plano Estratégico para as Migrações 2015–2020*. ACM. https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195
- American Psychological Association [APA]. (2019). *Publication Manual Of The American Psychological Association: The Oficial Guide To APA Style*. (7th Edition). APA.
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Martins, M. (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. (2.^a versão). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre.
- Arriaga, M., Santos, B., Costa, A., Francisco, R., ..., & Freitas, G. (2021). *Níveis de Literacia em Saúde -Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Health Literacy Action Plan Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Assembleia da República [AR] (2019). Decreto-Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Aprovação da Lei de Bases da Saúde e revogação da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55-66. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Assembleia da República [AR]. (2015). *Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional - 2005*. Assembleia da República – Divisão de Edições. <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>
- Assembleia da República [AR] (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro: Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. *Diário da República*, I série-A, n.º 2, 14-36. <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>
- Associação Nacional de Municípios CaboVerdianos. (2020). *An Integrated Vision of Health*. <https://cidadessaudaveis.org/en/>
- Associação Portuguesa Para a Promoção da Saúde Pública [APPSP]. (2022, Nov 15). *XXVI Encontro Nacional - 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais*. Youtube. <https://www.youtube.com/@appsp4605>
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F. D., & Ávila, P. (1996). *A literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Fundação Calouste Gulbenkian. http://www.apcep.pt/docs/livro_benavente.pdf
- Biscaia, A. & Heleno, L. (2016). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-713. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2.ª ed.) Santos Editora.
- Câmara Municipal do Seixal [CM]. (2022, Abr 08). *Ciclo de Conversas Com a Saúde*. <https://www.cm-seixal.pt/noticia/ciclo-conversas-com-saude-esta-de-volta>

- Câmara Municipal do Seixal [CM]. (2021). Enquadramento e Mobilidade Territorial. *Seixal à Lupa - Diagnóstico Social do Seixal* (pp. 1-22). CM. https://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/1.a_revisao_do_diagnostico_social_do_seixal_-_capitulo_1_atualizacao.pdf
- Câmara Municipal do Seixal [CM]. (2020). Indicadores e Respostas de Saúde no Concelho do Seixal. *Seixal à Lupa - Diagnóstico Social do Seixal* (pp. 1-134). CM. https://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/1.a_revisao_do_diagnostico_social_do_seixal_-_capitulo_6_atualizacao.pdf
- Câmara Municipal do Seixal. (2017a). Estrutura Habitacional no Município do Seixal. *Seixal à Lupa - Diagnóstico Social do Seixal* (pp. 1-74). https://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/capitulo3_estrurahabitacionalmunicipioseixal_0.pdf
- Câmara Municipal do Seixal. (2017b). Ambiente no Concelho do Seixal. *Seixal à Lupa - Diagnóstico Social do Seixal* (pp. 1-17). https://www.cm-seixal.pt/sites/default/files/documents/capitulo5_ambienteconcelhoseixal.pdf
- Canhestro, A. M. (2018). *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo* [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/34565>
- Conselho da Europa [CE]. (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168046253d>
- Cunha, G., Martins, M., Sousa, R., & Oliveira, F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias de Saúde*. Lidel.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for future studies. <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Dias, S., Marques, M., Gama, A., Pedro, A., Barreiros, F., Mendonça, J., Loureiro, I., & Fernandes, A. (2021). *Literacia em Saúde em Populações Migrantes – Necessidades em saúde, acesso, compreensão, utilização da informação e dos serviços*. Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/09/literacia-em-saude-promocao-da-saude-e-coesao-social-em-populacoes-migrantes-protected-small.pdf>

- Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*. (1.ª ed.). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.] <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Do Ó, D.N., Goes, A.R., Elsworth G., Raposo J.F., Loureiro I., & Osborne R.H. (2022). Cultural Adaptation and Validity Testing of the Portuguese Version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *International Journal of Environmental Research Public Health*, 19, (11), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116465>
- Drew, C., van Duivenbaoden, J. & Bonnefoy, X. (2000). *Environmental health services in Europe 5: Guidelines for evaluation of environmental health services*. World Health Organization. [Environmental health services in Europe 5: guidelines for evaluation of environmental health services \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289103111)
- Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa [ENSP-UNL]. (2022, Set 22). *Literacia em Saúde: da evidência científica à ação*. <https://www.ensp.unl.pt/literacia-em-saude-da-evidencia-cientifica-a-acao/>
- Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa [ENSP-UNL]. (2021, Out 06). *Literacia em Saúde, Promoção da Saúde e Coesão Social em Populações Migrantes*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=8TCViLsAWXs>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://www.academia.edu/21502281/ILS_PT_Inqu%C3%A9rito_%C3%A0_Literacia_em_Sa%C3%BAde_Portugal
- Figueiredo, M. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Sabooks Editora.
- Fonseca, M. L., Esteves, A., Malheiros, J. & McCarrigle, J. (2013). Habitação, imigração e integração sócio-territorial: notas e reflexões a partir do caso da Região do Algarve. In L. Fonseca, P. Góis, J. C. Marques, & J. Peixoto (Eds.), *Migrações na Europa e em Portugal – Ensaios de Homenagem a Maria Ioannis Baganha*, (pp.123-158). Almedina.

- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Hawkins M., Massuger W., Cheng C., Batterham R., Moore T., Knowles S., Nadarajah, R., Raven, I. & Osborne R.H. (2021). Codesign and implementation of an equity-promoting national health literacy programme for people living with inflammatory bowel disease (IBD): A protocol for the application of the Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process. *BMJ Open*, 11 (8), 1-9. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/8/e045059.full.pdf>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023a). *Área Metropolitana de Lisboa em Números - 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66323279&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023b). *População empregada por conta de outrem por Localização geográfica e Sector de atividade económica*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023c). *Estatísticas Demográficas - 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023d, Mai 09). *Taxa de Desemprego (Série 2021 - %)*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0010704&lingua=PT
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022a, Nov 23). *Recenseamento da população e habitação - Censos 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011628&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022b). *Pensionistas da segurança social por Local de residência e Tipo de pensão*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022c, Nov 23). *Densidade populacional por Local de residência à data dos Censos 2021 e Sexo*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011613&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022d). *Censos 2021 Resultados Definitivos Principais Indicadores*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022e, Set 24). *População estrangeira com estatuto legal de residente por Local de Residência e Nacionalidade*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010247&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022f, Jul 29). *Enfermeiras/os e Médicas/os por 1000 habitantes* (Nº). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- International Council of Nurses [ICN]. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (Edição Portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/relacoesinternacionais/Documents/Organizacoes_Internacionais/ICN/Kit_DIE_2008.pdf
- International Organization for Migration. [IOM] (2021). *World Migration Report 2022*. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- International Organization for Migration. [IOM] (2020). *IOM Institutional Strategy on Migration and Sustainable Development*. <https://publications.iom.int/books/iom-institutional-strategy-migration-and-sustainable-development>
- International Organization for Migration. [IOM] (2019). *Glossary on Migration*. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>
- Kayser, L.; Karnoe, A., Furstrand, D.; Batterham, R., Christensen, K.B., Elsworth, G. & Osborne, R.H. (2018). A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *Journal of Medical Internet Research*, 20 (2), 1-11. <https://doi.org/10.2196/jmir.8371>

- Kaur, H., Saad, A., Magwood, O., Alkhateeb, Q., Mathew, C., Khalaf, G., & Pottie, K. (2021). Understanding the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: a systematic review using GRADE-CERQual. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9 (2), E681-E692. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200109>
- Kickbusch, I.; Wait, S. & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre – UK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>
- Laverack, G. (2022). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Laverack, G. (2005). Using a ‘domains’ approach to build community empowerment. *Community Development Journal*, 41(1), 4-12. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi038>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2021). *Promover a Saúde Dos fundamentos à ação*. (3.^a Edição Revista e Atualizada). Edições Almedina SA.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7.^a ed.). ReportNumber.
- Martins, J., San-Bento, A., Leite, P., Alves R., & Machado, R. (2017). *Plano Local de Saúde Almada e Seixal 2017-2020*. Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal.
- Medina, P., Maia, A., & Costa, A. (2022). Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care. *Frontiers in Public Health*, 9 (798222), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.798222>
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1.^a ed.). Lidel.
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro: Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 38, 1182-1189. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho: Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.^a série-A, n.º 109, 3856-3865. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática*. (1.ª ed.). Lidel.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://www.researchgate.net/publication/303686244_Consideracoes_eticas_a_atender_nos_trabalhos_de_investigacaoacademica_de_enfermagem#fullTextFileContent
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2022). *E Agora? - Relatório de Primavera 2022*. OPSS. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development/ European Union [OECD/EU] (2018). *Settling In 2018: OECD Indicators of Immigrant Integration*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264307216-en>
- Oliveira, C., (2022). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2022*. (1.ª ed). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.]. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatorio+Estatistico+Anual+-+Indicadores+de+Integracao+de+Imigrantes+2022.pdf/eccd6a1b-5860-4ac4-b0ad-a391e69c3bed>
- Oliveira, C., (2021). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021*. (1.ª ed). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.]. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2021.pdf/e4dd5643-f282-4cc8-8be1-92aa499bb92f>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 118, 16481-16486.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2018). *Projecto de Estratégia Mundial da OMS sobre a Saúde, o Meio Ambiente e as Alterações Climáticas*.
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-10/AFR-RC68-12%20Estrat%C3%A9gia%20Mundial%20da%20OMS%20sobre%20mudan%C3%A7as%20clim%C3%A1ticas_0.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. OMS.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=205
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2019). Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2018. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/452/03/PDF/N1845203.pdf?OpenElement>
- Osborne, R. (2022). *Swinburne University of Technology Questionnaires Frequently Asked Questions*. Swinburne University of Technology.
- Osborne, R., Batterham, R., Elsworth, G., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13 (658), (1-17).
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-658.pdf>
- Padilla, B. (2013). Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21 (40), 49-68.
<https://www.scielo.br/j/remhu/a/YdNVZKD8wtn4bsZhDQmz4Pk/?format=pdf&lang=pt>

- Parlamento Europeu [PE]. (2020, Out 01). *A Migração na Europa*. PE. <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20170629STO78632/a-migracao-na-europa>
- Parlamento Europeu [PE]. (2021, Jan 08). *Relatório sobre o acesso a uma habitação digna e a preços acessíveis para todos*. PE. [RELATÓRIO sobre o acesso a uma habitação digna e a preços acessíveis para todos | A9-0247/2020 | Parlamento Europeu \(europa.eu\)](https://www.europarl.europa.eu/press-room/1234567890/relatorio-sobre-o-acesso-a-uma-habitacao-digna-e-a-precos-acessiveis-para-todos)
- Pedro, A. R. Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259-275. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/22883/1/v34n3a07%20-%20Literacia%20em%20sa%20c3%bade%2c%20dos%20dados%20c3%a0%20a%20c3%a7%20c3%a3o.pdf>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6.^a ed.). Pearson Education Limited.
- Plataforma Local para a Integração de Migrantes [PLIM]. (2023). *Rede CLAIM*. <https://plim.acm.gov.pt/contactos/contactos-rede-claim>
- PORDATA. (2023a). *Densidade Populacional*. <https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452>
- PORDATA. (2023b). *População residente: por grupo etário segundo os Censos*. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario-19>
- PORDATA. (2023c). *Índice de Dependência Total*. <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+dependencia+total-459>
- PORDATA. (2023d). *População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo*. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+em+percentagem+da+populacao+residente+total+e+por+sexo-363>
- PORDATA. (2023e). *População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. [https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(p+ercentage\)-380](https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+com+15+e+mais+anos+segundo+os+censos+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(p+ercentage)-380)

PORDATA. (2023f). *Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional.*

[https://www.pordata.pt/municipios/desempregados+inscritos+nos+centros+de+emprego+e+de+formacao+profissional+\(media+anual\)+total+e+por+tipo+de+desemprego-229](https://www.pordata.pt/municipios/desempregados+inscritos+nos+centros+de+emprego+e+de+formacao+profissional+(media+anual)+total+e+por+tipo+de+desemprego-229)

PORDATA. (2023g). *Conheça o seu município.* <https://www.pordata.pt/Municipios>

PORDATA. (2023h). *Segurança Social - Beneficiários.* <https://www.pordata.pt/subtema/municipios/seg.+social+++beneficiarios-240>

PORDATA. (2023i). *Óbitos por algumas causas de morte (%).* [https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)

PORDATA. (2022a). *População residente: total e por grandes grupos etários (%).* [https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+\(percentagem\)-726](https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+(percentagem)-726)

PORDATA. (2022b). *Taxa Bruta de Natalidade.* <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366>

PORDATA. (2022c). *Taxa Bruta de Mortalidade.* <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+mortalidade-367>

PORDATA. (2022d). *Resíduos urbanos: total e por tipo de operação de destino.* <https://www.pordata.pt/municipios/residuos+urbanos+total+e+por+tipo+de+operacao+de+destino-67>

PORDATA. (2022e). *Índice de Envelhecimento e outros indicadores segundo os Censos.* <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>

Portugal, Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.* DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf

Portugal, Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.* DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Portugal, R., Nunes, A. B. & Andrade, C. (2017). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde.* Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>

- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2020). Resolução do Conselho de Ministros n.º 52A/2020 de 1 de julho: *Diário da República*, 1.ª série, n.º 126, 2-5. <https://files.dre.pt/1s/2020/07/12601/0000200005.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto: Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Programa Nacional para a Saúde Escolar & Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2023). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*. Direção-Geral da Saúde [DGS]. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-de-vigilancia-e-monitorizacao-da-tuberculose-em-portugal-de-2022-pdf.aspx>
- Rede Europeia de Municípios Saudáveis. (2015). *Municípios Saudáveis*. <http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis#c>
- Rodrigues, A. & Felício, M. M. (2017). *Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governança Clinca e de Saúde.pdf>
- Santa Casa da Misericórdia [SCM], (2022). *O Bairro da Quinta das Lagoas – Rua C*. <https://www.scmseixal.pt/sta-marta-de-corroios/>
- Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro: Aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário da República*, 2.ª série, nº 187, 96-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Sefstat Portal de Estatística. (2021, Jun, 23). *Estrangeiros residentes em: Seixal/ Setúbal*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://sefstat.sef.pt/forms/Setubal.aspx>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF]. (2022). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. SEF. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfing.pdf>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF]. (2021). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. SEF. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2020.pdf>

- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Distribuição das inscrições nos CSP. Pirâmide etária dos utentes inscritos.* <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* (7.ª ed.). Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.* (1.ª ed.). Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação n.º 2.* (2.ª ed.). Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem.* (5.ªed.) Lusociência.
- Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal. (s.d.a). *Missão, Visão e Valores.* <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/missao-visao-e-valores?authuser=0>
- Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal. (s.d.b). *Carteira de serviços.* <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/carteira-de-servicos?authuser=0>
- United Nations. (2017). Universal Declaration of Human Rights. United Nations Publication. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations Regional Information Centre [UNRIC]. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 Objetivos para transformar o nosso Mundo.* UNRIC. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento.* (3.ª ed.) Edições Sílabo.
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sorensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78 (1), 81-95. <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>

World Health Organization [WHO]. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

World Health Organization [WHO]. (2010). *Health of migrants: the way forward: report of a global consultation*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde

Caraterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde

Participante n.º _____

Pretendemos conhecer melhor a sua perceção sobre a saúde e sobre as condições ambientais do Bairro.

Pedimos que leia atentamente cada pergunta e assinale a sua resposta.

Não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas serão bem-vindas.

1. Género

- Masculino Feminino Outro: _____

2. Idade

- 18-24 anos 25-64 anos Mais de 65 anos

3. Qual o seu país de nascimento? _____

3.1. Se nasceu em Portugal, tem ascendentes estrangeiros?

- Sim Não

3.1.1. Se respondeu sim, qual? _____

4. Há quanto tempo reside em Portugal?

- Menos de 1 ano
 1-5 anos
 6-9 anos
 Mais de 10 anos

5. Há quanto tempo reside no Bairro?

- Menos de 1 ano
 1-5 anos
 6-9 anos
 Mais de 10 anos

6. Qual o seu estatuto de migração?

- Regular
 Irregular
 Em processo de regularização

7. Indique o número de elementos do Agregado Familiar. _____

8. Qual o grau de escolaridade que apresenta?

- Nenhum
- 1.º ciclo
- 2.º e 3.º ciclo
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

9. Qual a sua situação perante o trabalho?

- Estudante
- Desempregado
- Trabalhador a tempo parcial
- Trabalhador a tempo completo
- Reformado
- Outra: _____

10. Quantas divisões tem a sua habitação? _____

11. As divisões da sua habitação têm janela ou outra forma de arejamento?

- Nenhuma
- Algumas
- Quase todas
- Todas

12. As divisões da sua habitação são iluminadas?

- Nenhuma
- Algumas
- Quase todas
- Todas

13. A sua habitação dispõe de:

- Rede de abastecimento de água?
- Rede de esgotos domésticos?
- Rede de eletricidade?
- Nenhuma das anteriores

14. Se a sua habitação dispõe das instalações atrás referidas, estas foram executadas:

- Por mim/ familiar ou amigo

- Por empresa
- Já existiam quando para aqui vim

15. A sua habitação apresenta sinais de humidade, como manchas de bolor e/ou cheiro a mofo?

- Sim
- Não

16. No Verão o calor no interior da sua habitação é superior ao que se sente no exterior?

- Sim
- Não

16.1 Se respondeu sim, que equipamentos utiliza para melhorar a temperatura ambiente?

- Ventoinha
- Ar condicionado
- Outra: _____

17. No Inverno sente frio no interior da sua habitação?

- Sim
- Não

17.1 Se respondeu sim, que aquecimentos utiliza para melhorar a temperatura ambiente?

- Mantas e agasalhos
- Braseira
- Aquecedor elétrico/ a óleo
- Aquecedor a gás
- Outra: _____

18. Onde despeja o lixo que produz em casa?

- Contentor Público
- Lixeira em terreno livre
- Queimada
- Outra: _____

19. No interior da sua casa já teve alguma infestação por insetos e/ou roedores?

- Sim
- Não

19.1 Se sim, como tratou? _____

20. Na sua opinião, quais os três principais problemas de ordem ambiental que identifica no seu bairro?

21. Como avalia as condições de segurança ambiental e de conforto do seu bairro?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito mau	<input type="radio"/>	Muito bom										

22. E da sua habitação?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito mau	<input type="radio"/>	Muito bom										

23. Tem conhecimento dos riscos para a saúde que resultam da exposição a:

	Sim	Não	Não sei	Não quero responder
Esgotos a céu aberto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Águas paradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lixeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Já alguma vez experienciou situações de doenças como:

- Náuseas/ Vômitos
- Diarreia
- Sangue nas fezes
- Lombrigas ou outros parasitas
- Febre da carraça
- Sensação de Falta de Ar
- Alergias
- Ansiedade e/ou Depressão
- Outra: _____

25. Já alguma vez sofreu um choque elétrico no bairro ou na sua habitação?

- Sim Não

26. Como avalia o seu estado de saúde?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito mau	<input type="radio"/>	Muito bom										

27. Tem doenças crónicas?

- Sim Não

27.1 Se sim, quais?

- Diabetes
 Hipertensão
 Asma
 Outra: _____

28. Sentiu necessidade de cuidados de saúde:

- No último ano
 Há mais de um ano
 Nunca

29. Se sentiu necessidade de cuidados de saúde, onde recorreu?

- Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde)
 Serviços de urgência hospitalares
 Serviços privados
 Não recorreu a nenhum serviço de cuidados de saúde
 Não conseguiu ter acesso a cuidados de saúde
 Pessoa de confiança
 Outra: _____

30. Se não conseguiu ter acesso a cuidados de saúde, qual o motivo?

- Não ter número de Utente
 Estatuto de migração
 Não saber como fazer
 Barreiras linguísticas
 Dificuldades financeiras
 Medo
 Dificuldade em se deslocar
 Outra: _____

31. Teve dificuldade em responder a algumas das perguntas do questionário?

- Sim Não

31.1 Se sim, qual ou quais? _____

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice II – **Modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia³⁷ e a Convenção de Oviedo³⁸

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

Título do estudo: “Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal sobre a Prevenção de Riscos associados às questões Ambientais e o Acesso aos Cuidados de Saúde”

Enquadramento: O presente estudo insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrada no 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], ACES [REDACTED], sob orientação científico-pedagógica da Professora [REDACTED] e da Enfermeira Especialista [REDACTED].

Explicação do estudo: Encontramo-nos a desenvolver um estudo no [REDACTED] sobre a perceção e o comportamento da população migrante e descendentes, sobre o acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal e sobre os riscos associados ao Ambiente. Neste contexto, estamos a convidá-lo a participar neste estudo através da resposta a um questionário, de autopreenchimento ou com apoio das investigadoras. Este questionário, em formato de papel, é composto por três partes: Caracterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde, o *Health Literacy Questionnaire (HLQ)* e o eHLQ e demora aproximadamente 15 minutos a ser preenchido.

Não existem respostas certas ou erradas, o que pretendemos é conhecer melhor a sua perceção sobre a saúde e sobre as condições ambientais do Bairro [REDACTED]; a forma como procura e utiliza a informação sobre saúde, incluindo o recurso a tecnologias digitais e, ainda, como tem acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

³⁷http://portal.arsnorte.minaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

³⁸<https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>

Condições e financiamento: A participação no estudo é de carácter voluntário e gratuito, não havendo pagamentos ou contrapartidas. Os participantes podem, a qualquer momento, recusar participar ou abandonar o estudo, não existindo consequências associadas.

Confidencialidade e anonimato: Serão garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação necessária à sua implementação, assim como o anonimato dos participantes. Os dados obtidos poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade.

Agradecemos antecipadamente a participação e, em caso de dúvida, poderá contactar:

Enfermeira Rosa Fernanda Pereira Gomes Machado (Telemóvel [210531066](tel:210531066)) e-mail: 210531066@estudantes.ips.pt

Assinatura das investigadoras:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CD Nº: _____. DATA OU VALIDADE: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Apêndice III – Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação

Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Orientadora Pedagógica: Professora Isaura Serra
Orientadora Clínica: [REDACTED]

Literacia em Saúde de uma Comunidade Migrante

Prevenção de Riscos Associados às questões ambientais e Acesso aos Cuidados de Saúde

[REDACTED]
Rosa Machado
janeiro de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DR. JOÃO DE DEUS

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde
Portugal

Escola Superior de Saúde
Portugal

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Objetivos

Divulgar os resultados do Diagnóstico de Situação

Validar os resultados do Diagnóstico de Situação

Apresentar o Projeto de Intervenção Comunitária

Diagnóstico de Situação



Caraterização do Contexto e População

Instrumento de Colheita de Dados

Resultados

Problemas

Diagnóstico de Situação

Caraterização do Contexto e População



O Bairro



Habitantes: 778

Casas: 193

Nº de Agregados: 266

Média por Agregado: 4

570 adultos

Diagnóstico de Situação

Caraterização do Contexto e População



(Santa Casa da Misericórdia [SCM], 2022)

Diagnóstico de Situação



Diagnóstico de Situação

Considerações Éticas



Consentimento Informado, livre e esclarecido



Parecer favorável do ACeS e ARS LVT

Licenciamento de HLQ e eHLQ



Diagnóstico de Situação

Instrumento de Colheita de Dados



Caraterização
Sócio-demográfica, Ambiental
e de Saúde

Questionário de
Literacia em Saúde
(HLQ)

Questionário de
Literacia em Saúde
Digital (eHLQ)

Diagnóstico de Situação

Amostra

Crítérios:

Inclusão

- População migrante e descendentes residentes no BSM
- Idade igual ou superior a 18 anos
- Que aceite participar no estudo de livre vontade através do consentimento informado, livre e esclarecido

Exclusão

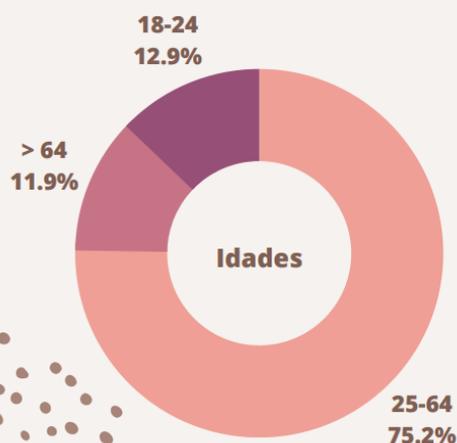
- Que não falem ou compreendam a língua portuguesa ou inglesa

101 participantes

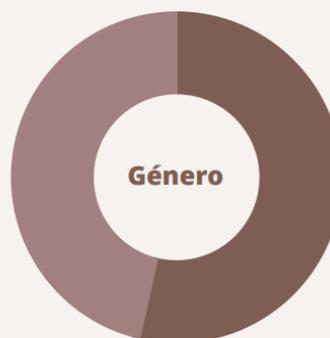


Diagnóstico de Situação

Resultados



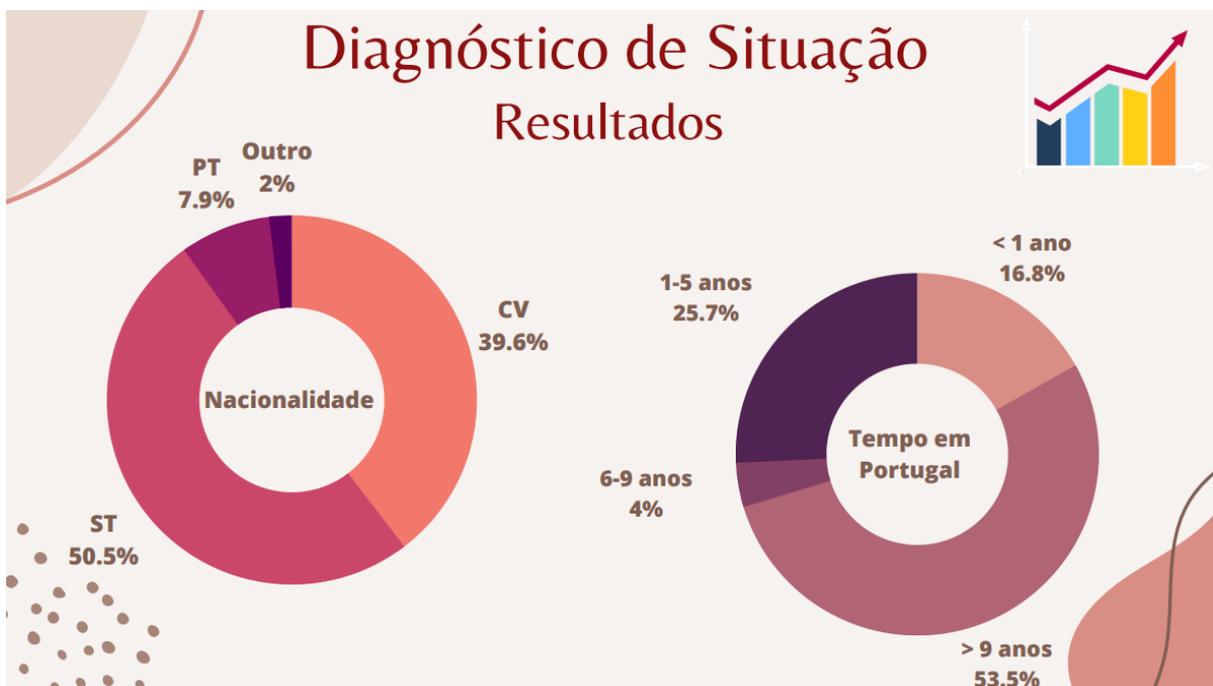
Masculino
46.5%



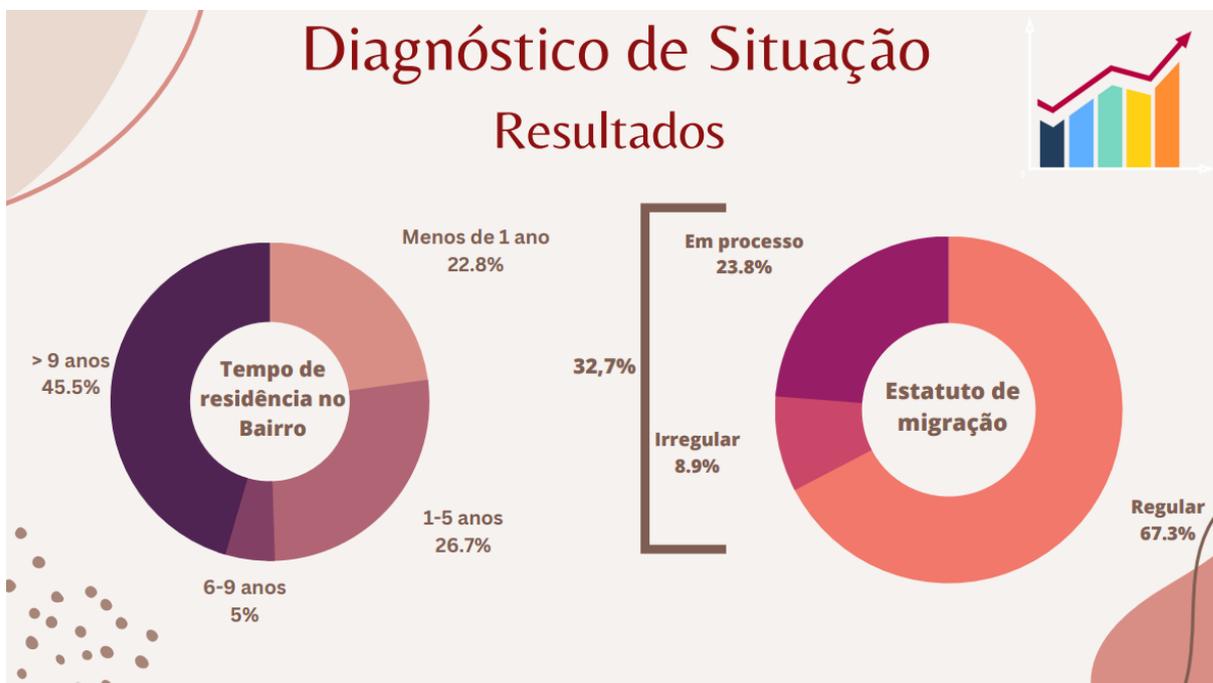
Feminino
53.5%

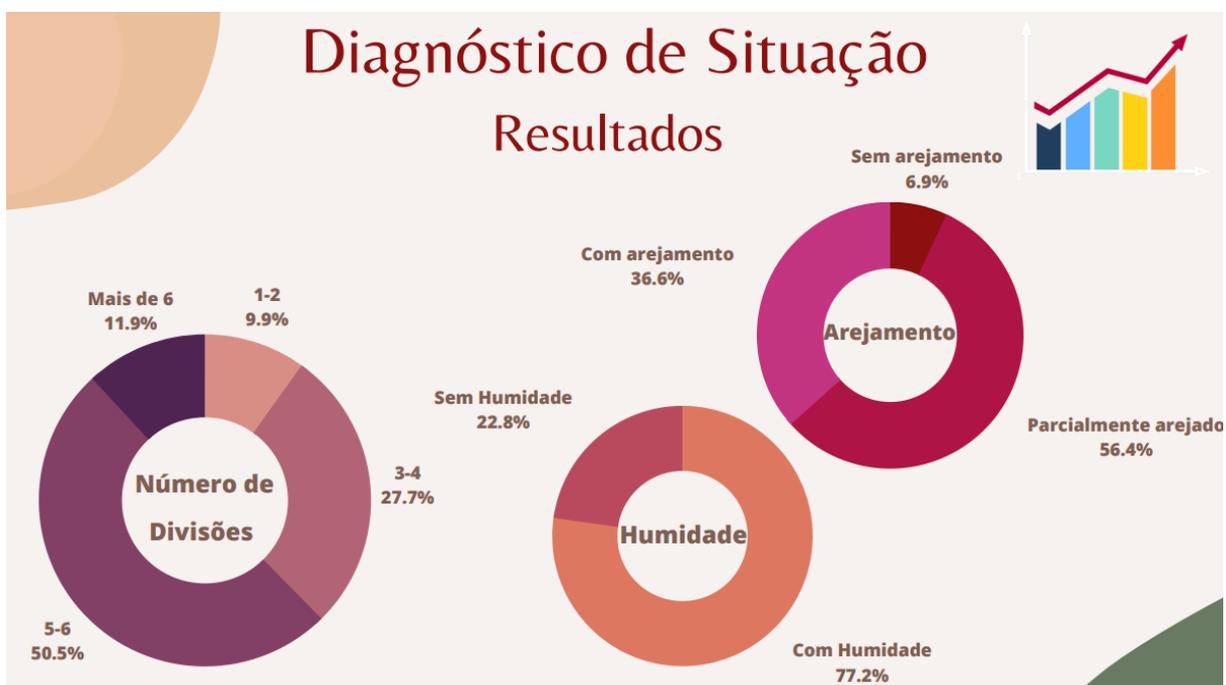
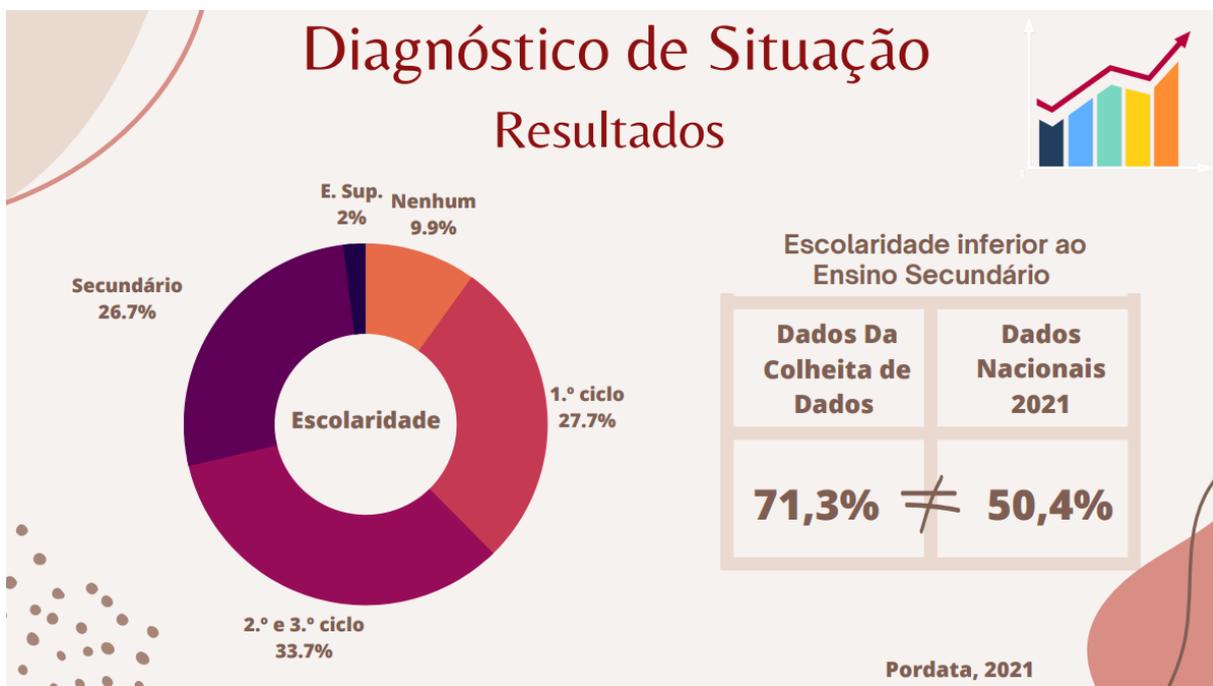


Diagnóstico de Situação Resultados

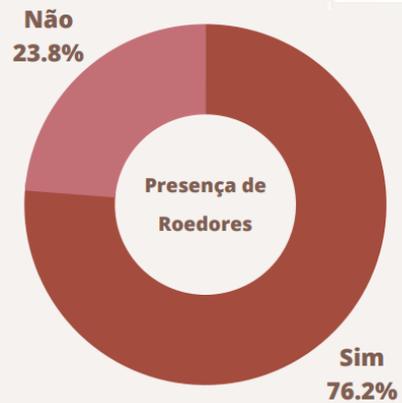


Diagnóstico de Situação Resultados

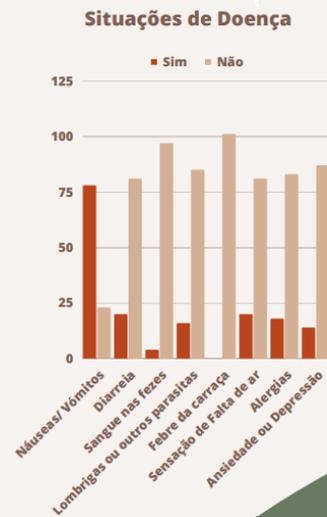
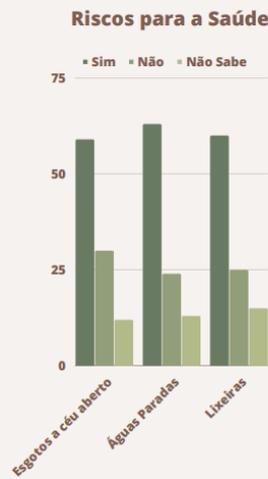
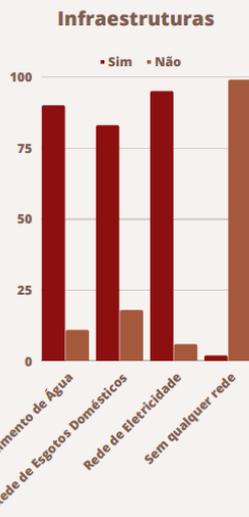




Diagnóstico de Situação Resultados



Diagnóstico de Situação Resultados



Resultados

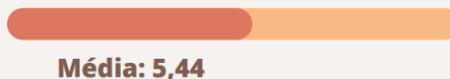


Como avalia ...

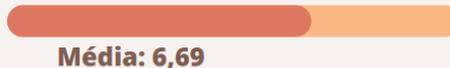
...as condições de segurança e conforto no seu bairro?



...as condições de segurança e conforto na sua habitação?

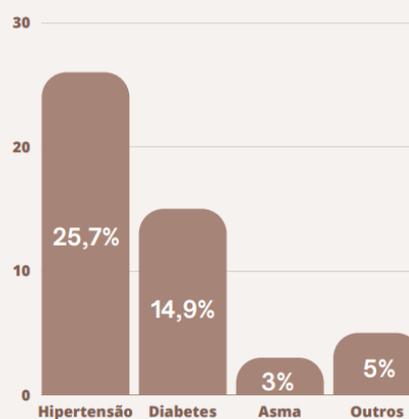
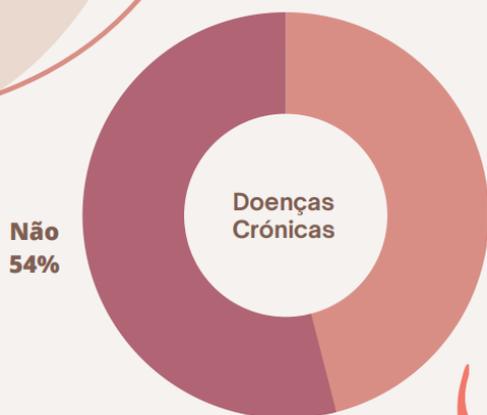


...o seu estado de saúde?

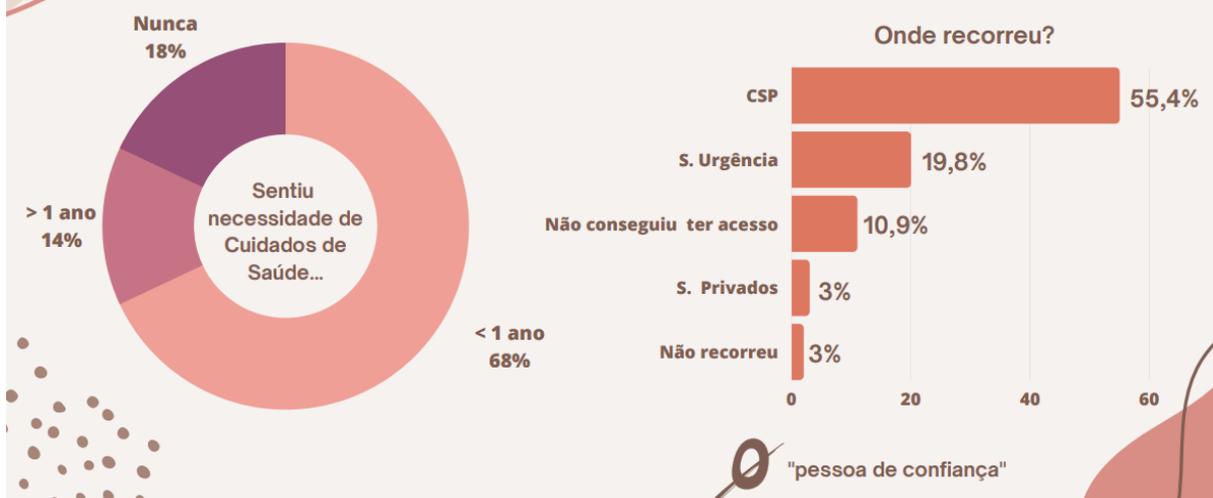


Diagnóstico de Situação

Resultados



Diagnóstico de Situação Resultados



Diagnóstico de Situação Resultados





Diagnóstico de Situação

Problemas

1	Baixos níveis de literacia em saúde
2	Exposição a riscos ambientais
3	Sentimentos de pouco apoio e compreensão por parte dos profissionais de saúde
4	Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde
5	Vulnerabilidade social
6	Baixos níveis de literacia digital em saúde

Preparação Operacional

Atividades

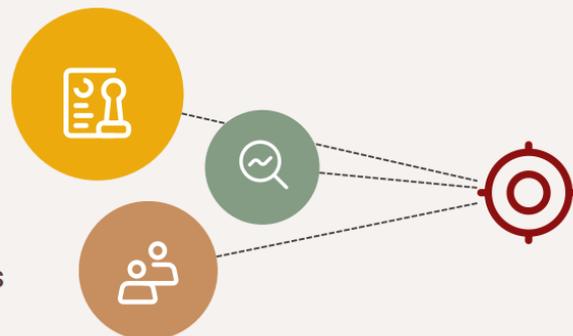


Avaliação e Monitorização

Cumprimento dos Indicadores

Follow-up

Assegurar a continuidade das parcerias



Obrigada!

Referências Bibliográficas

- Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa [ENSP-NOVA]. (2021, Out 6). Literacia em Saúde, Promoção da Saúde e Coesão Social em Populações Migrantes. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=8TCVLSAWXs>
- International Organization for Migration. (2019). Glossary on Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>
- International Organization for Migration. (2021). World Migration Report 2022. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas.
- Medina, P., Maia, A., & Costa, A. (2022). Health Literacy and Migrant Communities in Primary Health Care, 9 (798222), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.798222>
- Melo, P. (2020). Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (1ª ed.). Lidel
- Oliveira, C., (2021). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021. (1.ª ed). Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP). <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2021.pdf/e4dd5643-f282-4cc8-8be1-92aa499bb92f>
- Oliveira, C., & Gomes, N. (2018). Migrações e Saúde em números: o caso português. Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP). <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/440932/Caderno+Estat%C3%ADstico+OM+%232+%E2%80%9CMigra%C3%A7%C3%B5es+e+Sa%C3%BAde+em+N%C3%BAmeros+-+o+caso+portugu%C3%AAs+E2%80%9D.pdf/f553a541-cb52-4036-bb31-46843ca4fdab>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nº 128/2011. Diário da República, 2.ª série, nº 35 (18 fev/2011). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Osborne, R., Batterham, R., Elsworth, G., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health, 13 (658), (1-17). <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-658.pdf>
- Padilla, B. (2013). Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 21, 49-68. <https://www.scielo.br/j/remhu/a/YdNVZKD8wtn4bsZhDQmz4Pk/?lang=pt>
- PORDATA. (2021). Conheça o seu município. <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health, 12 (1), 1-13. <http://doi:10.1186/1471-2458-12-80>
- Telo de Arriaga, M., dos Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Health Literacy Action Plan Portugal. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Telo de Arriaga, M., dos Santos, B., Costa, A., Francisco, R., ..., & Freitas, G. (2021). Níveis de Literacia em Saúde -Portugal. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sorensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. 78 (1), 81-95. <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>
- World Health Organization [WHO]. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

Apêndice IV – Flyer alusivo à divulgação do Programa Educativo e do Bootcamp de Literacia em Saúde

Flyer alusivo à divulgação do Programa Educativo e do Bootcamp de Literacia em Saúde



PROGRAMA EDUCATIVO

Enfermeira Rosa Machado

TEMAS

CONSCIENCIALIZAÇÃO AMBIENTAL
RISCOS AMBIENTAIS - HABITAÇÃO
RISCOS AMBIENTAIS - SANEAMENTO BÁSICO
RISCOS AMBIENTAIS - ELETRICIDADE

Dia 28 de janeiro de 2023
Horário: 9h30 às 17h30
Local: Centro Comunitário

A sua presença é muito importante.

JUNTE-SE A NÓS!





BOOTCAMP DE LITERÁCIA EM SAÚDE

ENFERMEIRA MESTRANDA
ROSA MACHADO

29 de janeiro de 2023
das 9h às 13h30
Centro Comunitário



RISCOS AMBIENTAIS

PROGRAMA

09H00 - 09H30

**Acolhimento do Grupo de
Dinamizadores do Bairro**

09h30 - 10h00

**Saúde Ambiental
Riscos Ambientais**

10h00 - 10h30

Intervalo

10h30 - 11h30

**Doenças relacionadas
Ações a desenvolver**

12H00 - 13H30

Almoço Convívio



Apêndice V – Planos das sessões realizadas no âmbito do Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

TEMA	“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais” Sessão educativa 1: Consciencialização Ambiental				
DESTINATÁRIOS	Grupo de Dinamizadores do Bairro			DURAÇÃO PREVISTA	60 minutos
LOCAL	Centro Comunitário	DATA	28/01/2023	HORA	09:30
FORMADOR:	Enfermeira Mestranda Rosa Machado				
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a temática associada aos Riscos Ambientais para a Saúde				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Divulgar os resultados do diagnóstico de situação Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para os problemas identificados Reconhecer a importância da Saúde Ambiental Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o impacto dos fatores ambientais na saúde				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Acolhimento do grupo de dinamizadores Apresentação do formador e formandos Apresentação do tema	Dinâmica de Grupo	Diálogo com os formandos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	Resultados do diagnóstico de situação Problemas identificados A importância da Saúde Ambiental Os vários fatores de Risco Ambiental	Expositivo e participativo	Apresentação de diapositivos Visualização de vídeo	Computador PowerPoint® Videoprojetor	40 minutos
CONCLUSÃO	Síntese da sessão Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e participativo	Colocação de questão	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
AVALIAÇÃO	A realizar no final do Programa Educativo				

Fonte: Elaboração Própria

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

TEMA	“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais” Sessão Educativa 2: Riscos de natureza ambiental – Habitação				
DESTINATÁRIOS	Grupo de Dinamizadores do Bairro			DURAÇÃO PREVISTA	60 minutos
LOCAL	Centro Comunitário	DATA	28/01/2023	HORA	11:00
FORMADOR:	Enfermeira Mestranda Rosa Machado				
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados à habitação				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Identificar os elementos constituintes da habitação associados a riscos de natureza ambiental para a saúde Reconhecer a existência de doenças quando na presença de riscos de natureza ambiental relacionados com a habitação Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na melhoria das condições habitacionais				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema e conteúdos a abordar	Expositivo	Diálogo com os formandos Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	Riscos Presentes Impacto das condições habitacionais na saúde Estratégias para melhorar o dia-a-dia	Expositivo e participativo	Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	40 minutos
CONCLUSÃO	Síntese da sessão Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e participativo	Colocação de questões	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
AVALIAÇÃO	A realizar no final do Programa Educativo				

Fonte: Elaboração Própria

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

TEMA	“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais” Sessão Educativa 3: Riscos de natureza ambiental – Saneamento Básico				
DESTINATÁRIOS	Grupo de Dinamizadores do Bairro			DURAÇÃO PREVISTA	60 minutos
LOCAL	Centro Comunitário	DATA	28/01/2023	HORA	14:00
FORMADOR:	Enfermeira Mestranda Rosa Machado				
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados ao saneamento básico				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Identificar no âmbito do saneamento básico os fatores de risco de natureza ambiental para a saúde Reconhecer a existência de doenças cuja origem se pode situar em condições de saneamento básico deficitário Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na melhoria da situação existente				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema e conteúdos a abordar	Expositivo	Diálogo com os formandos Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
DESENVOLVIMENTO	Riscos Presentes Influência do saneamento básico na saúde Estratégias para melhorar o dia-a-dia	Expositivo e participativo	Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	40 minutos
CONCLUSÃO	Síntese da sessão Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e participativo	Colocação de questões	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
AVALIAÇÃO	A realizar no final do Programa Educativo				

Fonte: Elaboração Própria

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

TEMA	“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais” Sessão Educativa 4: Riscos de natureza ambiental – Eletricidade				
DESTINATÁRIOS	Grupo de Dinamizadores do Bairro			DURAÇÃO PREVISTA	60 minutos
LOCAL	Centro Comunitário	DATA	28/01/2023	HORA	15:30
FORMADOR:	Enfermeira Mestranda Rosa Machado				
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados aos perigos de natureza elétrica				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para os riscos existentes nas redes de alimentação de energia às habitações Reconhecer a existência dos perigos elétricos e seus efeitos para a saúde Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na eliminação dos riscos de natureza elétrica				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema e conteúdos a abordar	Expositivo	Diálogo com os formandos Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Riscos Presentes Consequência dos perigos de natureza elétrica na saúde Estratégias para melhorar o dia-a-dia	Expositivo e participativo	Apresentação de diapositivos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	20 minutos
CONCLUSÃO	Síntese da sessão Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e participativo	Colocação de questões	Computador PowerPoint® Videoprojetor	10 minutos
AVALIAÇÃO	Aplicação de questionário de conhecimentos sobre os conteúdos versados no Programa Educativo Aplicação de questionário de satisfação pessoal das sessões integradas no Programa Educativo				25 minutos

Fonte: Elaboração Própria

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

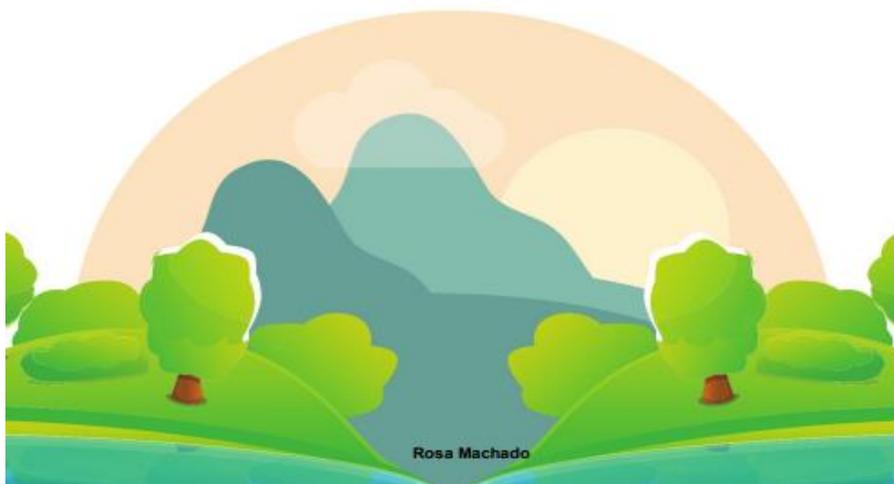
TEMA	“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais” Bootcamp de Literacia em Saúde				
DESTINATÁRIOS	Grupo de Dinamizadores do Bairro			DURAÇÃO PREVISTA	90 minutos
LOCAL	Centro Comunitário	DATA	29/01/2023	HORA	10:30
FORMADOR:	Enfermeira Mestranda Rosa Machado				
OBJETIVO GERAL	Refletir sobre as temáticas abordadas no Programa Educativo				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos de natureza ambiental para a saúde Promover a participação do Grupo de Dinamizadores do Bairro na elaboração do Dossier Pedagógico				
ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	Bootcamp - Programa	Expositivo	Diálogo com os formandos	Computador PowerPoint® Videoprojetor	15 minutos
DESENVOLVIMENTO	Saúde Ambiental Riscos Ambientais Doenças relacionadas Ações a desenvolver Contributos para o Dossier Pedagógico	Expositivo e participativo	Apresentação de diapositivos Debate de ideias	Computador PowerPoint® Videoprojetor	60 minutos
CONCLUSÃO	Síntese do evento Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e participativo	Colocação de questões	Computador PowerPoint® Videoprojetor	15 minutos
AVALIAÇÃO	Não aplicável				

Fonte: Elaboração Própria

Apêndice VI – Dossier Pedagógico

RISCOS AMBIENTAIS

DOSSIER PEDAGÓGICO



Riscos Ambientais – Dossier Pedagógico

ÍNDICE	
NOTA INTRODUTÓRIA	2
1 – PROGRAMA EDUCATIVO	3
1.1 – SESSÃO 1: CONSCIENCIALIZAÇÃO AMBIENTAL	4
1.2 – SESSÃO 2: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – HABITAÇÃO	17
1.3 – SESSÃO 3: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – SANEAMENTO BÁSICO	25
1.4 – SESSÃO 4: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – ELETRICIDADE	33
2 – BOOTCAMP DE LITERACIA EM SAÚDE	40
BIBLIOGRAFIA	47
APÊNDICES	49
Apêndice I – Minuta de Folha de Presenças	50
Apêndice II – Minuta de Plano de Sessão	52
Apêndice III – Questionário de Avaliação de Conhecimentos transmitidos	54
Apêndice IV – Certificado de Participação	56

NOTA INTRODUTÓRIA

Fatores de natureza ambiental podem comprometer a saúde dos indivíduos e também das comunidades onde estão integrados. Neste âmbito, a Literacia em Saúde constitui uma importante ferramenta para a capacitação das populações, dotando-as dos conhecimentos necessários para minimizar os efeitos destes riscos na saúde.

O presente documento foi elaborado visando apoiar as ações futuras do grupo de dinamizadores do bairro, constituindo um guia orientador das atividades a desenvolver junto da sua comunidade, em particular na realização de sessões educativas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e bem estar, numa perspetiva individual e coletiva.

Este dossier pedagógico integra, no seu conjunto, quatro sessões educativas, completadas por uma ação abrangente e intensiva, designada por Bootcamp de Literacia em Saúde. Como suporte à implementação destas atividades, constam igualmente em anexo, documentos relativos a folha de registo de presenças, plano de sessões educativas e questionário de conhecimentos adquiridos.

Da aplicação e utilização deste dossier, associado ao esforço e empenhamento do grupo de dinamizadores do bairro, espera-se contribuir para a promoção da Literacia em Saúde desta comunidade, em especial no que se refere aos riscos ambientais para a saúde.

1 – PROGRAMA EDUCATIVO

Mundialmente são reconhecidos vários desafios, destacando-se aqui os relacionados com a saúde e o meio ambiente, o que pode colocar em risco a sustentabilidade e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades onde residem. É por isso fundamental a adoção de intervenções que contribuam para a redução dos riscos ambientais para a saúde.

Este programa educativo foi assim pensado e desenhado com o objetivo de aumentar o nível de conhecimentos sobre os riscos ambientais para a saúde, e daí minimizar os seus efeitos. Com esta finalidade, o programa educativo contemplou quatro sessões associadas aos temas que a seguir descrevemos:

- Sessão 1: Consciencialização Ambiental
- Sessão 2: Riscos de natureza ambiental – Habitação
- Sessão 3: Riscos de natureza ambiental – Saneamento Básico
- Sessão 4: Riscos de natureza ambiental – Eletricidade

A estrutura e conteúdo deste programa educativo encontra-se devidamente pormenorizada nos subcapítulos que se seguem. Esta informação foi igualmente disponibilizada em suporte digital, para apoio futuro de atividades e intervenções a levar a cabo pelo Grupo de Dinamizadores do Bairro.

1.1 – SESSÃO 1: CONSCIENCIALIZAÇÃO AMBIENTAL

VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Unidade Curricular Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientadora Pedagógica: Professora Inaura Serra
Orientadora Clínica: [REDACTED]

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE UMA COMUNIDADE MIGRANTE

Prevenção de riscos associados às questões ambientais
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Enfermeira Rosa Machado
28 de janeiro de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Apresentação de hoje

CONSCIENCIALIZAÇÃO AMBIENTAL

4

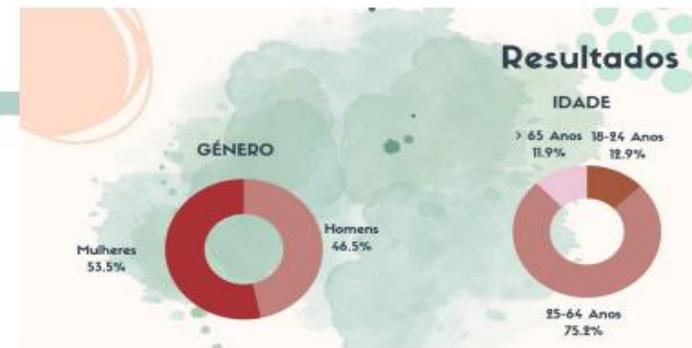
Objetivo Geral

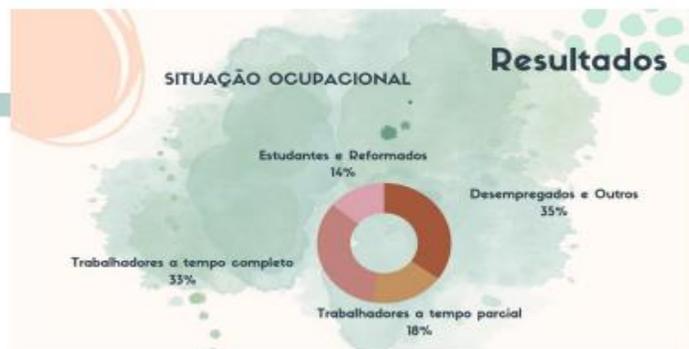
- 1 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a temática associada aos Riscos Ambientais para a Saúde

Objetivos Específicos

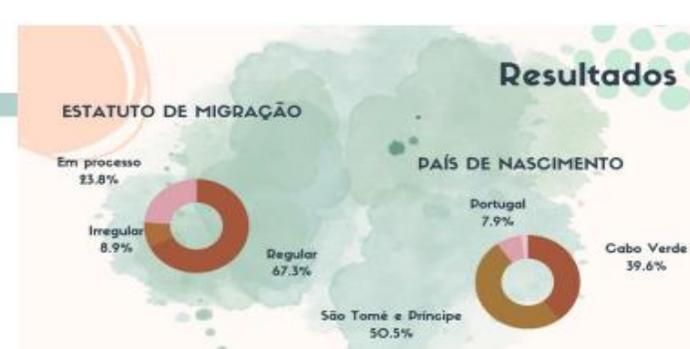
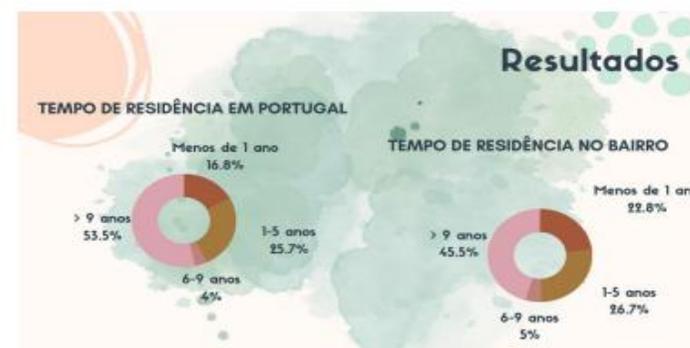
- 1 Divulgar os resultados do diagnóstico de situação
- 2 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para os problemas identificados
- 3 Reconhecer a importância da Saúde Ambiental
- 4 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o impacto dos fatores ambientais na saúde

5

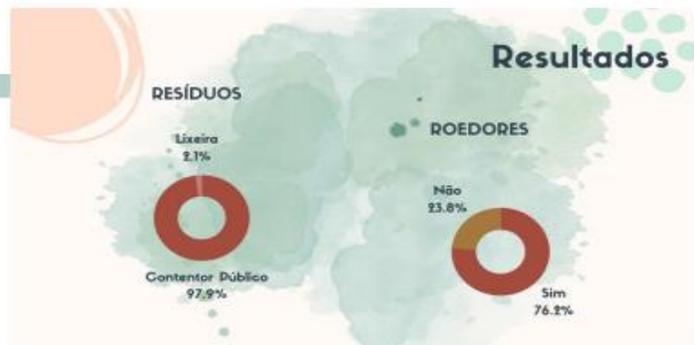
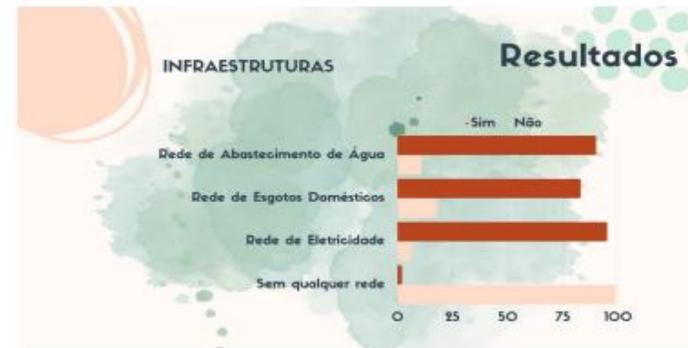
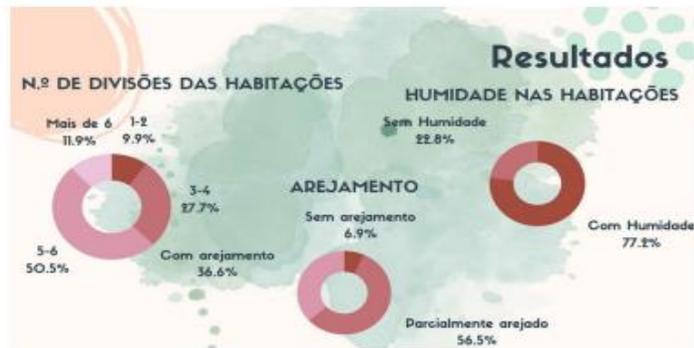


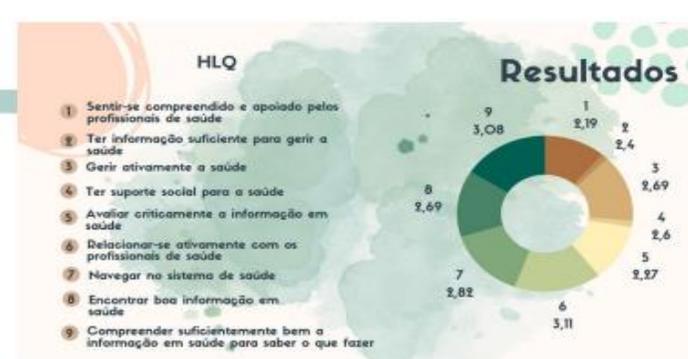
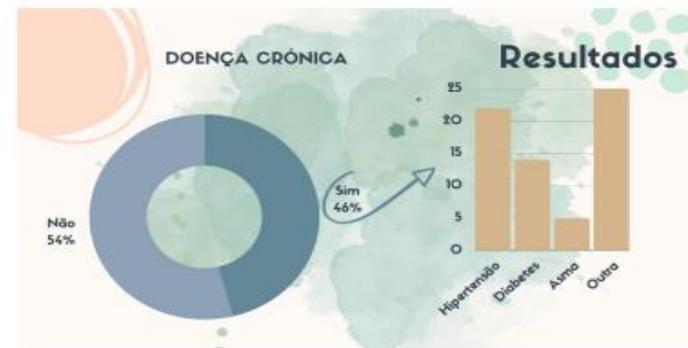
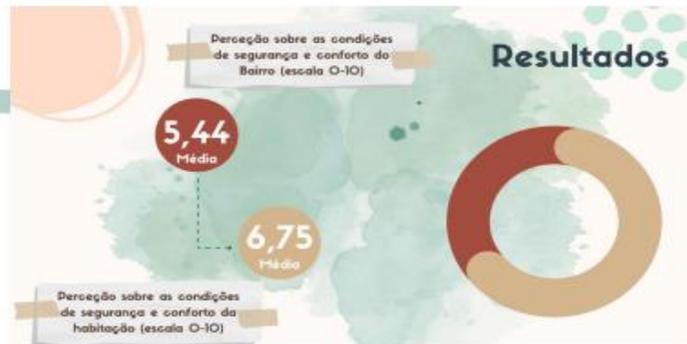


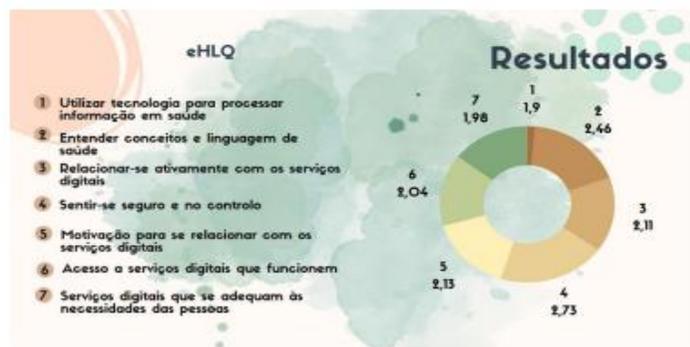
8



9







- ### Problemas
1. Baixos níveis de literacia em saúde ✓
 2. Exposição a riscos ambientais ✓
 3. Sentimentos de pouco apoio e compreensão dos profissionais de saúde
 4. Constrangimentos na procura, acesso e utilização dos cuidados de saúde
 5. Vulnerabilidade social
 6. Baixos níveis de literacia digital em saúde



Saúde Ambiental

Todos os aspetos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, são determinados por fatores do ambiente.

Drew et al., 2000



1.2 – SESSÃO 2: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – HABITAÇÃO

VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Unidade Curricular Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientadora Pedagógica: Professora Isaura Serra
Orientadora Clínica: [REDACTED]

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE UMA COMUNIDADE MIGRANTE

Prevenção de riscos associados às questões ambientais
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Enfermeira Rosa Machado
28 de janeiro de 2025



Apresentação de hoje

RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL
- HABITAÇÃO -



Objetivo Geral

- 1 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados à habitação



18

Objetivos Específicos

- 1 Identificar os elementos constituintes da habitação associados a riscos de natureza ambiental para a saúde
- 2 Reconhecer a existência de doenças quando na presença de riscos de natureza ambiental relacionados com a habitação
- 3 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na melhoria das condições habitacionais



Habitacões

CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Humidades e Bolores, Excesso de Frio,
Excesso de Calor, Materiais



19

IMPACTO NA SAÚDE

- PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
- ALERGIAS
- PELE E OLHOS IRRITADOS
- DEPRESSÃO E ANSIEDADE

HUMIDADES E BOLORES



IMPACTO NA SAÚDE

- PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS E CARDIOVASCULARES
- RISCO DE HIPOTERMIA
- AUMENTO DA TENSÃO ARTERIAL

EXCESSO DE FRIO



IMPACTO NA SAÚDE

- DESIDRATAÇÃO
- CAIBRAS
- GOLPE DE CALOR E ESGOTAMENTO
- DESCOMPENSAÇÃO DE DOENÇAS CRÓNICAS

EXCESSO DE CALOR



IMPACTO NA SAÚDE

- CANCRO DO PULMÃO
- CANCRO DO ESTÔMAGO
- CANCRO DOS INTESTINOS

MATERIAIS



MELHORAR O DIA-A-DIA



HUMIDADES E BOLORES

- FAVORECER A ENTRADA DE LUZ NATURAL
- PROMOVER VENTILAÇÃO ADEQUADA
- ELIMINAR INFILTRAÇÕES
- NÃO SECAR ROUPA NO INTERIOR DE CASA

22

MELHORAR O DIA-A-DIA



EXCESSO DE CALOR

- MANTER A CASA FRESCA
- ABRIR JANELAS DURANTE A NOITE
- USAR ROUPAS LARGAS E FRESCAS
- EVITAR EXPOSIÇÃO SOLAR ENTRE AS 11-17H
- AUMENTAR INGESTÃO DE LÍQUIDOS
- PREFERIR REFEIÇÕES LEVES

23

MELHORAR O DIA-A-DIA



EXCESSO DE FRIO

- MANTER A CASA QUENTE
- CALAFETAR PORTAS E JANELAS
- USAR ROUPAS QUENTES
- MANTER A PELE HIDRATADA
- PREFERIR SOPAS E BEBIDAS QUENTES

MELHORAR O DIA-A-DIA



MATERIAIS

- EVITAR A UTILIZAÇÃO DE FIBROCIMENTO E CHAPA METÁLICA SIMPLES NAS COBERTURAS
- UTILIZAR PAINÉIS “SANDUÍCHE”
- PINTAR COBERTURAS

DÚVIDAS?



Referências Bibliográficas

- Monteiro, M. (2021). *Pedagogia e Saúde: Pedagogia para Avaliação de Riscos para as Crianças*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Beira Interior. Disponível Digital em <https://hdl.handle.net/10468/65488>.
<https://hdl.handle.net/10468/65488>.pdf
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Comparison of WHO and other air quality standards 2021 update*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-ECM-2022-04>.
- World Health Organization (WHO). (2022b). *Sanitation safety planning: case-by-case management for safely managed sanitation systems*. WHO. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/sanitation-safety>.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health Promotion Library of 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289050084>.
- UN Habitat & World Health Organization (WHO). (2022). *Integrating health in urban and territorial planning: A handbook*. UN Habitat & WHO. <https://habitat.who.int/publications/i/item/9789211101370>.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization. (2020). *State of the World's Sanitation: An update on progress for better health, and environments, in schools and sanitation*. UNICEF & WHO. <https://www.unicef.org/wash>.
- World Bank, WHO, UNICEF & World Health Organization (WHO). (2020). *Health, Safety and Rights of Sanitation Workers: An Initial Assessment*. World Bank. <https://do.org/10.2478/9789289050084>.
- World Health Organization (WHO). (2021). *SAFETY and HEALTH working together A 'HOW TO' GUIDE FOR RESILIENT URBAN, RURAL PROGRAMS*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289050084>.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Guidelines on sanitation and health*. WHO. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/healthy-water-sanitation-and-health/sanitation-safety>.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Air 2018: Preventing disease through healthy environments*. Yachata, Jorgo. <https://www.yachata.com/health-topics/air2018>.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Environmental burden of disease associated with household air pollution for quantifying health impacts of selected heating fuels in the WHO European Region*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289051941>.

1.3 – SESSÃO 3: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – SANEAMENTO BÁSICO

VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Unidade Curricular Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Orientadora Pedagógica: Professora Isaura Sema
Orientadora Clínica: [REDACTED]

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE UMA COMUNIDADE MIGRANTE

Prevenção de riscos associados às questões ambientais
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Enfermeira Rosa Machado
29 de janeiro de 2023

RISCOS PRESENTES



-  **Habitacões**
-  **Água, Esgotos e Resíduos**
-  **Eletricidade**

Apresentação de hoje

RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL
- SANEAMENTO BÁSICO -



26

Objetivo Geral

- 1 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados ao saneamento básico
- 

Objetivos Específicos

- 1 Identificar no âmbito do saneamento básico os fatores de risco de natureza ambiental para a saúde
 - 2 Reconhecer a existência de doenças cuja origem se pode situar em condições de saneamento básico deficitário
 - 3 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na melhoria da situação existente
- 

27



Saneamento Básico

ÁGUA, ESGOTOS E RESÍDUOS

Abastecimento de Água
Saneamento e drenagem
Higiene, pragas e resíduos

IMPACTO NA SAÚDE

- DOENÇAS DIARREICAS/ GASTROINTESTINAIS
- INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS, DA PELE E OLHOS
- ANSIEDADE E DEPRESSÃO



ABASTECIMENTO DE ÁGUA

28

IMPACTO NA SAÚDE

- DOENÇAS DIARREICAS/ GASTROINTESTINAIS
- INFEÇÕES DA PELE
- ANSIEDADE E DEPRESSÃO



SANEAMENTO E DRENAGEM

IMPACTO NA SAÚDE

- DOENÇAS DIARREICAS/ GASTROINTESTINAIS
- ASMA E REAÇÕES ALÉRGICAS
- PARASITÓSES
- ANSIEDADE E DEPRESSÃO



HIGIENE, PRAGAS E RESÍDUOS

29

MELHORAR O DIA-A-DIA

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

- GARANTIR O ACESSO A ÁGUA POTÁVEL PARA BEBER, COZINHAR E PARA A HIGIENE
- MELHORAR AS LIGAÇÕES EXISTENTES E A CANALIZAÇÃO

MELHORAR O DIA-A-DIA

SANEAMENTO E DRENAGEM

- PROMOVER AÇÕES DE LIMPEZA PARA A ELIMINAÇÃO DE ESGOTOS A CÉU ABERTO E ELIMINAÇÃO DE ÁGUAS ESTAGNADAS
- PROMOVER O TRATAMENTO E A DISPOSIÇÃO DOS ESGOTOS

30

MELHORAR O DIA-A-DIA

HIGIENE, PRAGAS E RESÍDUOS

- PROMOVER O ACONDICIONAMENTO ADEQUADO DE LIXO E EVITAR A SUA ACUMULAÇÃO
- ELIMINAR AS LIXEIRAS A CÉU ABERTO
- ELIMINAR AS INFESTAÇÕES
- PARTICIPAR NAS AÇÕES DE LIMPEZA PROMOVIDAS PELA CÂMARA MUNICIPAL

DÚVIDAS?



31

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”



Referências Bibliográficas

- Monteiro, M. (2021). *Habitábilidade e Saúde Ambiental para Avaliação de Riscos por um Ocupante*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10028/11120>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Compendium of WHO and other UN publications on health and environment 2022 update*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-KCH-ENV-22-04>
- World Health Organization (WHO). (2022b). *Ventilation safety planning: step-by-step risk management for safely managed sanitation systems*. WHO. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/sanitation-safety>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health Protection Strategy of Fátima 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPS-2021-02>
- UN Habitat & World Health Organization (WHO). (2020). *Integrating health in urban and territorial planning: A case study*. UN Habitat & WHO. <https://www.unhabitat.org/publications/2020/10/2020-02-01>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization. (2020). *State of the World's Sanitation: An urgent call to reconfigure sanitation for better health, environments, economics and societies*. UNICEF & WHO. <https://www.unicef.org/wash/files/2020/04/17-eng.pdf>
- World Bank, Water, & World Health Organization (WHO). (2020). *Health, Safety and Dignity of Sanitation Workers: An Initial Assessment*. World Bank. <https://open.who.int/publications/default.aspx?documentId=106674>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Sanitation and health working together: A WORK TO GOVERN FOR SELECTED TECHNICAL DESIGN PROGRAMMES*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WASH-2020-02>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Guidelines on sanitation and health*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WASH-2020-02>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Assessing the burden of disease associated with inadequate housing: Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289101999>

1.4 – SESSÃO 4: RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL – ELETRICIDADE



Apresentação de hoje

RISCOS DE NATUREZA AMBIENTAL
- ELETRICIDADE-



Objetivo Geral

- 1 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro sobre os Riscos Ambientais para a Saúde associados aos perigos de natureza elétrica



34

Objetivos Específicos

- 1 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para os riscos existentes nas redes de alimentação de energia às habitações
- 2 Reconhecer a existência dos perigos elétricos e seus efeitos para a saúde
- 3 Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a importância da sua ação na eliminação dos riscos de natureza elétrica



Eletricidade



PERIGOS ELÉTRICOS

Sobreaquecimento das redes e Curtos-circuitos
Chaves Elétricas
Incêndios



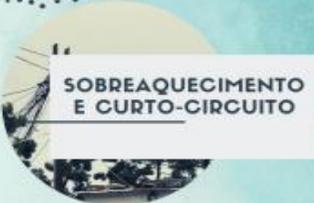
35

IMPACTO NA SAÚDE



- QUEIMADURAS
- SENSAÇÃO DE FORMIGUEIRO
- INTERRUPÇÃO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS
- CONTRAÇÃO DOS MÚSCULOS
- MORTE

MELHORAR O DIA-A-DIA



SOBREAQUECIMENTO E CURTO-CIRCUITO

- MELHORAR AS REDES ELÉTRICAS

36

MELHORAR O DIA-A-DIA



CHOQUES ELÉTRICOS

- PROMOVER A MELHORIA DAS REDES INTERIORES DAS HABITAÇÕES

MELHORAR O DIA-A-DIA



INCÊNDIOS

- ADEQUAR OS EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS ÀS REDES EXISTENTES

37

DÚVIDAS?



obrigada

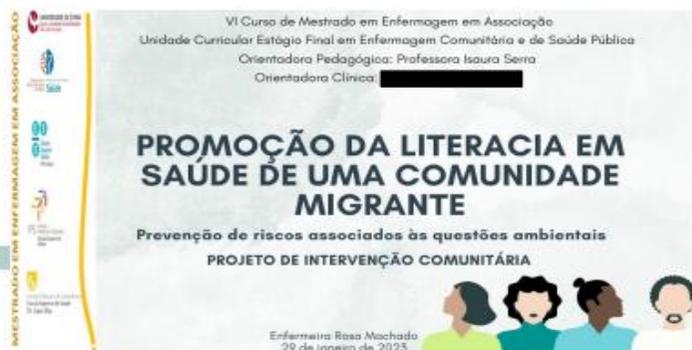
Referências Bibliográficas

- Martins, M. (2022). Habitação e Saúde: Estratégias para Avaliação de Riscos para os Desportos | *Revista de Habitação, Universidade de São Paulo*, Disponível em Digital <https://doi.org/10.11606/issn0034-7167.v22n01.p001-010>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35185552/>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment 2022 update*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/WHO-WEP-ECN-2022-018>
- World Health Organization (WHO). (2022b). *Sanitation safety planning: step-by-step risk management for safely managed sanitation systems*. WHO. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/sanitation-safety>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240022495>
- UN Habitat & World Health Organization (WHO). (2020). *Integrating health in urban and territorial planning: A guidebook*. UN Habitat & WHO. <https://www.unhabitat.org/publications/9789240022495>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization. (2018). *State of the World's Sanitation: An urgent call to accelerate progress for better health, environments, economies and societies*. UNICEF & WHO. <https://www.unicef.org/wash>
- World Bank, International Labour Organization (ILO), WHO. *Health, Safety and Dignity of Sanitation Workers: An initial assessment*. World Bank. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2018.06.001>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Sanitation and health: working together to achieve the Sustainable Development Goals*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240022495>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Guidelines on sanitation and health*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240022495>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Preventing disease through health-promoting environments*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=up201E>
- World Health Organization (WHO). (2011). *Environmental burden of disease associated with inadequate housing: methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789240022495>

2 – BOOTCAMP DE LITERACIA EM SAÚDE

Tendo-se constatado que o êxito obtido na realização do Bootcamp de Literacia em Saúde, se traduziu num fator de mobilização e empenhamento dos participantes, deixa-se como proposta a continuidade da realização deste evento, ou similar, como sessão de encerramento de futuros programas educativos a efetivar sob a iniciativa do Grupo de Dinamizadores do Bairro.

2.1 – Sessão de apoio ao Bootcamp de Literacia em Saúde



Olá,

sejam bem-vindos!

Bootcamp de Literacia em Saúde: Riscos Ambientais



Objetivo Geral

- Refletir sobre as temáticas abordadas no Programa Educativo

Objetivos Específicos

- Sensibilizar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para o reconhecimento dos riscos de natureza ambiental para a saúde
- Incentivar o Grupo de Dinamizadores do Bairro para a necessidade de transmissão de conhecimentos, através de sessões educativas inter pares



Vamos falar de...



- Saúde Ambiental
- Riscos Ambientais
- Doenças relacionadas
- Ações a desenvolver

Saúde Ambiental



42

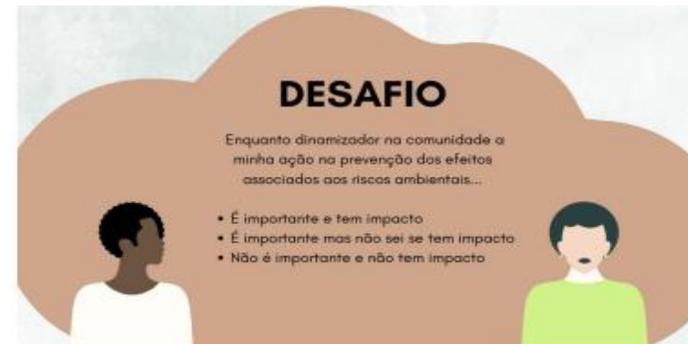
Riscos Ambientais



Doenças relacionadas



43





BIBLIOGRAFIA

- Drew, C., van Duivenbaoden, J. & Bonnefoy, X. (2000). *Environmental health services in Europe 5: Guidelines for evaluation of environmental health services*. World Health Organization. [Environmental health services in Europe 5: guidelines for evaluation of environmental health services \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/environmental-health-services-in-europe-5-guidelines-for-evaluation-of-environmental-health-services)
- Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa [ENSP-UNL]. (2021, Out 6). *Literacia em Saúde, Promoção da Saúde e Coesão Social em Populações Migrantes*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=8TCVILsAWXs>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1.ª ed.). Lidel.
- Monteiro, M. (2021). *Habitação e Saúde Metodologia para Avaliação de Riscos para os Ocupantes* [Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11128/1/Habita%3a7%3a3o%20e%20Sa%3abade%20e2%80%93%20Metodologia%20para%20Avalia%3a7%3a3o%20de%20Riscos%20para%20os%20Ocupantes.pdf>
- Oliveira, C., (2021). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021*. (1.ª ed). Alto Comissariado para as Migrações, I. P. [ACM, I.P.]. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2021.pdf/e4dd5643-f282-4cc8-8be1-92aa499bb92f>
- Osborne, R., Batterham, R., Elsworth, G., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13 (658), (1-17). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-658.pdf>
- UN-Habitat & World Health Organization [WHO]. (2020). *Integrating health in urban and territorial planning: A sourcebook*. UN-Habitat & WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331678>

United Nations Children's Fund [UNICEF] & World Health Organization. (2020). *State of the World's Sanitation: An urgent call to transform sanitation for better health, environments, economies and societies*. UNICEF & WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014473>

World Bank, WaterAid, & World Health Organization [WHO]. (2019). *Health, Safety and Dignity of Sanitation Workers: An Initial Assessment*. World Bank. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/health-safety-dignity-of-sanitation-workers.pdf?sfvrsn=1eee5a94_10&download=true

World Health Organization [WHO]. (2022a). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment 2022 update*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HFP-ECH-EHD-22.01>

World Health Organization [WHO]. (2022b). *Sanitation safety planning: step-by-step risk management for safely managed sanitation systems*. WHO. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/sanitation-safety>

World Health Organization [WHO]. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

World Health Organization [WHO]. (2019). *WASH and Health working together A 'HOW-TO' GUIDE FOR NEGLECTED TROPICAL DISEASE PROGRAMMES*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515009>

World Health Organization [WHO]. (2018). *Guidelines on sanitation and health*. WHO. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/sanitation-safety>

World Health Organization [WHO]. (2016, Abr 20). *Preventing disease through healthy environments*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=tupJDf13jBo&t=5s>

World Health Organization [WHO]. (2011). *Environmental burden of disease associated with inadequate housing Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789289057899>

APÊNDICES

Apêndice II – Minuta de Plano de Sessão

TEMA					
DESTINATÁRIOS					
LOCAL					
DATA			HORA		
DURAÇÃO					
DINAMIZADORES:					
OBJETIVOS					
ETAPAS	CONTEÚDOS	TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO					
DESENVOLVIMENTO					
CONCLUSÃO					
AVALIAÇÃO					

Apêndices III – Questionário de Avaliação de Conhecimentos transmitidos

Questionário de avaliação sobre os conhecimentos transmitidos

Este questionário tem por finalidade avaliar a aquisição de conhecimentos transmitidos pelo Grupo de Dinamizadores do Bairro, referentes à identificação de riscos de natureza ambiental com efeitos na saúde das pessoas e da comunidade. Agradecemos a sua colaboração.

1. Acha que os fatores de risco de natureza ambiental têm influência na saúde humana?

- Sim
 Não

2. Se respondeu sim, identifique 3 fatores de risco de natureza ambiental conhecidos.

3. Indique alguns fatores de risco de natureza ambiental que identifique existir no seu bairro.

4. Como morador do bairro, indique medidas para diminuir os riscos que identificou.

5. Acha importante que sejam transmitidos estes conhecimentos a toda a comunidade do bairro?

- Sim
 Não

Muito Obrigado pela sua participação!

Apêndices IV – Certificado de Participação

**CERTIFICADO
DE PARTICIPAÇÃO**

Este Certificado é atribuído a

Parabéns pelo desempenho demonstrado durante estas sessões
educativas. Obrigada pela sua presença!

O Dinamizador do
Bairro

Apêndice VII – **Cronograma de Atividades**

“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”

Etapas de Planeamento em Saúde	Ano Meses/ Semanas Atividades	2022																2023											
		maio				junho				setembro				outubro				novembro				dezembro				janeiro			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Pedido de autorização para utilização do questionário																												
	Pedido de autorização ao Núcleo de Formação e Investigação do ACeS																												
	Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT																												
Diagnóstico de Situação	Aplicação de questionários																												
	Divulgação de resultados																												
Determinação de Prioridades																													
Fixação de Objetivos																													
Seleção de Estratégias	Envolvimento da UCC e USP																												
	Estabelecimento de Parcerias																												
	Desenho do Programa Educativo e Bootcamp de LS																												
Preparação Operacional	Reuniões de Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária aos parceiros																												
	Calendarizar o Programa Educativo e o Bootcamp de LS																												
	Preparação e execução do Programa Educativo e Bootcamp de LS																												
Monitorização e Avaliação	Definição de Indicadores																												
	Questionário de avaliação das intervenções																												
	Validação do Dossier Pedagógico																												
Avaliação	Avaliação contínua																												
	Avaliação dos Indicadores																												
	Reunião de Avaliação Final do Projeto de Intervenção Comunitária																												
	Elaboração de um Artigo Científico																												
	Elaboração do Relatório Final de Estágio																												

Fonte: Elaboração Própria

Apêndice VIII – Poster apresentado no XI Encontro da UCC

Acesso a Cuidados de Saúde e os Riscos Ambientais: Um olhar sobre a Literacia em Saúde de uma população Migrante

Autores: [Redacted]; Machado, Rosa⁽¹⁾; Serra, Isaura⁽²⁾ & [Redacted]

⁽¹⁾ Mestradas na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

⁽²⁾ Professora Adjunta das Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora.

⁽³⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [Redacted]

De acordo com dados da Organização Internacional para as Migrações (IOM) (2019), aquando da chegada a Portugal, os migrantes apresentam geralmente uma boa saúde, porém, esta tende a deteriorar-se após algum tempo de permanência no país. Numa comunidade migrante do concelho, os determinantes sociais da saúde demonstram condições de habitabilidade marginais, associadas às condições de higiene sanitária precária, evidenciando a vulnerabilidade desta comunidade que parece não ser proporcional à procura e utilização de cuidados de saúde.

Objetivos

- Avaliar o nível de conhecimento dos residentes do Bairro [Redacted] sobre a prevenção de riscos de saúde associados às questões ambientais e no acesso aos cuidados de saúde;
- Desenvolver Projetos de Intervenção Comunitária de acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Situação.

Metodologia

Desenho de estudo: Estudo descritivo, transversal, de natureza exploratória, com recurso a questionários;

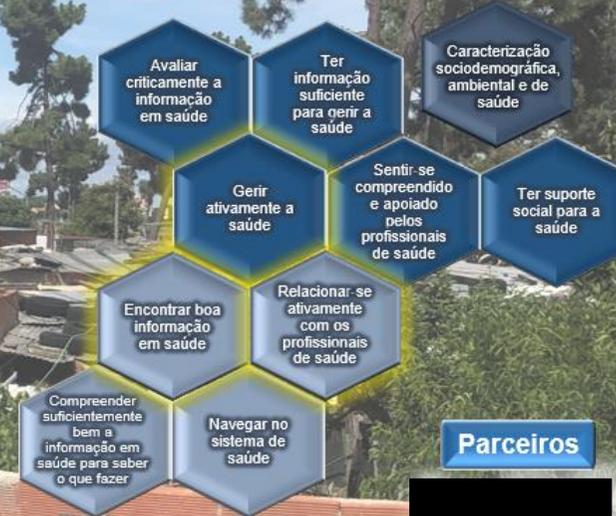
População: População adulta da comunidade em estudo;

Requisitos éticos: De acordo com os princípios da Declaração de Helsinquia e parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT e do ACeS [Redacted]

Colheita de dados: Através de questionários aplicados pelas investigadoras.

Instrumento de colheita de dados

- Caracterização Sociodemográfica, Ambiental e de Saúde;
- *Health Literacy Questionnaire (HLQ)* (Osborne, 2013), com 9 dimensões de análise;
- *eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)* (Osborne, 2013) relativamente ao uso de tecnologias digitais em 3 das dimensões de análise do HLQ.



Resultados

- Serão orientadores da intervenção comunitária e concretização de objetivos propostos;
- A divulgar após recolha e tratamento de dados.



Referências Bibliográficas: Dias, S., Marques, M., Gama, A., Pedro, A., Balseiro, F., Mendonça, J., Loureiro, I., & Fernandes, A. (2021). Literacia em Saúde em Populações Migrantes—Necessidades em saúde, acesso, compreensão, utilização da informação e dos serviços. *Escola Nacional de Saúde Pública*, 4(35), Do O. D., Gees, A., Elsworth, G., Raposo, J., Loureiro, I. & Osborne, R. (2022). Cultural Adaptation and Validity Testing of the Portuguese Version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *International Journal of Environmental Research Public Health*, 12(6465), 1-18. Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2019). Lei Internacional da Migração nº 34 - Glossário sobre migração | Plataforma de Publicações IOM. Oliveira, C. (2021). *Indicadores de Integração de Imigrantes: relatório estatístico anual 2021* (1.ª ed.). Alto Comissariado para as Migrações (ACM-IP). Osborne, R., Balseiro, F., Elsworth, G., Hawkins, M. & Buctonson, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(858), (1-17).

Apêndice IX – Resumo do artigo científico original “Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: riscos associados às questões ambientais”

Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: riscos associados às questões ambientais

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a perceção e o comportamento dos migrantes residentes num bairro de um concelho da região de Lisboa e Vale do Tejo face aos riscos de saúde resultantes das condições ambientais e identificar o nível existente de Literacia em Saúde.

Método: Estudo transversal, descritivo, de natureza exploratória. Recolha de dados obtida através de questionários aplicados a uma amostra da população, na modalidade por conveniência, num total de 101 participantes. Parecer positivo da Comissão de Ética.

Resultados: Dos inquiridos, as mulheres eram ligeiramente mais numerosas (53,5%), em geral prevaleceu a faixa etária dos 25 aos 64 anos (75,2%) e 71,3% tinha escolaridade inferior ao ensino secundário. A maioria dos inquiridos eram oriundos de São Tomé (50,5%) e de Cabo Verde (39,6%). Da recolha efetuada, 77,2% dos participantes referiu problemas de humidade no interior das habitações e 76% a presença de roedores. Águas estagnadas (43,6%), lixo orgânico ou outros (29,8%) e as redes elétricas e de iluminação exterior (26,9%) foram os principais problemas identificados. No referente à Literacia em Saúde, os domínios “Sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde” e “Encontrar boa informação em saúde”, registaram níveis mais deficitários.

Conclusões: A análise dos dados permitiu identificar a precariedade das habitações e a inadequabilidade das infraestruturas de apoio, com inerentes riscos ambientais para a saúde. Constatou-se a existência de baixos níveis de Literacia em Saúde na maioria dos domínios considerados.

Descritores: Migrantes; Literacia em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Riscos Ambientais; Saúde Pública.

Apêndice X – Questionário de avaliação sobre os conhecimentos transmitidos

Questionário de avaliação sobre os conhecimentos transmitidos

O questionário que se segue pretende avaliar os conhecimentos transmitidos nas sessões que constituíram o Programa Educativo e também no Bootcamp de LS. As respostas respetivas a cada uma das perguntas assumem carácter individual e confidencial. Agradecemos por isso o seu melhor contributo.

1. Os fatores de risco de natureza ambiental influenciam a saúde humana?

Sim

Não

2. Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos indique 3.

3. Dos fatores de risco de natureza ambiental conhecidos, indique 3 que identifique no seu Bairro.

4. Enquanto dinamizador na comunidade, a minha ação na prevenção de riscos ambientais ...

É importante e tem impacto

É importante mas não sei se tem impacto

Não é importante e não tem impacto

Muito Obrigado pela sua participação!

Apêndice XI – Questionário de avaliação quanto ao grau de satisfação do Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde

Questionário de avaliação quanto ao grau de satisfação do Programa Educativo e Bootcamp de LS

A sua opinião sobre este Programa Educativo e sobre o Bootcamp de LS que se lhe seguiu é muito importante, pelo que agradecemos que preencha o presente questionário. Por favor, assinale com um (X) em cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, conforme a sua opinião.

Escala:

1=Nada Satisfeito; 2=Pouco Satisfeito; 3=Satisfeito; 4=Muito Satisfeito; 5=Totalmente Satisfeito.

As respostas respetivas a cada uma das perguntas assumem carácter individual e confidencial.

Agradecemos por isso o seu melhor contributo.

1. Os conteúdos e temas abordados nas quatro sessões do Programa Educativo e no evento do Bootcamp de LS foram interessantes e apresentados de forma clara?

Nada Satisfeito 1 2 3 4 5 Totalmente Satisfeito

2. De um modo geral, o Programa Educativo e o Bootcamp de LS possibilitaram-lhe a aquisição de novos conhecimentos?

Nada Satisfeito 1 2 3 4 5 Totalmente Satisfeito

3. O formador utilizou linguagem acessível e foi capaz de motivar para os conteúdos e temas abordados?

Nada Satisfeito 1 2 3 4 5 Totalmente Satisfeito

4. As instalações, os equipamentos e duração das sessões do Programa Educativo e do Bootcamp de LS foram adequados?

Nada Satisfeito 1 2 3 4 5 Totalmente Satisfeito

5. Deixe-nos, por favor, alguns comentários ou sugestões que considere importantes.

Muito Obrigado pela sua participação!

Apêndice XII – Certificado de Participação no Programa Educativo e Bootcamp de Literacia em Saúde

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Este certificado é atribuído a



*pela participação no Programa Educativo subordinado ao tema
Exposição a Riscos Ambientais e no Bootcamp de Literacia em Saúde:
Riscos Ambientais, em janeiro de 2023*

ROSA MACHADO

ENFERMEIRA

ANEXOS

Anexo I – Licenciamento Contratual do Health Literacy Questionnaire

Licenciamento Contratual do Health Literacy Questionnaire

Swinburne University of Technology



QUESTIONNAIRE LICENCE AGREEMENT

Information Schedule		
Parties		
Swinburne	SWINBURNE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY (ABN: 13 628 586 699) a body politic and corporate established under the Swinburne University of Technology Act 2010 (Vic) of John Street, Hawthorn in the State of Victoria, Australia	
Licensee	The Party identified in Item 1 below	
Background		
<p>A. Swinburne is the owner of the Intellectual Property Rights in the Licensed Material.</p> <p>B. The Licensee seeks a licence of the Licensed Material.</p> <p>C. Swinburne has agreed to grant the licence sought on the basis set out in this Agreement.</p>		
Date		
Date of Agreement	means the date on which the last of the parties signs this Agreement	
Details		
Item No	Identifier	Detail
1	Licensee	Name: Instituto Politécnico de Setúbal
		Address: Campus do IPS – Estefaniha. 2910-761 Setúbal, Portugal
		Authorised Officer: António Manuel Marques - Director
		Email: diretor@ess.ips.pt
		Phone: +351 265 709 377
2	Licensed Material	means any and all statutory and other proprietary rights in respect of the Questionnaire recognised at common law, or laws relating to Intellectual Property Rights.
3	Commencement Date	means 14 days following the Date of Agreement.
4	Term	means the duration identified in Item 4 of the Schedule
5	Licence Fee	Means, where applicable, the fee identified in Item 2 of the Schedule and payable by the Licensee during the Term.

Execution	
Swinburne	<p>SIGNED for and on behalf of SWINBURNE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY</p> <p>Date signed: 27/09/2022</p> <p><i>Ranjit Gajendra</i></p> <p>_____ Name of signatory</p> <p>Ranjit Gajendra Nadarajah _____ Title of signatory</p>
Licensee	<p>SIGNED for and on behalf of LICENSEE</p> <p>Date signed: 20/09./2022</p> <p>Assinado por: ANTÓNIO MANUEL DOS REIS MARQUES</p> <p>Num. de Identificação: B106069757 Data: 2022.09.20 17:47:37+01'00'</p> <p> António Manuel Marques Name of signatory</p> <p>Dean of School of Health Polytechnic Institute of Setúbal</p>

General Terms

This section of the Agreement sets out the General Terms applicable to this Questionnaire Licence Agreement. The signed Information Schedule constitutes an acceptance by the Parties of these General Terms and all other parts of this Agreement.

1. Grant of Licence

Subject to the limitations set forth in this Agreement and in consideration of mutual promises set out herein, Swinburne hereby grants to Licensee a non- exclusive licence (**Licence**), to use the Licensed Materials for the Purpose in the Territory during the Term to the extent permitted by law.

2.2.1 remove any copyright or other proprietary notices on or in any copies of the Licensed Materials; or

2.2.2 modify, adapt, or translate the Licensed Materials.

2. Reserved Rights

2.1 Swinburne expressly reserves the right to:

2.1.1 use Swinburne Intellectual Property Rights and associated technology for educational and research purposes, clinical research, and research sponsored by commercial entities, and

2.1.2 allow other non-profit research institutions to use Swinburne Copyright Rights and associated technology for the same purposes as clause 2.1.1.

2.2 Except as set forth in this Agreement, Licensee shall not:

3. Sub-Licence

The Licensee may not sub-license any rights granted under this Agreement without the prior written consent of Swinburne.

4. Permitted Reproduction and Adaptations

4.1 The Licensee is permitted to reproduce, copy, or communicate the Questionnaire online, provided The Licensee ensures that such online access to the Questionnaire is a password protected online survey instrument. Furthermore, if indicated in **Item 6** of the **Schedule**, Swinburne grants to the Licensee the right to use the Questionnaire to prepare and produce a cultural adaptation and/or translation of the Questionnaire into the language identified in

Item 6 of the **Schedule (Translation)** subject to the following conditions:

- 4.1.1** Licensee must undertake the cultural adaptation and/or translation of the Questionnaire only in accordance with the Translation Integrity Procedure attached as **Annexure B**;
- 4.1.2** Licensee must provide a copy of the forward and backward translations to Swinburne for approval at least 60 days before Licensee proposes to administer the Questionnaire (**Administration Date**) to allow sufficient time for review of documents by Swinburne, preparation of the final translation and local validation of the Questionnaire, and finalisation as described in **Annexure B**.
- 4.1.3** Swinburne will own all Intellectual Property rights in the Translation and the Licensee assigns such rights to Swinburne upon their creation.
- 4.1.4** If with Swinburne’s prior written consent, the Licensee engages a third party to prepare the Translation, the Licensee must ensure that such third party assign to Swinburne in writing all Intellectual Property rights in the Translation. Swinburne is entitled to approve the contents of the agreement between the Licensee and third party translator as a condition of providing its consent pursuant to this **clause 4.1.4**.
- 4.2** The Licensee acknowledges that it may not disclose, use, reproduce, communicate or exploit or permit such disclosure, use, reproduction, communication or exploitation of the Questionnaire in any way other than for the Purpose, or in any jurisdiction other than the Territory, unless otherwise agreed in writing with Swinburne. Notwithstanding the foregoing, the Licensee may publicly disclose research results. The publicly disclosed research results should include information on whether the Ophelia process (attached as **Annexure A**) was used in its entirety or not.
- 4.3** The Licensee agrees that if any adaptations or modifications are made to the Questionnaire by or on behalf of the Licensee or as a consequence of the Licensee’s use of the Questionnaire

(including cultural adaptations and/or translations as set out in **clause 4.1**), all Intellectual Property in such modifications must be assigned to Swinburne, and the Licensee will do all things reasonably necessary (including the execution of documentation) to effect such assignment upon request by Swinburne.

5. Licence Fee

- 5.1** The Licensee will pay to Swinburne the Licence Fee at the times and in the manner set out in **Item 2** of the **Schedule** during the Term.
- 5.2** Except as set forth in **clause 5.3**, any Licence Fee specified in **Item 2** of the **Schedule** is payable upfront in a single payment, which must be made on or before the Commencement Date.
- 5.3** By agreement with Swinburne, the Licensee may pay the Licence Fee payable for each year of the Term annually in advance in each year of the Term. The first payment must be paid on or before the Commencement Date, and thereafter must be paid on or before each anniversary date of the Commencement Date during the Term.
- 5.4** The Licence Fee is exclusive of GST. If the Licensee is an Australian entity, then GST is imposed on any supply made under this Agreement, the recipient of the taxable supply must pay to the supplier an additional amount equal to the GST payable on the taxable supply. Subject to the recipient receiving a tax invoice of the supply, payment of the GST must be made at the same time as payment for the taxable supply.
- 5.5** Swinburne reserves the right to revise the Licence Fee for:
 - 5.5.1** any use of the Questionnaire in excess of the Number of Authorised Implementations specified under **Item 3** (Approved Purpose) in the **Schedule**; or
 - 5.5.2** any subsequent extension of this Agreement.

6. Obligations of Licensee

- 6.1** The Licensee undertakes to use the Licensed Materials only in accordance with the License.
- 6.2** The Licensee must ensure that the Questionnaire is only used for the Purpose, and unless permission is granted in **Item 6** of the **Schedule**, not modify or translate the Questionnaire, without the express written approval of Swinburne.
- 6.3** The Licensee will itself administer the Questionnaire. The Licensee acknowledges and agrees that it must implement the Questionnaire in a manner that ensures

Swinburne may readily review the monitoring, calculation and reporting by the Licensee of usage of the Questionnaire.

6.4 Other than as provided in clause 4.1, the Licensee must not, and must not allow or cause any other person to:

6.4.1 reproduce, communicate or copy the Questionnaire by any means or in any form;

6.4.2 give, license, sub-license, lease, assign, transfer, distribute, disseminate, disclose, or publish the Questionnaire in any form to any other person or attempt to do any of these acts without the written authority of Swinburne;

6.4.3 reverse engineer the Questionnaire; or

6.4.4 alter, change, remove or obscure any notices or other indications (including but not limited to copyright notices) as to ownership of the Questionnaire.

6.5 The Questionnaire consists of separate individual scales that measure separate aspects of health literacy. The Licensee may use the individual scales as long as the Licensee ensures that each selected scale contains all the questions within that scale and the questions are in the exact order as in the Questionnaire. The Licensee must ensure the scales are scored as prescribed to ensure interpretations of the data are consistent with the development and psychometric studies. The Licensee undertakes to ensure that it will not reveal or disclose the individual scales in any publications made by the Licensee.

6.6 Except as required by applicable laws, government directives and/or trade agreements, the Licensee undertakes to keep secret and protect the confidential nature of all information and documentation provided to it, learnt by it or to which it has or has had access, arising out of or in connection with any aspect of the negotiation or performance of this Agreement including, without limitation, the terms of this Agreement, the Licence Fee, and the Questionnaire (“Confidential Information”). To this end the Licensee must not use, disclose or in any way communicate to any other person the details of any Confidential Information without the prior written consent of Swinburne.

7. Warranties and Limitation of Liability

7.1 The Licensee agrees that, to the extent permitted by Australian law, all warranties (including implied warranties), other than express warranties given in this Agreement, in respect of the subject matter of this Agreement are excluded and of no effect. Where the exclusion of a given implied warranty would be void or unenforceable, the Licensee agrees that Swinburne’s liability for a breach of such warranty will be limited, at Swinburne’s discretion to the re-supply of the Questionnaire or the payment of the cost of the re-supply of the Questionnaire.

7.2 For the avoidance of doubt, the Licensee agrees that it uses the Questionnaire entirely at its own risk, and Swinburne does not warrant that the Questionnaire is suitable for any particular purpose, or that the Questionnaire will function or perform in a particular manner, or that the Licensee will derive any particular result or outcome from its use of the Questionnaire.

7.3 The Licensee agrees that Swinburne’s aggregate liability for all causes of action against the Licensee, whether contractual, tortious or otherwise, will not exceed the aggregate of Licence Fees paid by the Licensee as at the date on which the first such cause of action arose. Neither Party will be liable to the Licensee for any indirect or consequential losses, damages, costs and/or expenses incurred or sustained by the other Party under, or as a result of exercising rights in, this Agreement (including as a result of any negligence by such Party), and in particular will not be liable for any loss of revenue or profits, loss of data, loss of goodwill or failure to realise an anticipated saving or benefit.

7.4 The Licensee agrees to indemnify Swinburne from and against liability and all loss and damage of any kind whatsoever caused by any claim or action against Swinburne to the extent arising directly out of any breach by the Licensee of the terms and conditions of this Agreement.

8. Termination by Swinburne

8.1 If Licensee violates or fails to perform any material term of this Agreement, then Swinburne may give written notice of the default (Notice of Default) to Licensee. If Licensee does not remedy the default within thirty (30) days after the effective date of the Notice of Default (Period to Cure), then Swinburne may terminate this Agreement and the Licence by a second written notice (Notice of Termination) to Licensee.

8.2 If Swinburne sends a Notice of Termination to Licensee, then this Agreement automatically

	terminates on the date specified in the Notice of Termination.		modification or re-enactment of such legislation or any legislative provisions substituted for, and all legislation and statutory instruments issued under, such legislation; and
8.3	Termination does not relieve Licensee of its obligation to pay any monies (if any) owed at the time of the date of termination and does not impair any accrued right of Swinburne.		
8.4	Upon termination of this Agreement, all licenses granted under this Agreement will terminate, and the Licensee must immediately cease all use of the Questionnaire.	10.1.8	any reference to “GST”, “recipient”, “supplier”, “supply”, “tax invoice” and “taxable supply” has the meaning given to those expressions in the A New Tax System (Goods and Services Tax) Act 1999.
9.	Termination By Licensee		
9.1	Licensee has the right at any time to terminate this Agreement by giving sixty (60) days written notice to Swinburne.	10.2	No partnerships: This Agreement does not create a partnership, agency, fiduciary or other relationship, except the relationship of contracting parties. No Party is liable for the acts or omission of any other Party, save as set out in this Agreement.
9.2	Any termination in accordance with clause 9.1 does not:		
9.2.1	relieve the licensee of any obligation or liability accrued prior to termination.	10.3	Assignment: The Licensee must not assign, sub-contract, or transfer any of its rights or obligations under this Agreement to any person without the prior written consent of Swinburne. Such consent must not be unreasonably withheld.
9.2.2	rescind anything done by Licensee or any payments made to Swinburne prior to the date of termination.		
9.2.3	Termination does not affect in any manner any rights of Swinburne arising under this Agreement prior to termination.	10.4	Severability: If a clause or part of a clause can be read in a way that makes it illegal, unenforceable or invalid, but can also be read in a way that makes it legal, enforceable and valid, it must be read in the latter way. If any clause or part of a clause is illegal, unenforceable or invalid, that clause or part is to be treated as removed from this Agreement, but the rest of this Agreement is not affected and all other provisions will remain in full force and effect.
10.	General		
10.1	Interpretation		
	The following rules apply unless the context requires otherwise:	10.5	Governing Law: This Agreement shall be governed by the laws of Victoria, Australia. Each Party submits to the non-exclusive jurisdiction of the courts of that place.
10.1.1	words denoting the singular include the plural and vice versa;	10.6	Several Obligations: Each Party’s obligations and liabilities under this Agreement are several and not joint or joint and several.
10.1.2	words denoting natural persons include corporations and vice versa;		
10.1.3	words denoting any gender include all genders;	10.7	No Waiver: Any failure by a Party to compel performance by the other Party of any of the terms and conditions of this Agreement will not constitute a waiver of those terms or conditions or diminish the rights arising from their breach.
10.1.4	headings are for convenience only and do not affect interpretation;		
10.1.5	reference to any Party to this Agreement or any other relevant agreement or document includes that Party’s successors and permitted assigns;	10.8	Counterparts: This Agreement may be executed in any number of counterparts; each counterpart is an original but the counterparts together are one and the same agreement. This Agreement is binding on the Parties on the exchange of counterparts. A copy of a counterpart sent by electronic transmission –
10.1.6	reference to any document or agreement is deemed to include references to such document or agreement as amended, novated, supplemented, varied or replaced from time to time;	10.8.1	must be treated as an original counterpart;
10.1.7	references to any legislation or to any provision of any legislation include any		

- 10.8.2 is sufficient evidence of the execution of the original; and
- 10.8.3 may be produced in evidence for all purposes in place of the original.
- 10.9 Signatories: The signatories to this Agreement warrant that they have the authority to enter into this agreement on behalf of the party they are stated to represent.
- 10.10 Variation: This Agreement may only be varied in writing, signed by all Parties.
- 10.11 No representation: A Party shall not represent that another Party or any of their staff in any way endorse, support or approve of, any products, services, Intellectual Property or business of the representing party unless that other Party has given its express written consent to such representation.
- 10.12 Entire Understanding: This Agreement-
- 10.12.1 is the entire understanding between the Parties on everything connected with the subject matter of this Agreement; and
- 10.12.2 supersedes any prior agreement or understanding on anything connected with that subject matter.
- 10.13 Contra Proferentem: This Agreement or any part of this Agreement is not to be construed
- 10.14 against a Party merely because that Party was responsible for preparing it.
- 10.15 Execution: This Agreement is null and void unless it is executed by all parties.
11. Notices
- Any notice given under this Agreement:
- 11.1 must be in writing and signed by a person authorised by the sender;
- 11.2 must be delivered to the intended recipient by post or by hand or fax or email to the address or fax number or email address set out in the Information Schedule;
- 11.3 will be taken to be duly given or made:
- 11.3.1 in the case of delivery in person, when delivered;
- 11.3.2 in the case of delivery by post, five Business Days after the date of posting unless it has been received earlier;
- 11.3.3 in the case of fax, on receipt by the sender of a transmission control report from the dispatching machine; and
- 11.3.4 if transmitted electronically, upon actual receipt by the addressee provided that the sender does not receive notification of invalid email delivery address or other transmission error. In the case where the sender receives a transmission error report, the sender must re-send the notice by one of the other means by hand, post or fax;
- but if the result is that a notice would be taken to be given or made on a day which is not a Business Day or is later than 4.00pm (local time), it will be taken to have been duly given or made on the next Business Day.
12. Extension and renewal of licence
- 12.1 Term of the Licence may only be extended by written request to ghe-licences@swin.edu.au, within 10 Business Days before expiry of the licence Term
- 12.2 Licensee must provide a written summary of the project including but not limited to information on progress of the project and reasons for extension and any other information requested by Swinburne
- 12.3 Upon approval, the licensee will receive a letter of confirmation of extension.
- 12.4 Request for extension exceeding two years will require a new licence that will incur additional administration and services charge(s).

Glossary	
Agreement	means this agreement including this Glossary, the Information Schedule, the General Terms, all Schedules and Annexures to this agreement, and any amendment to it in writing.
Annexure	means an annexure to this Agreement.
Business Day	means a day that is not a Saturday, Sunday or any other day which is a public holiday or a bank holiday in the place where an act is to be performed or a payment is to be made.
General Terms	means the general terms described as such in this Agreement.
Glossary	means this glossary.
Information Schedule	means the Schedule at the start of this Agreement that details the key information relevant to this Agreement.
Intellectual Property Rights	means all rights resulting from intellectual activity whether capable of protection by statute, common law or in equity and including copyright, discoveries, inventions, patent rights, registered and unregistered trade marks, design rights, circuit layouts and plant varieties, know-how and all rights and interests of a like nature, together with any and all documentation relating to such rights and interests for the intellectual property specified in Item 3 of the Information Schedule.
Item	means an item in the Information Schedule.
Licence	has the meaning set forth in clause 1 of this Agreement.
Parties	means the parties to this Agreement and their respective successors and permitted assigns, and “Party” means any one of them.
Purpose	means the manner of use permitted under this License specified in Item 3 of the Schedule.
Questionnaire	means the health literacy questionnaire as specified in Item 1 of the Schedule.
Schedule	means a schedule to this Agreement.
Territory	means the territorial limits of this Licence specified in Item 5 of the Schedule.

Schedule

Licence Number: L2209615

Item 1 – The Questionnaire	
	HLC – the health literacy questionnaire developed by Richard Osborne, Rachelle Buchbinder, Gerald Elsworth and Roy Batterham and more fully described in “The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)” <i>BMC Public Health</i> 2013, 13:658.
Item 2 – Licence Fee	
	AUS\$250 (for the duration of the Term)
Item 3 – Approved Purpose	
Purpose	Use of the HLC in the English & Portuguese (Portugal) languages for the project “Health Literacy Promotion in a Migrant Community in Portugal”
Item 4 – Duration of Licence	
Term	3 years from Commencement Date
Item 5 – Territory	
	Portugal
Item 6 – Cultural Adaptation and/or Translation Rights	
	[The Licensee does not have a right to prepare or obtain a cultural adaptation of the Questionnaire] [The Licensee does not have a right to obtain a translation of the Questionnaire]
Language of Translation	[N/A]

The following Questions must be completed within 3 months before the end of the Term. The response to the questions should not exceed one side of an A4 page.

- 1) Please provide information on the particular purposes for which the questionnaires have been administered in the past 12 months?
- 2) What challenges (if any) have you encountered in the administration and collection of responses to the questionnaires in the last 12 months?
- 3) What benefits have accrued through the administration of the questionnaires in the past 12 months? (this may include but not limited to new interventions, re-alignment of practices, input to strategic plans and policy, presentation to stakeholders and broader audiences, publications etc)
- 4) Did the questionnaire serve your specific needs and purpose? Do you have any suggestions on ways in which the questionnaires may better serve your specific requirements?

Anexo II – “Swinburne University of Technology Questionnaires - Frequently asked Questions”

“Swinburne University of Technology Questionnaires - Frequently asked Questions”

Swinburne University of Technology Questionnaires Frequently Asked Questions



1. Which questionnaires are available to licence from Swinburne University of Technology?

HLQ Health Literacy Questionnaire – The HLQ consists of 44 items across 9 scales that identify profiles of health literacy strengths and needs of individuals and communities.

eHLQ e-Health Literacy Questionnaire – The 7 scales of the eHLQ were developed from the 7 dimensions of the eHealth Literacy Framework (eHLF). The eHLQ provides insights into users’ perceptions and experiences when using digital health solutions and why digital health services implementations work or fail.

heiQ Health Education Impact Questionnaire – The heiQ has 8 scales that measure the intended outcomes of health education and self-management programs.

READYH Readiness and Enablement Index for Health Technology – The READYH comprises the 7 eHLQ scales, 4 heiQ scales, and 2 HLQ scales. The READYH is a measure of people’s health technology readiness level and degree of enablement.

Validity testing articles for all questionnaires can be found [here](#)

2. How much is the licence administration and service fee?

Please note: A licence agreement can only be issued to an organisation, not to an individual. Licences are issued per project not per organisation. Additional fees to those outlined here will apply for commercial organisations. The licence agreement state that the licence holder must not share the questionnaire with others.

HLQ AUD\$250; (plus GST for Australian organisations) per licence for students and not-for-profit/non-commercial organisations. Additional fees apply for commercial organisations. The administration and services fee will be waived for low income economies. Please refer to the [World Bank Global LMIC List](#) to determine if the country of your institution is eligible for the fee waiver. Middle income economies, as determined by the World Bank List, will receive a 50% discount.

eHLQ and READYH The administration and services fee is waived for all not-for-profit/non-commercial organisations. Additional fees apply for commercial organisations.

heiQ A licence administration and services fee is calculated for number of administrations of the heiQ in your project. The fee applies to all students and not-for-profit/non-commercial organisations. Additional fees apply for commercial organisations. Please email ghe-licences@swin.edu.au for a quote.

Can I apply for a refund for unused heiQ administrations purchased?

The licence agreement does not permit refunds for any unused administrations purchased. If you are unsure of the number of heiQ administrations needed for your project, it is advisable that you request the minimum number required, then purchase additional administrations later if necessary.

1

Swinburne University of Technology Questionnaires – Frequently Asked Questions document © Copyright 2022 Richard Osborne
No part of this document may be reproduced without the permission of the author

3. Is there a discount if I select one or two scales only and do not use the whole questionnaire?

No – The licence administration and service fee is necessary to cover the costs incurred throughout the licensing process. A licence is required for one scale or the whole questionnaire.

4. What if I need a language or adaptation that is not available?

Should you wish to translate or adapt the questionnaire, you will require a translation licence. The administration and services fee will depend on which translation procedure is chosen from the below options:

1. AUD\$1,980 (plus GST for Australian users) per language – This is a licence that permits your organisation to do translation and Swinburne University of Technology will provide a quality assurance process.
2. AUD\$4,000 (plus GST for Australian users) per language – Swinburne University will arrange the translation.

To maintain the integrity of the instrument, the whole questionnaire must be translated, even if you are not using all the scales. Please refer to our [Translation Integrity Procedure](#) (TIP) document for further details on the translation procedure. Please note that there is no fee to translate the eHLQ.

5. The licence agreement in summary

The questionnaire has been issued for use in your project as outlined in the licence agreement. Please do not use the questionnaire for any other project or purpose and do not forward it to others. You can use the questionnaire according to the terms of the licence.

The questionnaire items cannot be changed in any way. The scales must be scored as stipulated to ensure interpretations of the data are consistent with the development and psychometrics studies. **Publication of your study must not reveal the full questionnaire items.** A summary of the licence agreement can be found [here](#).

6. Can individual items of the questionnaire be used or modified?

No, the questionnaires are copyrighted and modification of any of the items or the order of the items is not permitted. The omission of any of the items within a scale means that you cannot claim that you have used a scale. This is outlined in the licence agreement.

7. Can the questionnaire be modified slightly for a different setting? For example:

Changing: ‘Ask healthcare providers questions to get the health information you need’

To ‘Ask healthcare providers questions to get the health information my patient needs’

No, the questionnaires are copyrighted and modification of any of the items is not permitted. A request can be made to adapt the questionnaire for a specific setting, but it will need to be approved by the authors and an adaptation licence signed. Fees may apply. Please email ghe-licences@swin.edu.au for more information.

8. Can individual scales of the questionnaire be used?

Yes. The scales of the heIQ, HLQ and eHLQ independently measure separate elements of the questionnaire constructs (i.e., health education impact, health literacy, eHealth literacy). Individual scales may be used if all the items within that scale are included. Items within scales cannot be modified or left out. However, even though the scales of each questionnaire can be used independently, all scales of a questionnaire must be included in a study in order to claim measurement of the construct: i.e., health literacy, health education impact, or eHealth literacy constructs. If only some scales are used in a study then only the scale constructs have been measured, not the full overarching construct. For example, if HLQ Scale 3 (Actively managing my health) and Scale 5 (Appraisal of health information) are used in a study then only these constructs are measured and results will be reported in terms of strengths and needs in relation to actively managing health and appraising health information, not in relation to health literacy. See how this was done in a survey of 29,000 Danish residents:

Bo A, Friis K, Osborne RH, Terkildsen T. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with health care providers – a population-based survey among Danish adults. [BMC Public Health 2014 14:1095](#)

9. How are the questionnaires administered? Do people fill out the questionnaire themselves or is it administered orally?

Each of these questionnaires were designed for oral administration (face-to-face or over the telephone) to individuals to ensure that people with low literacy or other reading problems can take part in studies. The questionnaires can also be easily self-administered using pen and paper or via the web.

A study of 150 people completing the HLQ orally via computer-assisted telephone interview (CATI) or by self-report takes on average 8 minutes. A self-administered questionnaire takes between 7 and 30 minutes to complete. If demographic questions are included, then the time to administer will be longer.

HLQ – This YouTube video has information about administering the HLQ: [How to administer the HLQ \(Health Literacy Questionnaire\) - YouTube](#)

10. Can the questionnaires be administered online?

Importantly, licenced questionnaire users must remember that the licence agreement stipulates that the items cannot be published. The questionnaires can be administered online through a password-protected online survey platform such as Qualtrics or SurveyMonkey. The online platform must be able to generate a link that is then provided to study participants (e.g., by email or hosted on a website). The questionnaire must not be able to be downloaded by participants. The questionnaire items must not be posted on a social media platform such as LinkedIn or Facebook because this would be publishing the items and is in breach of the licence agreement.

11. Can the questionnaires be administered alongside other questionnaires?

These questionnaires, or selected scales, can be administered alongside other questionnaires in the same online survey. However, the questionnaire or its scales must remain separate to questions from other questionnaires and with their correct response options. The Swinburne instructions and copyright statement must be displayed. Different questionnaires have different data analysis methods, so keeping the questionnaires separate from each other reduces error in data analysis.

12. Can the questionnaires be administered to more than one person at a time?

Yes, it is possible to administer the questionnaire items to more than one person at a time (e.g., to a group of individuals) if adequate safeguards are put in place to prevent or minimise each person discussing their answers with other people in the group.

13. Are the questionnaires usually administered in clinical settings e.g. GP clinics and hospitals?

The questionnaires are administered in many settings, including but not limited to clinical, community health, hospital, emergency departments. For example, this paper describes how HLQ data were tested in clinical settings with people who have complex and chronic conditions:

Hawkins M, Gill S, Batterham R, Elsworth GE, Osborne RH. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient - clinician interface: what do patients and clinicians really mean by their HLQ scores? <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8>

14. Do you provide patients with the results of the questionnaires?

Questionnaire results are not usually provided to patients but can be used in discussions with patients or as one source of many that a clinician may consider when making treatment decisions. However, these questionnaires are not designed to provide data for clinical decision making about individual patients. Refer to article in Question 13 above for further information.

15. Can the questionnaire be administered using interpreters?

The questionnaires should not be administered in another language through an interpreter without the use of a translation approved by Swinburne. Valid interpretation of the questionnaire data relies on each participant being asked the same questions. On-the-spot translations by interpreters (no matter how good the interpreter is) will result in different versions of the questions being asked of participants and will render data interpretations invalid. Licenced users of these questionnaires must use the approved translations or must follow the Translation Integrity Protocol provided by the Swinburne licence manager. Please contact ghe-licences@swin.edu.au for further information about translating the questionnaires. Fees apply.

16. Do I need to do cognitive interviews before collecting data for my project?

If you are using the questionnaire in a context (e.g., demographic, disease group, country, language, culture etc) in which it has not been used before, then we strongly recommend that cognitive interviews are conducted to test if participants understand and engage with the items and scale constructs as intended by the questionnaire authors and in the same way as the questionnaire development studies. This is important qualitative validity testing research that can be an early publication for a project because it is valuable information for other researchers who are considering using the questionnaire in studies in similar contexts.

17. How do I analyse the questionnaire data?

You will receive a User Package with your questionnaire licence. In the User Package, there are instructions for how to analyse the data using Excel or SPSS software with syntaxes for scoring.

Note: if you are using SPSS on a Mac there may be some slight modifications you need to make to the syntax around file names etc. Please consult a statistician who uses a Mac if you have issues with the syntax.

18. Is the data scored as a single total score?

No, there is no single total score for any of the questionnaires. The constructs of the questionnaires (i.e., health education impact, health literacy, eHealth literacy) are multidimensional and so each questionnaire comprises a range of scales to measure the range of dimensions in each of the overarching questionnaire constructs. The scales in each questionnaire function as independent questionnaires and, as such, the scales are scored separately. Questionnaire scale scores are **not** summed to create a single score because a single score does not describe the multidimensional nature of the constructs. The HLQ has 9 scale scores. The eHLQ has 7 scale scores. The heiQ has 8 scale scores. The READHY has 13 scale scores. See Dr Alison Beauchamp’s paper for how to report results from measurement with the HLQ: [‘Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire \(HLQ\)’](#). Please also refer to the HLQ development article [‘The grounded psychometric development and initial validation of the HLQ’](#).

19. Do the questionnaires have cut-off scores to measure ‘low’ and ‘high’ of the concept being measured?

No, we do not use cut-off scores to describe respondents as being ‘low’ or ‘high’ in the concept that our questionnaires measure. Given that each of our questionnaires measure a multi-dimensional concept, respondents can have different combinations of strengths and needs among the different domains of the concept. This is the recommendation for interpretation of the HLQ scores from Distinguished Professor Richard Osborne – note that interpretation is not about high or low health literacy but about agreement/disagreement with statements within a scale or find tasks within a scale difficult or easy to do:

- For the 4-point scales with response options of strongly disagree to strongly agree (Scales 1 – 5), scores below 2.5 indicate that respondents, on average, tend to disagree with the statements within a scale.
- For the 5-point scales with response options of cannot do or always difficult to always easy (Scales 6 – 9), scores below 3.5 indicate that respondents, on average, find the task within a scale difficult to do.

We are working to develop percentile norms for the HLQ scores based on a national survey using the HLQ in Australia. We will provide further updates as our work progresses.

20. Can I include the full questionnaire in ethics applications?

Please contact ghe-licences@swin.edu.au to request an inspection copy with truncated items to use in ethics applications.

21. What is the Ophelia (Optimising Health Literacy and Access) process?

The Ophelia process involves the collaboration of a wide range of community members, community leaders, and workers to develop health literacy interventions that are based on needs identified within a community. The process usually uses the HLQ and/or the eHLQ and/or heiQ as the tool for needs assessment to understand the health literacy needs of community members. Please contact ghe-licences@swin.edu.au for further information:

Systematic development and implementation of interventions to Optimise Health Literacy and Access (Ophelia). <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4147-5>

The OPTimising HEalth LiterAcY (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/694>

The Ophelia (OPTimise HEalth Literacy and Access) Process. European Health Psychologist 2015 17(6), 297-304 <http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/828>

22. WHO National Health Literacy Development Projects (NHLDP)

The WHO NHLDPs were initiated by the WHO Global Coordination Mechanism (GCM) on the Prevention and Control of NCDs. The NHLDPs seek to systematise the development of informed health literacy actions in diverse contexts in WHO Member States. The long-term purpose of the NHLDPs is to promote and support sustainable and scalable health literacy development and responsiveness actions in communities, organisations, health systems, and local, regional and national policies to accelerate prevention and control of NCDs. NHLDP projects implement the Ophelia (Optimising Health Literacy and Access) process in various forms, depending on the needs and resources of each project context. NHLDP project teams develop, refine, test and evaluate health literacy actions that develop and respond to health literacy. These actions can range from low or no cost actions that are easy to implement through to complex health literacy actions. Each project collects evidence about health literacy actions that prove effective for the prevention and control of NCDs and, importantly, the context in which the actions proved effective and why they were effective.

23. Communities of Practice (CoP)

These CoP are coordinated by the Centre for Global Health and Equity at Swinburne University of Technology.

The Australian Health Literacy CoP aims to build and improve the health literacy capacities and technical skills of researchers, health services, non-government organisations, policy makers and other to improve health and equity outcomes.

The WHO NHLDP CoP is aims to encourage exchange and sharing of information, evidence, support and health literacy actions among WHO National Health Literacy Development Projects (NHLDPs).

For further information: ghe-licences@swin.edu.au

Click on this link to view our global map where the HLQ is being applied: [HLQ Global Map](#)

Please follow the latest international activities of the Ophelia team on a very active group on LinkedIn: <https://www.linkedin.com/groups/4818778/>

Visit our website: <https://www.swinburne.edu.au/research/global-health-equity/>

Anexo III – Parecer positivo do Diretor Executivo do ACeS

Parecer positivo do Diretor Executivo do ACeS



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

██████████ Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de ██████████ declara que este ACeS tem condições logísticas e humanas para a realização do projeto de investigação de intervenção comunitária com o título **“Promoção da Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal: prevenção de riscos associados às questões ambientais”**, a ser desenvolvido pela Senhora **Enf.ª Rosa Fernanda Pereira Gomes Machado**, que decorrerá através da colheita de dados ██████████ ██████████ mediante a aplicação do questionário Health Literacy Questionnaire, na Unidade Móvel, ██████████

Emitimos a presente declaração, que será assinada e autenticada de forma digital.

Amora, 05 de agosto de 2022

Assinado por: ██████████
Data: 2022.08.09 09:53:48+01'00'

Diretor Executivo ACeS ██████████

CJ/CJ

Rua Branca Saraiva de Carvalho, nº 9 – C - 2845-452 ██████████

Anexo IV – Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Rosa Machado

210531066@estudantes.ips.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7171/CES/2022

Assunto: Literacia em Saúde de uma comunidade migrante em Portugal sobre a Prevenção de Riscos associados às questões Ambientais [REDACTED]

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 04.11.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-006 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.mis-saude.pt | www.arslvt.mis-saude.pt

Anexo V – Participação no evento UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social

Participação no evento UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social



Link de acesso | UNLOCK - Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social

Gabinete de Comunicação e Marketing <gcimagem@ensp.unl.pt>

Boa tarde,

Estamos muito felizes por poder contar com a sua participação remota no evento de lançamento da plataforma UNLOCK – Ativar Literacia em Saúde e Mudança Social.

O evento decorre hoje, a partir das 15h e poderá aceder à sessão Zoom através dos seguintes acessos:

Join Zoom Meeting

<https://zoom.us/j/95360357816?pwd=bXFpRmRlS1JnTy9tdUVrejRckRPZz09>

Meeting ID: 953 6035 7816

Passcode: 845316

Até já!

Com os melhores cumprimentos,



Escola Nacional
de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Gabinete de Comunicação e Marketing

Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa - Portugal

Tel. +351 217 512 139 / 40 | gcimagem@ensp.unl.pt | www.ensp.unl.pt

Anexo VI – Participação no XXVI Encontro Nacional – 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais

Participação no XXVI Encontro Nacional - 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais



APPSP

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que:

Rosa Fernanda Pereira Gomes Machado

esteve presente no **XXVI ENCONTRO NACIONAL**, dedicado ao tema "**Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as Crises Atuais**", promovido pela Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública e realizado nos dias **14 (modelo híbrido) e no dia 15 (presencial) de novembro 2022**, na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, num total de 12 horas.

Lisboa, 2022-11-15

A Presidente da Direção

(Dr^a Lina Guarda)



Anexo VII – Participação nas Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do Observatório das Migrações

Participação nas Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do Observatório das Migrações



Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do OM (19/12, 14h) - Confirmação de Inscrição

Bernardo Mata <bernardo.mata@acm.gov.pt>
Para: om@acm.gov.pt

Exmos. Senhores,

O Observatório das Migrações agradece a vossa inscrição nas Jornadas Comemorativas dos 20 Anos do OM.

Recordamos que o evento terá lugar na próxima 2.ª feira (dia 19), com início às 14h00, no Auditório António de Almeida Santos, junto ao edifício da Assembleia da República (ver [localização](#)).

O programa completo da sessão encontra-se disponível em <https://bit.ly/3h7AJFQ>.

Caso não vos seja possível participar presencialmente, poderão assistir ao evento em formato online, acedendo ao seguinte link da plataforma Zoom: <https://videoconf-colibri.zoom.us/j/91252219849>.

Melhores cumprimentos,

Bernardo Mata

Equipa do Observatório das Migrações

bernardo.mata@acm.gov.pt



www.om.acm.gov.pt

om@acm.gov.pt

Rua Álvaro Coutinho 14, 3.º andar | 1150-025 Lisboa

T: +(351) 218106124

Anexo VIII – Primeiro Prémio de Posters apresentado no XI Encontro da UCC

Primeiro Prémio de Posters apresentado no XI Encontro da UCC

