



**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**

**Além-fronteiras: Acessibilidade da População Estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários**

**Paulo Roberto da Silva Santos**

Orientação: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**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**

**Além-fronteiras: Acessibilidade da População Estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários**

**Paulo Roberto da Silva Santos**

Orientação: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Maria Laurência Parreira Gemito

Orientador: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Setúbal, 2023

## **Pensamento**

As perguntas são diamantes que observas à contraluz.  
Estuda uma vida inteira e verás diferentes matizes da mesma jóia.  
As mesmas perguntas formuladas uma e outra vez dar-te-ão as respostas  
de que necessitas, no momento exato.

(Bach, R., 2001)

---

## **Agradecimentos**

Começo por agradecer à Professora Ana Canhestro, pela sua orientação, disponibilidade e acompanhamento nesta etapa do meu percurso académico.

À Sr.ª Enfermeira O.M. pela supervisão clínica durante o estágio realizado na Unidade de Saúde Pública.

Aos meus colegas de trabalho, também eles amigos e companheiros durante esta jornada. Sempre motivadores e impulsionadores do sucesso.

Um agradecimento especial à minha querida e amada família, que são o meu suporte e me encorajam sempre a crescer e evoluir, por acreditarem no meu potencial enquanto pessoa e profissional.

A todos vós,

Muito obrigado!

---

## RESUMO

As migrações internacionais são um fenómeno que ocorre no mundo inteiro, em larga escala, e que originam cenários complexos a nível social, político, económico e cultural nos países de acolhimento. Portugal não é exceção, pela expressão de imigrantes residentes em território nacional na atualidade, o que leva a que o governo tenha que assumir políticas governamentais inclusivas e de integração. Esta dinâmica demográfica migratória tem profundas repercussões no Sistema de Saúde Português, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte das pessoas, famílias e grupos populacionais. Os serviços, os profissionais e utentes de nacionalidade estrangeira vivem um enorme desafio nos dias que correm. Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto comunitário ocupam um lugar de eleição nos cuidados a prestar à população estrangeira. Este trabalho, pelo estudo conduzido no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária intitulado “Além-fronteiras: Acessibilidade da População Estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários” pretende identificar as barreiras encontradas pela população estrangeira no acesso aos cuidados de saúde primários, tratando-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso à pesquisa e análise de dados sobre a temática, e realização de entrevistas exploratórias. Pela análise dos dados recolhidos é possível aferir a existência de várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde, relacionadas com questões legais, com a própria língua, cultura, crenças e valores religiosos, com questões financeiras, assim como desconhecimento sobre o próprio funcionamento dos serviços. É crucial a adoção de programas e políticas integrativas em saúde, numa resposta multidisciplinar e intersetorial ajustada às necessidades efetivas dos imigrantes, assente no empoderamento e capacitação desta população, na promoção da literacia em saúde, permitindo um acesso pleno aos CSP, com vista à obtenção de ganhos em saúde. O Projeto de intervenção comunitária desenvolvido, além de se enquadrar numa temática de relevância na atualidade, permitiu implementar um conjunto de intervenções nas dimensões identificadas, junto da população estrangeira.

**Palavras-chave:** migrantes, cuidados de saúde primários, diversidade cultural, acessibilidade aos serviços de saúde.

---

## ABSTRACT

International migration is a phenomenon that occurs worldwide, on a large scale, and gives rise to complex social, political, economic and cultural scenarios in host countries. Portugal is no exception, due to the number of immigrants currently residing in the country, which means that the government must adopt inclusive and integrating government policies. This migratory demographic dynamic has profound repercussions on the Portuguese Health System, namely on Primary Health Care, as it is the gateway to health care for individuals, families and population groups. Services, professionals and users of foreign nationality experience a huge challenge these days. Nurses who work in community settings occupy a privileged place in the care of the foreign population. This study, conducted within the scope of the Community Intervention Project entitled "Beyond Borders: Accessibility of the Foreign Population to Primary Health Care", aims to identify the barriers encountered by the foreign population in access to primary health care. By analyzing the data collected, it is possible to assess the existence of several barriers to access health care, related to legal issues, the language, culture, religious beliefs and values, financial issues, as well as lack of knowledge about the operation of services. It is crucial to adopt integrative health programs and policies, in a multidisciplinary and intersectoral response adjusted to the effective needs of immigrants, based on the empowerment and capacity building of this population, on the promotion of health literacy, allowing full access to PHC, in order to obtain health gains. The Community Intervention Project developed, in addition to being framed within a topic of current relevance, allowed for the implementation of a set of interventions in the identified dimensions with the foreign population.

**Keywords:** migrants, primary health care, cultural diversity, health services accessibility.

---

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários

CLAIM – Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DE – Direção Executiva

DGEstE – Direção Geral de Estabelecimentos Escolares

DSPP – Departamento de Saúde Pública e Planeamento

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EESC – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

IP – Instituto Público

ISS – Instituto da Segurança Social

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PLS – Plano Local de Saúde


SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP – Sistema de Saúde Português

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



---

UE – União Europeia

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública



## ÍNDICE

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 – A GLOBALIZAÇÃO E OS FLUXOS MIGRATÓRIOS NA ATUALIDADE .....	16
2.2 – MIGRAÇÃO EM PORTUGAL .....	18
2.3 – A SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL .....	23
2.4- A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS MIGRANTES .....	28
<b>3 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO</b> .....	<b>34</b>
3.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO ACES ALGARVE I CENTRAL ...	37
3.2 – POPULAÇÃO ESTRANGEIRA NO ACES ALGARVE I CENTRAL .....	48
<b>4 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>51</b>
4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	53
4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO .....	62
4.3 – PROBLEMAS IDENTIFICADOS .....	63
4.4 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....	64
4.5 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	66
4.6 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	69
4.7 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL .....	72
4.8 – SEGUIMENTO “ <i>FOLOW UP</i> ” DO PROJETO .....	81
4.9 – MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	82
4.10 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	84
<b>5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b> .....	<b>86</b>
5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS .....	86
5.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMA- GEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA .....	89
5.3 - COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE .....	92
<b>6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>95</b>

---

**ANEXOS**

**ANEXO I - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS ALGARVE .....101**

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO EXECUTIVA PARA REALIZAÇÃO DO  
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....103**

---

## **APÊNDICES**

<b>APÊNDICE I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE II - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE III - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE IV -GUIÃO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE V – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE VI – RESUMO DE ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL .....</b>	<b>122</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número total de migrantes internacionais na Europa em meados de 2020 .....	17
Figura 2 - Distribuição de imigrantes por 1000 hab. (stock) – EU28 .....	18
Figura 3 - Número de migrantes internacionais em Portugal no ano de 2020 .....	19
Figura 4 - Tendência evolutiva de estrangeiros residentes em Portugal .....	20
Figura 5 - Nacionalidade mais representativas em Portugal .....	21
Figura 6 - Distribuição etária por género da população estrangeira residente em Portugal .....	21
Figura 7 - Distribuição de residentes estrangeiros por distrito .....	22
Figura 8 - Distribuição geográfica de residentes estrangeiros por concelho .....	22
Figura 9 - Modelo de promoção da saúde adaptado .....	31
Figura 10 - Teoria de Leininger – Cuidado transcultural em enfermagem .....	33
Figura 11 - Valores da ARS Algarve, I.P. ....	35
Figura 12 - População residente por região (2009-2019) .....	37
Figura 13 - Área de abrangência do ACeS Algarve I Central .....	37
Figura 14 - Número de profissionais por carreira profissional do ACeS Algarve I Central .....	38
Figura 15 - Pirâmide etária dos utentes inscritos ACeS Algarve I Central .....	38
Figura 16 - População residente no ACeS Algarve I Central segundo o local de residência e sexo (2015-2016) .....	39
Figura 17 - Evolução da densidade populacional (2015-2016) .....	39
Figura 18 - Evolução da variação populacional (Nº) por concelho de residência (2015-2016) ..	40
Figura 19 - Evolução da taxa bruta de natalidade (1998-2014) .....	40
Figura 20 - Taxas brutas de natalidade e mortalidade por local de residência (2015-2016) .....	41
Figura 21 - Evolução de óbitos e nascimentos no ACeS Algarve I Central (1996-2016) .....	41
Figura 22 - Evolução do Nº de Óbitos no Algarve e ACES Central (2007-2016) .....	42
Figura 23 - Taxa bruta mortalidade por 1000 habitantes no Algarve e ACES Central (2007-2016) .....	42
Figura 24 - Distribuição percentual dos óbitos no ACeS Algarve I Central por algumas causas de morte (codificação da lista sucinta europeia) (2013 e 2015) .....	43
Figura 25 - Nº de Óbitos Infantis e Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nados vivos em Portugal, no Algarve e ACES Central (2007-2014) .....	44
Figura 26 - Nº de óbitos neonatais e Taxa de Mortalidade Neonatal por 1000 Nados vivos em Portugal, no Algarve e ACES Central (2007-2014) .....	44
Figura 27 - Índice de envelhecimento e índice de dependência dos idosos por local de residência (2015-2016) .....	45
Figura 28 - Evolução do índice de dependência de idosos (1991-2014) .....	45
Figura 29 - Evolução da esperança de vida à nascença segundo o local de residência (por triénios) .....	46
Figura 30 - Distribuição do número de residentes por locais censitários (2011) .....	47
Figura 31 - Número de idosos que vivem sós por sexo e por local de residência (2011) .....	47
Figura 32 - Idosos $\geq$ 65anos que vivem só por local de residência (%) (2011) .....	47
Figura 33 - Distribuição de residentes estrangeiros por concelho do Distrito de Faro .....	49
Figura 34 - Etapas do processo de Planeamento em Saúde .....	52
Figura 35 - Utentes inscritos no Centro de Saúde .....	58
Figura 36 - Utentes inscritos no Centro de Saúde .....	59
Figura 37 - Consultas realizadas pela população inscrita no Centro de Saúde .....	60
Figura 38 - Estrutura de divisão do trabalho – Work-Breakdown Structure (WBS) .....	74

---

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Nacionalidades estrangeiras predominantes no Distrito de Faro .....	50
Quadro 2 - Comparação por pares .....	65
Quadro 3 - Objetivo 1: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador .....	67
Quadro 4 - Objetivo 2: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador .....	67
Quadro 5 - Objetivo 3: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador .....	68
Quadro 6 - Objetivo 3: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador .....	68
Quadro 7 - Pertinência, vantagens e desvantagens das estratégias .....	71
Quadro 8 - Equipa de gestão e de execução do projeto .....	73
Quadro 9 – Stakeholders .....	73
Quadro 10 - Custo das atividades .....	75
Quadro 11 - Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto .....	76
Quadro 12 - Avaliação dos indicadores de actividade .....	83

## 1 – INTRODUÇÃO

As migrações internacionais são consideradas como umas das principais características do século XXI, integrando, com efeito, a agenda da Organização das Nações Unidas [ONU], pelo carácter global que apresentam na atualidade, exigindo que em termos de política interna dos Estados, sejam assumidos compromissos concertados, pelo fluxo global de pessoas, capital, bens e serviços, assim como de ideias e informação (Rodrigues e Ferreira, 2014).

Portugal, há cerca de 4 décadas, era um país de emigração, com poucos imigrantes, sendo nos dias de hoje uma nação com grande peso migratório, verificando-se a existência de uma demografia complexa, diversificada e com grandes movimentos migratórios.

A globalização, a multiculturalidade e os fluxos migratórios verificados nos dias de hoje configuram um panorama nacional revelador de profundas transformações sociais e culturais, exigindo que sejam adotadas medidas sólidas com vista à integração da população migrante em território nacional.

Em Portugal os cuidados de saúde devem ser acessíveis a todos os indivíduos que deles careçam, devendo o Sistema de Saúde Português (SSP) assegurar o direito à proteção da saúde e prevenção da doença da população migrante, assegurando igualdade no acesso. As migrações, com crescimento exponencial nas últimas décadas, colocam grandes desafios no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, onde os Cuidados de Saúde Primários (CSP) ocupam um lugar privilegiado, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte das pessoas, famílias e grupos populacionais.

Podem ser várias as barreiras encontradas pela população estrangeira no acesso aos CSP, nomeadamente questões relacionadas com a língua, cultura, crenças e valores religiosos, questões financeiras, assim como o desconhecimento sobre o próprio funcionamento do mesmo, podendo comprometer a situação de saúde de pessoas residentes fora da sua nação.

Tendo em consideração o volume migratório em Portugal nos dias de hoje e, no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública [EEECSP], onde o foco de atenção deverá ser a promoção da saúde das pessoas, famílias e grupos populacionais, num processo de capacitação das mesmas, com vista à obtenção de ganhos em saúde (Regulamento das Competências Específicas do EEECS, 2018), entende-se pertinente desenvolver um projeto que promova a acessibilidade da população estrangeira aos CSP.

O presente relatório surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem (em Associação), área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo 2022/23, refletindo o

---

desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária implementado no decurso do 2º estágio, numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, Instituto Público (I.P.).

Os dados apurados no diagnóstico da situação revelam a existência de um elevado número de estrangeiros no concelho em estudo, sendo um dos concelhos da região do Algarve com mais estrangeiros residentes, o que evidencia a pertinência da temática, sendo um projeto transversal a todas as Unidades Funcionais (UF) prestadoras de cuidados de saúde no concelho em apreço, onde se verifica uma baixa acessibilidade por esta população, no âmbito vários programas de saúde.

Definiu-se como objetivo deste Projeto: Promover o aumento da acessibilidade da população estrangeira aos CSP.

A realização do projeto de intervenção comunitária assentou no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, com enfoque na abordagem e empoderamento comunitário, e na Teoria de Leininger sobre o cuidado transcultural em Enfermagem. A Metodologia de Planeamento em Saúde, proposta por Imperatori e Giraldes (1993), surge com o objetivo de contribuir para o empoderamento e capacitação da população estrangeira, no que diz respeito ao acesso aos CSP, no concelho em estudo.

O trabalho encontra-se estruturado em seis etapas, iniciando-se com o enquadramento teórico, realizado com base em revisão da literatura e consulta em bases de dados científicos, nacionais e internacionais, disponíveis para consulta livre, nomeadamente: SciELO, RCAAP e BVS, e a EBSCO, na área reservada do site da Ordem dos Enfermeiros (OE), utilizando como descritores: *migrants, primary health care, cultural diversity e health services accessibility*, com recurso à plataforma DeCS/ MeSH, Descritores em Ciências da Saúde. Segue-se a caracterização do contexto de estágio, a metodologia de Planeamento em Saúde, a análise das competências desenvolvidas e, por fim, as considerações finais.

O documento encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segundo o modelo de referências bibliográficas APA, da American Psychological Association, 7ª edição.

## **2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

A contextualização do tema do projeto de intervenção comunitária foi realizada com base na evidência científica mais recente, sobre a temática em apreço, que se estrutura neste capítulo desde o fenómeno dos fluxos migratórios à escala global, passando pela realidade existente em Portugal, evidenciando-se a dimensão de residentes existentes no país, as nacionalidades predominantes, assim como o impacto destes no SSP, nomeadamente nos CSP. O papel do enfermeiro nos cuidados à população migrante tem especial destaque, evidenciando-se a importância da Enfermagem transcultural. Por último, destacam-se os modelos teóricos que nortearam a elaboração do projeto, designadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e Teoria Leininger sobre o cuidado cultural.

## 2.1 – A GLOBALIZAÇÃO E OS FLUXOS MIGRATÓRIOS NA ATUALIDADE

Os fenómenos migratórios representam nos dias de hoje uma das principais ocorrências no mundo, caracterizadoras de movimentação não só de pessoas, como de um conjunto valores sociais, culturais, económicos e políticos, com um marco histórico no século XXI (Rodrigues & Ferreira, 2014).

A Organização das Nações Unidas (ONU) faz referência ao facto de existirem nos dias de hoje, mais do que nunca, pessoas a viver num país diferente daquele em que nasceram. Em 2017, o número de migrantes internacionais em todo o mundo, isto é, pessoas que residem num país que não o seu país de nascimento, alcançou os 258 milhões. As mulheres migrantes representavam 48% dos migrantes internacionais. É estimado que cerca de 36,1 milhões sejam crianças, 4,4 milhões estudantes internacionais e 150,3 milhões sejam trabalhadores migrantes. Relativamente à residência, cerca de 31% da população mundial reside na Ásia, 30% na Europa, 26% nas Américas, 10% em África e 3% na Oceânia (ONU, 2019).

Existe população que migra voluntariamente, outros porém, por necessidade. A mesma fonte faz referência ao facto de cerca de 68 milhões de pessoas terem sido forçadas a se deslocar para fora do seu país, incluindo mais 25 milhões de refugiados, 3 milhões requerentes de asilo e mais de 40 milhões de pessoas deslocadas internamente, dentro do seu próprio país (ONU, 2019).

O cenário identificado prevê que sejam criadas medidas internacionais com vista à estabilidade e equilíbrio das nações, a nível internacional, em áreas tão diversas e com uma abrangência, que coloca nas mãos dos decisores políticos a nível mundial uma responsabilidade exponencial



sobre esta matéria. A prova disso é expressa na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, onde se reconhece, pela primeira vez, a contribuição da migração para o desenvolvimento sustentável. Nesta agenda, 11 dos 17 objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) contêm metas e indicadores com relevância para a migração ou mobilidade, assentes no princípio “não deixar ninguém para trás”, incluindo os migrantes (ONU, 2019).

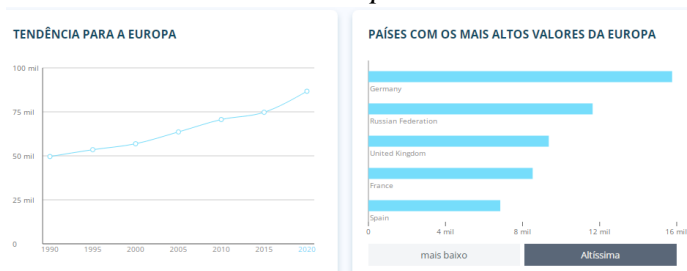
Rodrigues e Ferreira (2014) evidenciam que é reconhecida a importância do fenómeno das migrações internacionais que, por um lado, impelem ao desenvolvimento económico dos países de origem e de destino, contribuindo também para o equilíbrio demográfico e enriquecimento social, por outro lado, colocam-se outras questões, nomeadamente as relacionadas com a segurança de indivíduos, sociedades e estados, colocando nas mãos das nações grandes desafios, sobretudo se considerarmos os avanços tecnológicos verificados, que permitem encurtar distâncias e quebrar barreiras.

A União Europeia (UE) evidencia no seu site oficial que a 1 de janeiro de 2021 existiam 447,2 milhões de habitantes, sendo que destes, 23,7 milhões eram cidadãos de fora da UE, e 37,5 milhões nascidos fora da UE o que corresponde a 5,3% da população total da UE<sup>1</sup>.

No espaço europeu no ano 2020 estimaram-se cerca de 86,7 milhões de migrantes, segundo os dados internacionais publicados pelo *Migration Data Portal*<sup>2</sup>, o que representa 11,6% em relação à população total migrante a nível mundial. A mesma fonte revela que estes números têm crescido desde a década de 90, sendo a Alemanha o país europeu que regista maior fluxo de migrações, seguindo-se a Rússia, o Reino Unido, a França e a Espanha.

### Figura 1

Número total de migrantes internacionais na Europa em meados de 2020.



Fonte. *Migration Portal Data*, 2020.

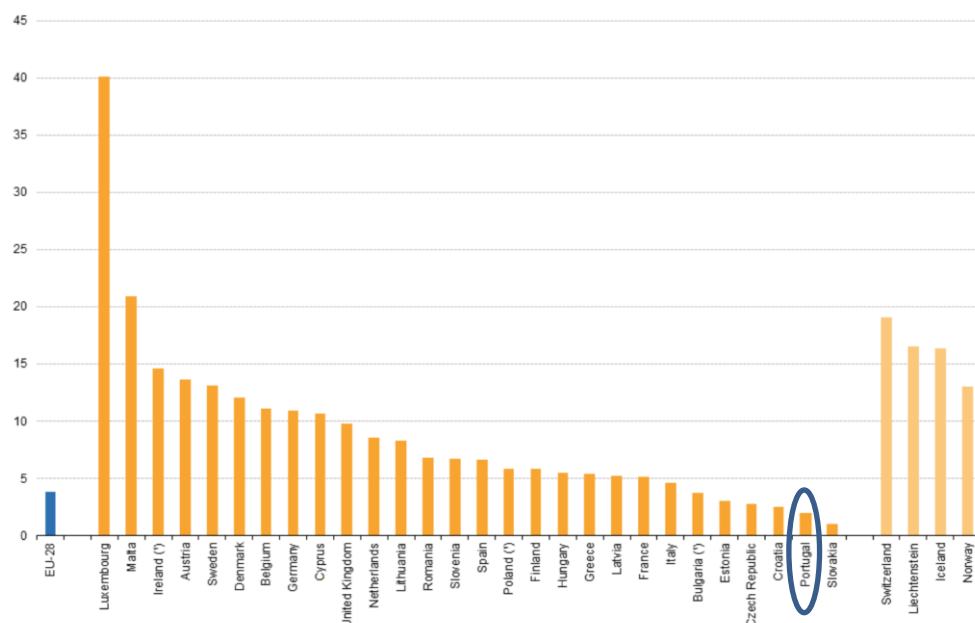
A figura que se segue ilustra o fluxo de imigrantes por país, constatando-se que Portugal, embora seja um país muito procurado e com um número razoável de fluxos migratórios, comparativamente com outros países da UE, ainda não reflete um número expressivo de imigrantes.

<sup>1</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe\\_pt](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_pt)

<sup>2</sup> [https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock\\_abs &t=2020&m=1&rm49=150](https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs &t=2020&m=1&rm49=150)

**Figura 2**

*Distribuição de imigrantes por 1000 hab. (stock) – EU28*



Fonte. Eurostat, 2016.

Esta é uma nova realidade mundial, que se reveste de assimetrias e convergências em áreas diversificadas. Os fluxos migratórios podem contribuir para a redução da pobreza, a melhoria do acesso à saúde, educação e segurança alimentar, podendo, igualmente contribuir para uma maior independência dos indivíduos, caracterizando-se por fenómenos não só sociais, como demográficos, com uma dinâmica complexa, que exige a adoção de políticas governamentais inclusivas e de integração, geradoras de estratégias migratórias positivas.

## 2.2 – MIGRAÇÃO EM PORTUGAL

Como evidenciado anteriormente a migração é um fenómeno existente em larga escala em todo o mundo, e Portugal não é exceção. Nas últimas décadas, especialmente a partir da década de 90, houve um crescimento significativo do fluxo migratório.

Alguns fenómenos consideram-se importantes evidenciar, nomeadamente o período pós 25 de abril de 1974, ao qual se seguiu o processo de descolonização, tendo ocorrido o regresso de um número expressivo de portugueses, oriundos das ex-colónias. Posteriormente, com entrada em vigor do Acordo de Shengen, assinado inicialmente pela Alemanha, França, Bélgica, Holanda e

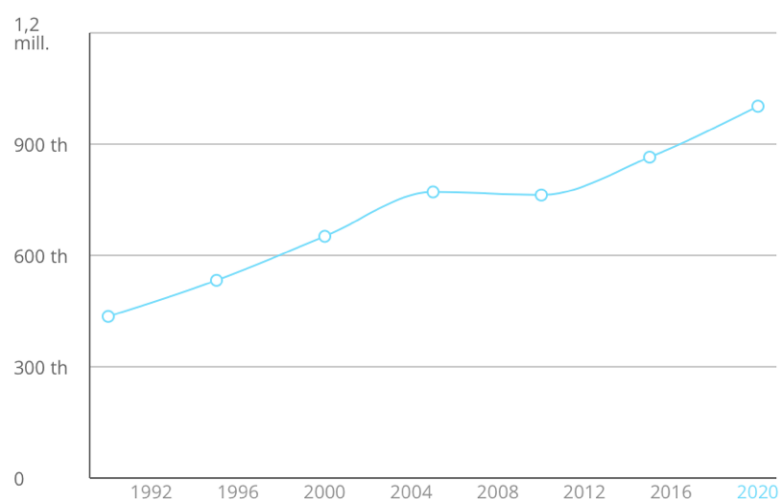
Luxemburgo em 11 de junho de 1985, tendo Portugal aderido em 25 de julho de 1991, estabeleceu-se a liberdade de circulação de pessoas na Comunidade Europeia.

A mudança de paradigma migratório revelou uma diminuição de estrangeiros provenientes da Europa Ocidental e dos Estados Unidos da América, e dos nacionais dos países africanos de Língua oficial portuguesa. Verificou-se um crescimento de imigrantes de nacionalidade brasileira e dos nacionais da Europa do Leste. Em 2002 os cinco grupos nacionais numericamente mais importantes, por ordem decrescente, eram: Cabo Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Reino Unido. Em 2012, a ordem passou a ser: Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Roménia e Angola (SEF, 2012).

O gráfico que se apresenta de seguida ilustra a tendência crescente do fenómeno migratório verificado em Portugal, a atingir cerca de 1 milhão em 2020 (Figura 3).

### Figura 3

*Número de migrantes internacionais em Portugal no ano de 2020.*



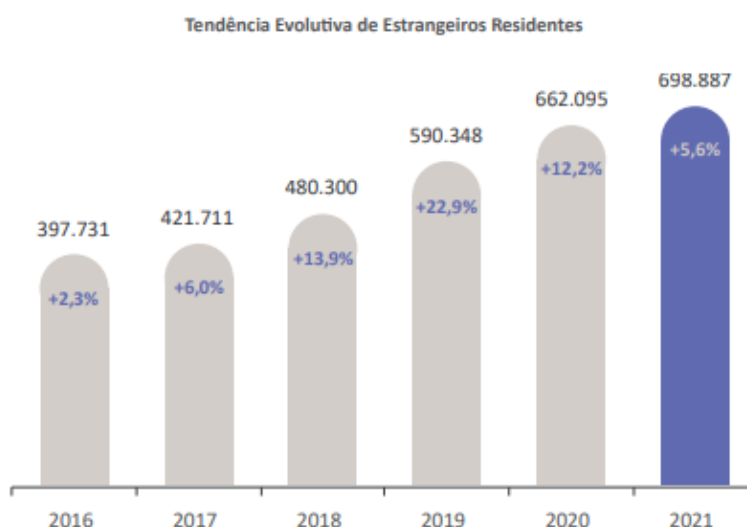
*Fonte. Migration Portal Data, 2020.*

Conforme evidencia o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), na evolução do movimento migratório em Portugal dever-se-ão considerar diversas variáveis, nomeadamente o contexto social e económico português, bem como dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais, bem como outros fenómenos com repercussão à escala continental e mundial, como sejam: conflitos armados, desastres ambientais e Pandemias. A este nível importa ainda destacar a Pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, que conduziu à desaceleração no aumento da população estrangeira residente, comparativamente com o ano de 2020 (SEF, 2021).

No entanto, face ao referido anteriormente e, segundo os dados publicados pelo SEF no Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, verificou-se em 2021, comparativamente com o ano de 2020, um aumento de 5,6% de população estrangeira residente, o que totalizava, no ano em apreço, 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência (Figura 4), tendo este sido o valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento no ano de 1976 (SEF, 2021).

#### Figura 4

*Tendência evolutiva de estrangeiros residentes em Portugal.*

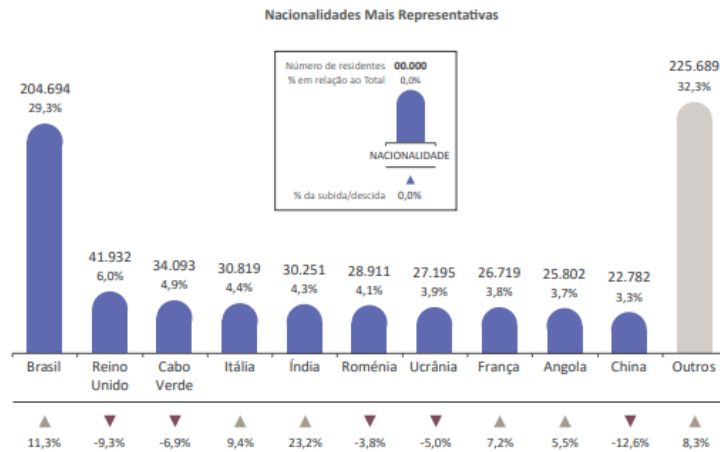


Fonte. SEF, 2021.

Dos dados constantes importa evidenciar, no que se refere às nacionalidades de estrangeiros residentes, conforme se ilustra na figura seguinte (Figura 5), que a comunidade brasileira se mantinha como a que apresentava um maior número de residentes, cerca de 29,3% do número total; o Reino Unido, embora com decréscimo 9,3% de residentes, comparativamente a 2020, era a segunda nacionalidade mais predominante. A Índia ocupa, atualmente o 5º lugar, ultrapassando a França, China, Ucrânia e Roménia, destacando-se a Itália na 4ª posição, marcando a tendência de crescimentos nos últimos anos (SEF, 2021).

#### Figura 5

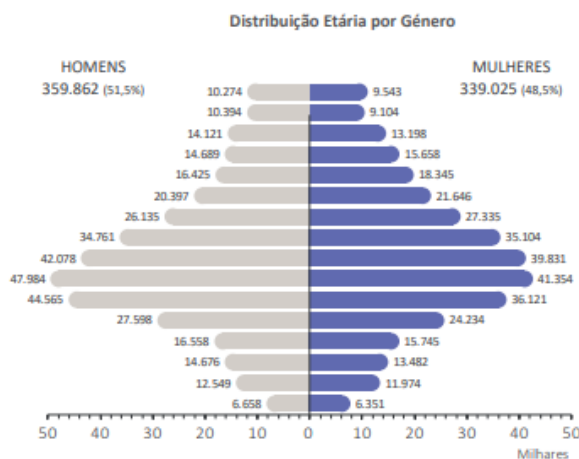
*Nacionalidade mais representativas em Portugal.*



Fonte. SEF, 2021.

Em relação ao género (Figura 6), não se verificavam diferenças significativas, 51,5% de homens e 48,5% de mulheres, salientando-se o facto de a população ativa representar cerca 76,4% dos cidadãos estrangeiros, com maior expressão na faixa etária dos 25-44 anos (321.798) (SEF, 2021).

**Figura 6**  
*Distribuição etária por género da população estrangeira residente em Portugal.*

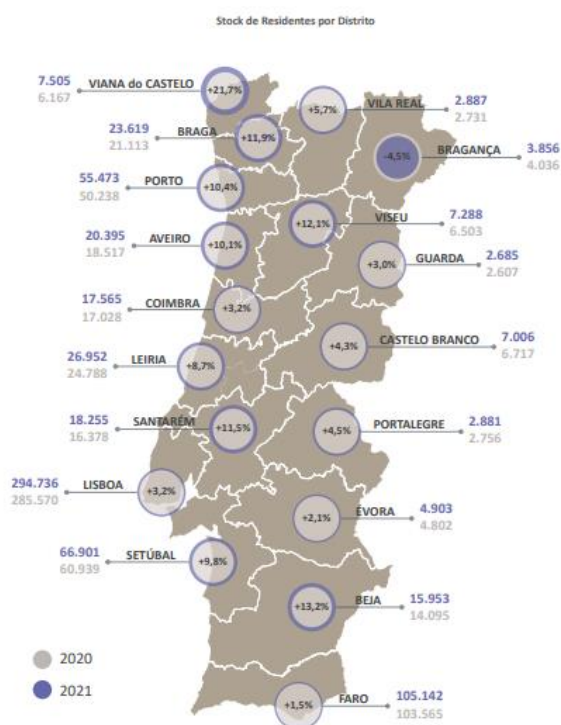


Fonte. SEF, 2021.

No que se refere aos distritos (Figura 7), em Portugal Continental, a maior fatia de residentes estrangeiros distribuía-se pelo litoral, sendo que 66,8% destes encontravam-se registados nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal, o que totalizava 466.779 cidadãos estrangeiros residentes (SEF, 2021).

**Figura 7**

## Distribuição de residentes estrangeiros por distrito.



Fonte. SEF, 2021.

O Distrito de Faro era o 3º com o maior número de residentes estrangeiros, verificando-se na distribuição geográfica a nível nacional, que dos 10 concelhos com maior número de população estrangeira, 2 deles eram na região do Algarve (Figura 8): Loulé em 8º lugar, com 18.707 residentes e Albufeira em 10º, com 16.433 residentes (SEF, 2021).

### Figura 8

Distribuição geográfica de residentes estrangeiros por concelho.

Distribuição Geográfica por Concelho

Concelho	Residentes	Área Km <sup>2</sup>	Densidade Residentes por Km <sup>2</sup>
Lisboa	108.894	100	1.088,9
Sintra	42.475	319	133,2
Cascais	34.097	97	351,5
Amadora	23.834	24	993,1
Loures	21.579	167	129,2
Odivelas	20.788	27	769,9
Porto	18.950	41	462,2
Loulé	18.707	764	24,5
Almada	16.570	70	236,7
Albufeira	16.433	141	116,5

Fonte. SEF, 2021.

Todas as dinâmicas migratórias verificadas em Portugal, à semelhança do que acontece a nível global, tornam fulcral esta temática na agenda dos decisores políticos, pela forma como este fenómeno se repercute na sociedade civil a nível social, económico, cultural.

---

Os números espelham claramente um país com grande procura pela população estrangeira, pela imagem que lá fora existe, de uma nação segura, capaz de traduzir na população que a procura, bem-estar, qualidade de vida, melhores oportunidades de emprego, entre outros, enraizando-se a ideia de um país de acolhimento.

### 2.3 – A SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL

Segundo Dias e Gonçalves (2007) a migração internacional é considerada mundialmente um dos maiores desafios da saúde pública, reconhecendo-se a premente necessidade em compreender a movimentação da população e o seu impacto na saúde, assim como se revela essencial o conhecimento sobre os determinantes da saúde, do estado de saúde dos indivíduos e comunidades imigrantes. A reflexão sobre políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, com repercussão na redução de riscos e vulnerabilidades, com vista à obtenção de ganhos efetivos em saúde têm especial destaque.

O contexto migratório verificado em Portugal, pela forma complexa e diversificada que tem surgido, representa um importante desafio ao nível da saúde pública, com implicações diretas na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. A procura e utilização dos serviços de saúde é encarada como condição para a obtenção de ganhos em saúde, existindo evidência em vários estudos que pode ser influenciada por fatores sociais, demográficos e económicos, bem como os recursos financeiros e a situação laboral. Fatores individuais, como por exemplo, o país de origem, o tempo de residência no país de acolhimento, valores e crenças culturais face à sua situação de saúde, assim como a perceção sobre a utilização dos serviços, experiências anteriores, expectativas e o conhecimento sobre estes, têm impacto no acesso aos cuidados de saúde (Dias et al. 2010).

Os mesmos autores referem ainda que outros fatores relacionados com os profissionais de saúde, como as suas atitudes face aos imigrantes ou falta de competências culturais, associados aos relacionados com os próprios serviços, podem, também, determinar a procura de cuidados (Dias et al. 2010).

O direito fundamental à saúde é devidamente expresso na constituição da República Portuguesa, (Lei Constitucional n.º 1/2005) publicada em Diário da República, n.º 155 – I Série - A, de 12 de agosto de 2005, que prevê no seu artigo 64.º:

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral

e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência. 4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada (p.4652).

Em termos legislativos e normativos legais e, no que se refere ao direito à saúde, importa ainda enquadrar o disposto no Direito Universal, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que prevê no seu artigo 25.º:

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.



---

2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma protecção social<sup>3</sup>.

A Lei de Bases da Saúde, na sua redacção atual - Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, consubstancia o direito à protecção da saúde de todas as pessoas, sendo este o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer (p.56).

No que se refere à protecção dos migrantes com residência em Portugal, destaca-se o Despacho n.º 25 360/2001, de 16 de novembro, publicado no D.R. n.º 286, II Série, de 12 de dezembro, onde se estabelece que

é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, adiante SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS (p.2).

O quadro legislativo e normativos legais assumem claramente que os países de acolhimento devem assegurar à população imigrante um conjunto de medidas com vista à integração social, à redução de desigualdades e vulnerabilidade, uma vez que estes são fatores determinantes na saúde e bem-estar desta população.

Refira-se que as barreiras e obstáculos no acesso aos cuidados de saúde podem ser de natureza diversa, nomeadamente a nível legislativo, estrutural, económico, cultural, da própria língua ou da estrutura organizativa dos serviços de saúde.

A considerar, nesta ótica de pensamento, as questões relacionadas com as crenças, costumes, valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, a par da perceção individual sobre a sua saúde, que determinam e influenciam a componente comportamental em saúde, especificamente no que se refere à procura de cuidados de saúde.

Alguns estudos referem poder existir uma relação limitada de acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes, associada a um potencial risco para a sua saúde, uma vez que o acesso não se evidencia tão universal, por não usufruírem dos vários serviços existentes, nomeadamente

---

<sup>3</sup> <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>

---

ao nível da promoção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. Nesta base poderão estar alguns constrangimentos relacionadas com a componente financeira, a falta de recursos na área da saúde, ou até mesmo a própria adequação ou eficácia de respostas às necessidades de saúde destas populações (Estrela, 2009).

Outros fatores verificados na acessibilidade aos serviços de saúde poderão ser: as infra-estruturas, distância e horários de funcionamento dos serviços de saúde, bem como os tempos de espera. Questões relacionadas com um conhecimento limitado sobre a legislação nestas matérias, por parte dos profissionais de saúde, poderão traduzir na exclusão desta população aos serviços de saúde, além de algum comportamento discriminatório e estigmatizante, socialmente verificado e relacionado com a imigração, que poderá condicionar a acessibilidade dos mesmos (Dias & Gonçalves, 2007).

Dias et al. (2010) num estudo intitulado “Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde”, através de grupos focais com amostras de 20 imigrantes e 32 profissionais de saúde e, após análise e tratamento dos dados recolhidos, fazem evidência ao facto de existirem diferentes padrões de procura de cuidados de saúde, verificando-se utilização de forma preventiva e regular dos serviços, utilização apenas em situações de urgência ou de não utilização. Como barreiras no acesso e utilização dos serviços identificaram-se: a situação irregular, as dificuldades socioeconómicas, desconhecimento da legislação sobre acesso, questões culturais, as competências dos profissionais e aspetos relacionados com os serviços.

Um aspeto a considerar e, até porque a investigação ao nível da acessibilidade da população estrangeira aos cuidados de saúde ainda é deficitária, prende-se com própria cultura organizacional dos serviços de saúde, verificando-se algum desconhecimento e formação especializada por parte dos profissionais de saúde, na área da multiculturalidade, o que poderá condicionar não só a questão da acessibilidade, como também a própria resposta que é dada a esta população (Dias et al, 2010).

Os dados constantes no estudo mencionado anteriormente traduzem uma evolução positiva no padrão de procura dos cuidados de saúde, comparativamente com dados de outros estudos anteriores. Este facto, poderá traduzir um investimento ao nível das políticas e estratégias adotadas, com vista à promoção do acesso aos serviços de saúde, bem como melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Dias et al, 2010).

Outro aspeto de interesse prende-se com o facto de os participantes considerarem-se insatisfeitos com os cuidados de saúde recebidos, facto relacionado com as expectativas destes, assentes

---

no sistema de valores e padrões de referência do seu país. “A prestação de cuidados deve garantir qualidade clínica, mas também ser sensível e culturalmente adequada” (Dias et al., 2010, p.258).

Segundo Estrela (2009), a prestação de cuidados de saúde à população imigrante deverá pressupor a redução dos factores de risco, o tratamento da doença e, também, promover o suporte social necessário a estes utentes e famílias, de forma a eliminar desigualdades. Deverão ser adotadas estratégias que reduzam não só as consequências da estigmatização e exclusão social destas populações, como permitam fornecer informação sobre as suas características culturais, crenças e valores.

Considerando a especificidade de necessidades identificadas nestas populações, ao nível da saúde materna, saúde infantil, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso, e até mesmo, na alteração dos papéis conjugais que se possam verificar, é crucial a deteção e tratamento precoce dos seus problemas de saúde, a promoção da educação para a saúde, assente em programas que fomentem a aquisição de estilos de vida saudáveis, especialmente nos grupos etários mais jovens (Estrela, 2009).

No seguimento do referido anteriormente, importa evidenciar que os profissionais de saúde dos CSP, pela abrangência de respostas que asseguram, no âmbito dos vários Programas de Saúde, assim como, pela proximidade que conseguem estabelecer com estas populações, apresentam um lugar privilegiado, uma vez que podem desenvolver intervenções de maior complexidade, avaliando de forma holística estes grupos, num exponencial de relação comportamental, que integre os aspetos culturais, como resposta à sua situação de saúde.

Os CSP, à semelhança de outras entidades e serviços prestadores de cuidados de saúde experimentam, igualmente, uma nova realidade, desafiante por sinal, mas exigente, pois implica que sejam tomadas medidas, nomeadamente na capacitação dos profissionais de saúde das várias Unidades Funcionais (UF) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

Maurício (2009) faz referência à importância da resolução do problema que justificou a procura do imigrante ao Centro de Saúde (CS), sendo que para o efeito a relação estabelecida entre o utente e o profissional deverá procurar ser consensual, com base num processo de negociação, que valorize as questões culturais, os valores e referências do país de origem.

A par das diferentes conceções e representações sobre o estado de saúde e doença, em contextos culturais distintos, a relação terapêutica deverá afastar ambientes de hostilidade, desigualdade e qualquer tipo de comportamento discriminatório, pois estamos perante populações vulneráveis, muitas delas longe da sua família e desprovidas de suporte e apoio emocional.

---

Como evidenciado as barreiras e obstáculos no acesso aos cuidados de saúde podem ser diversificados, além de comprometedores da saúde dos imigrantes em Portugal. É crucial uma readaptação estrutural nos serviços de saúde, pela resposta crescente que estes devem assegurar, nos diferentes níveis de cuidados. Deverão ser adotados programas e políticas integrativas em saúde, com envolvimento dos profissionais, numa resposta ajustada às necessidades efetivas dos imigrantes. Estas iniciativas deverão ser implementadas envolvendo vários parceiros da sociedade civil, numa estratégia concertada, de empoderamento e capacitação desta população, na promoção da literacia em saúde, onde detenham verdadeiro conhecimento dos seus direitos, permitindo um acesso pleno aos diversos contextos do SSP, com obtenção de ganhos em saúde.

#### 2.4- A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS MIGRANTES

Segundo Stanhope e Lakanster (1999) o reconhecimento das normas sociais e o respeito pela cultura são essenciais na forma e sucesso de prosperar no seu próprio meio, considerando-se o acesso ao emprego, à educação e aos cuidados de saúde. O reconhecimento da cultura e valores de migrantes e suas famílias é essencial para o planeamento e prestação de cuidados de saúde a este grupo.

Neste contexto, na enfermagem, enquanto profissão que assegura cuidados de saúde holísticos à pessoa, ao longo do seu ciclo de vida e, em CSP, considerando a dinâmica migratória existente em Portugal, é fundamental que se adotem estratégias específicas na prestação de cuidados à população imigrante, com respeito pela sua cultura, valores, ideologias e princípios, numa relação terapêutica harmoniosa entre a componente social e espiritual.

O cuidar em Enfermagem nestas populações exige que os enfermeiros adquiram conhecimentos e desenvolvam competências específicas, assentes num modelo de capacitação multicultural e, só assim, será possível assegurar cuidados eficazes, ajustados às reais necessidades dos indivíduos.

Vilelas & Janeiro (2011) referem-se a um conceito de Enfermagem transcultural, que se constitui como essencial na prática dos cuidados de enfermagem nos dias de hoje, considerando o número crescente de utentes com nacionalidade estrangeira que recorrem ao SSP. A este nível evidencia-se a necessidade do enfermeiro reconhecer e valorizar as diferenças culturais na área da saúde, os costumes, crenças e valores, adaptando a sua intervenção nesta esfera, com vista a garantir a satisfação do utente, atingindo-se ganhos efetivos em saúde.

A competência cultural pode ser caracterizada como um processo contínuo do indivíduo desenvolver esforços no sentido de se tornar cada vez mais autoconsciente, valorizando a

---

diversidade, tornando-se perito sobre os aspetos culturais de cada pessoa. Os enfermeiros culturalmente competentes são sensíveis a aspetos relacionados com a cultura, raça, etnia, género e orientação sexual. Procuram melhorar a sua comunicação, apreciações culturais e adquirem conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas (Vilelas & Janeiro, 2011).

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário será um profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população estrangeira, considerando-se que o EEECSPP reúne o perfil de competências adequado à intervenção neste nível, pois, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEECSPP da OE estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, capacitando-a na aquisição de estilos de vida saudáveis, na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação.

A população estrangeira, pelas barreiras e obstáculos identificados anteriormente, no acesso aos cuidados de saúde, deverá ser alvo de uma intervenção focalizada em estratégias de promoção e educação para a saúde, de capacitação, onde a literacia em saúde deverá ter abordagem privilegiada, por serem consideradas populações de risco e vulnerabilidade. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, deverão, igualmente, ser capacitados para prestar cuidados de saúde a estas populações, pela diversidade de origens culturais que chegam a Portugal.

A promoção da saúde é um tema que se baseia nos pressupostos da Declaração de Alma-Ata, tendo vindo a ser discutido ao longo dos anos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nas várias conferências globais da promoção da saúde.

A sua definição enquanto “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1) é, também ela, uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária [EEEC] (Regulamento n.º 428/2018, 2018) e evidencia a necessidade das pessoas serem protagonistas na sua saúde, remetendo-nos para a necessidade de empoderamento, isto é, que tenham a habilidade e o poder de intervir em benefício da sua saúde e bem-estar.

A promoção da saúde resulta de um conjunto de fatores sociais, económicos, culturais e políticos, que se articulam de uma forma particular em cada sociedade, conferindo-lhes estados mais ou menos saudáveis (OMS, 1986). Nesta perspetiva, a promoção da saúde refere-se às ações sobre os condicionantes e os determinantes sociais da saúde, exigindo uma articulação intersetorial e intrasetorial (Bonita et al., 2010).

Segundo o Regulamento n.º 348/2015 (OE, 2015), a promoção da saúde e a educação para a saúde têm um papel fundamental na intervenção do EEEEC, de acordo com o enunciado no Código

---

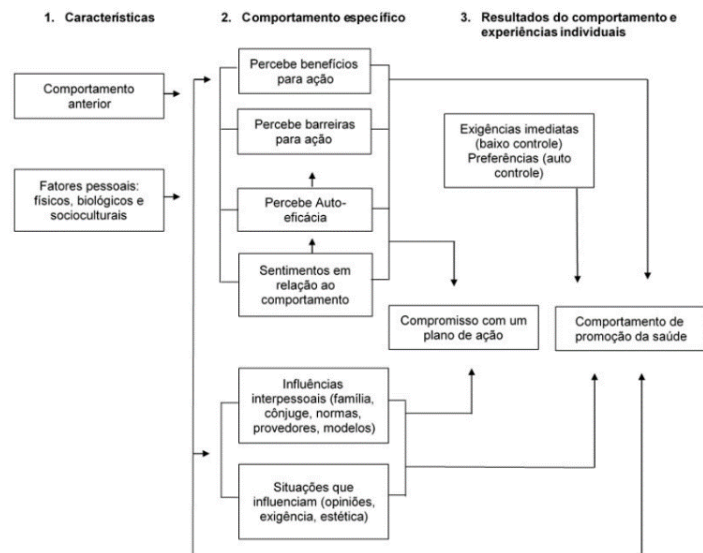
Deontológico de Enfermagem em que todos os enfermeiros deverão encorajar a independência e a autonomia das pessoas, recorrendo à educação para a saúde. Paralelamente, a comunicação em saúde revela-se uma outra estratégia fundamental, uma vez que contribui para que as pessoas compreendam melhor as suas necessidades de saúde e tomem decisões conscientes em relação às mesmas.

A Décima Conferência Internacional de Saúde, em 2021, vem reforçar a importância de estender a promoção da saúde, identificando intervenções realistas para a promover e aproveitar as oportunidades para construir sociedades mais saudáveis, permitindo que prosperem (OMS, 2021).

Diversos problemas de saúde podem ser prevenidos uma vez que se encontram associados a comportamentos de risco e a estilos de vida menos saudáveis. Assim, este projeto de intervenção comunitária será suportado pelo Modelo de Promoção de Saúde (MPS) (Figura 9), proposto por Nola Pender, e pela Teoria de Leininger sobre o cuidado transcultural em Enfermagem (Figura 10).

**Figura 9**

*Modelo de promoção da saúde adaptado.*



Fonte. Porto, J. S. & Marziale, M. H. P. (2020)

Este modelo baseia-se na Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, enquadrando-se nos princípios da Teoria do Behaviorismo e no Modelo de Avaliar Expectativas (Silva et al., 2015). O MPS tem por base a identificação de fatores anteriores que influenciam diretamente o comportamento de saúde da pessoa, sendo que a relação entre o profissional e pessoa cuidada deve funcionar em conjunto, com base num processo de negociação, por forma a se alcançar o comportamento saudável.

Este modelo abrange os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Pender, 2011), suportando-se em três componentes que se subdividem em três variáveis (Aguiar et al., 2021; Veiga et al., 2021). As duas primeiras - *características e experiências pessoais e comportamento anterior* - consideram que cada pessoa apresenta características e experiências únicas que influenciam e condicionam as suas decisões/ações futuras; a última – *resultado do comportamento* – que inclui os aspetos de compromisso com o plano de ação definido, as preferências e as exigências das pessoas.

O enfermeiro deve influenciar a mudança comportamental da pessoa, contribuindo para a consciência dos benefícios a alcançar, disponibilizando estratégias para ultrapassar os seus obstáculos e motivando-a para se sentir auto-eficaz, com consciência para alcançar o comportamento esperado e desejado. Conforme descrito nas Competências Específicas do EEEC, em que este “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.2018).

De acordo com Pender (2011), o MPS apresenta-se com uma estrutura clara e simples, sendo que a enfermagem colabora com a pessoa, família e comunidade para criar condições mais

---

favoráveis à otimização da saúde e bem-estar, permitindo a realização de um planeamento, intervenção e avaliação das suas intervenções. A promoção da saúde tem como objetivo ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, independentemente da faixa etária, otimizando a saúde quando a mesma se encontra comprometida, criando ambientes saudáveis (Pender et al., 2015). Este MPS, por considerar ser necessário o desenvolvimento de estratégias como intersectorialidade, mobilização social e de parcerias, sustentabilidade, defesa pública da saúde (OMS, 1986), aumenta a probabilidade de sucesso, sem ignorar os determinantes que afetam cada pessoa.

A par do modelo anteriormente apresentado considerou-se importante utilizar o referencial teórico de Leininger no projeto, uma vez que esta teoria tem enfoque no reconhecimento do cuidado holístico, considerando a diversidade dos fatores culturais apresentados pelos indivíduos. O conceito do cuidado transcultural em Enfermagem, introduzido por Leininger, privilegia o desenvolvimento de competências culturais por parte dos enfermeiros, para que estes assegurem a prestação de cuidados a pessoas de diferentes etnias, focalizando a relação entre cultura, os cuidados de saúde e o bem-estar (Vilelas & Janeiro, 2011).

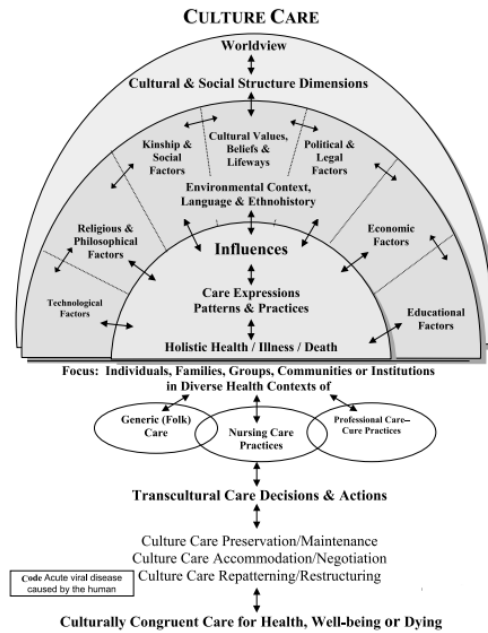
Os mesmos autores fazem referência à Teoria Leininger sobre o cuidado cultural, evidenciando o contributo deste modelo na profissão de enfermagem, pelo seu carácter inovador. Um modelo teórico que aborda a Enfermagem transcultural, com contributos desafiantes para a profissão, no que se refere ao cuidado holístico, onde o enfermeiro deverá procurar conhecimentos culturais sobre as diferentes culturas, com o intuito de prestar cuidados a diferentes etnias. Realça-se o facto de esta ser a única teoria que relaciona a cultura, os cuidados de saúde e bem-estar, considerando que os enfermeiros poderão ter que assegurar a prestação de cuidados a utentes de inúmeras culturas no seu desempenho profissional diário.

Ainda no que se refere à Teoria de Leininger e, de acordo com a figura (figura 10) que de seguida se apresenta, o conhecimento das crenças e valores dos clientes, relacionados com as práticas de saúde, podem conduzir a um processo em que o enfermeiro junto deles promoverá a preservação, acomodação e repadronização dessas mesmas práticas. As ações e decisões de enfermagem irão observar-se em três formas de atuação: a preservação do cuidado, que consistirá em facilitar ou capacitar o indivíduo a manter hábitos favoráveis à sua saúde, a acomodação do cuidado, reveladora de formas de adaptação ou negociação das práticas de saúde; e a repadronização do cuidado, que auxilia o cliente a alterar os seus padrões de vida, na procura de formas mais saudáveis de viver (Seima et al. 2011).

**Figura 10**

*Teoria de Leininger – Cuidado transcultural em enfermagem.*





Fonte: Leininger, 2002.

Realça-se, ainda, no que se refere a esta teoria o papel da educação para a saúde, que possibilita que as pessoas utilizem os seus próprios conhecimentos adquiridos, no sentido da procura de soluções para os seus problemas. São descritos seis fatores, que se interrelacionam e integram o processo de cuidado de enfermagem: social, educacional, religioso e filosófico, tecnológico, legal e político, e económico (Seima et al. 2011).

A universalidade aliada ao cuidado holístico, numa relação integrativa de um conjunto de crenças e valores culturais, numa relação de proximidade entre enfermeiro e cliente, promovem uma compreensão mais efetiva das reais necessidades em saúde de grupos específicos, com respeito pela diversidade cultural de cada pessoa, o que torna este modelo teórico bastante relevante neste projeto de intervenção comunitária.

### 3 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

---

A USP onde decorre este estágio é uma UF integrada num dos 3 ACeS que integram a ARS Algarve, I.P.

A ARS Algarve I.P., é uma Pessoa Coletiva de Direito Público, integrada na Administração Indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Através do Decreto-Lei no 22/2012, de 30 de janeiro, “(...) as Administrações Regionais de Saúde reestruturam o seu modelo de funcionamento, permitindo simplificar e eliminar, no contexto do Ministério e da reorganização nele operada, estruturas e hierarquias cujas competências podem ser exercidas dum modo mais eficiente”. (ARS Algarve, I.P., 2017, p.6).

Trata-se de um Instituto Público tutelado pelo Ministério da Saúde, tendo como missão principal garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção (ARS Algarve, I.P., 2017).

A ARS Algarve, I.P tem por **Missão** “garantir à população da Região do Algarve o acesso aos cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (ARS Algarve, I.P.; 2017, p.4).

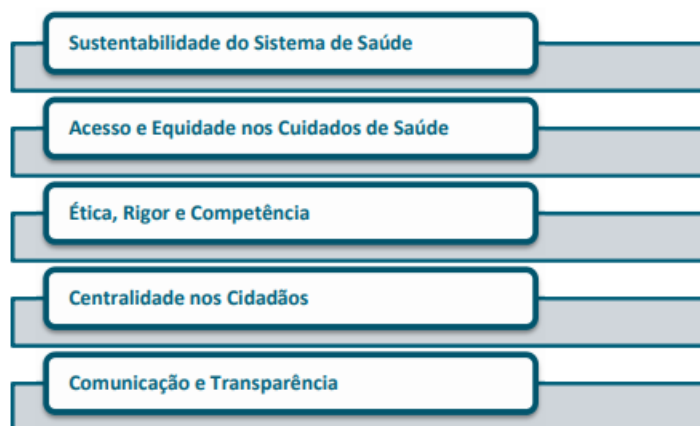
ARS Algarve, I.P. tem como principais áreas de intervenção regional:

“Ao nível da coordenação e avaliação da execução das políticas de saúde na região; Assegurar a adequada articulação entre os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde; Desenvolver e consolidar a Rede de Cuidados Continuados Integrados; Planear a afetação dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a sua execução, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação; - Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional” (ARS Algarve, I.P., 2017, p.5).

“Para a prossecução das suas atribuições, a ARS Algarve I. P., pode colaborar entre si e com outras entidades do setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação em vigor. A prestação de cuidados de saúde, na área dos cuidados de saúde primários e a execução dos programas de saúde pública são prosseguidos através dos ACES, enquanto serviços do SNS integrados na ARS” (ARS Algarve, I.P., 2017, p.5).

A ARS Algarve, I.P. desenvolve a sua **Missão** de acordo com o seguinte conjunto de **Valores**:

**Figura 11**  
*Valores da ARS Algarve, I.P.*



*Fonte.* ARS Algarve, I.P. 2017

“A ARS Algarve, I.P. tem como **Visão** ser reconhecida pelos cidadãos como uma organização de excelência, capaz de otimizar os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, garantindo em toda a região de saúde, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, proporcionando confiança e satisfação, tanto de utilizadores como dos profissionais” (ARS Algarve, I.P. 2017, p.6).

A ARS Algarve, I.P. estrutura-se hierarquicamente em: Três Departamentos: Departamento de Saúde Pública e Planeamento; Departamento de Contratualização; Departamento de Gestão e Administração Geral; Dois Gabinetes: Gabinete Jurídico e do Cidadão; Gabinete de Instalações e Equipamentos e Património; Duas Unidades Orgânicas Flexíveis: Unidade de Gestão de Recursos Humanos; Unidade de Compras e Logística; E uma equipa multidisciplinar: Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (ARS Algarve, I.P. 2017).

Para além dos serviços acima identificados, a ARS, Algarve, I.P. integra ainda três ACeS. Os ACeS Central; Barlavento e Sotavento constituem serviços desconcentrados da ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção.

Os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias UF, que agrupam um ou mais CS, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde

---

primários à população de determinada área geográfica. Além das UF e serviços existentes na dependência direta da direção executiva dos ACeS, como a Unidade de Apoio à Gestão, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a USP e o Gabinete do Cidadão, cada Centro de Saúde (CS) dispõe de várias UF prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente: as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e um Polo de Saúde Pública, na dependência da USP do ACeS.

Tendo o estágio sido desenvolvido numa USP de um dos ACeS da ARS Algarve, I.P., importa caracterizar esta UF, no que se refere à sua missão e competências. A USP tem por missão planear, organizar e assegurar atividades no âmbito da proteção e promoção da saúde da comunidade, com incidência prioritária no meio ambiente, em geral, em meios específicos, bem como a prestação de cuidados no âmbito comunitário, nomeadamente no que se refere a grupos populacionais particularmente vulneráveis e problemas de impacto social. Estas unidades foram constituídas nos termos do previsto no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (ARS Algarve, I.P., 2013).

Compete à USP ser o Observatório de Saúde da respetiva área geodemográfica de abrangência, assim como desenvolver estratégias locais de saúde adequadas à gestão de programas de intervenção que promovam o desenvolvimento dos Planos Regional e Nacional de Saúde, além de outros que se vislumbrem necessários de acordo com as necessidades em saúde da área de abrangência, adequando-os à oferta de serviços existentes e aos recursos disponíveis no ACeS (ARS Algarve, I.P., 2013).

A coordenação da USP é desempenhada por inerência prevista na lei pelas funções de delegado de saúde do ACeS, integrando esta UF médicos especialistas em saúde pública, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, e outros.

### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO ACES ALGARVE I CENTRAL

Em termos sociodemográficos, na região do Algarve, e de acordo com os dados presentes na figura que de seguida se apresenta (Figura 12), a população residente aumentou cerca de 1%, desde 2009 até 2019. Verifica-se maior concentração populacional na faixa do litoral, sendo a sazonalidade, o aumento da população imigrante e da multiculturalidade, bem como o reforço e

diversificação da oferta turística, aspetos muito característicos da região, com forte impacto no contexto sociodemográfico. Salienta-se, ainda, que no ano de 2019, a região Algarvia apresentava um cenário populacional envelhecido, com cerca de 15% de população jovem e 21,6% de pessoas idosas (ARS Algarve, I.P., 2019).

### Figura 12

*População residente por região (2009-2019).*

	2009	2019	Var% (09/19)
Portugal	10 637 713	10 295 909	-3%
Norte	3 745 575	3 575 338	-5%
Centro	2 381 068	2 217 285	-7%
A. M. Lisboa	2 830 867	2 863 272	1%
Alentejo	753 407	704 558	-6%
Algarve	434 023	438 406	1%

*Fonte.* ARS Algarve, I.P. 2020

Caracteriza-se neste trabalho o ACeS Algarve I Central, por ter sido onde decorreu o estágio, sendo o maior em termos de abrangência geográfica e populacional. Sedeado em Faro, agrupa os Centros de Saúde dos concelhos de Albufeira, Loulé, S. Brás de Alportel, Faro e Olhão (Figura 13), com uma área de abrangência de 1381,13 Km<sup>2</sup>, com um total de 18 freguesias.

### Figura 13

*Área de abrangência do ACeS Algarve I Central.*



*Fonte.* ARS Algarve, I.P. 2017

Segundo informação constante na plataforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o ACeS Algarve I Central agrega 27 UF: 5 UCC, 7 UCSP, 1 URAP, 13 USF e 1 USP. Estas unidades são constituídas por equipas multidisciplinares que integram médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais (Figura 14). A URAP, na dependência da direção executiva do ACeS, agrupa os profissionais

das carreiras Técnico Superior, Técnico Superior de Saúde e Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, que colaboram com todas as outras UF prestadoras de cuidados de saúde.

**Figura 14**

*Número de profissionais por carreira profissional do ACeS Algarve I Central*

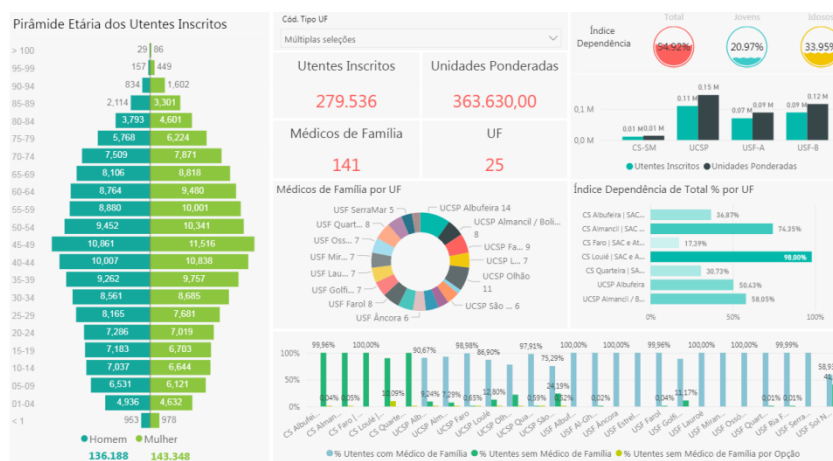
	ETC	Nº Profissionais
Pessoal Assistente Operacional	93.00	93
Pessoal Assistente Técnico	175.50	176
Pessoal Dirigente	1.00	1
Pessoal Médico	146.85	153
Pessoal Técnico Superior	42.00	42
Pessoal Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	66.35	68
Pessoal Técnico Superior de Saúde	10.00	10
Pessoal de Enfermagem	236.41	238
Pessoal de Informática	3.00	3
Pessoal em formação pré carreira Médica	43.00	43

Fonte. BI-CSP. (2022)

Na figura que se apresenta (Figura 15) é visível o número total de utentes inscritos no ACeS Algarve I Central, que são 279.536 utentes, distribuídos por 25 UF prestadoras de cuidados de saúde. Do número total de utentes inscritos e, de acordo com a pirâmide etária representada, 136.188 são do sexo masculino e 143.348 do sexo feminino.

**Figura 15**

*Pirâmide etária dos utentes inscritos ACeS Algarve I Central.*



Fonte. BI-CSP. (2022)

Na figura seguinte (Figura 16) e, como base nos dados constantes no Plano Local de Saúde (PLS) do ACeS Algarve I Central (ARS Algarve, I.P., 2017), verifica-se que a população residente estimada em 2016 era de 22.6729 habitantes, 10.8462 homens e 11.8267 mulheres, correspondendo a 51,3% da população do Algarve.

**Figura 16**

População residente no ACeS Algarve I Central segundo o local de residência e sexo (2015-2016).

Local de residência	2015			2016		
	Total	H	M	Total	H	M
Albufeira	40357	19494	20863	40633	19605	21028
Faro	61019	28965	32054	61073	29005	32068
Loulé	69453	33353	36100	69344	33223	36121
Olhão	45253	21613	23640	45143	21511	23632
São Brás de Alportel	10575	5150	5425	10536	5118	5418
<b>ACES Central</b>	<b>226657</b>	<b>108575</b>	<b>118082</b>	<b>226729</b>	<b>108462</b>	<b>118267</b>

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

No que se refere à densidade populacional estima-se a existência de 164,1 habitantes por Km<sup>2</sup>, o que revela um valor superior ao registado no Algarve (88,4 habitantes/Km<sup>2</sup>), variando entre 69 em S. Brás de Alportel e 345 hab./Km<sup>2</sup> em Olhão. Desta forma, constata-se que no ACeS Algarve I Central existe uma concentração da população com particular incidência nos concelhos de Olhão, Faro e Albufeira, conforme dados da figura seguinte.

**Figura 17**

Evolução da densidade populacional (2015-2016).

	Densidade (Hab./km <sup>2</sup> )			
	2012*	2014*	2015*	2016*
Algarve	88,9	98,17	88,4	88,4
<b>ACES Central</b>	<b>165,13</b>	<b>163,82</b>	<b>162,9</b>	<b>164,1</b>
Albufeira	285,7	285,13	286,90	288,9
Faro	308,6	303,26	301,20	301,5
Loulé	91,3	90,57	90,90	90,8
Olhão	345,5	345,22	345,80	345,0
S. Brás	68,8	68,66	69	68,7

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

Em relação à variação populacional verifica-se nos anos de 2015 e 2016 um crescimento expressivo no ACeS Algarve I Central, em muito devido ao aumento de população imigrante nos concelhos de Loulé, Olhão e Albufeira, sendo que neste último a natalidade foi outro elemento que potenciou o aumento do número de indivíduos.

**Figura 18**

Evolução da variação populacional (Nº) por concelho de residência (2015-2016).

Local	Nº Indivíduos				
	Ano				
	2012	2013	2014	2015	2016
Algarve	-1750	-2032	-890	461	-460
ACES Central	-1163	-1336	-470	400	72
Albufeira	-161	-143	60	250	276
Faro	-903	-965	-535	-195	54
Loulé	-152	-199	38	223	-109
Olhão	59	-15	-26	78	-110
S. Brás	-6	-14	-7	44	-39

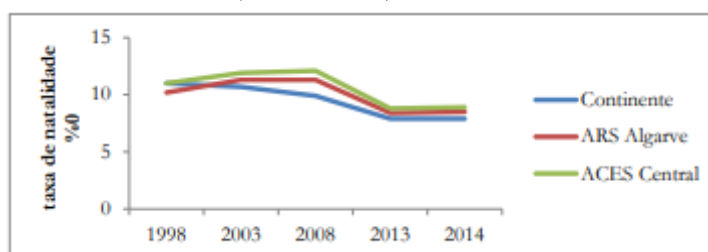
Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### Natalidade e mortalidade no ACeS Algarve I Central

No que diz respeito à natalidade, verificou-se o nascimento de 2.287 indivíduos em 2016, o que traduz um pequeno aumento, quando comparado com o ano anterior, em que se verificaram 2.207 nascimentos. Evidencia-se que estes números revelam que os nascimentos no ACeS Algarve I Central representam em cerca de 54,2%, comparativamente com os registados na Região (ARS Algarve, I.P., 2017).

#### Figura 19

*Evolução da taxa bruta de natalidade (1998-2014).*



Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) do ACeS no ano de 2016 ficou situada nos 10,0 nascimentos por mil habitantes conforme ilustrado na Figura 20, sendo que o valor mais baixo da última década foi registado em 2013 (8,8 %). Todos os concelhos que integram o ACeS têm TBN com valores superiores aos de Portugal continental e da região (9,5%) à exceção de São Brás de Alportel e Olhão (ARS Algarve, I.P., 2017).

#### Figura 20

*Taxas brutas de natalidade e mortalidade por local de residência (2015-2016).*



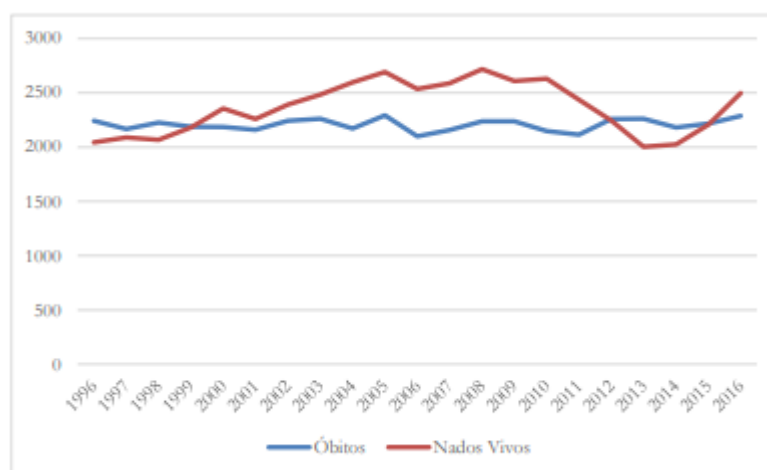
Local de residência	2015		2016	
	TBN (‰)	TBM (‰)	TBN (‰)	TBM (‰)
Continente	8,2	10,5		
Algarve	9,2	10,9	9,5	11,8
ACES Central	9,7	9,8	10,0	11,0
Albufeira	10,4	7,6	11,10	8,9
Faro	9,9	10,5	10,89	11,4
Loulé	9,5	10,1	9,60	11,8
Olhão	9,2	10	9,30	10,8
São Brás de Alportel	10,1	10,7	8,07	13,1

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

Observando-se a evolução dos óbitos e nascimentos representados na Figura 21 pelas duas linhas, verifica-se em 2012, pela sua interceção, que houve uma redução no número de nascimentos, voltando a aumentar no ano de 2015, sendo que estes dados nos permitem avaliar a variação do crescimento populacional de forma indireta.

### Figura 21

Evolução de óbitos e nascimentos no ACeS Algarve I Central (1996-2016).



Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

A mortalidade traduz uma medida direta das necessidades em cuidados de saúde, refletindo a carga global da doença na população, nomeadamente a incidência das doenças bem como a capacidade de as tratar. No ano de 2016, registaram-se 2.497 óbitos de indivíduos residentes nos concelhos que integram o ACES Central (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 22

Evolução do N° de Óbitos no Algarve e ACES Central (2007-2016)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Algarve	4668	4767	4686	4508	4619	4834	4781	4689	4818	5214
ACES Central	2157	2239	2237	2149	2115	2260	2264	2177	2216	2497

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

A taxa bruta de mortalidade permite quantificar o risco global de se morrer por todas as causas. Na região do Algarve, no período 2007-2014 houve uma oscilação entre 10,1 e 10,9 óbitos por 1000 habitantes. O risco de morrer no ACeS Algarve I Central é menor do que na região, embora exista um risco acrescido nos maiores de 65 anos, à custa do sexo feminino. Ainda neste ACeS, a taxa bruta de mortalidade foi de 9,8 óbitos por mil habitantes, a taxa de anos potenciais de vida perdidos (APVP) por 100.000 habitantes é inferior à do Algarve, o que revela um menor risco de mortalidade precoce, embora os homens morram mais precocemente (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 23

Taxa bruta mortalidade por 1000 habitantes no Algarve e ACES Central (2007-2016)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Algarve	10,8	10,9	10,6	10,1	10,3	10,9	10,8	10,6	11,9	11,8
ACES Central	8,8	10,0	9,8	9,3	9,2	9,8	9,9	9,62	9,8	11,0

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### Principais Causas de Morte no ACeS Algarve I Central

Em relação às causas de morte, em ambos os sexos, verificamos no ano de 2013 que as principais causas de morte foram as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório. Cerca de 13,83 % dos óbitos foram por sintomas, sinais, exames anormais ou causas mal definidas. Os dados revelam que as neoplasias representaram cerca de um quarto das causas de morte (25,35 %), seguido pelas doenças do aparelho circulatório (23,94 %), as doenças do aparelho respiratório (11,26 %), as causas externas (4,7 %) e as doenças endócrinas e metabólicas (4,7%). Estes dados e sua distribuição em termos percentuais, segue o mesmo padrão em todos os concelhos do ACeS, exceto no concelho de Olhão onde as doenças do aparelho circulatório têm maior expressão percentual (27,56 %), conforme é evidenciado no PLS do ACeS Algarve I Central (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 24

*Distribuição percentual dos óbitos no ACeS Algarve I Central por algumas causas de morte (codificação da lista sucinta europeia) (2013 e 2015)*

2013		2015	
Grupo de causa de morte (LES)	%	Grupo de causa de morte (LES)	%
Tumores (06)	25,35	Doenças do aparelho circulatório (33)	24,64
Doenças do aparelho circulatório (33)	23,94	Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas (55)	12,82
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas (55)	13,83	Doenças do aparelho respiratório (37)	11,46
Doenças do aparelho respiratório (37)	11,26	Doenças cerebrovasculares	8,26
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (26)	4,73	Doença Isquémica do Coração	6,81
Causas externas de lesão e envenenamento (58)	4,73	Pneumonias	6,27
Doenças do aparelho digestivo (42)	4,42	Causas externas de lesão e envenenamento (58)	5,42
Doenças do aparelho genito-urinário (48)	3,36	Doenças do aparelho digestivo (42)	3,97
Doenças infecciosas e parasitárias (01)	2,34	Doenças do aparelho genito-urinário (48)	3,34
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (31)	2,12	Diabetes Mellitus	3,25
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente (63)	1,90	Tumor tec linfático	2,35

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### **Mortalidade Infantil e Neonatal**

Relativamente à mortalidade infantil, verifica-se que o número de óbitos infantis diminuiu gradualmente na região e no ACeS, verificando-se o seu aumento em 2011, 2012 e 2014.

A taxa de mortalidade infantil, que relaciona o número de óbitos em crianças menores de um ano por 1000 nados vivos, obteve os melhores valores de sempre em Portugal em 2010, com uma taxa de 2,5 por mil em Portugal e 1,9 por mil no Algarve. No ACeS em causa, o melhor valor foi atingido em 2015, onde se observou uma taxa de 1,36 óbitos infantis por mil nados vivos, verificando-se aumento considerável em 2014 com uma taxa de 3,95.

### **Figura 25**

*Nº de Óbitos Infantis e Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nados vivos em Portugal, no Algarve e ACES Central (2007-2014)*

	Nº Óbitos Infantis			TMI (/1000)		
	Portugal	Algarve	ACES Central	Portugal	Algarve	ACES Central
2007	353	19	14	3,4	3,9	5,4
2008	340	16	7	3,3	3,2	2,5
2009	362	12	6	3,6	2,5	2,2
2010	256	9	5	2,5	1,9	1,9
2011	302	12	8	3,1	2,6	3,2
2012	303	19	10	3,4	4,6	4,4
2013	243	10	3	2,95	2,68	1,50
2014	231	11	8	2,80	2,93	3,95

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

Em relação ao indicador da mortalidade neonatal, que expressa o número de óbitos de crianças com menos de 28 dias, por cada 1000 nascimentos vivos, associa-se habitualmente à prematuridade e ao baixo peso ao nascer. A taxa de mortalidade neonatal neste ACeS tem apresentado variações entre 3,4 em 2007, e cerca de 3 em 2014. O melhor valor da taxa de mortalidade neonatal foi conseguido em 2012 com 1,3 por 1000 nados vivos, correspondendo a 3 óbitos neonatais (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 26

*Nº de óbitos neonatais e Taxa de Mortalidade Neonatal por 1000 Nados vivos em Portugal, no Algarve e ACES Central (2007-2014)*

	Óbitos Neonatais			Tx. Mortalidade Neonatal		
	Portugal	Algarve	ACES Central	Portugal	Algarve	ACES Central
2007	213	11	9	2,1	2,2	3,4
2008	216	14	6	2,1	2,8	2,2
2009	245	9	4	2,5	1,9	1,5
2010	169	5	4	1,7	1,0	1,5
2011	230	10	8	2,4	2,2	3,2
2012	198	11	3	2,2	2,6	1,3
2013	160	6	3	1,93	1,61	1,50
2014	169	10	6	2,05	2,66	2,96

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### Índice de Envelhecimento e Dependência

No que diz respeito ao índice de envelhecimento verifica-se que, no ano de 2015, na população do ACeS era inferior (125,1) ao da Região (138,4) e ao do continente (149,7). Os valores apurados na Figura 27 traduzem o envelhecimento progressivo da população, uma vez que 19,4 % dos residentes no ACeS tinha 65 ou mais anos.

**Figura 27**

Índice de envelhecimento e índice de dependência dos idosos por local de residência (2015-2016).

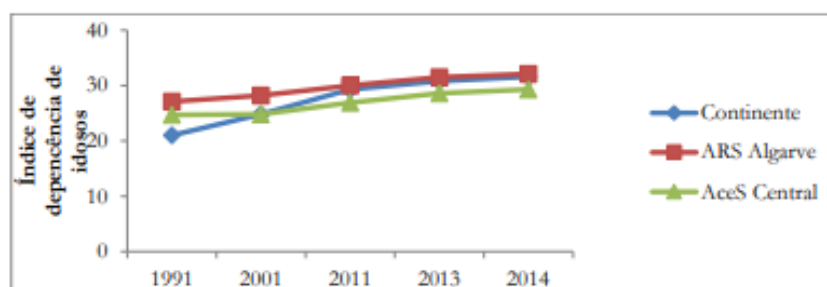
Local de residência	2015		2016	
	Índice de Envelhecimento	Índice dependência dos idosos	Índice de Envelhecimento	Índice dependência dos idosos
Continente	149,70	31,6	153,90	32,8
Algarve	138,40	32,2	140,10	32,8
ACeS Central	125,12	30,0		
Albufeira	96,50	23,1	97,60	23,9
Faro	135,50	31	136,30	32,4
Loulé	133,80	31	135,30	31,7
Olhão	120,20	29,1	123	30,0
São Brás de Alportel	151,0	33,7	155,20	33,7

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

A definição de indicadores de dependência é traduzida na relação do peso dos jovens (0-14 anos) e idosos ( $\geq 65$ anos), comparativamente com a população considerada ativa (15 – 64 anos). Estes indicadores são afetados pelo processo de envelhecimento da população, embora o grau de envelhecimento seja mais diretamente aferido pelo índice de envelhecimento (idosos/jovens). O índice de dependência total atingiu em 2015 valores de 53,7%, o que revela que em média cada dependente, idoso ou jovem é sustentado pelo esforço de mais de duas pessoas em idade ativa (ARS Algarve, I.P., 2017).

**Figura 28**

Evolução do índice de dependência de idosos (1991-2014).



Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

## Esperança de Vida à Nascimento

Outro indicador de interesse na caracterização do ACeS Algarve I Central é a esperança de vida à nascença e sua evolução. Os dados do PLS do ACeS Algarve I Central permitem evidenciar

que a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar, tanto a nível nacional como regional, sendo que em 2016 era de 80,3 anos, 77,0 anos para os homens e 83,5 anos para as mulheres. Para ambos os sexos, e no ano de 2015, a esperança de vida à nascença na região do Algarve era de 80,4 anos, superior à de Portugal continental. (ARS Algarve, I.P., 2017).

É identificado um progressivo envelhecimento da população, considerando que 19,4% dos residentes nos concelhos do ACeS em estudo tinha 65 anos ou mais, contudo, no ano de 2015, o índice de envelhecimento da população do ACeS era inferior (125,1) ao da região (138,4) e até ao do continente (149,7) (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 29

*Evolução da esperança de vida à nascença segundo o local de residência (por triénios).*

Esperança de Vida à nascença	Algarve			ACES Central		
	HM	H	M	HM	H	M
Triénio 1996-1998	75,7	72,1	79,6	74,7	71,1	78,6
Triénio 2011-2013	80,3	77,2	83,6	80,4	77,2	83,6
Triénio 2013-2015	80,4	77,2	83,3			
Triénio 2014-2016	80,3	77,0	83,5			

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### Isolamento Social

Os dados constantes do PLS do ACeS Algarve I Central (2017) e com base nos censos de 2011, identificam que 2,3% da população do ACeS vivia em locais censitários isolados, 35,5% em aglomerados com menos de 2000 habitantes e 61,3 % em locais com mais de 2000 habitantes. Os concelhos de Loulé e Olhão apresentavam um maior número de residentes em locais isolados (ARS Algarve, I.P., 2017).

### Figura 30

*Distribuição do número de residentes por locais censitários (2011).*

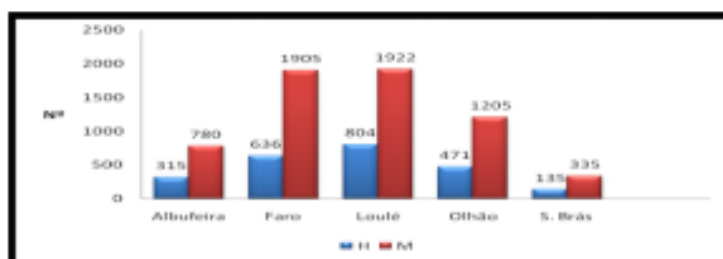
	Total	Isolados	Menos de 2000	Mais de 2000
Albufeira	40828	48	17433	22347
Faro	64560	509	18315	44736
Loulé	70622	3155	29098	38369
Olhão	45936	1165	12171	32060
S. Brás	10662	558	5579	4725

Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

A mesma fonte e com base no registo censitário de 2011 identificou no ACeS em apreço, 8.508 idosos vivendo sós, sendo 2.361 homens e 6.147 mulheres.

### Figura 31

Número de idosos que vivem sós por sexo e por local de residência (2011). Fonte: INE, Censos 2011



Fonte. PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

### Figura 32

Idosos  $\geq 65$ anos que vivem só por local de residência (%) (2011)

	%
Algarve	21,1
ACES Central	20,4
Albufeira	18,8
Faro	21,7
Loulé	20,1
Olhão	20,4
S. Brás	20,5

Fonte. Plano Local de Saúde ACeS Algarve I Central 2015-2019. (ARS Algarve, I.P., 2017)

Os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que viviam sós, representavam 21,1 % dos idosos da Região. No ACeS Central os valores são semelhantes, com 18,8 % em Albufeira e 21,7 % em Faro. Este elevado valor percentual de idosos a viver sós, poderá estar associado às dinâmicas familiares e opções pessoais, mas é também inerente ao envelhecimento demográfico

---

da população decorrente das baixas taxas de natalidade, da estabilização das taxas de mortalidade e do aumento da esperança média de vida (ARS Algarve, I.P., 2017, p.28).

### **Empregabilidade e Educação no ACeS Algarve I Central**

A empregabilidade nos concelhos que integram o ACeS Algarve I Central é outro aspeto a ter em conta nesta caracterização. A definição de população ativa tem sofrido mudanças ao longo do tempo, em conformidade com a escolaridade obrigatória. Até agosto de 2012 abrangia o conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos, que constituía a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico (empregados e desempregados), não estando incluídas as domésticas, os reformados e os estudantes (ARS Algarve, I.P, 2017).

Os dados do INE, expressos no PLS 2015-2019 do ACeS Algarve I Central, fazem referência à população empregada por setor de atividade, sendo que na área de abrangência do ACeS identifica-se o terciário (81,3%) como predominante, secundário (15,7%) e primário (3,0%).

Quanto à taxa de desemprego na região, evidencia-se a sazonalidade como um dos fatores determinantes, atingindo um pico máximo no primeiro trimestre do ano, acompanhando a época baixa no setor do turismo.

A nível da educação, salienta-se que esta acompanha o crescimento científico e tecnológico da atualidade. Contudo, nos dias de hoje, ainda existe um certo número de indivíduos que não sabe ler nem escrever. Os dados dos censos de 2011 reportam uma taxa de pessoas analfabetas em Portugal de 5,2%, o que correspondia a cerca de meio milhão de pessoas.

Ainda no que se refere à escolaridade, dos residentes no ACeS em apreço, com idade igual ou superior a quinze anos, 26,3% tinha completado o 1º ciclo do ensino básico, e 24,5% o 2º ou 3º ciclo. O ensino secundário tinha sido concluído por 24,2%, e o ensino superior por 17,6% dos residentes. Por último, refira-se que 5,96% da população inquirida mencionou não ter completado nenhum nível de escolaridade.

A taxa de analfabetismo em 2011, expressa pela razão entre a população com 10 ou mais anos, que não sabe ler e escrever, e a população residente com 10 ou mais anos, era de 5,2% no Continente e 5,36% na região, situando-se nos 4,4 % no ACeS. Nos concelhos do domínio de abrangência do ACeS, os valores situavam-se entre 3,81% em Albufeira e 5,2% em Olhão, sendo os valores no sexo feminino sempre superiores (ARS Algarve, 2017).

### **3.2 – POPULAÇÃO ESTRANGEIRA NO ACES ALGARVE I CENTRAL**



De acordo com a caracterização socioedemográfica espelhada no PLS do ACeS Algarve I Central 2015-2019 e, em consonância com a informação apurada até aqui, podemos afirmar que a população presente no ACeS verifica importantes variações sazonais, com expressão considerável nos meses de verão. Os estabelecimentos do ramo hoteleiro existentes nos concelhos que integram o ACeS Algarve I Central representam 58% dos estabelecimentos da região, com grande destaque para Albufeira, que representa 41% da oferta turística do Algarve (ARS Algarve, I.P., 2017).

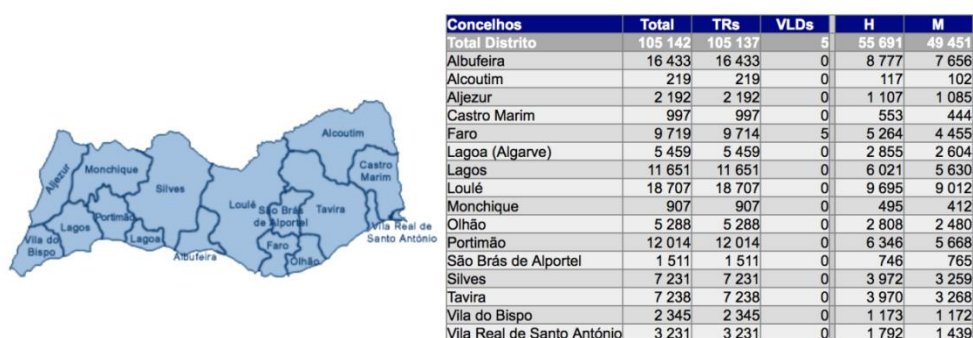
Na continuidade dos dados apresentados no enquadramento teórico importa agora debruçarmo-nos para uma análise mais detalhada da região Algarvia, especificamente na área e concelhos de abrangência do ACeS Algarve I Central, uma vez que foi este o ACeS escolhido para caracterização, assim como o projeto de intervenção comunitária ser conceptualizado e desenvolvido num dos concelhos deste ACeS.

Como se apurou no enquadramento teórico o Distrito de Faro é o 3º com o maior número de residentes estrangeiros, verificando-se na distribuição geográfica a nível nacional, que dos 10 concelhos com maior número de população estrangeira, 2 deles são na região do Algarve: Loulé em 8º lugar, com 18.707 residentes e Albufeira em 10º lugar, com 16.433 residentes.

De acordo com os dados do SEF (2021), constantes na figura que se apresenta seguidamente, o ACeS da ARS Algarve, I.P. com mais estrangeiros residentes é o ACeS Algarve I Central, com 51.658 residentes estrangeiros, o que representa em termos percentuais 49,13%, em relação aos restantes concelhos da região, agregados em mais dois ACeS. Neste mesmo ACeS temos Loulé e Albufeira nos 10 primeiros lugares concelhios com maior número de residentes estrangeiros a nível nacional.

### Figura 33

*Distribuição de residentes estrangeiros por concelho do Distrito de Faro.*



Fonte. SEF, 2021.

Neste seguimento, de forma a caracterizar melhor a população do contexto selecionado, a tabela seguinte evidencia as nacionalidades existentes em maior número na região do Algarve.

### Quadro 1

*Nacionalidades estrangeiras predominantes no Distrito de Faro.*

Nacionalidade	Total	Homens	Mulheres
<b>Total Distrito</b>	<b>105.142</b>	<b>55.691</b>	<b>49.451</b>
Reino Unido	20.770	10.861	9.909
Brasil	17.496	7.995	9.501
Roménia	6.855	3.491	3.364
França	6.328	3.369	2.959
Itália	5.502	3.570	1.932
Ucrânia	5.445	2.467	2.978
Índia	5.078	4.128	950
Alemanha	4.745	2.284	2.461
Países Baixos	3.301	1.637	1.664
Suécia	2.379	1.305	1.074

*Fonte.* Adaptado de SEF, 2021.

Como se verifica no quadro apresentada as cinco nacionalidades de residentes com maior expressão no Algarve são: Reino Unido, Brasil, Roménia, França e Itália. Como mencionado no enquadramento teórico, nas duas últimas décadas houve uma mudança de paradigma no fluxo migratório em Portugal, com conseqüente modificação nas características de imigração, das próprias populações, bem como das suas necessidades, no que se refere aos cuidados de saúde. Os cidadãos brasileiros e da Europa do Leste passaram a ocupar as primeiras posições em termos de número de residentes estrangeiros em Portugal e, nos últimos anos, houve um aumento significativo de população proveniente da Índia, sendo no caso do Algarve a sétima nacionalidade com mais residentes.

Um dado interessante, constante no quadro, no que se refere às questões de género e que parece estar relacionado com questões culturais do país de origem é a diferença entre o número de homens e mulheres residentes. Os residentes de nacionalidade Indiana são em larga escala do sexo masculino, enquanto os de nacionalidade brasileira são em maior número do sexo feminino.

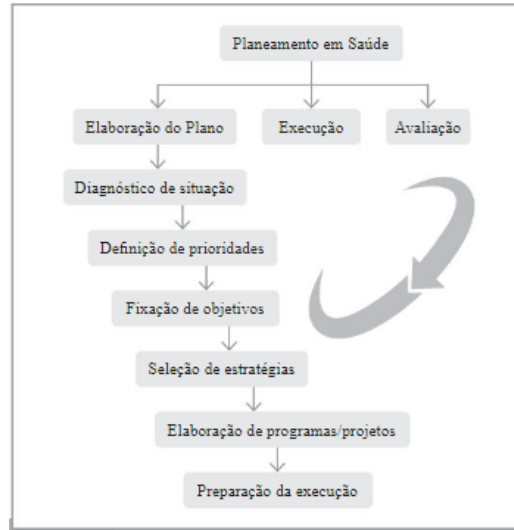
## 4 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

---

Partindo de um dos motivos enunciados como resposta à questão: porquê planejar? de Imperatori e Giraldes (1993, p.23) em que “(...) os recursos são escassos e é preciso utilizá-los da forma mais eficaz e eficiente, por forma a resolver o maior número de problemas de saúde ao mínimo custo e com uma eficiência máxima em termos de população abrangida”. Percebemos, desta forma, a necessidade de planejar em conformidade com as necessidades e reais expectativas das pessoas, alcançando-se os melhores níveis de saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde apresenta três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. Os mesmos autores identificam, ainda, as principais fases do seu processo: diagnóstico de situação e a definição (ou hierarquização) de prioridades referentes aos problemas de saúde identificados, quando realizado o diagnóstico de situação, com a intenção de os reduzir, sendo necessária a coordenação de diversos setores socioeconómicos. Desta forma, são fixados os objetivos e selecionadas as estratégias para se atingir os primeiros, exigindo uma previsão de recursos e custos. A preparação operacional, ou seja, a elaboração de programas e projetos bem como a preparação da execução decorre num tempo pré-definido, ocorrendo posteriormente a sua avaliação onde se mede e compara os ganhos atingidos através das atividades implementadas originadas pela situação inicial, objetivos e metas propostos.

Contudo, o planeamento em saúde não é algo estanque. Imperatori e Giraldes (1993), bem como Tavares (1990) referem que o mesmo é orientado para o futuro, sendo um processo permanente, contínuo e dinâmico. Este é racional, no que diz respeito à tomada de decisões, visando selecionar um percurso de ação, implicando uma ação e uma relação de causalidade entre a ação proposta e os resultados que se pretendem atingir. O planeamento em saúde é um processo interativo, cíclico e em espiral (Tavares, 1990), uma vez que permite alterações e atualizações constantes que alteram o ponto de partida (Imperatori e Giraldes, 1993) sendo ainda, multidisciplinar.

**Figura 34**  
*Etapas do processo de Planeamento em Saúde*



Fonte. Melo, 2020, p.3

O planejamento em saúde constitui-se, não só como um instrumento tradutor de políticas de saúde e de desenvolvimento da área da saúde, como também permite otimizar e alocar equitativamente os escassos recursos aos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990), conduzindo a uma maior eficiência, onde cada comunidade apresenta características específicas e únicas, de acordo com os seus determinantes de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu um papel fulcral enquanto impulsora do desenvolvimento do planejamento em saúde recomendando, na conferência de Alma-Ata, a elaboração de políticas, estratégias e planos nacionais que partem dos governos, através de uma estrutura administrativa e de gestão adequados, por forma a planear e implementar os CSP, uma vez que estes são a pedra basilar para se alcançar essa meta, dado que se encontram ao alcance universal das pessoas, famílias e comunidades (OMS, 1978).

A metodologia de planeamento na saúde, ao invés de planeamento em saúde permite suportar a tomada de decisão clínica em enfermagem (Melo, 2020), uma vez que o processo de enfermagem, constituído por cinco etapas, tem como base o planeamento. Por outro lado, o EEECSF é o profissional que detém competências específicas para, a partir da metodologia de planeamento em saúde, avaliar e intervir na comunidade (Regulamento n.º 428/2018, 2018), o que permite melhorar seu o nível de saúde, através de mudanças comportamentais – atitudes, estilos de vida saudáveis e utilização de recursos – reconhecendo-se a importância da própria comunidade para o planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

#### 4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

---

Segundo Tavares (1990) o diagnóstico da situação representa-se como o primeiro passo no processo de planeamento em saúde, afirmando que o adequado e correto diagnóstico da situação permitirá delinear o perfil de saúde de uma população, conduzindo à identificação e a priorização dos problemas e necessidades de saúde, além de possibilitar esclarecer e determinar as intervenções prioritárias que refletem potenciais ganhos em saúde (DGS, 2016). Desta maneira, considera-se que esta etapa permite uma atuação eficiente, eficaz e segura, promovendo a melhoria da saúde da população.

O diagnóstico é uma etapa que tem como objetivos, recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente de forma a possibilitar a caracterização o mais exata possível, de uma área geográfica ou organização, permitindo que se delineiem objetivos e metas a alcançar, em conformidade com informação recolhida (Imperatori, & Giraldes, 1993).

O diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades de saúde da população. Este deve ser confrontado com as necessidades expostas pela população por dois motivos: por complementar os dados disponíveis; e por aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor (Imperatori, & Giraldes, 1993). Só com uma correta caracterização do estado de saúde da população, será possível aferir as suas efetivas e reais necessidades, contribuindo para uma melhoria na saúde da mesma.

### **Cuidados de saúde à população estrangeira**

A mudança verificada na sociedade portuguesa nas últimas três décadas, devido ao aumento crescente de imigrantes, revela um cenário atual de profunda necessidade em revitalizar as políticas de saúde nos diferentes níveis de cuidados.

Portugal é nos dias de hoje um país de imigrantes, uma nação de acolhimento, com profundas transformações nos contextos económico, político, social e cultural.

O fenómeno e fluxos migratórios potenciaram um desafio para as organizações, com destaque no setor da saúde.

Em Portugal deparamo-nos com escassez de estudos e investigação no que se refere à população estrangeira residente e a acessibilidade aos cuidados de saúde, nomeadamente aos CSP.

Para Estrela (2009), este aumento de imigrantes no país potenciou a existência de um contacto mais frequente entre profissionais de saúde e estrangeiros, culturalmente diferentes e com expectativas distintas, no que se refere à prestação de cuidados de saúde. Identificam-se, desta maneira, o surgimento de alguns problemas que, até então, não se tinham verificado, nomeadamente

---

em relação à forma como se encontra organizado o SSP, desconhecendo-se os aspetos culturais destes indivíduos, verificando-se representações sociais estereotipadas em relação a estes grupos, podendo, desta forma, revelar nos profissionais de saúde um padrão de comportamentos e atitudes desajustados face a esta população.

A condição de imigrante, por si só, além de geradora de *stress*, coloca estas populações numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, com tendência em se agravar com a permanência no país de acolhimento, pela exposição a condições de vida e fatores potenciadores do risco de doença, o que os torna potenciais utilizadores do SNS, quer seja de forma esporádica ou regular.

Prata (2009) faz evidência ao facto de que as mudanças na sociedade portuguesa, no caso particular da saúde, no que se refere à expressiva presença de imigrantes, constitui um desafio para as organizações e para os prestadores de cuidados que nelas trabalham. No campo da saúde, identificam-se questões que merecem um olhar atento, nomeadamente:

- A acessibilidade dos imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente os que se encontram em situação irregular;
- O nível de conhecimentos por parte destes grupos, dos seus direitos à saúde;
- A influência dos aspetos culturais na saúde e no acesso, bem como o modo de utilização dos cuidados de saúde;
- As dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde, na sua relação com indivíduos que, em alguns casos, se encontram em situação de vulnerabilidade, física, psicológica, social e económica, podendo condicionar fortemente a sua saúde;
- As barreiras e obstáculos que se encontram na prestação de cuidados a indivíduos com culturas distintas, tais como: linguísticas, concepções sobre saúde, doença e corpo, culturais e religiosos;
- As expectativas em relação aos profissionais e cuidados de saúde prestados, comparativamente com os do país de origem, bem como as suas próprias concepções sobre saúde e doença;
- A escassez de estudos que caracterizem os problemas de saúde destes indivíduos, como a possível diferença nos indicadores de saúde na generalidade, bem como em relação a patologias específicas;
- A formação dos profissionais de saúde, na área da multiculturalidade, que se identifica insuficiente;
- A necessidade na definição de políticas de saúde, ajustadas à necessidade desta população, no que respeita à sua integração social.

---

De facto, o crescente fluxo migratório verificado em território português, como caracterizado no enquadramento teórico, onde os números são claramente reveladores de um fenómeno que se constitui como um desafio na área da saúde pública, com impacto na dinâmica dos serviços de saúde, impõe a adoção de mecanismos e estratégias inovadoras, por parte dos profissionais que neles operam, com vista à obtenção de ganhos em saúde na população estrangeira residente.

### **A enfermagem comunitária nos cuidados de saúde à população estrangeira**

Enquadrando-se a multiculturalidade no contexto dos cuidados de saúde, facilmente se percebe a importância de determinadas especificidades na prática clínica em enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), nomeadamente no que diz respeito à abordagem sobre crenças culturais, religiosas e da própria língua do país de origem, exigindo-se nesta ótica uma boa articulação cultural entre quem cuida e quem é alvo dos cuidados de saúde assegurados, de forma a garantir eficácia no processo de enfermagem, tradutor de ganhos efetivos em saúde.

Nos CSP o EEECSPP assume um papel primordial no empoderamento comunitário da população estrangeira, tendo em conta que deverá implementar estratégias específicas com vista à elaboração do diagnóstico desta comunidade, desenvolvendo programas ou projetos direcionados aos problemas identificados, capacitando um determinado grupo ou comunidade na prossecução de estratégias que visem a obtenção de ganhos em saúde. Aliás, no Regulamento das Competências Específicas do EEECSPP (2018), vem claramente expresso na Unidade de Competência *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”* e, neste domínio, enquadra-se a intervenção em grupos/ comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas), assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.

Para Reis (2016), no âmbito dos CSP dever-se-ão ter em conta processos de transição saúde-doença que acompanham imigrantes, uma vez que estes decorrem a par dos diferentes padrões de resposta desenvolvidos ao longo do tempo, facto este registado nas consultas sucessivas, nos domínios cuidador e pessoa cuidada, diante da diversidade cultural observada, o que em algumas situações podem surgir constrangimentos e conflitos entre as partes, não existindo pessoa capacitada em mediação intercultural.

---

Para a autora anteriormente identificada, os constrangimentos que podem surgir na relação terapêutica, poderão ser minimizados de forma efetiva com a presença de mediadores interculturais, considerados essenciais ao nível da necessidade de desenvolvimento da sensibilidade, consciência e conhecimento orientado para a prática clínica culturalmente coerente.

Vilelas & Janeiro (2011) numa revisão teórica realizada, intitulada “Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural” evidenciam um conceito muito atual e inovador, relacionado com a enfermagem transcultural, reconhecendo precisamente a importância na aquisição de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros, no sentido de reconhecer e valorizar as diferenças culturais na área da saúde, no que se refere aos valores, às crenças e aos costumes.

Um novo paradigma que se afigura na enfermagem, onde os cuidados assegurados deverão ser culturalmente competentes, garantindo a satisfação do utente e atingir ganhos em saúde. Assim, identifica-se que a enfermagem transcultural é essencial na prática dos enfermeiros nos dias de hoje, sendo que nos CSP deverá ter uma abordagem privilegiada, por ser a “porta de entrada” dos indivíduos estrangeiros residentes. O cuidar em enfermagem, de forma holística e individualizada, assente nas necessidades culturais de cada utente deverá ser encarada como uma estratégia, com vista a satisfazer as necessidades dos utentes de culturas diferentes.

### **Caracterização dos cuidados de saúde primários no concelho em estudo**

A OMS reconhece o papel central dos CSP na prossecução da saúde e bem-estar para todos, em todas as idades. Os CSP são encarados como uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades, com enfoque nos determinantes da saúde mais vastos, incidindo sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar (OMS, 2021).

Os CSP asseguram a prestação de cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Este nível de cuidados proporciona às pessoas cuidados completos, desde a promoção da saúde e prevenção da doença, ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário (OMS, 2021).

Os cuidados de saúde primários decorrem de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o articulado do Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: “*Todas as*



---

*... pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)*”.

A OMS concebeu uma definição coesa com base em três componentes:

- Satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através dos cuidados primários, e às populações através das funções da saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados;
- Abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os setores;
- Capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-criadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros (OMS, 2021).

Ao nível dos CSP do concelho em estudo existe uma estrutura orgânica constituída por 2 USF, 1 UCSP, que integra a sede do CS e 3 pólos de saúde em cada uma das freguesias do barrocal concelhio, 1 UCC e 1 polo da USP Central. Esta UF dispõe, também, de técnicos da URAP e UAG do ACeS Algarve I Central, que colaboram com as restantes unidades prestadores de cuidados de saúde.

Segundo os dados do Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP) da ARS Algarve, I.P., referentes ao ano de 2021 e facultados no âmbito da realização do projeto de intervenção comunitária, encontram-se inscritos no CS em análise 63.712 utentes, sendo que do total de inscritos 11.019 não têm médico de família e 9.478 são não frequentadores.

### **Figura 35**

*Utentes inscritos no Centro de Saúde.*

(Ano = 2021)

Grupo Etário 5	Nacionalidade Metrics Flag Médico Família	Total				
		Nº Utentes distintos				
		C/ Med Fam	Não Espec	S/ por opção	S/ Méd. Fam.	Total
0-4 anos		1 959		3	359	2 321
5-9 anos		2 156	18	3	418	2 595
10-14 anos		2 270	330	4	424	3 028
15-19 anos		2 335	485		405	3 225
20-24 anos		2 352	496	3	573	3 424
25-29 anos		2 607	475	3	1 008	4 093
30-34 anos		2 904	549	4	980	4 437
35-39 anos		3 033	868	2	968	4 871
40-44 anos		3 481	1 297		784	5 562
45-49 anos		3 558	1 211	6	701	5 476
50-54 anos		3 238	1 113		701	5 052
55-59 anos		3 112	858		714	4 684
60-64 anos		2 766	672	1	812	4 251
65-69 anos		2 323	419	1	788	3 531
70-74 anos		1 889	261	1	556	2 707
75-79 anos		1 356	163		364	1 883
80-84 anos		936	115		246	1 297
>=85 anos		908	148	1	218	1 275
<b>Total</b>		<b>43 183</b>	<b>9 478</b>	<b>32</b>	<b>11 019</b>	<b>63 712</b>

**Nota:**

"Não Espec", corresponde a utentes não frequentadores.

Fonte. ARS Algarve, I.P. (2022)

Compete aos CSP, no que se refere à prestação de cuidados de saúde à população concelhia, em alinhamento com a missão, visão e valores do ACeS Algarve I Central, bem como da ARS Algarve, I.P., seguindo os normativos do Plano Nacional de Saúde (2021-2030), levar a cabo as atividades assistenciais e não assistenciais, no âmbito dos vários Programas de Saúde e carteira de serviços de cada UF, de governação clínica, visando o cumprimento dos indicadores contratualizados por cada unidade, no processo de contratualização interna.

Os programas e atividades de promoção para a saúde, de prevenção da doença, de capacitação e empoderamento dos indivíduos, com abordagem sobre os determinantes da saúde são elementos-chave no sucesso das intervenções a desenvolver. Importa incrementar, no âmbito organizativo e funcional dos CSP, uma estratégia concertada de planeamento em saúde, com desenvolvimento de uma cultura de segurança, tanto para utentes, como profissionais, garantindo elevados padrões de qualidade, que fomente a acessibilidade da população a este nível de cuidados.

## Cuidados de saúde primários à população estrangeira

No concelho em estudo existem características muito particulares no que se refere à multiculturalidade, apresentando 31,81% de residentes estrangeiros em relação aos restantes quatro concelhos que integram o ACeS Algarve I Central.

A escolha da temática para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária, que se relaciona com a acessibilidade desta população aos CSP, num concelho da área de abrangência do ACeS mencionado, deve-se, não só à evidência científica já demonstrada anteriormente, com base na revisão literária realizada, como aos dados que de seguida se apresentam e que refletem claramente compromisso no acesso dos residentes estrangeiros aos CSP no concelho em análise.

**Figura 36**  
*Utentes inscritos no Centro de Saúde.*

<b>(Ano = 2021)</b>																					
Grupo Etário 5	Nacionalidade						Portuguesa						Estrangeira				% de Estrangeiros no Total				
	Metrics	Nº Utentes distintos					Nº Utentes distintos					Nº Utentes distintos				Nº Utentes distintos					
		Flag Médico	C/ Med	Não	S/ por	S/ Méd.	Total	C/ Med	Não	S/ por	S/ Méd.	Total	C/ Med	Não	S/ por	S/ Méd.	Total	C/ Med	Não	S/ por	S/ Méd.
Família	Fam	Espec	opção	Fam.		Fam	Espec	opção	Fam.		Fam	Espec	opção	Fam.		Fam	Espec	opção	Fam.		
0-4 anos		1 959		3	359	2 321	1 853		3	278	2 134	106			81	187	5%			23%	8%
5-9 anos		2 156	18	3	418	2 595	1 921	15	3	238	2 177	235	3		180	418	11%	17%		43%	16%
10-14 anos		2 270	330	4	424	3 028	1 985	288	4	248	2 525	285	42		176	503	13%	13%		42%	17%
15-19 anos		2 335	485		405	3 225	2 036	359		218	2 613	299	126		187	612	13%	26%		46%	19%
20-24 anos		2 352	496	3	573	3 424	1 977	270	3	218	2 468	375	226		355	956	16%	46%		62%	28%
25-29 anos		2 607	475	3	1 008	4 093	2 047	256	2	243	2 548	560	219	1	765	1 545	21%	46%	33%	76%	38%
30-34 anos		2 904	549	4	980	4 437	2 114	297		313	2 724	790	252	4	667	1 713	27%	46%	100%	68%	39%
35-39 anos		3 033	868	2	968	4 871	2 347	430	2	389	3 168	686	438		579	1 703	23%	50%		60%	35%
40-44 anos		3 481	1 297		784	5 562	2 855	607		379	3 841	626	690		405	1 721	18%	53%		52%	31%
45-49 anos		3 558	1 211	6	701	5 476	2 989	635	6	394	4 024	569	576		307	1 452	16%	48%		44%	27%
50-54 anos		3 238	1 113		701	5 052	2 851	560		380	3 791	387	553		321	1 261	12%	50%		46%	25%
55-59 anos		3 112	858		714	4 684	2 716	458		357	3 531	396	400		357	1 153	13%	47%		50%	25%
60-64 anos		2 766	672	1	812	4 251	2 346	328	1	382	3 057	420	344		430	1 194	15%	51%		53%	28%
65-69 anos		2 323	419	1	788	3 531	1 918	168	1	343	2 430	405	251		445	1 101	17%	60%		56%	31%
70-74 anos		1 889	261	1	556	2 707	1 531	119	1	251	1 902	358	142		305	805	19%	54%		55%	30%
75-79 anos		1 356	163		364	1 883	1 136	67		184	1 387	220	96		180	496	16%	59%		49%	26%
80-84 anos		936	115		246	1 297	834	57		173	1 064	102	58		73	233	11%	50%		30%	18%
>=85 anos		908	148	1	218	1 275	858	91		199	1 148	50	57	1	19	127	6%	39%	100%	9%	10%
<b>Total</b>		<b>43 183</b>	<b>9 478</b>	<b>32</b>	<b>11 019</b>	<b>63 712</b>	<b>36 314</b>	<b>5 005</b>	<b>26</b>	<b>5 187</b>	<b>46 532</b>	<b>6 869</b>	<b>4 473</b>	<b>6</b>	<b>5 832</b>	<b>17 180</b>	<b>16%</b>	<b>47%</b>	<b>19%</b>	<b>53%</b>	<b>27%</b>

**Nota:**

\*"Não Espec", corresponde a utentes não frequentadores.

Fonte. ARS Algarve, I.P. (2022)

Os dados constantes na figura apresentada revelam que, do total de utentes inscritos no CS (63.712), 26,97% são utentes de nacionalidade estrangeira (17.180). Estes dados assumem particular interesse pela expressão de população estrangeira inscrita nos CSP no concelho em apreço.

No que se refere ao total de estrangeiros inscritos (17.180), que corresponde a cerca 27% do total de utentes inscritos no CS, 47% são utentes não frequentadores. Constata-se, também, que 53% da população estrangeira inscrita não dispõe de médico de família, sendo que 19% não tem médico por opção, e apenas 16% do total de inscritos dispõe de médico de família. Estes dados,

pelos valores percentuais que se identificam, são reveladores de compromisso na acessibilidade destes utentes aos cuidados de saúde no concelho em análise.

Podemos aferir, também, no que diz respeito aos grupos etários, que o maior número de utentes frequentadores de nacionalidade estrangeira inscritos situa-se nas idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, ou seja, a população ativa, correspondendo a 70,83%. No grupo etário dos 0-19 anos temos 1.549 inscritos, que corresponde a 12,19% do número total, e 2.158 com 65 ou mais anos de idade, correspondendo a 16,98% da população estrangeira inscrita.

Na figura que se segue apresentam-se os dados referentes às consultas realizadas pela população estrangeira, no ano de 2021, por programa de saúde.

**Figura 37**

*Consultas realizadas pela população inscrita no Centro de Saúde.*

<b>(Ano = 2021)</b>					
<b>Programas de Saúde</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Portuguesa</b>	<b>Estrangeira</b>	<b>% de Estrangeiros no Total</b>
Consultas adm PF		2 169	1 707	462	21%
Consultas adm SM		3 472	2 154	1 318	38%
Consultas adm SI (< 14 anos)		11 488	10 311	1 177	10%
Consultas adm SI - Juvenil (14 aos 18 anos)		3 246	2 784	462	14%
<b>Total Adultos</b>		<b>109 651</b>	<b>94 295</b>	<b>15 356</b>	<b>14%</b>
Consultas (19 a 44 anos)		29 939	22 729	7 210	24%
Consultas (45 a 64 anos)		43 938	38 934	5 004	11%
Consultas (>= 65 anos)		35 774	32 632	3 142	9%
Nº Consultas adm Domicílio		313	290	23	7%
Nº Cons. Doença Aguda Recurso + AC		2 685	1 880	805	30%
<b>Total Consultas</b>		<b>133 024</b>	<b>113 421</b>	<b>19 603</b>	<b>15%</b>

*Fonte.* ARS Algarve, I.P. (2022)

Os dados apresentados permitem identificar que do total de 133.024 consultas realizadas no CS, no ano de 2021, 15% foram a utentes de nacionalidade estrangeira. Consegue-se apurar, também, que as consultas de doença aguda recurso, que por norma são as realizadas a utentes sem médico de família, são as que em termos percentuais têm maior expressão na população estrangeira (30%), o que se relaciona com o já apurado anteriormente, e que diz respeito ao facto de existir um grande número de utentes estrangeiros sem médico de família.

Verifica-se, também, existir um nível percentual relativamente baixo, no que diz respeito às consultas realizadas no âmbito dos vários programas de saúde, com maior relevo na saúde infantil - 14% na faixa etária dos 14 aos 18 anos e 10% nas crianças com menos de 14 anos. As consultas de saúde do idoso têm também um baixo nível percentual, cerca de 9%, sendo que a saúde materna, planeamento familiar e a saúde do adulto são os programas onde se verifica o maior número de consultas realizadas, correspondendo a 38%, 21% e 14%, respetivamente.

Paralelamente, e de forma a sustentar o diagnóstico da situação, apresentam-se as considerações obtidas, com base na análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos técnicos do Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM).

---

As entrevistas foram realizadas presencialmente, nas instalações do CLAIM do concelho em apreço, após formalização de pedido para o efeito, tendo o mesmo sido autorizado pela Vereação da autarquia, com competências delegadas na área da Ação Social – Apoio à integração de migrantes. Para o efeito, foi elaborado um Guião de Entrevista (Apêndice IV), constituído por seis questões, sendo que as respostas foram dadas pelos participantes de forma livre e aberta. Foram entrevistados os 3 técnicos que realizam os atendimentos à população estrangeira.

A análise às questões colocadas permitiu aferir que o CLAIM é um serviço da Divisão de Ação Social do Município, que resulta de um protocolo com o Alto Comissariado para as Migrações. Este serviço garante o acolhimento, informação e apoio aos cidadãos migrantes, em diversas áreas, como: trabalho, saúde, educação, reagrupamento familiar, nacionalidade, retorno voluntário e legalização. Promove, também, ações que favorecem melhor integração da população migrante, com base na diversidade cultural existente no concelho.

No que se refere aos atendimentos realizados, salienta-se que o CLAIM atende diariamente, em média, 40 pessoas de nacionalidade estrangeira. No ano de 2021 este serviço atendeu um total de 13.587 estrangeiros.

Relativamente ao principal motivo de procura da população estrangeira a este serviço, destaca-se a regularização em território nacional, que corresponde a 57% dos atendimentos realizados no ano em análise, sendo que o reagrupamento familiar corresponde a 18%, 14 % diz respeito ao atendimento a cidadãos da União Europeia, sobre assuntos diversos, 5% relaciona-se com a área da educação, especificamente o registo de menores e, sobre a saúde, 2 % do número total de atendimentos realizados.

O CLAIM, no ano de 2021, atendeu 61 pessoas de nacionalidades diferentes, sendo que as 5 nacionalidades mais atendidas, por ordem decrescente foram: Brasil (30%), Guiné Bissau (20%), Índia (13%), Ucrânia (6%) e Nepal (5%).

No que diz respeito à perceção sobre os cuidados de saúde assegurados à população estrangeira pelo CS e, com base no que os técnicos observaram nos atendimentos que realizados, foi referido a carência de médicos de família, ou seja, existência de um número substancial de estrangeiros sem médico de família, sendo este apontado como um fator que condiciona a acessibilidade desta população aos CSP no concelho. É evidenciado, também, que os filhos menores de migrantes em situação de regularização não têm o devido seguimento no centro de saúde, que alguns migrantes mencionam não ser atendidos por não se encontrarem legalizados e por não disporem de número de utente, bem como é salientado a barreira da língua, como uma das dificuldades que não

---

só compromete a acessibilidade, como condiciona o processo de atendimento nos serviços de saúde.

Os cidadãos de nacionalidade estrangeira que recorrem ao CLAIM, no que se refere à acessibilidade aos CSP, além do mencionado no parágrafo anterior, referem existir falta de retaguarda na área da saúde, relacionada com questões legais, apresentar dificuldade na marcação de consultas e, por conseguinte, em ter acesso a exames complementares de diagnóstico e receituário.

Diante do diagnóstico da situação elaborado no âmbito do presente trabalho, considera-se de extrema importância a existência de programas comunitários que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação da população estrangeira, devendo estas estratégias ser encaradas como uma prioridade ao nível dos CSP locais, de forma a garantir melhor acessibilidade destes indivíduos, reduzindo assimetrias, desigualdades e promovendo a sua integração na sociedade civil e, só assim, conseguiremos obter ganhos efetivos em saúde.

A definição de estratégias deve ser colocada em prática pelos decisores políticos, pelos profissionais de várias áreas e setores, na definição de uma estratégia concertada, envolvendo autarquias locais, entidades regionais, o movimento associativo representativo da população estrangeira a nível local, entre outros. Ou seja, toda a comunidade civil, no apoio a projetos/ programas dirigidos à comunidade imigrante do concelho, por se tratar de pessoas em situação de vulnerabilidade.

#### 4.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

A escolha da população alvo foi alinhada com a temática do projeto de intervenção comunitária a realizar no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, observando-se pressupostos de pertinência e exequibilidade, em consonância com o que se acordou e vislumbrou necessário na USP onde decorreu o estágio.

O sucesso da intervenção a levar a cabo no âmbito deste projeto pressupõe que se definissem prioridades, sendo que, neste sentido importa realçar a noção de necessidade, no contexto do Planeamento em Saúde, que se expressa pela noção de que há certas intervenções preferíveis a outras, tanto em função dos resultados esperados, como em virtude da eficácia e eficiência dos meios a empregar para as obter (Imperatori, & Giraldes, 1993).

---

Deste modo, define-se como **população alvo**: a população estrangeira inscrita no CS, que de acordo com os dados anteriormente apresentados, representam cerca de 27% da população total inscrita.

Como se caracterizou anteriormente, o grupo etário dos 20 aos 64 anos representa de forma expressiva (70,83%) a população estrangeira frequentadora e inscrita no CS.

A caracterização da população alvo foi realizada com base nos dados remetidos pelo DSPP da ARS Algarve, I.P., que permitiram identificar a dimensão de estrangeiros inscritos no CS, frequentadores e não frequentadores, espelhando a pertinência do tema deste projeto de intervenção comunitária, considerando os níveis percentuais por grupo etário, no que se refere à frequência em consultas nos CSP, no concelho em estudo.

A questão da acessibilidade a este nível de cuidados, francamente comprometida, terá origem num dado objetivo e que se relaciona com o elevado número de utentes estrangeiros inscritos, sem médico de família.

A informação recolhida junto das equipas de saúde familiar do CS, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistente social e assistentes técnicos, foi outra estratégia utilizada e que permitiu identificar algumas barreiras e constrangimentos no acesso aos CSP pela população estrangeira. Destacam-se, sobretudo, questões culturais, linguísticas, de conhecimento sobre a sua situação de saúde, dos recursos existentes na comunidade de apoio ao imigrante, as próprias expectativas desta população em relação aos serviços e cuidados de saúde prestados, salientando-se, também, o desconhecimento sobre questões legais e normativas instituídas e destinadas a estes indivíduos.

#### 4.3 – PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Após realização do diagnóstico de situação devem ser enunciados os principais problemas de saúde identificados, sobre os quais irá recair a escolha de qual ou quais se pretende minimizar ou solucionar (Tavares, 1990).

A revisão da literatura realizada, assim como a análise de estudos nacionais e internacionais, embora ainda que escassos, no que se refere à temática em apreço e sua magnitude a nível global e nacional, a par dos dados e informação recolhida para o diagnóstico da situação, permitiu aferir os seguintes problemas na população estrangeira residente no concelho em estudo:

- Evidência de reduzida acessibilidade aos CSP;
- Baixo nível de literacia em saúde;

- Comunicação em saúde comprometida;
- Desconhecimento sobre o funcionamento dos CSP no concelho;
- Vulnerabilidade da população estrangeira inscrita no CS.

#### 4.4 – DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES

Após realizado o diagnóstico e identificados os problemas de saúde, a próxima etapa do planeamento consiste na definição de prioridades, que se caracteriza como a essência de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Nesta fase procede-se à hierarquização dos problemas, os quais devem ser comparáveis para possibilitar a sua seleção. A determinação de prioridades permite refletir sobre os problemas identificados como prioritários, cuja abordagem deverá ter em consideração dois elementos, o horizonte temporal do plano e a área de programação. Consiste em prever o tempo para a nossa intervenção, o local onde se vai atuar e os recursos disponíveis nessa região (Imperatori, & Giraldes, 1993).

Para a seleção de prioridades dever-se-á recorrer à utilização de critérios, sendo que não existem critérios universais, por todos possuem vantagens e inconvenientes. A seleção dos mesmos vai depender do contexto onde serão desenvolvidos. Segundo os mesmos autores, os critérios que as tornariam intemporais são a magnitude, que caracteriza o problema pelo seu tamanho, a transcendência que realiza a ponderação por grupos etários, e a vulnerabilidade, que se vislumbra basilar no planeamento, uma vez que objetiva a utilização de recursos onde existe maior visibilidade e possibilidade de prevenção. Além destes, existem outros critérios exequíveis de serem utilizados para selecionar prioridades, como por exemplo a evolução, irreversibilidade do dano, atitude da população e fatores económicos (Imperatori, & Giraldes, 1993).

No quadro que se segue evidencia-se a determinação de prioridades realizada com recurso à técnica de comparação por pares.

**Quadro 2**  
*Comparação por pares*

<i>Problemas</i>	<i>Comparação por pares</i>					<i>Valor final (n.º vezes escolhido)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
	A	B	C	D	E		
A	-----	E	E	A	A	2	20%



<i>B</i>	<b>B</b>	-----	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	3	40%
<i>C</i>	B	<b>C</b>	-----	A	E	1	10%
<i>D</i>	B	<b>D</b>	E	-----	<b>D</b>	2	20%
<i>E</i>	C	B	B	<b>E</b>	----	1	10%

Legenda:

- A - Evidência de reduzida acessibilidade aos CSP;
- B - Baixo nível de literacia em saúde;
- C - Comunicação em saúde comprometida;
- D - Desconhecimento sobre funcionamento dos CSP no concelho;
- E - Vulnerabilidade da população estrangeira inscrita no CS.

*Fonte.* Quadro ilustrativo da comparação por pares, com base em Imperatori e Giraldes, 1993, p.76. Construção própria.

O processo de determinação de prioridades, com recurso à técnica de comparação por pares, como espelhado na tabela anteriormente apresentada, permitiu estabelecer a ordenação dos problemas identificados, que se hierarquiza da seguinte forma:

1. Baixo nível de literacia em saúde;
2. Evidência de reduzida acessibilidade aos CSP;
3. Desconhecimento sobre funcionamento dos CSP no concelho;
4. Comunicação em saúde comprometida;
5. Vulnerabilidade da população estrangeira inscrita no CS.

Tendo em consideração que os problemas identificados, a par da sua ordenação pelo método utilizado, encontram-se diretamente interligados, sendo que o baixo nível de literacia em saúde, conduz, por inerência à reduzida acessibilidade aos CSP no concelho, bem como ao desconhecimento sobre o funcionamento dos mesmos, a abordagem deverá privilegiar o baixo nível de literacia em saúde, como fator determinante no acesso aos CSP no concelho em estudo, não descurando o desconhecimento desta população sobre o seu funcionamento. Será, nesta tríade, que deverá incidir a intervenção no âmbito deste projeto.

#### 4.5 – DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Após realizar o diagnóstico de situação e definidos os problemas prioritários é crucial delinear os objetivos a alcançar em relação a cada um dos problemas identificados num determinado período temporal, sendo que “(...) apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.77).

Os objetivos devem ser estruturados, baseando-se em critérios de pertinência, precisão, realização e mensuração (Tavares, 1990).

Desta forma, partindo dos problemas identificados e hierarquização de prioridades, é definido como **objetivo geral**:

- Promover o aumento da acessibilidade da população estrangeira aos CSP.

Como **objetivos específicos definem-se os seguintes**:

- Envolver os profissionais de saúde de todas as UF do CS, até dezembro de 2023;
- Envolver outros setores do concelho, nomeadamente a autarquia, juntas de freguesia, Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares (DGEstE), o Instituto da Segurança Social (ISS) e o movimento associativo representativo da população estrangeira concelhia, na definição de uma estratégia local que vise o empoderamento destes indivíduos, até janeiro de 2023;
- Criar a consulta do imigrante, a realizar por equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiro, médico, assistente social e assistente técnico, em articulação com o ACeS Algarve I Central, até dezembro de 2023;
- Promover a literacia em saúde da população-alvo, através da realização de sessões de educação para a saúde sobre o papel dos CSP e sua dinâmica, até dezembro de 2023.

Imperatori e Giraldes (1993, p.79) evidenciam o objetivo como um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema (...) traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”, e, desta forma, entendendo-se os objetivos operacionais ou metas como tradutores de indicadores de atividade, procedeu-se ao seu estabelecimento, em conformidade com o descrito nos quadros 1, 2 e 3.

### **Quadro 3**

*Objetivo 1: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador*

<b>Objetivo 1</b>	Envolver os profissionais de saúde de todas as UF do CS, até dezembro de 2023.
<b>Meta / Objetivo operacional</b>	Que se consiga, até dezembro de 2023, pelo menos 50% de adesão dos profissionais de saúde do CS às sessões de apresentação do

	projeto e sensibilização para a temática do cuidar nas diferentes culturas e etnias	
<b>Indicador (de resultado)</b>	Percentagem de profissionais de saúde do CS que participaram nas sessões de apresentação do projeto e sensibilização para a temática.	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde que participaram nas sessões}}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais de saúde do CS}}$	X 100

Fonte. Construção própria.

#### Quadro 4

Objetivo 2: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador

<b>Objetivo 2</b>	Envolver outros setores do concelho, nomeadamente a autarquia, juntas de freguesias, a DGEstE, o ISS e o movimento associativo representativo da população estrangeira concelhia, na definição de uma estratégia local que vise o empoderamento da população estrangeira, até janeiro de 2023.
<b>Meta / Objetivo operacional</b>	Que se consiga envolver, pelo menos, 2 entidades parceiras na definição de uma estratégia local que vise o empoderamento da população estrangeira concelhia, até janeiro de 2023.
<b>Indicador (de processo)</b>	Número de entidades parceiras previamente definidas que aderiram à estratégia local, até janeiro de 2023.

Fonte. Construção própria.

#### Quadro 5

Objetivo 3: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador

<b>Objetivo 3</b>	Criar a consulta do imigrante, a realizar por equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiro, médico, assistente social e assistente técnico, em articulação com o ACeS Algarve I Central, até dezembro de 2023.
-------------------	---

<b>Meta / Objetivo operacional</b>	Que se consiga obter parecer favorável da Direção Executiva do ACeS com afetação de, pelo menos, 2 profissionais de saúde (enfermeiro e médico), para realização da consulta do imigrante, até dezembro de 2023.
<b>Indicadores (de processo)</b>	Obtenção de parecer favorável da Direção Executiva do ACeS. Número de profissionais designados para realizar a consulta do imigrante, até janeiro de 2023.

Fonte. Construção própria.

### Quadro 6

Objetivo 4: Meta, indicador e forma de cálculo do indicador

<b>Objetivo 4</b>	Promover a literacia em saúde da população-alvo, através da realização de sessões de educação para a saúde sobre o papel dos CSP e sua dinâmica, até dezembro de 2023.	
<b>Meta / Objetivo operacional</b>	Que se consiga, até dezembro de 2023, obter 1% de participação da população estrangeira inscrita no CS nas sessões de educação para a saúde.	
<b>Indicador (de resultado)</b>	Porcentagem de participantes nas sessões de educação para a saúde	
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes de nacionalidade estrangeira nas sessões de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de população estrangeira inscrita no Centro de Saúde}}$	X 100

Fonte. Construção própria.

## 4.6 – SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

No decurso do Planeamento em saúde, a seleção das estratégias assume-se como a etapa que permite eleger qual o processo mais apropriado, de forma a responder aos diagnósticos definidos como prioritários, atingindo-se assim, os objetivos concretizados. Segundo Imperatori e

---

Giraldes (1993, p.87), 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”, não tendo as estratégias que ser obrigatoriamente da área dos serviços de saúde. Por parte dos organizadores, implica criatividade e deve agregar diversas etapas para a sua elaboração, com base numa análise de custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada uma das estratégias (Tavares, 1990).

De forma a se atingir os objetivos definidos no presente projeto de intervenção comunitária, definiram-se as estratégias: Envolvimento dos profissionais de saúde das várias UF do CS e população-alvo, Estabelecimento de parcerias; promoção e educação para a saúde; e literacia em saúde.

#### - **Estabelecimento de parcerias**

O estabelecimento de parcerias assume-se como uma estratégia fulcral na consecução dos objetivos e metas delineadas, constituindo-se como âncora na implementação de programas na comunidade, em larga escala, abrangendo, nomeadamente, as áreas da ciência, da tecnologia e da saúde (Carvalho et al., 2019).

As parcerias estabelecidas em contexto de saúde comunitária e, em projetos desta natureza, irão promover a cooperação intersectorial na concretização de interesses e objetivos comuns, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo da população.

Entendeu-se fundamental o estabelecimento de parcerias para a implementação deste projeto, nomeadamente a autarquia, a educação, o ISS e o movimento associativo local, representante da população estrangeira, considerando o seu espectro de atuação e pela proximidade com a população estrangeira, sendo uma estratégia que se vislumbra importante para o sucesso das intervenções a desenvolver.

#### - **Promoção e educação para a saúde**

A saúde interfere na forma como o indivíduo consegue adaptar-se às alterações sociais e económicas, sendo este um aspeto determinante no desenvolvimento de estratégias que visem ultrapassar as adversidades, individualmente ou em grupo. Por este motivo, a OMS entende a Promoção da Saúde como uma temática de interesse para discussão, dada a sua importância na resolução de diversas problemáticas (OMS, 1986).

No ano 1986 foi realizada a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, na qual surge o entendimento da saúde não só pela ausência de doença, como também por um bem-estar físico, mental e social, cuja responsabilidade não se centra apenas no

---

setor da saúde e vai além de um estilo de vida saudável. Define, ainda, promoção da saúde como a capacitação da população para agir com vista a uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, saúde, participando ativamente nesse processo (OMS, 1986).

Costa e López (1986) definem a promoção da saúde como qualquer combinação de estratégias de educação para a saúde e apoios de tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis. A promoção da saúde é um processo amplo por meio do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde.

Entende-se a educação para a saúde como um contributo na aquisição de conhecimento no âmbito da saúde, entendido como um processo de empoderamento, fundamental para a promoção da saúde e facilitador de mudanças (Souza et al., 2021).

Na operacionalização da estratégia em apreço a promoção e educação para a saúde estão interligadas e não se dissociam, pelos conceitos anteriormente apresentados.

Neste seguimento, para além dos investigadores e financiadores, a comunidade deverá ter um papel preponderante na tomada de decisão e ser envolvida nas problemáticas a estudar, de acordo com os seus interesses. Também a nível regional e local, é importante integrar os cidadãos de forma dinâmica, promovendo ações que lhes sejam significativas, tendo em conta a sua vivência pessoal e relações de proximidade na comunidade. Cabe, de igual forma, aos municípios, despertar o interesse da sua comunidade no envolvimento em processos de mudança face a situações de vulnerabilidade.

### **- Literacia em saúde**

O conceito de literacia evoluiu com o avanço do tempo e atualmente relaciona-se com a aptidão do ser humano em entender as condições impostas na saúde e o modo como utiliza a informação, com intuito de a promover e conservar, ou seja, esta pode cooperar num melhor poder de decisão baseada em condições dos hábitos diários empoderando a comunidade para a tomada de decisão mais adequada face ao seu processo individual de saúde-doença (Marques, 2015).

Deste modo, para Almeida e Veiga (2020) a literacia em saúde, considerada como determinante da saúde e da comunidade, tem influência direta no processo de mudança. Considera-se importante capacitar, envolver e empoderar a população para que esta possa participar nas atividades de forma consciente, promovendo escolhas saudáveis no seu quotidiano.

### **Pertinência, vantagens e desvantagens das estratégias selecionadas**

Na tabela que se apresenta de seguida encontram-se esquematizadas as estratégias seleccionadas, evidenciando-se as suas vantagens, desvantagens e obstáculos (Quadro 7).

### Quadro 7

#### *Pertinência, vantagens e desvantagens das estratégias*

<b>Estratégia</b>	<b>Pertinência</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Obstáculos</b>
Estabelecimento de parcerias	<p>Implementar o projeto de forma mais abrangente.</p> <p>Mobilizar recursos de outras entidades na implementação das estratégias.</p> <p>Promover o marketing e comunicação.</p>	<p>Divulgação ampla do projeto.</p> <p>Promover o trabalho intersetorial.</p> <p>Afetação de recursos diversos às atividades delineadas.</p>	<p>Limitação de algumas entidades parcerias na disponibilização de recursos.</p> <p><i>Timing</i> para planeamento das atividades em parceria.</p> <p>Articulação entre os parceiros envolvidos no projeto.</p>
Promoção e educação para a saúde	<p>Sensibilizar para a importância dos CSP.</p> <p>Participação ativa da população-alvo no processo de cuidados.</p> <p>Capacitar e empoderar a população estrangeira inscrita no CS.</p>	<p>Abordagem sobre os determinantes da saúde, com base nas crenças e valores culturais da população-alvo.</p> <p>Partilha de experiências e conhecimentos.</p> <p>Aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis.</p> <p>Proximidade entre os profissionais de saúde e a população-alvo.</p>	<p>Comunicação entre os profissionais de saúde e a população-alvo.</p> <p>Adesão e falta de motivação da população-alvo.</p> <p>Dificuldade no processo de mudança.</p>

Literacia em saúde	Promover a literacia em saúde da população estrangeira inscrita no CS.	Diminuição de desigualdades e assimetrias no acesso aos cuidados de saúde.  Capacitação da população-alvo no domínio da saúde.	Limitações sócio-económicas da população-alvo.  Língua do país de origem.  Adesão às intervenções/ atividades.
--------------------	--	--	--

Fonte. Construção própria.

#### 4.7 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Após seleção das estratégias a utilizar no projeto de intervenção comunitária, torna-se necessário avançar para a fase seguinte da Metodologia do Planeamento em Saúde: a preparação operacional, implementação e intervenção. Nesta etapa, definem-se as atividades que serão colocadas em prática, de forma a alcançar os objetivos propostos. O Planeamento em Saúde trata-se de um processo contínuo, cujas etapas se encontram interligadas de forma constante. O facto de a etapa anterior interferir com a etapa seguinte e vice-versa, por vezes faz com que a fase anterior tenha de ser revista ou melhorada, para que melhor se adapte às necessidades e realidades da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a estruturar o projeto, alinhando-o com os objetivos e estratégias delimitadas, foram elaborados os quadros que de seguida se apresentam, que se evidenciam os intervenientes no processo.

#### Quadro 8

*Equipa de gestão e de execução do projeto.*

<b>Equipa de gestão do projeto</b>
Mestrando e Enfermeira Supervisora Clínica do estágio
<b>Equipa de execução do projeto</b>
Mestrando e Enfermeira Supervisora Clínica do estágio
Médicos e enfermeiros da USP, UCSP e USF
Técnicos do Gabinete do Cidadão do CS (Assistente Social e Assistente Técnico)
Utentes inscritos no CS de nacionalidade estrangeira



---

*Fonte.* construção própria

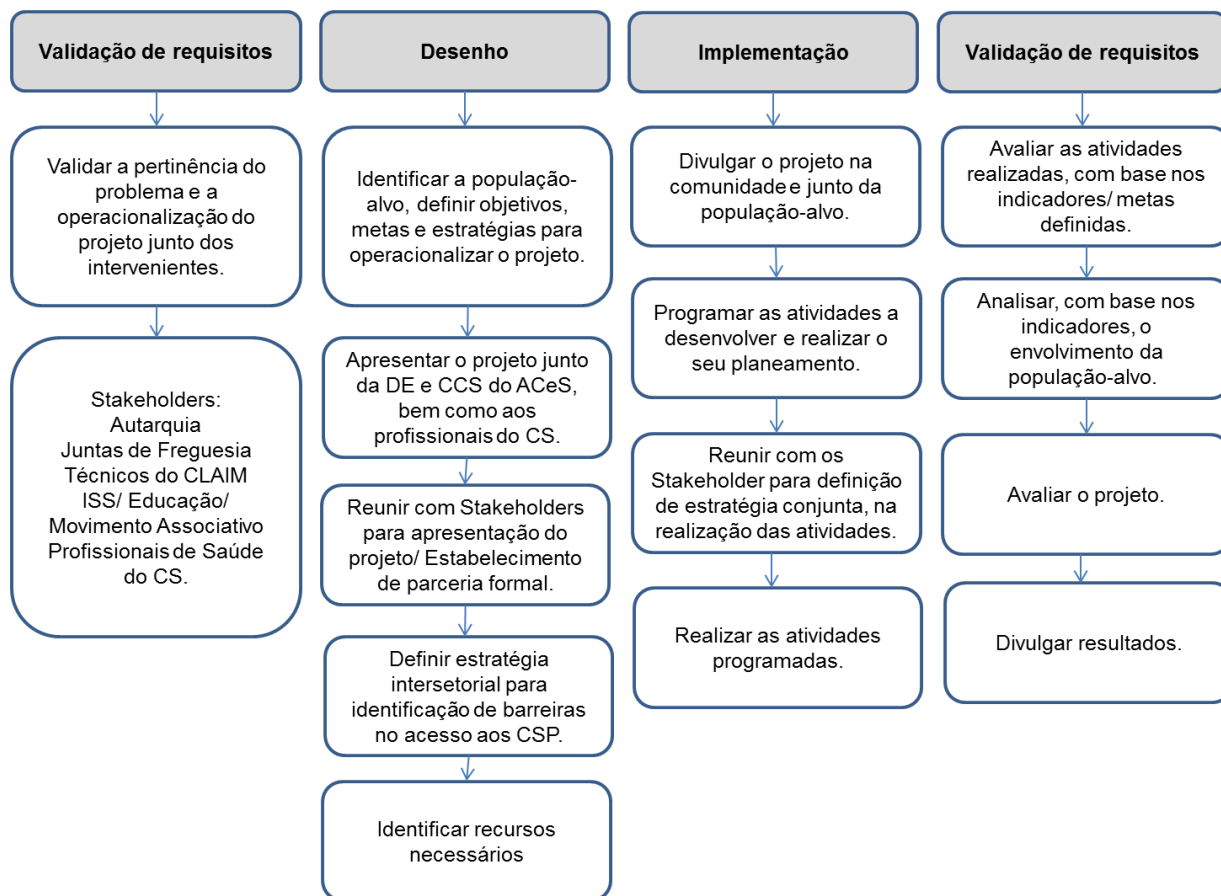
**Quadro 9**  
*Stakeholders*

<i>Stakeholders</i>
Autarquia e juntas de freguesia
Técnicos do CLAIM
ISS, Setor da educação e movimento associativo
Profissionais de saúde das UF do CS

*Fonte.* construção própria

Com vista à realização de um planeamento mais adequado adotou-se um esquema, com base em *Work-Breakdown Structure* (Figura 38), que permite a distribuição das diversas etapas do trabalho para o desenvolvimento do presente projeto.

**Figura 38**  
*Estrutura de divisão do trabalho – Work-Breakdown Structure (WBS)*



Fonte. construção própria

### Previsão de custos associados

Segundo Tavares (1990), a escolha de estratégias deve centrar-se não só nos seus obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes, como também nos custos associados. Desta forma, espelha-se no quadro que se apresenta os custos associados às estratégias descritas anteriormente, referindo-se que os mesmos foram calculados com base em valores estimados, que permitem orçamentar os recursos necessários para a implementação do projeto.

### Quadro 10

*Custo das atividades.*

Custos estimados			
Recursos	Custo Unitário	Quantidade	Custo Total
Humanos	Enfermeiro: 8€/ hora	120	960€
	Médico: 12,5€/ hora	60	750€
	Técnicos do CLAIM: 8€/ hora	10	80€
	Outros profissionais externos: 5€/ hora	7	35€
Viatura/ deslocação	Combustível: 0,4/ km	500Km	200€
Marketing e imagem	Folhetos: 2,5€	100	250€
	Folhas A4: 5€	2	8€
	Canetas: 2€	4	8€
Informática e multi-média	Computador: 700€	0,5	350€
	Impressora: 50€	0,5	25€
	Toner: 50€	1	50€
	Projetor: 130€	0,2	26€
	Tela de projeção: 68€	0,2	13,60€
	Fotocópias: 0,05€	500	25€
<b>Total</b>			<b>2780,6€</b>

Fonte. Construção própria.

Imperatori e Giraldes (1993) evidenciam que nesta etapa devem-se descrever as diferentes atividades que fazem parte da programação, estabelecendo os resultados a atingir, organizando para isso as atividades a realizar, como devem ser executadas, descrever os recursos necessários e determinar um calendário de concretização das mesmas.

As atividades propostas na fase de programação devem estar parametrizadas para que em cada uma delas, seja perceptível o que será realizado, por quem, quando, onde, como e de que forma será avaliada e, sempre que possível, qual é objetivo que se pretende atingir, e por último, se possível, qual é o custo da atividade (Tavares, 1990).

O cronograma é entendido como uma exposição gráfica que permite identificar o tempo e as atividades que integram o projeto (Imperatori e Giraldes, 1993).

“o contributo dos cronogramas é a possibilidade de visualizar conjuntamente as diferentes tarefas ou atividades que integram o projeto, informando-nos, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e, durante a execução, do atraso e do avanço existente na realização.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.155).”

Nesta lógica de entendimento e, com vista a estruturar as atividades e intervenções a realizar, no âmbito do presente projeto, elaborou-se o cronograma representado no Apêndice V. Salienta-se que as atividades levadas a cabo foram pensadas e planeadas juntamente com a enfermeira supervisora clínica do estágio, permitindo, desta maneira, a partilha de ideias e o esclarecimento de dúvidas, favorecedor à concretização das mesmas.

### Quadro 11

*Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto.*

<b>Atividade</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Objetivo que se pretende atingir</b>
Reunião com a enfermeira supervisora clínica do estágio.	Enf. <sup>a</sup> Supervisora Clínica e Mestrando	setembro de 2022	USP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto e respetiva área de intervenção;</li> <li>- Definição do objetivo e população-alvo;</li> <li>- Formalização de pedido à DE do ACeS para realização do projeto;</li> <li>- Construção do desenho do projeto no que se refere aos seus intervenientes/ entidades parceiras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar o tema do projeto e validar a sua pertinência;</li> <li>- Definir elementos chave na implementação das várias estratégias.</li> </ul>
Realização de reunião com o Município para apresentação do projeto.	Vereadora do Pelour das Migrações; Técnicos do CLAIM; Mestrando.	outubro de 2022	Sede do CLAIM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto e delimitação de estratégia conjunta com vista à elaboração do diagnóstico;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer parceria com o Município, com vista à afetação de recursos comunitários;</li> </ul>

				- Envolvimento dos técnicos do CLAIM.	- Divulgar o projeto, contextualizando a sua pertinência.
Realização de entrevistas exploratórias aos técnicos do CLAIM.	Técnicos do CLAIM; Mestrando.	outubro de 2022	Sede do CLAIM	- Divulgação do guião de entrevista e obtenção do consentimento informado; - Realização das questões individualmente com cada um dos técnicos.	- Obter uma visão mais abrangente sobre a realidade da população migrante no conceito em estudo; - Aperfeiçoar o diagnóstico de situação, com vista a direcionar os objetivos e atividades às necessidades efetivas da população.
Participação na formação da Comissão Europeia sobre Migrantes: <i>“Migrant access to healthcare: From emergency responses to sustainable solutions”</i>	Profissionais de saúde da USP. Mestrando.	18 de outubro de 2022	Online	Aquisição de conhecimentos sobre as temáticas: acesso aos cuidados de saúde por migrantes e refugiados; comunicação em língua materna; análise da saúde mental dos migrantes durante a COVID-19.	- Adquirir conhecimentos, ferramentas e materiais de informação sobre a temática das migrações.
Formalização de pedidos: autorização à DE do ACeS e parecer à Comissão de	Diretora Executiva do ACeS;	novembro de 2022	Por e-mail e correio interno	- Apresentação do projeto de intervenção comunitária e sua pertinência;	- Formalizar pedido de autorização para realização do projeto;

Ética da ARS Algarve.	Presidente da ARS Algarve.			- Autorização formal para desenvolvimento e implementação do projeto.	- Realizar pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Algarve; - Definir a população alvo e instrumentos de recolha de dados, assegurando a proteção destes.
Apresentação do projeto aos profissionais de saúde das várias UF do CS.	Enfermeiros; Médicos; Assistente social; Assistentes Técnicos; Mestrando.	novembro e dezembro 2022	Sala reuniões do CS.	- Apresentação da equipa do projeto; - Apresentação do projeto e sua pertinência com base na estrutura analítica de projeto <i>Work-Breakdown Structure</i> – WBS; - Auscultação dos vários profissionais sobre a dinâmica de atendimento dos cidadãos de nacionalidade estrangeira.	- Sensibilizar os profissionais de saúde para a temática do cuidar nas diferentes culturas e etnias; - Envolver os profissionais de saúde das várias UF do CS na realização do projeto; - Perceber a dinâmica de atendimento da população estrangeira no CS.
Reunião com outros potenciais parceiros: Presidentes de Juntas de Freguesia, Coordenadora do Núcleo Local de Inserção do	Presidentes de Juntas de Freguesia; Técnicos da autarquia, ISS e DGEstE;	dezembro de 2022	Sala de reuniões do CS.	- Apresentação da equipa do projeto; - Apresentação do projeto e sua pertinência com base na estrutura analítica de projeto <i>Work-</i>	- Estabelecer parceria para implementação e desenvolvimento do projeto; - Identificação de representante por

ISS e representante local da DGEstE.	Mestrando.			<i>Breakdown Structure</i> – WBS; - Solicitação de apoio no desenvolvimento do projeto; - Identificação de representante no âmbito das várias parcerias, com vista à continuidade do projeto no futuro.	parceria para continuidade do projeto no futuro.
Realização de sessões de educação para a saúde sobre o papel dos CSP e sua dinâmica, destinadas à população estrangeira.	População estrangeira; Técnicos do CLAIM; Mestrando.	janeiro de 2023	Sala de formação do CLAIM	- Sensibilização da população estrangeira para a importância dos CSP e realização de consultas no âmbito dos vários programas de saúde; - Perceção das barreiras/ obstáculos no acesso aos CSP no concelho em estudo; - Fornecimento de informações de carácter geral (horário de funcionamento do CS, marcação de consultas e atribuição de número de utente); - Esclarecimento de dúvidas.	- Promover melhor acesso aos CSP; - Melhorar a literacia em saúde da população estrangeira; - Realizar sessões de educação para a saúde.

Realização de reunião para balanço do projeto e definição de estratégias futuras.	Enf. <sup>a</sup> Supervisora Clínica do estágio; Enfermeiro designado para dar continuidade ao projeto; Mestrando.	janeiro de 2023	USP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação dos resultados obtidos;</li> <li>- Sensibilização para a importância da temática, diante dos resultados apresentados;</li> <li>- Definição de plano de ação para o futuro com envolvimento dos intervenientes e parcerias;</li> <li>- Apresentação de contributos no âmbito das atividades desenvolver de futuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um momento de partilha entre os intervenientes, permitindo a reflexão sobre o desenvolvimento do projeto;</li> <li>- Avaliar os contributos das intervenções levadas a cabo;</li> <li>- Definir estratégia conjunta de continuidade do projeto.</li> </ul>
---	---	-----------------	-----	--	--

Fonte. Construção própria.

### **Marketing e comunicação**

O *marketing* é uma área da comunicação em saúde que pretende incrementar ações com recurso a diversas técnicas das relações públicas, como por exemplo anúncios, notas de imprensa, mensagens e campanhas publicitárias para captação do público, permitindo atuar não só no ambiente interno, como externo da organização, mobilizando os *stakeholders* na definição de uma estratégia comunicacional para mobilização do público-alvo para as ações a desenvolver.

A comunicação realizada no âmbito do projeto de intervenção comunitária “Além-fronteiras: acessibilidade da população estrangeira aos CSP” assenta em ações que foram delineadas com o intuito de promover a sua respetiva divulgação, tanto a nível interno, como externo, procurando mobilizar tanto a população-alvo, como todos os parceiros e intervenientes.

A nível interno a divulgação do projeto foi realizada em reuniões de apresentação do mesmo aos profissionais de saúde das várias UF do CS. A divulgação externa foi realizada com o



---

apoio do Gabinete de Comunicação da ARS Algarve I.P., com a colaboração da autarquia através do Portal do Município e dos técnicos do CLAIM e das Juntas de Freguesia do concelho.

#### 4.8 – SEGUIMENTO “*FOLOW UP*” DO PROJETO

No decurso do processo de planeamento e implementação do presente projeto de intervenção comunitária e, com vista à manutenção do mesmo a longo prazo, de forma a se cumprir com os objetivos delineados, foi definido um processo de acompanhamento tendo por base a consecução das atividades programadas.

O projeto intitulado Além-fronteiras: acessibilidade da população estrangeira aos CSP pressupõe um conjunto de iniciativas de cariz multidisciplinar e intersetorial, que cria sinergias entre os vários intervenientes, de forma a melhorar o acesso aos cuidados de saúde desta população, promovendo igualmente um cuidar integrativo, com respeito pelos princípios e valores das pessoas de outras culturas e nacionalidades, capacitando-as com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Ao longo da intervenção levada a cabo no âmbito do aludido projeto foram ajustados alguns horários e datas, com necessidade de redefinição de algumas atividades planeadas, para que se conseguisse obter maior participação e, por conseguinte, sucesso na concretização dos objetivos delineados. Refira-se que o facto de terem sido efetuadas algumas alterações à planificação inicial, não interferiu nos recursos e custos previstos inicialmente.

O seguimento do projeto privilegia o envolvimento dos profissionais de saúde das várias UF do CS, assim como a designação de um enfermeiro responsável pela continuidade do mesmo, que neste caso em apreço será o mestrando e autor do projeto, considerando que desenvolve a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados na Comunidade, de um ACeS da ARS Algarve, I.P., assumindo o papel de interlocutor, tanto a nível interno como externo.

Considerando a existência de alguns constrangimentos relacionados com os tempos de resposta, designadamente da Comissão de Ética da ARS, assim como, da Direção Executiva do ACeS com o despacho a autorizar o desenvolvimento do projeto, os objetivos passíveis de concretizar até ao final do estágio final foram os nº1, 2 e 3, motivo pelo qual o objetivo nº4: realizar sessões de educação para a saúde sobre o papel dos CSP e sua dinâmica, destinadas à população-alvo, ficou definido num horizonte temporal até dezembro de 2023, assumindo-se a continuidade deste projeto até ao final do corrente ano civil, em conformidade com os objetivos e atividades planeadas.

---

A continuidade do projeto encontra-se alicerçada num conjunto de estratégias, nomeadamente:

- Designação do mestrando como Enfermeiro Responsável pelo projeto ao nível do ACeS e UF;
- Estabelecimento de parceria institucional com a autarquia, juntas de freguesia, ISS e DGEstE;
- Criação de um portefólio que agregue informação relevante, nomeadamente o projeto, documentos orientadores sobre a temática e de suporte à operacionalização das atividades. Este portefólio servirá como ferramenta de trabalho e será disponibilizado aos intervenientes.

#### 4.9 – MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO DO PROJETO

Imperatori e Giraldes (1993), evidenciam que o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico, onde todas as etapas se encontram interligadas. A monitorização do planeamento é fundamental para reconhecer e controlar a implementação das estratégias, de forma a identificar falhas que obriguem a um reajuste nas diferentes medidas aplicadas.

Segundo Tavares (1990), a avaliação permite o confronto entre os objetivos e as estratégias, adequando-se mutuamente. Assim, o processo de avaliação implica uma validação dos objetivos inicialmente propostos. Partindo da definição de Imperatori e Giraldes (1993, p.79) sobre objetivo como um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema (...) traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”, e considerando os objetivos operacionais ou metas como tradutores de indicadores de atividade, elaborou-se o quadro 12 que permite a avaliação desses mesmos indicadores.

A monitorização e avaliação do projeto foram realizadas de forma contínua, permitindo aferir o cumprimento das atividades, no que se refere ao envolvimento dos intervenientes, à participação das entidades parceiras e taxa de participação nas atividades delineadas. A avaliação nos termos em que foi concretizada permitiu validar se os indicadores do projeto estavam a ser alcançados, possibilitando a reformulação de estratégias e atividades, no caso em que não se conseguissem operacionalizar de forma efetiva.

De forma a avaliar o projeto definiram-se indicadores de avaliação, nomeadamente indicadores de atividade e de resultado. Os indicadores de avaliação são uma mais-valia permitindo clarificar a realidade e validar progressos (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação dos indicadores de estrutura e de processo encontra-se esquematizada na tabela que se apresenta de seguida.

## Quadro 12

### Avaliação dos indicadores de atividade

Avaliação dos indicadores de atividade			
Indicadores de estrutura e de processo	Cálculo	Resultado	Avaliação
Que se consiga, até janeiro de 2023, 50% de adesão dos profissionais de saúde do CS às sessões de apresentação do projeto e sensibilização para a temática do cuidar nas diferentes culturas e etnias	Nº de profissionais de saúde envolvidos nas sessões/ Nº total de profissionais de saúde do CS x 100	56,98%	Superado
Que se consiga envolver, pelo menos, 2 entidades parceiras na definição de uma estratégia local que vise o empoderamento da população estrangeira concelhia, até janeiro de 2023.	Número de entidades parceiras previamente definidas que aderiram à estratégia local, até janeiro de 2023.	2	Atingido
Que se consiga obter parecer favorável da Direção Executiva do ACeS com afetação de, pelo menos, 2 profissionais de saúde (enfermeiro e médico), para realização da consulta do imigrante, até dezembro de 2023.	1. Obtenção de parecer favorável da Direção Executiva do ACeS. 2. Número de profissionais designados para realizar a consulta do imigrante, até janeiro de 2023.		Em desenvolvimento
Que se consiga, até dezembro de 2023, obter 1% de participação da população estrangeira inscrita	Nº de participantes de nacionalidade estrangeira nas sessões		

no CS nas sessões de educação para a saúde.	de educação para a saúde/ Nº total de população estrangeira inscrita no CS X 100		Em desenvolvimento
Criação de portefólio de suporte à operacionalização do projeto.	-----		Atingido

*Fonte.* Construção própria.


Segundo Tavares (1990), caso exista a pretensão em corrigir situações, esta não deverá ser concretizada na avaliação a realizar no final do projeto. Deverá ser feita uma avaliação em cada fase do planeamento, de modo a integrar todos os atores envolvidos. Refira-se, que no decurso do desenvolvimento do projeto realizou-se um acompanhamento rigoroso e contínuo das atividades planeadas, tendo-se procedido a pequenos ajustes, com vista ao sucesso das intervenções.

#### 4.10 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante as várias fases do planeamento em saúde zelou-se pelo cumprimento dos pressupostos éticos e legais, inerentes às diversas ações e diligências realizadas no âmbito do presente projeto. Os procedimentos éticos foram cumpridos em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A colheita de dados para realização do diagnóstico de situação obedeceu aos princípios éticos e deontológicos, tendo-se diligenciado junto da Direção Executiva e Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Algarve I Central pedido de autorização para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária em apreço (Apêndice I), bem como foi solicitado pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS (Apêndice II), formalizado em impresso próprio, cujo modelo se encontrava disponível *on-line*, na página da referida entidade.

Foi disponibilizado em suporte de papel uma declaração de consentimento informado (Apêndice III) aos participantes onde se vislumbravam implícitos os objetivos do estudo, bem como a participação esperada, de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de desistirem do mesmo a qualquer momento, sem qualquer consequência.



---

Foi reforçado em qualquer momento e circunstância que a colheita de dados era anónima. No decurso da elaboração do projeto, evidenciou-se a necessidade da aplicação de entrevistas exploratórias, em que cada participante assinou previamente um consentimento informado, livre e esclarecido, após explicitação do estudo e os seus objetivos, com garantia de que a participação era voluntária, não existindo possível prejuízo para quem não quisesse participar ou aderir, possibilitando-se a desistência em qualquer momento durante o processo, caso fosse entendimento dos participantes. Os participantes tiveram conhecimento que em caso de existência de elemento que permita a possível identificação do mesmo, este será considerado não válido.

## 5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo do relatório será efetuada uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, nos domínios do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, bem como as conducentes à obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na referida área de especialização.

Serão evidenciadas as diversas intervenções e atividades realizadas no decurso do estágio final na USP, tanto as relacionadas com o projeto de intervenção comunitária implementado, assim como outras não relacionadas com o tema do projeto, e que permitiram ampliar o leque de experiências e conhecimentos.

### 5.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Nos termos da alínea a) do artigo 3º do Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro, que define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem, são definidas as competências comuns, sendo estas 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”; No mesmo artigo, na alínea b), é clarificado o conceito de competências específicas, como sendo as 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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

O Regulamento evidenciado anteriormente faz evidência aos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e que são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que se refere ao domínio da **Responsabilidade profissional, ética e legal**, considerando os pressupostos enunciados no diploma: “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745), importa referir que no

---

decurso do estágio final e, em todo o processo, desde a realização do diagnóstico de situação até à elaboração e implementação do projeto de intervenção comunitária, assumiu-se em rigor o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão. Foi solicitado pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Algarve para realização do projeto (Apêndice 2), devidamente estruturado nos moldes preconizados pela instituição, tendo o mesmo merecido parecer positivo, com autorização do Conselho Diretivo da ARS (Anexo 1).

Durante as várias etapas do projeto de intervenção comunitária foram liderados processos de tomada de decisão assentes nos princípios éticos e deontológicos, consubstanciando momentos de reflexão e avaliação ao longo do estágio. Em cada etapa assumiu-se o respeito pelos direitos humanos, imprescindível na gestão e liderança de potenciais situações que comprometedoras do direito dos utentes. Observou-se, igualmente, o cumprimento dos procedimentos em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em consonância com o preconizado e assumido perante a Comissão de Ética da ARS Algarve.

Relativamente às competências do domínio da **melhoria contínua da qualidade**: “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745) importa evidenciar, no seguimento do diagnóstico de situação realizado, que o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, além de transversal a todas as UF do CS, contribuiu para a melhoria contínua da qualidade tanto a nível assistencial, no que diz respeito ao atendimento da população estrangeira inscrita, como ao nível comunitário, pelo envolvimento de entidades parceiras com intervenção direta junto deste grupo populacional.

As estratégias e ações incrementadas, envolvendo todos os intervenientes e parceiros, foram sustentadas na evidência científica, procurando as melhores práticas com vista à obtenção de ganhos em saúde.

No domínio em apreço e no decurso do estágio realça-se a gestão operacional ao nível do CS da campanha de vacinação da gripe sazonal 2022/23 e de reforço contra a COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assumindo um papel proativo no âmbito da governação clínica, no que se refere à estratégia do ACeS e da USP, uma vez que estava na dependência desta última a coordenação da atividade mencionada. A este nível foi assumida a gestão local da atividade e desenvolvida estratégia intersetorial, juntamente com a proteção civil da autarquia e as várias valências onde a mesma decorreu. Houve igualmente a possibilidade de, juntamente com outros enfermeiros do

---

Pólo de Saúde Pública do CS e UCC vacinar os residentes das várias instituições a que se destinou a campanha de vacinação mencionada, cumprindo-se as normas e orientações da Direção Geral da Saúde e do ACeS para operacionalização da atividade, com vista à efetividade terapêutica, à prevenção de incidentes, à gestão do risco e bem-estar dos utentes.

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

A aquisição e desenvolvimento de competências no domínio anteriormente mencionado foi elencada na prática diária, no decurso do estágio, quer no âmbito do projeto de intervenção comunitária, como nas restantes atividades cuja participação do mestrando foi verificada, observando-se a adequação dos recursos às necessidades identificadas e a própria liderança e gestão desses mesmos recursos, com garantia da qualidade, segurança e efetividade dos cuidados, em conformidade com o contexto de estágio e dos vários intervenientes e envolvidos.

**Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:** “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

As competências a que se refere o domínio mencionado anteriormente tiveram expressão nas relações terapêuticas estabelecidas com utentes, bem como com a equipa multiprofissional da USP e dos vários profissionais de saúde do CS onde decorreu o estágio. Destaca-se, igualmente, a relação estabelecida com os técnicos de outras entidades, como a autarquia, juntas de freguesia, ISS e DGEstE, onde se procurou de forma assertiva liderar os processos, com sentido de responsabilidade e rigor, na procura das melhores respostas, em conformidade com o que se pretendia em cada momento.

No decurso do estágio e, no âmbito dos Programas de Saúde na dependência da Saúde Pública, foi possível o desenvolvimento de aprendizagens em outras áreas, nomeadamente relacionadas com o Programa Nacional de Saúde Escolar, através da participação em sessões destinadas ao pessoal docente e não docente de um jardim-de-infância, alusivas à temática da escabiose. Houve, também, a possibilidade em frequentar três ações de formação, duas delas organizadas pela USP sobre os temas: A Consulta no Centro de Diagnóstico Pneumológico Local e Análise *Swot* na intervenção em saúde oral e ambiental. A outra ação formativa foi realizada *on-line*, organizada pela Comissão Europeia e relacionada com o tema do projeto de intervenção comunitária, intitulada “*Migrant access to healthcare: From emergency responses to sustainable solutions*”.



---

Refira-se, ainda, que no decorrer do estágio realizou-se pesquisa bibliográfica, que permitiu sustentar a realização do projeto, bem como de todas as intervenções levadas a cabo, com base na evidência científica mais atual, sustentando uma prática segura. Foi, também, realizado um artigo científico original, com base na temática do projeto e nos dados obtidos no diagnóstico de situação, cujo resumo se encontra no Apêndice VI.

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

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são descritas e aprovadas no Regulamento nº428/2018, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 de 16 de julho de 2018.

As competências específicas descritas no diploma identificado anteriormente são as seguintes:

“a) Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p.19354).

Nesta componente do relatório é importante traçar as principais considerações no que se refere às competências anteriormente transcritas, e que foram desenvolvidas no âmbito do estágio final do curso de mestrado.

Relativamente à competência descrita na alínea a), **“Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19357), evidencia-se que o projeto de intervenção comunitária desenvolvido sustentou-se na Metodologia do Planeamento de Saúde de Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes. Foi realizado o diagnóstico e avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na Metodologia do Planeamento em Saúde, identificando-se as necessidades reais e efetivas da mesma. Seguindo o processo metodológico identificado e, após concluído o diagnóstico de situação, foram determinadas as prioridades, definidos os objetivos e estratégias. O projeto foi desenvolvido com base no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, com enfoque na

---

abordagem e empoderamento comunitário, e na Teoria de Leininger sobre o cuidado transcultural em enfermagem.

O planeamento operacional e realização das atividades obedeceu a um levantamento prévio de recursos, privilegiando-se sempre a sua rentabilização, de forma a conseguir obter o propósito desejado em cada intervenção. Foram envolvidos os profissionais da USP, os profissionais de saúde das restantes UF do CS e os técnicos das entidades parceiras que aderiram ao projeto. Realça-se o facto de se ter conseguido estabelecer uma relação de proximidade com as parcerias locais envolvidas, o que permitiu criar sinergias na definição de uma ação conjunta dirigida a uma população com algumas fragilidades e constrangimentos, no que se refere à acessibilidade aos CSP. Foi, sem dúvida, um trabalho bastante gratificante, enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, pela forma dinâmica como se estabeleceram as relações mencionadas.

A competência definida na alínea b) **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19357) foi concretizada no decurso do projeto implementado, através de ações realizadas com os profissionais de saúde das várias UF do CS, cuja intervenção privilegiou capacitá-los para o cuidar com respeito pelas diferenças culturais, os costumes, crenças e valores, adaptando a sua intervenção com vista a garantir a satisfação do utente, atingindo-se, assim, ganhos efetivos em saúde.

A par dos profissionais do CS onde decorreu o estágio, os técnicos das entidades envolvidas foram alvo de intervenção sustentada sobre a temática do projeto, com vista à promoção da literacia em saúde da população estrangeira, para que estes detenham um conhecimento verdadeiro e efetivo dos seus direitos, permitindo um acesso pleno aos CSP.

É importante realçar que a autorização tardia da Direção Executiva do ACeS onde decorreu o estágio, para realização do projeto de intervenção comunitária, condicionou a realização de atividades, nomeadamente as que se encontravam previstas e destinadas à população estrangeira, motivo pelo qual os objetivos nº3 e nº4 definiram-se num horizonte temporal até dezembro de 2023, encontrando-se em desenvolvimento.

Relativamente à competência descrita na alínea c) **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19357) é crucial evidenciar que o EEEEC na sua prática profissional eleva a intervenção de âmbito comunitário, capacitando grupos populacionais com vista à obtenção de ganhos em saúde, em estreita relação com os eixos estratégicos e prioritários do Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde e, nesta ótica, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de

---

especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, intitulado Além-fronteiras: Acessibilidade da população Estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários, enquadra-se nas grandes linhas de orientação estratégica do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Cobertura Universal de Saúde, designadamente no que se refere ao desenvolvimento de estratégias que permitam melhorar o acesso e a intervenção em saúde, com uma abordagem integrativa das necessidades de saúde da população e os seus problemas, e com enfoque nos determinantes de saúde, reduzindo desigualdades e iniquidades em saúde.

Nos termos da alínea d) do referido Regulamento, onde se enuncia que **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018b, p. 19357), salienta-se o facto de esta ser uma competência que, além de específica da área de especialidade da enfermagem comunitária, reveste-se de grande importância no ramo da ciência da Epidemiologia, pois permite avaliar os fatores que determinam a saúde e a doença, assim como as suas consequências na população. A vigilância epidemiológica, com recurso a estudos epidemiológicos em determinada área geográfica permite avaliar e correlacionar fenómenos que podem interferir na saúde e bem-estar da população, onde a abordagem sobre os determinantes da saúde tem especial destaque.

A competência anteriormente mencionada foi desenvolvida no decurso do estágio, durante a realização do diagnóstico de situação, que exigiu a pesquisa, recolha e análise de dados sociodemográficos, assim como de indicadores de saúde. Destaca-se, também, a inquirição de profissionais do CLAIM, com recurso a entrevistas exploratórias, e a auscultação dos profissionais de saúde, o que permitiu perceber os problemas e constrangimentos associados à acessibilidade da população estrangeira aos CSP no concelho em estudo.

Tendo o estágio sido realizado na USP do ACeS anteriormente identificado, considera-se importante evidenciar que a colaboração nas consultas de enfermagem no âmbito do diagnóstico, tratamento e vigilância da tuberculose, foi mais uma experiência que permitiu desenvolver conhecimentos e competências no âmbito de um Programa Nacional na dependência da Saúde Pública – Programa Nacional para a Tuberculose.

### 5.3 - COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Os conhecimentos e competências que conferem à atribuição do Grau de Mestre encontram-se descritos no Artigo 15.º do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março. Durante o estágio final

---

do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, tendo este decorrido numa USP de um ACeS da ARS Algarve, I.P. e, considerando o Plano de Estudos aprovado no âmbito do referido curso, foram adquiridos e desenvolvidos um conjunto de conhecimentos e competências, que se consubstanciam com o que se exige e está preconizado para a atribuição do Grau de Mestre.

Os conhecimentos e competências adquiridas na respetiva área de especialidade foram aplicados na prática, num modelo assente na resolução de situações de maior complexidade funcional, de forma clara, não ambígua, realizando-se as necessárias reflexões sobre potenciais implicações éticas e sociais em contexto de prática clínica e investigação. Estas aquisições, com forte impacto na evolução académica do mestrando permitem uma aprendizagem ao longo da vida, que se revestem para o trabalho autónomo e auto-orientado do mesmo.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O presente trabalho permitiu concluir que a migração é um fenómeno existente em larga escala em todo o mundo, e Portugal não é exceção. Os números espelham claramente um país com grande procura pela população estrangeira, pela imagem que lá fora existe, de uma nação segura, capaz de traduzir na população que a procura, bem-estar, qualidade de vida, melhores oportunidades de emprego, entre outros, enraizando-se a ideia de um país de acolhimento.

O contexto migratório verificado em Portugal, pela forma complexa e diversificada que tem surgido, representa um importante desafio ao nível da saúde pública, com implicações diretas na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, designadamente nos CSP. A procura e utilização dos serviços de saúde é encarada como condição para a obtenção de ganhos em saúde, existindo evidência em vários estudos que pode ser influenciada por fatores sociais, demográficos e económicos, bem como os recursos financeiros e situação laboral.

As barreiras e obstáculos no acesso aos cuidados de saúde pela população estrangeira podem ser de natureza diversa, nomeadamente a nível legislativo, estrutural, económico, cultural, da própria língua ou da estrutura organizativa dos serviços de saúde.

Têm destaque as questões relacionadas com as crenças, costumes, valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, a par da perceção individual sobre a sua saúde, que determinam e influenciam a componente comportamental em saúde, especificamente no que se refere à procura de cuidados de saúde.

Os dados constantes no diagnóstico de situação realizado revelaram que, do total de utentes inscritos no CS em análise, 26,97% são utentes de nacionalidade estrangeira, assumindo particular interesse pela expressão de população estrangeira inscrita nos CSP no concelho em estudo. 53% da população estrangeira inscrita não dispõe de médico de família, sendo que 19% não tem médico por opção, e apenas 16% do total de inscritos dispõe de médico de família. Os valores percentuais que se identificam, são reveladores de compromisso na acessibilidade destes utentes aos cuidados de saúde no concelho em apreço.

Os cidadãos de nacionalidade estrangeira, no que se refere à acessibilidade aos CSP referem existir falta de retaguarda na área da saúde, relacionada com questões legais, apresentar dificuldade na marcação de consultas e, por conseguinte, em ter acesso a exames complementares de diagnóstico e receituário.

Face ao diagnóstico da situação elaborado no âmbito do projeto de intervenção comunitária, considerou-se de extrema importância a existência de programas comunitários que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação da população estrangeira, devendo estas estratégias ser encaradas como uma prioridade ao nível dos CSP concelhios, de forma a garantir melhor

---

acessibilidade destes indivíduos, reduzindo assimetrias, desigualdades e promovendo a sua integração na sociedade civil e, só assim, conseguiremos obter ganhos efetivos em saúde.

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário será um profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população estrangeira, uma vez que o EEEECSP reúne o perfil de competências adequado à intervenção neste nível, pois, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEEECSP da OE estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, capacitando-a na aquisição de estilos de vida saudáveis, na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação.

A universalidade aliada ao cuidado holístico, numa relação integrativa de um conjunto de crenças e valores culturais, numa relação de proximidade entre enfermeiro e cliente, promovem uma compreensão mais efetiva das reais necessidades em saúde de grupos específicos, com respeito pela diversidade cultural de cada pessoa, o que torna este modelo teórico bastante relevante neste projeto de intervenção comunitária.

A definição de estratégias deve ser colocada em prática pelos decisores políticos, pelos profissionais de várias áreas e setores, na definição de uma estratégia concertada, envolvendo autarquias locais, entidades regionais, o movimento associativo representativo da população estrangeira a nível local, entre outros. Ou seja, toda a comunidade civil, no apoio a projetos/ programas dirigidos à comunidade imigrante, por se tratar de pessoas em situação de vulnerabilidade.

É fulcral uma readaptação estrutural nos serviços de saúde, pela resposta crescente que estes devem assegurar, nos diferentes níveis de cuidados. Deverão ser adotados programas e políticas integrativas em saúde, com envolvimento dos profissionais, numa resposta ajustada às necessidades efetivas dos imigrantes. Estas iniciativas deverão ser implementadas envolvendo vários parceiros da sociedade civil, numa estratégia concertada, de empoderamento e capacitação desta população, na promoção da literacia em saúde, onde detenham verdadeiro conhecimento dos seus direitos, permitindo um acesso pleno aos CSP, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. [ARS Algarve] (2020). Relatório de Gestão de 2020.

---

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. [ARS Algarve] (2017). Plano Estratégico 2017-2019. [https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/03/Plano-Estrategico-2017\\_2019-Homologado.pdf](https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/03/Plano-Estrategico-2017_2019-Homologado.pdf)

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. [ARS Algarve] (2013). Regulamento Interno. Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve I - Central. [https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Regulamento-Interno\\_ACES-Algarve-I-Central.pdf](https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Regulamento-Interno_ACES-Algarve-I-Central.pdf)

Aguiar, C. A. D. S., Barbosa, M. C., Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva* (Barueri), 11 (64), 5604-5615. <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1507/1701>

Almeida, C. & Veiga, A. (2020). Social Determinants and Health Literacy of the Elderly: Walk to Well-Being. *Open Access Library Journal*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.4236/oalib.1106390>

Bonita R., Beaglehole R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Costa, M., López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Martínez Roca.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>

Despacho n.º 25360/2001, Ministério da Saúde. (2001). (Acesso à saúde por parte dos Imigrantes). Diário da República n.º 286, II Série, de 12 de dezembro. [https://cpr.pt/wp-content/uploads/2019/05/despacho\\_25360\\_2001.pdf](https://cpr.pt/wp-content/uploads/2019/05/despacho_25360_2001.pdf)

Diário da República. (2006). Decreto-Lei n.º74, I Série – A, de 24 de março. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Dias, S.; & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. [https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)

---

Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., & Cargaleiro, H. (2010). Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq Med*, 24(6), 253-9

Direção-Geral da Saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>

Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. Dossier da Multiculturalidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (1). 45-55. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10590>

Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.

Lei Constitucional n.º 1/2005 da Assembleia da República. (2005).\_Diário da República n.º 155/2005, Série I-A, de 12 de agosto. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). (Lei de Bases da Saúde). Diário da República n.º 169, 1.ª série, de 4 de setembro [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1)

Maurício, I. (2009). Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários. Dossier da Multiculturalidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (1). 56-64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10591>

Migration Data Portal (2020). [https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock\\_abs\\_&t=2020&m=1&rm49=150](https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs_&t=2020&m=1&rm49=150)

Organização das Nações Unidas [ONU]. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (2019). Migrações. <https://unric.org/pt/darfur-cessacao-das-hostilidades-e-uma-prioridade-muito-urgentelembra-secretario-geral-3/>



---

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26, 2ª série, 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 124, 2ª série, 19354–19356. <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>

Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. [https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2021). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Pender, N. (2011). *The Health Promotion Model*. [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf)

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7ª ed.). Pearson Education

Porto, J. S., & Marziale, M. H. P. (2020). Construção e validação de vídeo educativo para adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.

Prata, L. (2009). Emigração e multiculturalidade na prática clínica. [https://scholar.google.com/scholar?hl=ptPT&as\\_sdt=0%2C5&q=emigra%C3%A7%C3%A3o+e+multiculturalidade+na+pratica+cl%C3%ADnica&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=emigra%C3%A7%C3%A3o+e+multiculturalidade+na+pratica+cl%C3%ADnica&btnG=)

---

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192.

Marques, J. P. D. (2015). *Literacia em saúde: avaliação através do European Health Literacy Survey em português num serviço de internamento hospitalar* (Doctoral dissertation). <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11458/1/Tese%20-%20Literacia%20em%20Saúde.pdf>

Regulamento n.º 348/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República n.º 118/2015, Série II de 2015-06-19, páginas 16481 – 16486. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

Reis, A. (2016). Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2001>

Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. Desafios de segurança. *População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155. [https://research.unl.pt/ws/portalfi-les/portal/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es.\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfi-les/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es._Desafios_de_seguran_a.pdf)

Seima, M.; Michel, T.; Méir, M.; Wall, M.; Lenardt, M. (2011). A Produção Científica da Enfermagem e a Utilização da Teoria de Madeleine Leininger: Revisão Integrativa 1985 – 2011. <https://www.scielo.br/j/ean/a/QT4KXvHcXkYZFRLHBxxHnCf/abstract/?lang=pt>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2012). Relatório de Imigração, fronteiras e Asilo. <https://sefstat.sef.pt/docs/rifa%202012.pdf>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2021). Relatório de Imigração, fronteiras e Asilo. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>

---

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2021). População Estrangeira Residente em Portugal. <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>

Silva, L. A., Santos, I., Guerra, G. M., & Tavares, C. (2015). *Convivência de pessoas com diabetes ensino ao autocuidado visando à autonomia e bem-estar*. CIAIQ2015, 1.

Souza, E. M. D., Silva, D. P. P., & Barros, A. S. D. (2021). Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1355-1368. <https://www.scielo.br/j/csc/a/gKNHyg95H4SQgKQ3hxnzNZx/?format=pdf&lang=pt>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lusociência – Edições Técnicas e Técnicas e Científicas, Lda.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde

Veiga, D. D. O. C., Maconato, A. M., Oliveira, R. L., Oliveira, M. C., Barros, R. R., Pinheiro, S. P., ... & Silva, I. F. (2021). *A promoção de saúde e seus impactos no envelhecimento ativo sob a ótica da teoria de Nola j. Pender: um relato histórico*. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (1), 3240-3257. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/24939/19887>

Vilelas, J., & Janeiro, S. (2011). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>





---

**ANEXO I - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS ALGARVE**

## Parecer nº #20/2022 - " Além-fronteiras Acessibilidade da População Estrangeira aos cuidados de saúde primários em Albufeira."

ter, 28/02/2023 16:38

Para: Paulo Santos <prsantos@arsalgarve.min-saude.pt>

Cc: Comissão de Ética e Saúde da ARS Algarve <ces@arsalgarve.min-saude.pt>

Exmo. Senhor  
Enfermeiro Paulo Santos,

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, IP, em 17 de janeiro de 2023 e autorização do Conselho Diretivo em reunião de 22 de fevereiro de 2023.

Ao abrigo do disposto no nº 23º da atual Declaração de Helsínquia, solicita-se que dê conhecimento à CE da ARS Algarve, IP, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

A Secretária da Comissão de Ética



E. N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2º andar | 8005-145 Faro |

Tel 289 88 99 00

[www.arsalgarve.min-saude.pt](http://www.arsalgarve.min-saude.pt)

---

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO EXECUTIVA PARA REALIZAÇÃO DO  
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

FW: Pedido de autorização para realização de projeto de intervenção comunitária no âmbito de estágio de Mestrado em Enfermagem

ACES Central <acescentral@arsalgarve.min-saude.pt>

sex, 06/01/2023 11:04

Para: Paulo Santos <prsantos@arsalgarve.min-saude.pt>

[redacted] Conselho Clínico ACES Central <cclinico-central@arsalgarve.min-saude.pt>

Exmo. Senhor Enf. Paulo Santos

Encarrega-me a Exma. Sr.ª Diretora Executiva do ACES Algarve I Central, [redacted] de informar que o pedido de autorização para realização de projeto de intervenção comunitária no âmbito de estágio de Mestrado em Enfermagem, encontra-se autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

Secretariado do ACES Algarve I - Central

ACES Algarve I - Central

Urbanização Graça Mira - Lejana de Cima

8009-003 Faro

Tel. 289 830 300



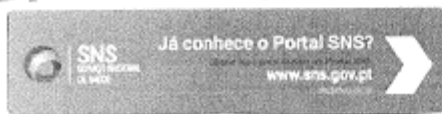
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



aces central




Proteja o ambiente: imprima este e-mail só se for necessário





---



**APÊNDICE I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exma. Sr.ª Diretora Executiva do ACEs Algarve I Central, [ ]

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, [ ]

**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de projeto de intervenção comunitária, no âmbito de estágio de Mestrado em Enfermagem em realização na USP do ACEs Algarve I Central.**

Paulo Roberto da Silva Santos, Enfermeiro Especialista, a exercer funções na UCC Albufeira – Centro de Saúde de Albufeira, encontrando-se a frequentar o estágio final da 6ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Instituto Politécnico de Setúbal, na Unidade de Saúde Pública do ACEs Algarve I Central, tendo como Supervisora Clínica a Enf.ª [ ] [ ], e como orientadora a Professora Doutora Ana Canhestro, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, vem por este meio solicitar autorização para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária intitulado *“Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários* [ ]”, sendo este um projeto transversal a todas as Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Albufeira, que tem como objetivo: Promover melhor acessibilidade da população estrangeira aos CSP [ ]

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária irá incidir sobre a população estrangeira inscrita no Centro de Saúde [ ], pretendendo-se melhorar a acessibilidade a este nível de cuidados no concelho de Albufeira. Pretende-se empoderar esta população, promover a literacia em saúde, desenvolver estratégias de promoção e educação para a saúde, através do estabelecimento de parcerias institucionais.

Este é um projeto que se considera de extrema pertinência, pela realidade verificada em Portugal, em especial na região do Algarve, no que se refere ao crescimento exponencial de população estrangeira residente, pelo que uma intervenção a este nível irá promover além de melhor acessibilidade, ganhos efetivos em saúde. Para o seu desenvolvimento será feito recurso à metodologia de projeto, seguindo-se as fases do planeamento em saúde, designadamente o diagnóstico de situação, o planeamento, implementação e avaliação.

Os dados para o diagnóstico de situação foram solicitados ao Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS Algarve, I.P., relativamente ao número de estrangeiros residentes inscritos no Centro de Saúde de [redacted], bem como à sua adesão aos vários Programas de Saúde. Serão, também, realizadas entrevistas exploratórias aos técnicos do Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM) do Município [redacted], no sentido de complementar o diagnóstico de situação, obtendo, assim, uma visão sobre outra realidade, que se prende com a perceção da população migrante sobre os CSP no concelho de [redacted], observada nos atendimentos realizados pelos técnicos do CLAIM.

Todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo e anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das fontes. Estes dados ficarão exclusivamente na posse do investigador e serão utilizados para fins académicos.

Para qualquer esclarecimento que entendam necessário e oportuno, encontro-me inteiramente ao dispor, assim como a Sr.ª Enf.ª [redacted], enquanto Supervisora Clínica do estágio.

Antecipadamente grato pela atenção disponibilizada ao assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Albufeira, 23 de Novembro de 2022

Paulo Santos



---

**APÊNDICE II - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS**

MODELO PARA SUBMISSÃO DE PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO  
ARS ALGARVE, IP

Este documento foi criado para auxiliar os autores de projetos de investigação na preparação do texto para a sua proposta. Não se pretende que seja interpretado como um guia para o desenvolvimento de propostas de investigação. Pretende-se que seja um auxílio na organização da submissão de propostas, em termos de layout de texto, títulos das secções e subsecções.

O Protocolo de Investigação é uma descrição completa do projeto pretendido. Através da proposta de Protocolo, o investigador precisa de demonstrar de forma convincente que o estudo irá contribuir favoravelmente para gerar conhecimento útil na área da saúde. O Protocolo completo deve ser organizado da seguinte forma:

- Título
- Resumo
- Introdução (à luz de uma revisão da literatura)
- Apresentação do problema (pergunta e/ou hipóteses de investigação)
- Objetivos (gerais e/ou específicos) e Finalidade
- Desenho do estudo e métodos
- Considerações éticas
- Implicação expectável para a saúde
- Orçamento/Financiamento
- Referências
- Apêndices

Como usar este modelo :

O modelo fornece TODAS as secções, títulos e subtítulos necessários para a sua proposta, bem como o espaçamento entre linhas e parágrafos, quebras de página, numeração de página, sistema de referenciamento e estilos de referência. O autor deve simplesmente editar o texto e, quando adequado, inserir o seu próprio texto, digitando na secção devida do documento. Não deve mudar os estilos para as posições ou suposições, nem usar mais de três títulos de nível (ou seja, um título principal, um subtítulo e um subsubtítulo).

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA  
“ALÉM-FRONTEIRAS: ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO  
ESTRANGEIRA AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM

NOME DO(S) AUTOR(ES): Paulo Roberto da Silva Santos  
AFILIAÇÃO: Mestrando do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação que decorre no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo 2022/2023.

ORIENTADO: Enf.º [ ]  
Central) e Professora Doutora Ana Canhestro (Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja).

DATA DA SUBMISSÃO: 29/11/2022

ÍNDICE

RESUMO .....	5
INTRODUÇÃO .....	5
MÉTODOS .....	6
RESULTADOS ESPERADOS .....	6
APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA .....	7
VERBA GERAL .....	7
PERGUNTA(S) DE INVESTIGAÇÃO / HIPÓTESE(S) DE INVESTIGAÇÃO .....	8
OBJETIVOS E FINALIDADE .....	9
FINALIDADE .....	9
OBJETIVO(S) GERAL(ES) .....	9
OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S) .....	9
DESENHO DE ESTUDO E MÉTODOS .....	10
TIPO DE ESTUDO .....	10
POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	10
TAMANHO DA AMOSTRA E PROCESSO DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DA AMOSTRA .....	10
FONTES DE INFORMAÇÃO .....	11
PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	11
GESTÃO DA INFORMAÇÃO .....	11
ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	12
CROQUIGRAMA .....	12
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	13
IMPLICAÇÃO EXPECTÁVEL PARA A SAÚDE DAS POPULAÇÕES .....	14
ORÇAMENTO / FINANCIAMENTO .....	14
REFERÊNCIAS .....	15
APÊNDICES .....	16
APÊNDICE 1: DOCUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	16
APÊNDICE 2: MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....	19
APÊNDICE 3: PARER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS .....	22
APÊNDICE 4: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO .....	23
APÊNDICE 5: DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR DO ESTUDO / INSTITUIÇÃO .....	26

APÊNDICE 6: DECLARAÇÃO DO(S) INVESTIGADOR(ES) .....	28
APÊNDICE 7: CURRÍCULO VITAL DO INVESTIGADOR .....	30

## RESUMO

### Introdução

O projeto de intervenção comunitária intitulado *Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários em [redacted]* encontra-se a ser desenvolvido na Unidade de Saúde Pública (USP) Central – ACeS Algarve I Central, sob a supervisão clínica da Enfermeira [redacted] e orientado pela Professora Ana Canhestro, docente da Escola superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja.

A temática do projeto em apreço foi alinhada com a orientadora do estágio, considerando o elevado número de residentes estrangeiros inscritos no Centro de Saúde [redacted] sendo este [redacted] estrangeiros residentes. Neste seguimento e, porque as questões relacionadas com a acessibilidade destes indivíduos aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) revelam algumas barreiras ou constrangimentos, identificadas pelos profissionais de saúde, pelos próprios indivíduos de nacionalidade estrangeira residentes, assim como na literatura e estudos existentes sobre o tema, identificou-se pertinente o desenvolvimento deste projeto, no âmbito do 2º estágio da 6ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária irá incidir sobre a população estrangeira inscrita no Centro de Saúde de Albufeira, pretendendo-se melhorar a acessibilidade a este nível de cuidados no concelho de Albufeira. Pretende-se **empoderar** esta população, promover a literacia em saúde, a promoção e educação para a saúde, sendo que uma das estratégias a utilizar será o estabelecimento de parcerias institucionais.

Este é um projeto que entendo de extrema pertinência, pela realidade verificada em Portugal, em especial na região do Algarve, no que se refere ao crescimento exponencial de população estrangeira residente, pelo que uma intervenção a este nível irá promover além de melhor acessibilidade, ganhos **efetivos** em saúde.

Modelo de Submissão de Protocolo de Investigação à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP

Página 30

### Métodos

A realização e desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária enquadra-se no domínio das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), considerando que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, a realização e implementação de projetos de intervenção, assentes na metodologia do Planeamento em Saúde, são domínios de competências na **respetiva** área de especialidade. A nível teórico, destaca-se a referência e aplicabilidade do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, no que concerne à abordagem comunitária.

A metodologia de planeamento em saúde terá como referencial o proposto por **Impetator e Giraldes** (1993), no que se refere à elaboração do plano, à sua execução e avaliação, promovendo o **empoderamento**, a capacitação e a literacia em saúde da população estrangeira residente em Albufeira, com vista a melhorar a acessibilidade aos CSP.

### Resultados esperados

Com a realização e implementação deste projeto de intervenção comunitária, através das estratégias nele delineadas, pretende-se melhorar o nível de acessibilidade da população estrangeira inscrita e frequentadora aos CSP em [redacted]

Modelo de Submissão de Protocolo de Investigação à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP

Página 30

## APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

### Visão geral

As migrações internacionais são consideradas como uma das principais características do século XXI, integrando, com efeito, a agenda da Organização das Nações Unidas, pelo carácter global que apresentam na atualidade, exigindo que em termos de política interna dos Estados, sejam assumidos compromissos concertados, pelo fluxo global de pessoas, capital, bens e serviços, assim como de ideias e informação (Rodríguez e Ferreira, 2014).

Portugal, há cerca de 4 décadas, era um país de emigração, com poucos imigrantes, sendo nos dias de hoje uma nação com grande peso migratório, verificando-se a existência uma demografia complexa, diversificada e com grandes movimentos migratórios.

A globalização, a multiculturalidade e os fluxos migratórios verificados nos dias de hoje configuram um panorama nacional revelador de profundas transformações sociais e culturais, exigindo que sejam adotadas medidas sólidas com vista à integração da população migrante em território nacional.

Em Portugal os cuidados de saúde devem ser acessíveis a todos os indivíduos que deles careçam, devendo o Sistema de Saúde Português (SSP) assegurar o direito à **proteção** da saúde e prevenção da doença da população migrante, assegurando igualdade no acesso. As migrações, com crescimento exponencial nas últimas décadas, colocam grandes desafios no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, onde os CSP ocupam um lugar privilegiado, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte da população.

Podem ser várias as barreiras encontradas pela população estrangeira no acesso aos CSP, nomeadamente questões relacionadas com a língua, cultura, crenças e valores religiosos, questões financeiras, assim como o desconhecimento sobre o próprio funcionamento do mesmo, podendo comprometer a situação de saúde de pessoas residentes fora da sua nação.

Tendo em consideração o volume migratório em Portugal nos dias de hoje e, no âmbito das competências do EEECS, onde o foco de atenção deverá ser a promoção da saúde das populações e comunidade, num processo de capacitação das mesmas, com vista à obtenção de ganhos em saúde (Regulamento das Competências Específicas do EEECS, 2018), entende-se pertinente desenvolver um projeto que promova a acessibilidade da população estrangeira aos CSP, no concelho de Albufeira.

O aludido **Projeto** surge no âmbito do estágio final do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde

Modelo de Submissão de Protocolo de Investigação à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP

Página 30

Pública, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Algarve I Central, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, Instituto Público (I.P.).

A escolha do tema deste projeto foi alinhada com a Coordenação da USP Central, sendo consensual a sua pertinência, uma vez que, pelos dados existentes, onde se espelha a existência de um elevado número de estrangeiros residentes no [redacted], assim como ser transversal a todas as Unidades Funcionais (UF) prestadoras de cuidados de saúde no concelho em apreço.

Neste contexto, na enfermagem, enquanto profissão que assegura cuidados de saúde holísticos à pessoa, ao longo do seu ciclo de vida e, em CSP, considerando a dinâmica migratória existente em Portugal, é fundamental que se adotem estratégias específicas na prestação de cuidados à população imigrante, com respeito pela sua cultura, valores, ideologias e princípios, numa relação terapêutica harmoniosa entre a componente social e espiritual.

O cuidar em enfermagem nestas populações exige que os enfermeiros adquiram conhecimentos e desenvolvam competências específicas, assentes num modelo de capacitação multicultural e, só assim, será possível assegurar cuidados eficazes, ajustados às reais necessidades dos indivíduos.

### Pergunta de investigação / Hipótese(s) de investigação

Qual o nível de acessibilidade da população estrangeira residente e inscrita aos CSP em [redacted]

Modelo de Submissão de Protocolo de Investigação à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP

Página 30

## FINALIDADE E OBJETIVOS

### Finalidade

Com o desenvolvimento deste projeto, pretende-se promover melhor acessibilidade da população estrangeira aos CSP [ ] através do **empoderamento**, capacitação e melhoria da literacia em saúde destes indivíduos.

### Objetivo geral

Promover melhor acessibilidade da população estrangeira aos CSP [ ]

### Objetivos específicos

- Como **objetivos** específicos definem-se os seguintes:
- Promover a literacia em saúde da população estrangeira inscrita no [ ] envolvendo os profissionais de saúde de todas as UF, até Janeiro de 2023;
  - Envolver outros **setores** do concelho, nomeadamente a autarquia, a educação, o Instituto de Segurança Social e movimento associativo representativo da população estrangeira concelhia, na definição de uma estratégia local que vise o **empoderamento** destes indivíduos, **janeiro** de 2023;
  - Criação da consulta do imigrante, em articulação com o **ACeS** Algarve I Central, até **janeiro** de 2023.

## DESENHO DE ESTUDO E MÉTODOS

### Tipo de estudo

O estudo em apreço caracteriza-se como descritivo e exploratório, sendo que os dados utilizados para o diagnóstico serão solicitados ao Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP) da ARS Algarve, I.P., no que se refere ao número de utentes estrangeiros inscritos no Centro de Saúde de Albufeira, por faixas etárias, assim como a sua adesão no âmbito dos vários Programas de Saúde, em termos absolutos e percentuais. Foi também criado um guião de entrevistas a realizar aos técnicos do Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM) do Município de [ ] cuja análise de conteúdo irá complementar o diagnóstico de situação, de forma a obter uma visão sobre outra realidade, que se prende com a **perceção** da população migrante sobre os CSP no concelho de [ ] obtida nos atendimentos realizados pelos técnicos do CLAIM.

Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por profissionais que respondem aos critérios de inclusão ou exclusão no tema em estudo.

### População e amostra do estudo

Definiu-se como população alvo: a população estrangeira frequentadora inscrita no [ ] através dos dados inscritos e pelas entrevistas exploratórias a realizar no CLAIM, no decurso do diagnóstico de situação.

### Tamanho da amostra e processo de seleção e recrutamento da amostra

A escolha da população alvo foi alinhada com a temática do projeto de intervenção comunitária a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, observando-se pressupostos de pertinência e exequibilidade, em consonância com o que se acordou e vislumbrou necessário na USP onde decorre o estágio

A amostra será constituída através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, por indivíduos facilmente acessíveis e que respondam a critérios de inclusão e exclusão precisos.

### Fontes de informação

Para avaliar o nível de acessibilidade e número de população estrangeira residente e inscrita no Centro de Saúde de Albufeira, será utilizada a plataforma SIARS. Os dados serão solicitados e disponibilizados pelo DSPP da ARS Algarve, I.P., após autorização superior para o efeito.

Realizou-se pesquisa e revisão da literatura com base na consulta em bases de dados científicos, nacionais e internacionais, disponíveis para consulta livre no **site** da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente: EBSCO, **SciELO**, RCAAP e BVS, utilizando como descritores: **migrants**, **primary health care**, **cultural diversity** e **health services accessibility**, com recurso à plataforma **DeCS/MeSH**, Descritores em Ciências da Saúde. Incluíram-se artigos disponíveis com texto integral, analisados por pares e com intervalo de publicação entre **janeiro** de 2009 e **dezembro** de 2021. Durante o desenvolvimento do trabalho houve necessidade em recortar a relatórios de saúde disponíveis **online**, bem como a vários autores que se configuraram como referência para a realização do presente trabalho.

### Processo de recolha de informação

A recolha de informação pelos métodos e ferramentas identificados será realizada na USP Central, sob a supervisão da **Enf.ª** [ ]

### Gestão da informação

Os dados obtidos na realização do diagnóstico da situação serão tratados em consonância com a metodologia **adotada** no estudo, garantindo-se a confidencialidade, bem como o anonimato das respostas ao questionário aplicado.

A informação recolhida ficará armazenada em suporte digital, na Unidade Funcional onde decorre o estágio.

### Análise estatística

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados de forma escrita e em tabelas.

### Cronograma

16-09-2022	Início do Estágio Final
30-11-2022	Pedido à Comissão de Ética da ARS Algarve
12-12-2022	Apresentação do <b>anteprojecto</b>
27-01-2023	Final do Estágio
15-05-2023	Entrega do Relatório e <b>Projecto</b> Final

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos éticos serão cumpridos em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Será disponibilizado em suporte de papel uma declaração de consentimento informado (apêndice 2) aos participantes onde se vislumbrem implícitos os **objetivos** do estudo, bem como a participação esperada, de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer consequência.

A colheita de dados para realização do diagnóstico de situação obedeceu aos princípios éticos e deontológicos, tendo-se diligenciado junto da **Direção** Executiva e Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do **ACS** Algarve I Central pedido de autorização para desenvolvimento do **projeto** de intervenção comunitária em apreço (apêndice 4).

Será reforçado em qualquer momento e circunstância que a colheita de dados é anónima. No decurso da elaboração do **projeto**, evidenciando-se a necessidade da aplicação de entrevistas **exploratórias**, cada participante irá assinar previamente um consentimento informado, livre e esclarecido, após explicitação do estudo e os seus **objetivos**, com garantia de que a participação será **voluntária**, não existindo possível prejuízo para quem não quiser participar ou aderir, possibilitando-se a desistência em qualquer momento durante o processo, caso seja entendimento dos participantes. Os participantes terão conhecimento que em caso de existência de elemento que permita a possível identificação do mesmo, este será considerado não válido.

Modelo de Submissão de Protocolos de Intervenção à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP  
Página 30

## Referências

Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.

Rodrigues, Teresa E.; Ferreira, Susana S. (2014). Portugal e a globalização das migrações. Desafios de segurança. *População e Sociedade*. Porto, vol.22, p. 137-155. [https://research.unl.pt/theses/portafiles/portal/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/theses/portafiles/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es_Desafios_de_seguran_a.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário Da República, 2ª série (135), 19354-19356. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>

Modelo de Submissão de Protocolos de Intervenção à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP  
Página 30

## IMPLICAÇÃO EXPECTÁVEL PARA A SAÚDE

A realização deste trabalho, considerando os dados obtidos no diagnóstico de situação, permitirá apurar a acessibilidade da população estrangeira inscrita aos CSP [redacted] definindo-se, para o efeito, estratégias que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação/**empoderamento** da população estrangeira, devendo estas ser encaradas como uma prioridade ao nível dos CSP em Albufeira, de forma a garantir melhor acessibilidade destes indivíduos, reduzindo assimetrias, desigualdades e promovendo a sua integração na sociedade civil e, só assim, conseguiremos obter ganhos **efetivos** em saúde.

A revisão da literatura realizada, assim como a análise de estudos nacionais e internacionais, no que se refere à temática em apreço e sua magnitude a nível global e nacional, a par dos dados e informação recolhida para o diagnóstico da situação, permitiu aferir os seguintes problemas na população estrangeira residente [redacted]: Evidência de reduzida acessibilidade aos CSP; Baixo nível de literacia em saúde; Comunicação em saúde comprometida; Desconhecimento sobre o funcionamento dos CSP no concelho; Vulnerabilidade da população estrangeira inscrita no [redacted]

Tendo em consideração os problemas identificados, sendo que o baixo nível de literacia em saúde, conduz, por inerência à reduzida acessibilidade aos CSP no concelho de [redacted] bem como ao desconhecimento sobre o funcionamento dos mesmos, a abordagem a realizar no âmbito deste **projeto** irá privilegiar o baixo nível de literacia em saúde, como **fator** determinante no acesso aos CSP no concelho em estudo, não descurando o desconhecimento desta população sobre o seu funcionamento. Será, nesta tríade, que deverá incidir a intervenção no âmbito deste **projeto**.

## ORÇAMENTO / FINANCIAMENTO

O **projeto** de intervenção comunitária "**Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários** [redacted]" será desenvolvido na USP do **ACS** Algarve I Central, não carecendo de financiamento, nem recurso a pagamento de deslocações, após a solicitação do seu pedido. É um **projeto** realizado no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo este de **caráter** voluntário.

Modelo de Submissão de Protocolos de Intervenção à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP  
Página 30

## APÊNDICES

### Apêndice 1: Documentos de recolha de dados

Modelo de Submissão de Protocolos de Intervenção à CES da ARS Algarve, IP  
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MSPICES da ARS Norte, IP  
Página 30





---

**APÊNDICE III - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

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

**Título do estudo:** Projeto de Intervenção Comunitária "Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários em [ ]

**Enquadramento:** O presente Projeto de Intervenção Comunitária surge no âmbito do estágio final da 6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, no ano lectivo 2022/23.

O Projeto encontra-se a ser desenvolvido na Unidade de Saúde Pública Central – ACeS Algarve I Central, sob a supervisão clínica da Enfermeira [ ] e orientação da Professora Doutora Ana Canhestro, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Com a realização e implementação deste projeto de intervenção comunitária, através das estratégias nele delineadas, pretende-se melhorar o nível de acessibilidade da população estrangeira inscrita e frequentadora aos CSP em [ ]

**Explicação do estudo:** O estudo em apreço caracteriza-se como descritivo e exploratório, sendo que os dados utilizados para o diagnóstico serão os inscritos no diagnóstico e os obtidos pela análise de conteúdo de entrevistas exploratórias a realizar, a um grupo previamente definido, o que permitirá complementar o diagnóstico de situação, de forma a obter uma visão abrangente sobre a temática em apreço. Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por profissionais que respondem aos critérios de inclusão ou exclusão no tema em estudo.

As entrevistas serão realizadas nas instalações do Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM) de [ ] recurso a gravação, e os participantes responderão de forma livre, em consonância com o guião de entrevista facultado previamente.

**Condições e financiamento:** O Projeto "Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários em [ ]" será desenvolvido na USP do ACeS Algarve I Central, em contexto académico, não necessitando de financiamento. Tem carácter voluntário, não evidenciando prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar

**Confidencialidade e anonimato:** As respostas serão tratadas, assegurando-se a confidencialidade, anonimato e proteção de dados e informação entre os intervenientes, garantindo-se o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo académico e publicações neste âmbito e a nível científico.

Grato pela disponibilidade.

Paulo Roberto da Silva Santos

[ ]

Assinatura: \_\_\_\_\_

Mestrando da 6ª Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Instituto Politécnico de Setúbal

Telemóvel: 964 78 1885; E-mail: prsantos@arsalgarve.minsaude.pt

~~-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-~~

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assino/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: ..... / ..... / .....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



---

## **APÊNDICE IV -GUIÃO DE ENTREVISTA**



6ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Instituto Politécnico de Setúbal

### **Projeto de intervenção comunitária**

Além-fronteiras: Acessibilidade da população Estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários

**Guião de Entrevista aos Técnicos do CLAIM**

Paulo R. S. Santos  
210531166

Albufeira, 17 de novembro de 2022

Este guião de entrevista exploratória terá como objetivo orientar os técnicos do Município de  a desempenhar funções no Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes, para resposta a um conjunto de questões que irão permitir consolidar o diagnóstico de situação a realizar no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária intitulado *Além-fronteiras: acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários em*

Grato pela vossa colaboração e disponibilidade,  
Paulo Santos

### **Guião de entrevista**

1. Quais os principais objetivos da intervenção levada a cabo pelo CLAIM de ?
2. Em média, quantos atendimentos por dia realizam à população estrangeira? Em 2021, qual o número total de atendimentos ?
3. Qual o principal motivo de procura da população estrangeira a este serviço municipal?
4. Quais as nacionalidades que mais recorrem ao CLAIM de ?
5. Como perceciona os cuidados de saúde assegurados pelo Centro de Saúde de  à população estrangeira?
6. Os cidadãos que recorrem ao CLAIM referem problemas associados à acessibilidade aos cuidados de saúde assegurados pelo Centro de Saúde de Albufeira? Se sim, quais os principais constrangimentos mencionados?

Data de Nascimento:  
Nível habilitacional:  
Categoria profissional/ funções desempenhadas no CLAIM:



6.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO  
Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública  
Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Ana Canhestro

### “Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos cuidados de saúde primários”

Paulo R. S. Santos  
210531166

Revista: REASE  
Janeiro, 2023

1

### Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos cuidados de saúde primários

*“Across borders: Accessibility of the foreign population to primary health care.”*

Ana Canhestro<sup>1</sup>

Paulo Roberto da Silva Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** As migrações internacionais são um fenómeno que ocorre no mundo inteiro, em larga escala, e que originam cenários complexos a nível social, político, económico e cultural nos países de acolhimento. Portugal não é exceção, pela expressão de imigrantes residentes em território nacional na atualidade, o que leva a que o governo tenha que assumir políticas governamentais inclusivas e de integração. Esta dinâmica demográfica migratória tem profundas repercussões no Sistema de Saúde Português, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte das pessoas, famílias e grupos populacionais. Os serviços, os profissionais e utentes de nacionalidade estrangeira vivem um enorme desafio nos dias que correm. Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto comunitário ocupam um lugar de eleição nos cuidados a prestar à população estrangeira. Este artigo, pelo estudo conduzido pretende identificar as barreiras encontradas pela população estrangeira no acesso aos cuidados de saúde primários, tratando-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso à pesquisa e análise de dados sobre a temática, e realização de entrevistas exploratórias. Pela análise dos dados recolhidos é possível aferir a existência de várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde, relacionadas com questões legais, com a própria língua, cultura, crenças e valores religiosos, com questões financeiras, assim como desconhecimento sobre o próprio funcionamento dos serviços.

**Palavras-chaves:** migrantes, cuidados de saúde primários, diversidade cultural, acessibilidade aos serviços de saúde.

**ABSTRACT:** International migration is a phenomenon that occurs worldwide, on a large scale, and gives rise to complex social, political, economic and cultural scenarios in host countries. Portugal is no exception, due to the number of immigrants currently residing in the country, which means that the government must adopt inclusive and integrating government policies. This migratory demographic dynamic has profound

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja - Instituto Politécnico de Beja - [ana.canhestro@ipbeja.pt](mailto:ana.canhestro@ipbeja.pt)

<sup>2</sup> Mestrando em Enfermagem, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal - [psantos@arsalgarre.iuhv-oude.pt](mailto:psantos@arsalgarre.iuhv-oude.pt)

2



---

## **APÊNDICE V – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**



**Tabela 10** - Cronograma de atividades.

Mês/Ano	2022				2023
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
Atividades					
Reunião com a enfermeira supervisora clínica do estágio.	■				
Realização de reunião com o Município para apresentação do projeto.		■			
Realização de entrevistas exploratórias aos técnicos do CLAIM.		■			
Participação na formação da Comissão Europeia sobre Migrantes: <i>“Migrant access to healthcare: From emergency responses to sustainable solutions”</i>		■			
Formalização de pedidos: autorização à DE do ACeS e parecer à Comissão de Ética da ARS Algarve.			■		
Apresentação do projeto aos profissionais de saúde das várias UF do CS.			■	■	
Reunião com outros potenciais parceiros: Presidentes de Juntas de Freguesia, Coordenadora do Núcleo Local de Inserção do ISS e representante local da DGEstE.				■	
Realização de sessões de educação para a saúde sobre o papel dos CSP e sua dinâmica, destinadas à população estrangeira.					■
Realização de reunião para balanço do projeto e definição de estratégias futuras.					■

*Fonte.* Construção própria.



---

**APÊNDICE VI – RESUMO DE ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL**

---

## Além-fronteiras: Acessibilidade da população estrangeira aos cuidados de saúde primários

*“Across borders: Accessibility of the foreign population to primary health care.”*

Ana Canhestro<sup>4</sup>



Paulo Roberto da Silva Santos<sup>6</sup>

**RESUMO:** As migrações internacionais são um fenómeno que ocorre no mundo inteiro, em larga escala, e que originam cenários complexos a nível social, político, económico e cultural nos países de acolhimento. Portugal não é exceção, pela expressão de imigrantes residentes em território nacional na atualidade, o que leva a que o governo tenha que assumir políticas governamentais inclusivas e de integração. Esta dinâmica demográfica migratória tem profundas repercussões no Sistema de Saúde Português, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte das pessoas, famílias e grupos populacionais. Os serviços, os profissionais e utentes de nacionalidade estrangeira vivem um enorme desafio nos dias que correm. Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto comunitário ocupam um lugar de eleição nos cuidados a prestar à população estrangeira. Este artigo, pelo estudo conduzido pretende identificar as barreiras encontradas pela população estrangeira no acesso aos cuidados de saúde primários, tratando-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso à pesquisa e análise de dados sobre a temática, e realização de entrevistas exploratórias. Pela análise dos dados recolhidos é possível aferir a existência de várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde, relacionadas com questões legais, com a própria língua, cultura, crenças e valores religiosos, com questões financeiras, assim como desconhecimento sobre o próprio funcionamento dos serviços.


**Palavras-chaves:** migrantes, cuidados de saúde primários, diversidade cultural, acessibilidade aos serviços de saúde.

**ABSTRACT:** International migration is a phenomenon that occurs worldwide, on a large scale, and gives rise to complex social, political, economic and cultural scenarios in host countries. Portugal is no exception, due to the number of immigrants currently residing in the country, which means that the government must adopt inclusive and integrating government policies. This migratory demographic dynamic has profound repercussions on the Portuguese Health System, namely

---

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto Politécnico de Beja – [ana.canhestro@ipbeja.pt](mailto:ana.canhestro@ipbeja.pt)

<sup>6</sup> Mestrando em Enfermagem, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal – [prsantos@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:prsantos@arsalgarve.min-saude.pt)



---

on Primary Health Care, as it is the gateway to health care for individuals, families and population groups. Services, professionals and users of foreign nationality experience a huge challenge these days. Nurses who work in community settings occupy a privileged place in the care of the foreign population. This article aims to identify the barriers encountered by the foreign population in the access to primary health care. It is a descriptive and exploratory study, using research and data analysis on the topic, and exploratory interviews. By analyzing the data collected, it is possible to assess the existence of several barriers to access health care, related to legal issues, the language, culture, religious beliefs and values, financial issues, as well as lack of knowledge about the operation of services.

**Keywords:** *migrants, primary health care, cultural diversity, health services accessibility*