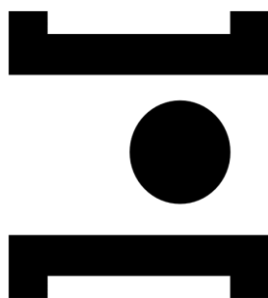


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

***Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a
literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3.º
ciclo do ensino básico – Perspetiva dos alunos***

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária — Área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Maria Carla Bento de Oliveira Ruivo de Sousa

Orientação:

Professora Doutora Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira
Professora Doutora Alcinda Maria Sarmiento do Sacramento Costa Reis

julho, 2025

Dedicatória

À Inês e à Teresa, meus amores maiores.

Agradecimento

A todos os que contribuíram para a realização deste sonho há muito adiado,
Aos que já partiram, mas continuam a ser um farol na minha vida,
Para quem nunca me abandona, mesmo nas horas mais incertas,

o meu muito obrigada!

Para não sermos como rochas na praia,
que andam ao sabor da corrente,
é preciso termos conhecimentos
que nos ajudam a tomar decisões.

Acrónimos/Siglas

APA – American Psychological Association

CNE - Conselho Nacional da Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DGE – Direção Geral da Educação

EAvEC – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ECeSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

et al. – entre outros

f. - folha

HLS-EU-PT – ‘European health literacy survey’ em português

HLS-EU – ‘European Health Literacy Survey’

INE – Instituto Nacional de Estatística

LS – Literacia em Saúde

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

9º - nono

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

pp. - páginas

P – Participante

% - percentagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

s.p. – sem página

7ª - sétima

3º - terceiro

T – Turma

WHO – World Health Organization

Resumo

Este estudo explorou a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde em jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo de um agrupamento de escolas, fundamentado na premissa de que a literacia em saúde e o empoderamento comunitário se reforçam mutuamente, permitindo uma participação informada e a mitigação de vulnerabilidades, ao mesmo tempo que criam condições para a sustentabilidade da literacia em saúde através do empoderamento comunitário.

O estudo desenvolvido insere-se no âmbito dos estudos qualitativos, utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2024).

Os resultados sublinham a importância de promover a literacia em saúde desde cedo, não só para beneficiar os jovens a longo prazo, mas para capacitá-los como dinamizadores e vetores de saúde na comunidade escolar.

As conclusões do estudo indicam que a comunidade escolar encontra-se na fase inicial do contínuo de empoderamento comunitário proposto por Laverack, designada por “ação pessoal”. Relativamente à literacia em saúde, identificou-se a necessidade de reforçar e uniformizar os conhecimentos existentes entre os diferentes elementos da comunidade.

Os contributos para a enfermagem centram-se na valorização da intervenção do enfermeiro enquanto agente promotor de práticas que potenciem a literacia em saúde e o empoderamento comunitário, não só dos alunos, mas também de forma transversal de toda a comunidade escolar.

Palavras-chave: Literacia em Saúde, Empoderamento Comunitário, Adolescente, Comunidade Escolar

Empowerment of a school community in order to promote health literacy of indigenous and migrant youths from the 7th to the 9th grade - students' perspective**Abstract**

This study explored the perception of community empowerment and health literacy among indigenous and migrant youths from the 7th to the 9th grade in a school cluster, based on the premise that health literacy and community empowerment are mutually reinforced, enabling informed participation and the mitigation of vulnerabilities, while creating conditions for the sustainability of health literacy through community empowerment.

The developed study falls within the scope of qualitative studies, using Bardin's content analysis.

The results underline the importance of promoting literacy in health from an early age, not only to benefit young people in the long term, but also to enable them to be dynamisers and promoters of health within school community.

The studies conclusion's indicate that the school community is in the initial stages of the continuous community empowerment proposed by Laverack, designated by "personal action". Regarding the literacy in health, the need to reinforce and uniform the existing knowledge between the different elements of the community was identified. The contributions to nursing are centered in the appreciation of the nurses intervention as an promoting agent of practices that boost health literacy and community empowerment, not only of the students but also transversely of the whole school community.

Key-words: Health Literacy, Community Empowerment, Adolescent, School Community

Índice

INTRODUÇÃO	11
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL	17
1 - LITERACIA EM SAÚDE	18
1.1 – MODELO INTEGRADO DE LITERACIA EM SAÚDE.....	21
2 - EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	26
2.1 - MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	29
3- A ESCOLA COMO UNIDADE DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	33
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO	38
4 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	39
4.1 – TIPO DE ESTUDO	41
4.2 - OBJETIVO DO ESTUDO.....	41
4.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	42
4.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
4.5 - COLHEITA DE DADOS	43
4.5.1 – <i>Técnica de Grupo focal</i>	44
4.5.2 – <i>Técnica de Brainstorming</i>	46
4.6 - ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6.1 – <i>Análise de dados – Grupo focal</i>	48
4.6.2 – <i>Análise de dados – Brainstorming</i>	50
5 – EMPODERAMENTO DA COMUNIDADE ESCOLAR PARA PROMOVER A LITERACIA EM SAÚDE DOS JOVENS.....	56
5.1 – CARACTERIZAR O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DOS JOVENS	56
5.2 – IDENTIFICAR O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE.....	63
5.3 - SÍNTESE ANALÍTICA	73
6– DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
7 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA	92
APÊNDICES E ANEXOS.....	93

ANEXO I – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA	94
ANEXO II – APRESENTAÇÃO DE POSTER	96
APÊNDICE I – GUIÃO DE ENTREVISTA AO INFORMANTE CHAVE.....	99
APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO APLICADO AO INFORMANTE CHAVE	103
APÊNDICE III – <i>SCOPING REVIEW</i>	106
APÊNDICE IV – GUIÃO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL	119
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO GRUPO FOCAL.....	121
APÊNDICE VI – GRELHA DE OBSERVAÇÃO GRUPO FOCAL.....	124
APÊNDICE VII – SLIDES POWERPOINT.....	132
APÊNDICE VIII – TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL	134
APÊNDICE IX – COMPILAÇÃO DOS DADOS DO <i>BRAINSTORMING</i>	148

Índice

Lista de figuras

<i>Figura 1. - Modelo integrado de literacia em saúde – Sørensen et al., 2012, p.9.....</i>	23
<i>Figura 2. - Contínuo do empoderamento comunitário, adaptado de Laverack, 2008, p. 61.....</i>	28
<i>Figura 3. - Matriz de decisão clínica do MAIEC, adaptada de Melo, 2020, p. 57.....</i>	32
<i>Figura 4. - Matriz teórico-conceitual do estudo Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico.....</i>	37
<i>Figura 5. - Esquema de análise dos resultados</i>	74

Lista de Quadros

Quadro. 1 - <i>Matriz da relação entre as quatro dimensões da literacia em saúde e os três domínios da saúde.....</i>	24
Quadro. 2 - <i>Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de registo emergentes do grupo focal.....</i>	48
Quadro. 3 - <i>Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de registo emergentes do brainstorming.....</i>	51

INTRODUÇÃO

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECeSP), tem à sua responsabilidade a intervenção a nível comunitário, nas várias comunidades que estão implementadas na sua região geográfica de atuação, abrangendo assim, pessoas de todas as faixas etárias. A sua ação deverá ser sempre adaptada ao contexto e tendo em conta os recursos existentes.

A investigação nesta área é fundamental para que se possa melhorar a praxis, promovendo, assim, a aquisição de competências clínicas para atuar na comunidade, a qual apresenta elevada complexidade e especificidade, o que se irá traduzir em melhores decisões clínicas ao nível comunitário, pois estão baseadas em evidência científica.

De acordo com Nutbeam (2000), o estado de saúde de um indivíduo não resulta exclusivamente das suas características pessoais e escolhas de vida. Pelo contrário, é profundamente influenciado por condicionantes sociais, económicas e ambientais às quais a pessoa ou a comunidade se encontram expostas.

Nesse contexto, o mesmo autor, descreve a literacia em saúde como o conjunto de competências pessoais, cognitivas e sociais que são cruciais para que os indivíduos possam aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação de forma eficaz, com o propósito de promover e manter um estado de saúde ótimo (Nutbeam, 2000).

No mesmo sentido, Fonseca & Galvão (2023) mencionam que, a literacia em saúde envolve não apenas competências individuais e comportamentais, mas também inclui uma abordagem holística, que engloba contextos, intervenientes, ações e determinantes. É contextual, relacional e ambiental, podendo estes fatores contribuir, ou não, para adquirir e utilizar a literacia no sentido de promover a saúde e o bem-estar.

Uma nova definição de literacia em saúde mais abrangente foi apresentada por Sørensen et al. (2012). Esta foi desenvolvida a partir da síntese das dezassete definições previamente identificadas na literatura. De acordo com a seguinte definição:

a literacia em saúde está ligada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação de saúde de forma a fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana relacionadas com os cuidados de saúde, a prevenção de doenças e para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do curso de vida (Sørensen et al., 2012, p. 3).

A informação sobre saúde é veiculada aos indivíduos através de uma diversidade de canais, que incluem, os profissionais de saúde, o contexto comunitário no qual o indivíduo está integrado, os meios de comunicação social, bem como as redes sociais e familiares de referência.

A literacia em saúde é um processo complexo e dinâmico desenvolvendo-se ao longo da vida, face às necessidades e desafios de cada indivíduo ao longo da vida. Dada a sua natureza, em constante evolução, e a exigência de novas tomadas de decisão em saúde, é fundamental implementar medidas ativas para promovê-la continuamente em todas as fases do percurso de vida (Gonçales et al. 2022). Dada a sua proximidade com as pessoas/famílias e comunidades, o enfermeiro tem um papel preponderante no desenvolvimento de competências ao nível da literacia em saúde, o que, por sua vez, favorece o empoderamento comunitário (Pender et al, 2015) .

Dada a sua proximidade com as pessoas, famílias e comunidades, o enfermeiro tem um papel preponderante no desenvolvimento de competências ao nível da literacia em saúde, o que, por sua vez, favorece o empoderamento comunitário, conforme defendido por autores como Laverack (2008) e Melo (2020), que sublinham o enfermeiro como um facilitador chave neste processo,

Para o presente estudo, considerou-se o empoderamento comunitário conceptualizado por Melo (2020) tanto como processo, quanto como resultado, associado à coesão e participação dos membros da comunidade e à sua capacidade coletiva para identificar e resolver problemas.

Adicionalmente, o Empoderamento Comunitário é reconhecido como um elemento central e uma competência estruturante do enfermeiro especialista em ECeSP, orientando a sua práxis para a comunidade como cliente (Melo, 2020).

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), apresentado por Melo em 2016, vem fornecer aos enfermeiros comunitários um instrumento de trabalho fundamental à sua atuação, sendo, até ao momento, o único orientado para a comunidade como unidade de cuidados (Melo, 2020).

O MAIEC integra o empoderamento comunitário na sua definição de saúde comunitária, descrevendo-o como um processo dinâmico de capacitação da comunidade. Neste processo, a participação, os processos e a liderança da comunidade combinam-se para identificar e resolver problemas, além de mobilizar os recursos comunitários. Adicionalmente, o MAIEC concebe a comunidade como um sistema aberto, resultante da interação dinâmica entre indivíduos, grupos e organizações comunitárias, onde o todo e as partes interagem por meio da participação, liderança e processos comunitários (Melo & Alves, 2019; Melo, 2020).

Os determinantes da saúde comunitária, sob esta ótica, correlacionam-se com os determinantes da saúde pública, especialmente no que tange aos indicadores de capacitação comunitária, e amplificam a eficácia de uma intervenção comunitária a partir de uma perspectiva colaborativa (Melo & Alves, 2019; Melo, 2020).

Consequentemente, os cuidados de enfermagem à comunidade enquanto unidade de cuidados são definidos pelo MAIEC como o desenvolvimento de uma ação colaborativa e potenciadora da comunidade. Esta abordagem fundamenta a gestão comunitária como um fator potencializador dos ganhos em saúde da comunidade, sensíveis aos cuidados de enfermagem (Melo, 2020).

O modelo define ainda, a abordagem da capacitação comunitária como um processo de visão integrada e integrativa da comunidade como um todo, culminando no alcance do mais elevado nível de capacitação comunitária pela própria comunidade (Melo & Alves, 2020).

Para a sua operacionalização, o MAIEC incorpora uma matriz de tomada de decisão, que confere um foco central aos cuidados de enfermagem, especificamente à gestão comunitária. Essa matriz inclui três dimensões diagnósticas: participação comunitária, processo comunitário e liderança comunitária. Cada uma dessas dimensões é dotada de critérios diagnósticos específicos, que permitem a formulação de um juízo clínico e a subsequente elaboração de um diagnóstico (Melo & Alves, 2019).

A centralidade dos cuidados no indivíduo, o seu acesso e participação ativa nos cuidados de saúde é uma premissa na ordem do dia. Contudo, para que essa participação seja efetiva, é imprescindível que os indivíduos estejam devidamente esclarecidos. Neste sentido, torna-se necessário promover a literacia em saúde de forma precoce, contribuindo para o desenvolvimento de comunidades mais empoderadas (Lima & Cruz, 2023). A escola, por sua vez, configura-se como uma comunidade privilegiada para promover a literacia em saúde e o empoderamento comunitário dos jovens (Fonseca & Galvão, 2023).

Importa agora clarificar o conceito de jovem no contexto da adolescência. Este termo refere-se a indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e os 15 anos, período caracterizado por significativas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Esta fase, situada entre a infância e a idade adulta, é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte integrante do intervalo etário da adolescência (10 -19 anos), sendo particularmente relevante para o desenvolvimento da autonomia, da identidade pessoal e da integração social. Os jovens do 9.º ano de escolaridade, em geral com 14 a 15 anos, encontram-se numa etapa crucial para a promoção da literacia em saúde e o desenvolvimento de competências de autorregulação e tomada de decisão informada (WHO, 2023).

Neste enquadramento, define-se o contexto escolar como um espaço institucional educativo onde ocorrem interações entre os estudantes e agentes educativos — áreas privilegiadas de atuação da enfermagem comunitária. Dentro deste contexto, os profissionais de saúde escolar desempenham atividades cruciais na promoção da saúde, deteção precoce de necessidades de saúde, educação em saúde e coordenação de cuidados, contribuindo de forma significativa para o bem-estar da população escolar, extensível à família (Stanhope, & Lancaster, 2016; National Association of School Nurses, 2020).

As escolas portuguesas apresentam características diferentes em relação às décadas anteriores. A crescente migração verificada nos últimos anos trouxe para as escolas maior diversidade de culturas e saberes, bem como barreiras linguísticas que podem dificultar a integração tanto no âmbito escolar quanto na sociedade em geral, manifestando-se muitas vezes na dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DGE, 2024; *World Health Organization (WHO)*, 2022).

No ano de 2022 / 2023, em Portugal, o número de jovens estrangeiros inscritos no ensino básico era de 109.103, representando 11,8%. Ao nível do secundário o valor é de 33.657, o que corresponde a 8,8%. O país com maior representatividade é o Brasil, sendo 48,5% dos estrangeiros ao nível do ensino básico e 41,7% ao nível do secundário (Lobo et al., 2024).

No agrupamento de escolas onde se desenvolveu o estudo, essa realidade também tem sido sentida ao longo dos últimos anos. A diretora do agrupamento de escolas, em entrevista realizada no âmbito do estudo, mencionou que o número de alunos migrantes cresce quase diariamente, havendo neste momento alunos de 21 nacionalidades diferentes a frequentar o agrupamento de escolas que dirige.

A literatura refere que os níveis de literacia em saúde e de empoderamento comunitário entre as populações migrantes são baixos (Ó et al., 2023). No entanto, esta perceção por si só não é suficiente, quando o objetivo é promover a literacia em saúde e o empoderamento comunitário, pois, não existem duas comunidades iguais, assim como não existem duas pessoas iguais. Por isso, é importante caracterizar previamente as populações, permitindo deste modo, uma intervenção mais eficiente e organizada, com a obtenção de melhores resultados, uma vez que foram tidas em conta as condições e características específicas daquele grupo populacional (Arriaga et al., 2023b).

A capacitação de indivíduos e comunidades está intrinsecamente ligada ao envolvimento e participação ativa dos seus membros e organizações. Tal processo exige a promoção de políticas de saúde que desenvolvam a literacia em saúde através do acesso a informação fidedigna. Este acesso capacita os indivíduos com o conhecimento, as

habilidades e os recursos necessários para manter a sua saúde ou a saúde daqueles sob seus cuidados, culminando numa maior proporção de indivíduos que vivem vidas mais saudáveis em ambientes propícios à saúde. (WHO, 2018).

Reconhecendo a escola como um ambiente privilegiado para a promoção da literacia em saúde (Okan, et al., 2020) e considerando as competências específicas definidas para o enfermeiro especialista de ECeSP pela Ordem dos Enfermeiros (2018), no que diz respeito à capacitação de grupos e comunidades, numa perspetiva de promoção da saúde e desenvolvimento de competências favoráveis à saúde da comunidade enquanto unidade de cuidados, justifica-se a realização do presente estudo, que pretende dar resposta à questão: Qual a perceção em relação ao empoderamento comunitário e à literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes?

A dissertação ora apresentada, insere-se no terceiro semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, e pretende servir de aporte à obtenção do grau de Mestre, através do desenvolvimento das cinco dimensões dos Descritores de Dublin conferentes de grau de Mestre: “(...) “conhecimento e capacidade de compreensão”, “aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão”, “realização de julgamento/ tomada de decisões”, “comunicação” e “aptidões para a aprendizagem”” (Comissão Europeia - Educação e Cultura, 2008, p. 10).

O estudo desenvolveu-se sob o paradigma qualitativo, sendo feita análise de conteúdo dos dados recolhidos de duas fontes. A saber, realização de um grupo focal com informantes privilegiados, do qual se colheu informação sobre a perceção dos participantes relativamente ao empoderamento comunitário dos jovens e um *brainstorming* realizado em cada uma das seis turmas do 9º ano, durante os quais foi possível recolher informação sobre a perceção dos alunos face aos quatro componentes chave da literacia em saúde – aceder, compreender, avaliar e aplicar, sendo ainda colhida a perceção relativamente ao conceito de saúde.

A redação da dissertação, aqui apresentada, seguiu às orientações definidas no documento “Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos”, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e é referenciado de acordo com as normas *da American Psychological Association* (APA) 7ª Edição.

A estrutura divide-se em três partes, apresentadas de forma sequencial. Assim, na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico-conceitual, onde são definidos e explorados os conceitos centrais do estudo. A segunda parte aborda o enquadramento e as decisões metodológicas onde se apresenta uma descrição do processo realizado para desenvolver o estudo com a finalidade de alcançar os objetivos delineados, e descritas as

estratégias utilizadas na realização do mesmo. Na terceira parte explora-se, analisa-se e interpreta-se os dados recolhidos e apresenta-se os principais resultados emergentes do estudo.

Na conclusão é explanado o percurso realizado, evidenciando os aspetos mais relevantes e significativos, as limitações do estudo e as sugestões para futuros trabalhos de investigação.

No sentido de dar consecução à investigação foi definido como objetivo geral: analisar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde nos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas do distrito de Santarém.

Os objetivos específicos que orientaram o estudo foram definidos como: caracterizar o empoderamento comunitário dos jovens autóctones e migrantes através da técnica grupo focal; identificar o conceito de literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes através da técnica do *brainstorming*.

A finalidade deste estudo é identificar *insights* para futuras intervenções, contribuindo assim para que os alunos e a restante comunidade escolar aprimorem a sua literacia em saúde e fortaleçam o empoderamento comunitário.

Apesar do investimento e da evidência da melhoria nos níveis de Literacia em Saúde no nosso país, esta área continua a ser sentida pela população e pelos profissionais como uma área prioritária de intervenção (DGS, 2023). Por outro lado, e como vimos anteriormente, a literacia em saúde assume um papel preponderante no empoderamento comunitário, fomentando substancialmente a autonomia das comunidades em matéria de saúde (Andrade, et al., 2022). Deste modo, procurar-se-á contribuir para que os enfermeiros possam desenvolver a sua prática, no que diz respeito à literacia em saúde e ao empoderamento comunitário, no âmbito da saúde escolar.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

1 - LITERACIA EM SAÚDE

Na literatura científica, o conceito de a literacia em saúde é apresentado como um constructo multidimensional, fundamental para a capacitação do indivíduo no manuseamento da informação em saúde.

Os termos “literacia” e “saúde” foram apresentados pela primeira vez em 1974 pelo teórico Simonds, que os utilizou para enfatizar a necessidade de implementar a educação para a saúde em meio escolar. O mesmo autor argumentava que tal iniciativa contribuiria significativamente para uma política social mais abrangente em relação à saúde, salientando que a promoção de bons hábitos de saúde resultaria numa diminuição da mortalidade da população (Almeida, 2023a).

Nutbeam (2000) define literacia em saúde como o produto de aptidões individuais, tanto cognitivas quanto sociais, que permitem aos indivíduos aceder, compreender e utilizar informações para promover e manter a saúde a um nível ótimo. No modelo apresentado, o autor correlaciona o aumento do conhecimento, a compreensão dos determinantes da saúde e a modificação de comportamentos com as atividades de educação para a saúde. Nesse contexto, Nutbeam (2000) propõe três níveis hierárquicos de literacia em saúde. São eles: Literacia básica ou funcional, a qual diz respeito à capacidade de lidar eficazmente com situações do quotidiano que exigem conhecimentos básicos de leitura e escrita; Literacia comunicativa ou interativa envolve aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com aptidões sociais, constituem uma ferramenta essencial para a participação em atividades diárias, a extração de informação e a sua aplicação, mesmo em contextos de mudança; Literacia crítica que representa o nível mais avançado, exigindo capacidades individuais que permitem a análise crítica da informação e a sua utilização para controlar eventos do dia-a-dia.

A literacia em saúde define-se como o conjunto de competências essenciais que capacitam o indivíduo a interagir eficazmente com o ambiente de saúde e a agir de forma apropriada com base na informação disponível (Pender et al. 2015). Estas competências funcionam como uma ferramenta de capacitação, permitindo que pessoas dotadas de níveis mais elevados de literacia em saúde acedam e analisem informações de forma eficaz, o que se traduz pela tomada decisões favoráveis à saúde.

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 aponta as populações mais vulneráveis como sendo as que possuem menores níveis de literacia em saúde, sendo por isso necessário proceder à sua identificação e caracterização

para se poderem desenvolver estratégias de intervenção para colmatar esta vulnerabilidade (Arriaga et al., 2023a).

Para promover a literacia em saúde é necessário apostar na educação das populações, promovendo o desenvolvimento das quatro competências definidas por Sørensen et al. (2012), dotando-as de mais competências e recursos e melhorando a acessibilidade ao sistema, o que irá permitir que o indivíduo ultrapasse os obstáculos que possam surgir relativamente à obtenção de um melhor nível de saúde (Carreira & Nogueira, 2023). Estas intervenções devem ter em conta, para além dos aspetos relacionados com a saúde, as condições de vida das pessoas, pois, os aspetos sociodemográficos e económicos são determinantes que influenciam a literacia em saúde (Pedro et al, 2016). Neste sentido, Martins & Guarda (2023) salientam a importância de serem adotadas estratégias participativas com recurso às artes e mobilizando estratégias publicitárias por forma a desenvolver e consolidar a literacia em saúde.

Na literatura científica, o conceito de competências é amplamente abordado, destacando-se como um constructo essencial para o desempenho em diversos contextos. Tench e Konczos apresentam as competências como capacidades essenciais que permitem o desempenho eficaz e estável de tarefas e a assunção de responsabilidades ao longo do tempo (Almeida, 2023a).

Essa compreensão das competências é frequentemente desdobrada numa dimensão tripartida, que integra três fatores inter-relacionados; Conhecimento (saber), que se refere ao conjunto de informações, teorias e conceitos que o indivíduo possui sobre uma determinada área ou assunto, Capacidade (fazer), que corresponde à habilidade de aplicar o conhecimento em situações práticas, transformando a teoria em ação e executando tarefas específicas; Atitudes e Atributos Pessoais (ser), que engloba os valores, as crenças, as motivações e as características comportamentais que influenciam a forma como o indivíduo se relaciona com as tarefas, com os outros e com o ambiente, impactando diretamente a sua performance e a sua adaptabilidade (Almeida, 2023a).

Essa perspetiva holística das competências mostra que a eficácia no desempenho não depende apenas do que se sabe ou do que se consegue fazer, mas também da forma como se é e se interage com o contexto.

Nesse sentido, Almeida (2023a) salienta que a baixa literacia em saúde manifesta-se por limitações nas seguintes competências: navegação nos sistemas de saúde; fornecimento de informações sobre a história pessoal de saúde; gestão de situações de doença aguda e crónica; e identificação e mitigação de riscos. Torna-se, assim, perceptível a imperatividade de investir na capacitação das comunidades, promovendo, desse modo, a

equidade entre a população, a gestão eficaz dos recursos e o aumento dos ganhos em saúde (Direção Geral da Saúde (DGS), 2023).

Nesse sentido, a literacia em saúde capacita os indivíduos para manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Em contraste, baixos níveis de literacia em saúde estão associados a uma maior frequência de internamentos hospitalares, à utilização excessiva dos serviços de urgência e a uma menor adesão a práticas preventivas, culminando na diminuição da qualidade de vida (Arriaga et al., 2023b).

Ainda neste sentido, Pedro et al. (2016) enfatiza a correlação positiva entre os níveis de literacia em saúde e o contexto social e cultural, nomeadamente entre o grau de escolaridade, ou seja, quanto mais baixo o grau de escolaridade, menor é o nível de literacia em saúde. Níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a melhor autoestima, mais satisfação com a vida, menos queixas de saúde, a melhores estilos de vida como o aumento da atividade física, menor uso de álcool e de tabaco e melhores hábitos de sono (Fonseca & Galvão, 2023).

Dados da DGS (2019) apontam no sentido de identificar Portugal como o país que apresenta a percentagem mais baixa de pessoas com nível excelente de Literacia em Saúde, quando se comparam os dados do inquérito aplicado em Portugal em 2016, com os dados dos países que participaram no *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) em 2014, pelo que se pode considerar que a literacia em saúde é uma vulnerabilidade a nível nacional.

Uma população que exibe elevados níveis de literacia em saúde, sendo ativa e participativa, demonstra comportamentos consistentes de promoção e proteção da saúde, bem como de prevenção da doença, aspetos verificáveis através de indicadores de saúde (Freitas & Arriaga, 2023; Andrade et al., 2022).

Indivíduos com maior literacia em saúde utilizam os recursos de forma mais sustentada e promovem uma adequação das respostas, elevando, conseqüentemente, o nível de saúde e bem-estar da comunidade (Andrade et al., 2022). Para que este cenário se concretize, a comunicação deve ser fundamentada nos conhecimentos prévios da população e adaptada em modo e forma, transcendendo a mera transmissão de informação. É crucial garantir que a informação é compreendida e assimilada, conduzindo a tomadas de decisão livres e esclarecidas que se traduzem em práticas quotidianas adequadas, resultando em melhores resultados de saúde (Freitas & Arriaga, 2023; Almeida, 2023b).

Contudo, é imperativo considerar que a aquisição de comportamentos relacionados com a saúde é um processo complexo, fundamentalmente moldado pela interação social e influenciado pelo ambiente social no qual o indivíduo está inserido. Sob essa perspetiva, a

modelagem (ou aprendizagem por observação) emerge como um mecanismo central (Almeida, 2023a).

Os Indivíduos tendem a replicar comportamentos que lhes são significativos, sejam eles observados em modelos sociais de referência ou ensinados desde as fases iniciais do desenvolvimento (Almeida, 2023a). Nesta senda de pensamento, Lima e Cruz (2023) salientam a importância de promover a literacia em saúde ao nível do pré-escolar, com conteúdos adequados à faixa etária, defendendo que, deste modo, as crianças serão capazes de compreender e utilizar a informação sobre saúde que lhes foi fornecida. Este processo de aprendizagem permite a internalização de normas e práticas de saúde, destacando a relevância dos modelos parentais, pares e figuras de autoridade na formação das condutas individuais de crianças e jovens (Almeida, 2023a).

Sobre esta temática, importa ainda referir que a exposição a determinados padrões comportamentais no contexto social desempenha um papel relevante na adoção e manutenção de hábitos saudáveis ou de risco (Almeida, 2023a).

A alteração dos níveis de literacia em saúde de uma população é uma tarefa complexa e desafiadora, que exige a persistência e o compromisso de todos os intervenientes no processo de mudança. Isso inclui tanto os indivíduos que buscam aprimorar suas competências em saúde quanto os profissionais de saúde que atuam como facilitadores dessa transformação.

Na sua missão de promotores da literacia em saúde, os enfermeiros de ECeSP desempenham um papel crucial, informando e formando as comunidades. Para sustentar a sua prática, os profissionais de saúde têm como um dos recursos disponíveis o Modelo Integrado de Literacia em Saúde que passamos a apresentar no capítulo que se segue.

1.1 – MODELO INTEGRADO DE LITERACIA EM SAÚDE

O Modelo Integrado da Literacia em Saúde é apresentado por Sørensen et al. (2012). Neste modelo a literacia em saúde transcende a mera capacidade individual, incorporando os fatores sociais e ambientais que a influenciam. A sua estrutura abrangente visa consolidar e harmonizar diversas perspetivas sobre o conceito (Sørensen et al., 2012).

No sentido de clarificar o modelo, apresentam-se os seus componentes e dinâmicas. Assim, Sørensen et al., (2012) caracterizam este modelo como sendo dinâmico, no qual, a literacia em saúde não é algo estático, sofrendo alterações por influência do contexto, das experiências individuais e das mudanças no sistema de saúde e na sociedade.

O modelo esquematizado por Sørensen et al. (2012) (Figura1), foi desenvolvido no âmbito do projeto HLS-EU Consortium e representa os fatores que influenciam e são

influenciados pela literacia em saúde. Funciona como um ciclo, onde os determinantes influenciam o desenvolvimento das competências de literacia em saúde de um indivíduo. Essas competências, por sua vez, são exercidas nos domínios da saúde (cuidados, prevenção, promoção), levando a resultados específicos em saúde. Esses resultados, juntamente com os determinantes, podem influenciar novamente, dando origem ao desenvolvimento contínuo da literacia em saúde ao longo da vida (Sørensen et al., 2012).

O modelo reúne diversas dimensões e fatores que impactam a literacia em saúde, formando, como vimos anteriormente um ciclo dinâmico. Podemos dividi-lo em quatro grandes áreas que se relacionam, são elas: os determinantes, as competências em literacia em saúde, os domínios da saúde e os resultados (Sørensen et al., 2012).

Os determinantes são os fatores que influenciam o nível de literacia em saúde de uma pessoa e podem ser: Pessoais (idade, género, educação, estado de saúde, experiências anteriores, motivação e conhecimento prévio); Situacionais (relacionados com o contexto específico, como a complexidade da informação de saúde, o ambiente de atendimento, o suporte social disponível); Sociais e Ambientais (incluem fatores como o sistema de saúde, políticas de saúde pública, acesso à informação, normas culturais e económicas) (Sørensen et al., 2012).

As Competências em Literacia em Saúde são o centro do modelo, e dizem respeito às habilidades que as pessoas precisam de ter para lidar com a informação de saúde. São quatro as competências essenciais: Acesso, refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações sobre saúde (por exemplo, saber onde procurar informações confiáveis, como encontrar um médico ou serviço de saúde); Compreender, reporta à capacidade de compreender a informação de saúde a que se tem acesso (por exemplo, ler bulas de medicamentos, entender diagnósticos, instruções de tratamento); Avaliar, descreve a capacidade interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação sobre saúde obtida (por exemplo, distinguir informações verdadeiras de mitos, avaliar riscos e benefícios); Aplicar, diz respeito à capacidade de comunicar e usar a informação para tomar uma decisão que contribua para manter e melhorar a saúde (por exemplo, seguir planos de tratamento, fazer escolhas de estilos de vida saudáveis, participar em programas de prevenção) (Sørensen et al., 2012).

Os Domínios da Saúde, são áreas da vida onde as competências de literacia em saúde são aplicadas. O modelo identifica três domínios principais: Cuidados de Saúde, que envolve a interação com o sistema de saúde (por exemplo, consultar médicos, gerir doenças crónicas, entender exames); Prevenção da doença, refere-se à adoção de comportamentos para evitar doenças e detetá-las precocemente (por exemplo, vacinação, rastreios, higiene); Promoção da Saúde relaciona-se com ações que promovem a manutenção e melhoram o bem-estar geral e a qualidade de vida (por exemplo, alimentação saudável, atividade física, gestão do stress) (Sørensen et al., 2012).



Figura 1. - Modelo integrado de literacia em saúde – Sørensen et al., 2012, p.9

A combinação das quatro dimensões referentes a processamento de informações de saúde (aceder, compreender, avaliar e aplicar) com os três níveis de domínios (cuidados de saúde, prevenção das doenças e promoção da saúde) produz uma matriz com as doze dimensões da literacia em saúde (Sørensen et al., 2012).

Para uma melhor compreensão da relação entre o processamento da informação e dos três níveis de domínios, apresenta-se a Tabela 1 que Sørensen et al., (2012) elaboraram, na qual estão representadas as doze dimensões da literacia em saúde.

Quadro. 1 - *Matriz da relação entre as quatro dimensões da literacia em saúde e os três domínios da saúde.*

Dimensões Domínios	Aceder	Compreender	Avaliar	Aplicar
Cuidados de Saúde	Capacidade de obter informações sobre questões médicas.	Capacidade de compreender informação médica e o seu significado.	Capacidade de interpretar e avaliar informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco para a saúde.	Capacidade de compreender informação sobre os fatores de risco e o seu significado.	Capacidade de interpretar e avaliar informações sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de tomar decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
Promoção da Saúde	Capacidade de se atualizar sobre os determinantes da saúde no ambiente social e físico	Capacidade de compreender informações sobre determinantes da saúde no ambiente social e físico e o seu significado.	Capacidade de interpretar e avaliar informações sobre determinantes da saúde no ambiente social e físico	Capacidade de tomar decisões informadas sobre determinantes da saúde no ambiente social e físico

Nota: Adaptado de Sørensen et al., 2012, p.10

De acordo com o Modelo Integrado de Literacia em Saúde, os resultados dizem respeito às consequências da literacia em saúde, ou da sua ausência. Níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados à adoção de comportamentos de saúde, à utilização dos serviços de saúde de forma mais eficaz e eficiente, à redução dos custos de Saúde devido menor necessidade de intervenções de emergência e melhor gestão das doenças, melhores resultados em saúde com melhor nível de saúde e qualidade de vida, aumento da participação e do empoderamento e melhor equidade e sustentabilidade (Sørensen et al., 2012). Esta definição sublinha a inter-relação entre os sistemas de saúde e as características individuais das pessoas, reconhecendo que a literacia em saúde constitui um ativo crucial no empoderamento dos indivíduos no domínio da saúde (Andrade, 2022).

As habilidades e competências em relação à literacia em saúde vão-se desenvolvendo ao longo da vida e estão ligadas às restantes aprendizagens adquiridas (Sørensen et al., 2012), a forma de contribuir para este desenvolvimento engloba uma comunicação assertiva, clara e positiva, que evidencie os comportamentos que levam a uma melhor saúde, através de exemplos e testemunhos críveis (Almeida, 2023a; Almeida, 2023b).

Este modelo enfatiza que a literacia em saúde não é apenas responsabilidade do indivíduo, mas também do sistema de saúde e da sociedade em geral, o que justifica o estudo, quando se pretende analisar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde nos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas.

O modelo apresentado por Sørensen et al. (2012) serviu de base para o desenvolvimento de ferramentas de medição da literacia em saúde (como o HLS-EU-Q), as

quais permitem avaliar os níveis de literacia em saúde e monitorizar o impacto das intervenções realizadas (Sørensen et al., 2013).

Investir na literacia em saúde das populações, nomeadamente nos jovens, é uma das estratégias primordiais para o empoderamento comunitário, permitindo ao jovem maior autonomia sobre a sua saúde (WHO, 2017). Neste sentido, WHO (2019), refere que a população com um aporte significativo de literacia em saúde mostra-se mais responsável e proactiva no sentido de manter a sua comunidade saudável, protegida e segura.

2 - EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Nas últimas décadas, o empoderamento comunitário e a participação comunitária são reconhecidos como alicerces fundamentais dos programas de intervenção comunitária (WHO, 2017). Este aspeto é corroborado por Pender et al., (2015), quando referem que o empoderamento comunitário é a pedra angular para a concretização de mudanças comunitárias eficazes.

A definição de comunidade, de acordo com a visão de Laverack (2008), vai além da simples localização geográfica, enfatizando a identidade e os interesses compartilhados. Para este autor, comunidade é um grupo de pessoas, que podem estar ou não no mesmo espaço, mas que partilham interesses, preocupações ou identidades comuns. Esta teoria faz muito sentido no mundo digital que cada vez mais faz parte do nosso quotidiano.

Esta definição é crucial para a compreensão do empoderamento comunitário, pois implica que o trabalho de promoção da saúde não se limita a uma área física, mas que se estende a grupos de pessoas que se identificam por laços que vão além da vizinhança. O foco está na capacidade desses grupos se organizarem e mobilizarem para aumentar o controlo sobre os fatores e decisões que afetam suas vidas e sua saúde (Laverack, 2008).

Corroborando a importância da abordagem às comunidades, Pender et al. (2015) afirmam que as intervenções comunitárias devem abranger a maioria da população ou a comunidade na sua totalidade, visto que o seu objetivo primordial é a modificação do contexto. A principal vantagem dessas intervenções, reside na possibilidade de catalisar mudanças em grande escala na comunidade, promovendo a saúde de forma abrangente. Tais iniciativas, possuem o potencial de serem generalizadas para outras comunidades e, inclusive, de impulsionar o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes. As mudanças induzidas por estas intervenções são, por conseguinte, integradas nas próprias estruturas comunitárias, resultando numa alteração do sistema que influencia diretamente os comportamentos relacionados com a saúde.

A obra de Laverack (2008) apresenta a promoção da saúde a partir de uma perspetiva centrada no conceito de empoderamento comunitário, destacando que os profissionais de saúde devem ir além da mera transmissão de informação se pretendem obter mudanças efetivas nesse domínio. O mesmo autor ressalta que a promoção da saúde não é apenas uma intervenção técnica, mas uma atividade intrinsecamente política, o que exige a compreender e abordar as determinantes sociais determinantes sociais da doença (Laverack 2008). Acrescenta ainda que, o empoderamento é um processo que permite aos

indivíduos aumentar o seu poder de decisão em relação à saúde, o que implica capacitar pessoas e comunidades para mobilizar competências e recursos, visando a criação de condições sociais mais saudáveis (Laverack 2008).

O empoderamento comunitário é um processo que a própria comunidade deve desenvolver, onde a intervenção dos profissionais externos (como promotores de saúde) é o de catalisador ou facilitador neste processo de aquisição de poder pela comunidade. Realça ainda que o empoderamento implica sentido de pertença e visa mudanças sociais e políticas. Ele vê o empoderamento comunitário como um processo de renegociação do poder para obter maior controlo. Isso significa que, para que algumas pessoas sejam empoderadas, outras (que detêm mais poder) podem ter que partilhar ou ceder parte do seu poder (Laverack, 2008).

Em suma, empoderamento comunitário, de acordo com Laverack (2008), é um processo contínuo que vai para além das mudanças individuais, cujo objetivo é que as pessoas ganhem mais controlo sobre o que afeta a sua vidas e a sua saúde, através de transformações nas estruturas de poder e nas políticas que impactam a saúde.

O modelo contínuo de empoderamento comunitário de Laverack (2008), apresentado na Figura 2, desenvolve-se em diferentes níveis, desde a ação pessoal até a ação social e política. Os cinco níveis apresentados no modelo são: nível de ação pessoal (primeiro nível do empoderamento comunitário), pequenos grupos dinamizadores, organizações comunitárias, desenvolvimento de parcerias e ação social e política (nível de mais elevado do empoderamento comunitário).

Este modelo enfatiza que o empoderamento não é um estado estático, mas um processo dinâmico e gradual, que permite às comunidades assumir um controlo crescente sobre os fatores que afetam a sua saúde. Cada fase pode ser vista como um resultado e ao mesmo tempo como um avanço para a fase seguinte (Laverack, 2008).

A criação de organizações comunitárias é uma fase crucial no processo, pois confere aos indivíduos a possibilidade de desenvolverem as competências necessárias à mobilização de recursos, à liderança, à avaliação dos problemas e à consciência crítica. De salientar que, o empoderamento comunitário pode começar em qualquer fase deste contínuo, na certeza que só será possível haver comunidades empoderadas se as pessoas e as organizações que as constituem forem empoderadas (Laverack, 2008).

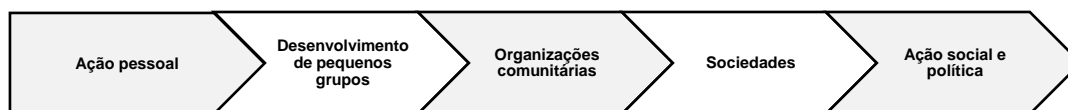


Figura 2. - Contínuo do empoderamento comunitário, adaptado de Laverack, 2008, p. 61

Apesar da inegável importância do empoderamento comunitário, demonstrada pelo modelo de Laverack, o conceito de comunidade como unidade de cuidados em enfermagem é relativamente recente. Observa-se que, embora diversos modelos teóricos da enfermagem reconheçam a comunidade como um agente influenciador da saúde individual, ela nem sempre é concebida como uma entidade com identidade própria, onde o todo e as partes interagem de forma integrada (Melo, 2020).

A capacitação das pessoas e comunidades é um aspeto fundamental no empoderamento comunitário, que de acordo com Melo (2020), é a autonomização da comunidade na tomada de decisões que visam a resolução dos problemas relacionados com a saúde. Comunidades empoderadas são dotadas de autonomia na conceção e implementação de estratégias e ações destinadas à resolução dos seus problemas de saúde e bem-estar. Neste grau de desenvolvimento comunitário, a comunidade assume-se de forma independente do seu agente capacitador, sendo os membros da comunidade a decidir sobre as soluções dos seus problemas, ao invés dos decisores políticos ou dos profissionais de saúde (Melo, 2020).

Para que este processo se concretize, é imperativo capacitar os jovens para que possam tomar decisões fundamentadas em conhecimentos previamente adquiridos, o que se constitui como uma oportunidade e um desafio significativo para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros especialistas em ECeSP. Estes enfermeiros têm um papel fundamental na promoção do empoderamento comunitário, tal como já vimos em relação à literacia em saúde, dadas as suas competências específicas já abordadas no capítulo anterior, podendo através da sua ação desenvolver a autonomia das comunidades na gestão da sua saúde e bem-estar (Melo, 2020). Resultado que se alinha quando se pretende neste estudo, analisar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde nos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas.

De acordo com Melo (2020), estas competências estão intrinsecamente ligadas aos domínios do empoderamento comunitário e podem ser implementadas através de modelos como o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), que será apresentado em capítulo próprio (capítulo 2.1).

Uma comunidade que demonstra autonomia na tomada de decisões relativas à sua saúde e na resolução de problemas a ela inerentes, aliada à capacidade de utilizar os recursos de forma autónoma e racional, representa um valor inestimável para a qualidade de vida da população.

Intervir no empoderamento de uma comunidade pressupõe uma avaliação do seu nível de empoderamento, para que se possa ir monitorizando a evolução (Laverack, 2008). Para avaliar o Empoderamento Comunitário Laverack apresenta a escala *Empowerment Assessment Rating Scale*, a qual foi traduzida e validada para português por Pedro Melo, tendo a denominação de Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) (Melo, 2020). Esta escala é composta pelos nove domínios operacionais do empoderamento comunitário apresentados por Laverack, são eles: participação comunitária, liderança local, estruturas organizacionais, capacidade para avaliar os problemas, capacidade para questionar ou consciencialização crítica, mobilização de recursos, relação com agentes externos e gestão de programas. A escala deve ser aplicada usando como recurso os grupos focais (Melo, 2020).

O papel significativo das políticas públicas na mitigação das iniquidades em saúde sublinha a imperatividade de os enfermeiros desenvolverem competências em análise de políticas e advocacia. Esta capacitação é essencial para que possam representar eficazmente os interesses de grupos vulneráveis como sendo os jovens migrantes e impulsionar mudanças políticas que promovam a equidade em saúde para toda a população (Pender et al., 2015).

Contribuir para o empoderamento de uma comunidade, pressupõe ter um rumo definido. Os enfermeiros têm ao seu dispor ferramentas orientadoras, mas neste caso a que se considerou mais adequada foi o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário apresentado por Melo (2020), que passamos a apresentar no próximo capítulo.

2.1 - MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

A organização dos cuidados especializados em ECeSP pressupõe a existência de um modelo de avaliação e intervenção que oriente a prática dos enfermeiros em âmbito comunitário (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) surge precisamente no sentido de orientar os enfermeiros na sua tomada de decisão quando a comunidade é a própria unidade dos cuidados, objetivando a promoção do empoderamento comunitário (Melo, 2020).

O MAIEC configura-se como uma teoria de médio alcance, de natureza prescritiva, que redefine o conceito de comunidade. Neste modelo, a comunidade é compreendida como um conjunto de indivíduos inseridos num contexto geográfico delimitado, cujas funções são identificadas tanto para os seus membros, quanto para os grupos e organizações com quem se relaciona. Deste modo a comunidade, para o ser, precisa ter um sentido de identidade que fomente a partilha de objetivos comuns (Melo, 2020).

Este modelo baseia-se em quadros teóricos consolidados para sua estrutura e aplicação. Ele integra o Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Laverack com os pressupostos do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo, partilhando com estes modelos uma abordagem sistémica, que é, contudo, especificamente adaptada para a comunidade como unidade de cuidados em enfermagem (Melo, 2020).

No MAIEC, os conceitos metaparadigmáticos essenciais à prática da enfermagem comunitária são definidos por Melo (2020) da seguinte forma: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade. A Comunidade refere-se a um agregado de indivíduos integrados num determinado contexto geográfico, caracterizados por um sentimento de identidade partilhada e a prossecução de objetivos comuns. O Ambiente Comunitário engloba os contextos físico, social, cultural e político que exercem influência sobre a saúde da comunidade. A Saúde Comunitária compreende o estado de bem-estar coletivo, resultante da interação entre os indivíduos e o seu ambiente. Os Cuidados de Enfermagem à Comunidade descrevem as intervenções profissionais direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade enquanto um todo.

Os pressupostos que norteiam o MAIEC são, conforme delineados pelo seu autor (Melo, 2020) como:

1. A Comunidade como Unidade de Cuidado: A comunidade, no seu todo, é o cliente central da enfermagem. Isto significa que os cuidados de enfermagem devem ser direcionados não apenas a indivíduos ou famílias, mas à comunidade como um sistema complexo e interligado. Este processo abrange tanto a totalidade da comunidade quanto as suas partes constituintes, inserido num ciclo dinâmico e contínuo de empoderamento.

2. O Enfermeiro como Agente Facilitador: O enfermeiro, na sua posição de agente externo e promotor do empoderamento comunitário, deve estabelecer uma parceria ativa com os membros e líderes da comunidade. O objetivo é fortalecer a autonomia comunitária na resolução dos seus próprios desafios de saúde.

3. Otimização de Recursos Comunitários pelos Cuidados de Enfermagem: Os cuidados de enfermagem prestados à comunidade são cruciais para alavancar os domínios

que facilitam o seu empoderamento. Isso é alcançado através da promoção e otimização dos recursos e competências existentes na própria comunidade.

4. Foco na Saúde Comunitária e Ganhos Específicos em Saúde: Os cuidados de enfermagem comunitária dirigem-se tanto à saúde da comunidade em sua totalidade quanto aos resultados específicos de saúde esperados de um projeto de intervenção comunitária em andamento. Estes ganhos tendem a estar diretamente relacionados com melhorias na saúde da população em que a comunidade se insere.

Os postulados servem como alicerce para a intervenção do enfermeiro ao nível comunitário, fornecendo os princípios e as definições que sustentam a matriz da decisão clínica.

Em relação aos princípios que norteiam essa intervenção, Melo (2020) aponta o planeamento em saúde como princípio metodológico. O enfermeiro deve realizar a avaliação do estado de saúde de todas as comunidades sob sua responsabilidade, garantindo a inclusão dessas avaliações nos processos de priorização. Outro aspeto relevante deste modelo é a abordagem da comunidade para potenciação da saúde, devendo esta ter o propósito de potenciar quer a saúde comunitária quer a saúde pública. A necessidade de ajustar as intervenções à avaliação prévia é outro princípio evidenciado no modelo a que o enfermeiro deve dar atenção. Salienta-se, ainda, a importância da comunidade enquanto unidade de cuidados, ser alvo de intervenção do enfermeiro no sentido de aumentar o empoderamento comunitário. Por fim, mas não menos importante, é salientado que as intervenções de empoderamento comunitário devem decorrer em paralelo com as necessidades identificadas (Melo, 2020).

As definições que integram o MAIEC desenvolvem-se a partir do processo de empoderamento comunitário, o qual tem por base o Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário proposto por Laverack (2008), já abordado no capítulo anterior (Melo, 2020).

De entre as definições que integram este modelo, a gestão comunitária surge como o foco central da atenção do enfermeiro. Esta é definida como a capacidade intrínseca da comunidade para se mobilizar, utilizando os recursos e meios disponíveis, a fim de identificar e resolver os seus próprios problemas, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

Para facilitar a sua operacionalização, o MAIEC incorpora uma matriz de decisão clínica, a qual é apresentada na Figura 3, baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Esta matriz confere um foco central aos cuidados de enfermagem (gestão comunitária) e inclui três dimensões diagnósticas: Processo Comunitário (*Coping* Comunitário) que engloba a forma como a comunidade lida coletivamente com desafios e adversidades; Participação Comunitária (Processos de Interação) que abrange os

mecanismos e a extensão do envolvimento dos membros da comunidade nas decisões e ações coletivas; Liderança Comunitária que diz respeito à maneira pela qual os membros e líderes da comunidade abordam e solucionam os problemas identificados (Melo & Alves, 2019).

Cada dimensão é dotada de critérios diagnósticos específicos, que permitem a formulação de um juízo clínico e a subsequente elaboração de um diagnóstico. A partir desses diagnósticos, são delineadas intervenções comunitárias, cujo objetivo é promover a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário, de acordo com as áreas previamente identificadas como comprometidas (Melo & Alves, 2019).

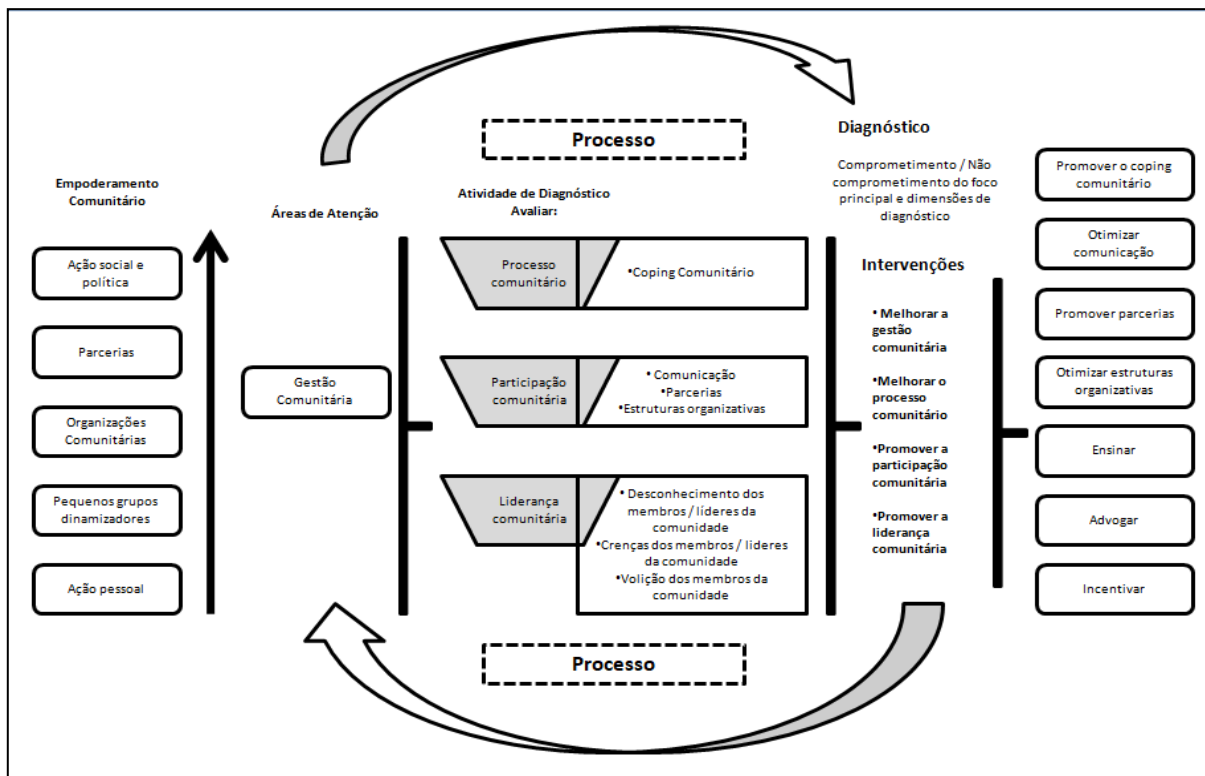


Figura 3. - Matriz de decisão clínica do MAIEC, adaptada de Melo, 2020, p. 57.

Ter a comunidade como unidade de cuidados é ter a perspetiva do todo, e deste modo, uma visão sistémica que proporciona uma aproximação à realidade (Melo, 2020), o que perspetiva mais sucesso na intervenção.

Tal como descrito nos capítulos anteriores, os contextos assumem um papel fundamental na planificação e intervenção em saúde comunitária. Assim, e em resposta à questão de investigação, será analisada a relação entre a literacia em saúde e o empoderamento comunitário no âmbito da comunidade escolar.

3- A ESCOLA COMO UNIDADE DE ANÁLISE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A escola pode ser conceptualizada como uma comunidade, funcionando como um sistema social complexo que engloba um conjunto diversificado de pequenos grupos comunitários – alunos, docentes, pessoal não docente e encarregados de educação – que interagem de forma contínua e partilham objetivos, normas e um ambiente físico e social comum. Este fato permite a aplicação de abordagens e modelos de intervenção comunitária, nomeadamente no âmbito da saúde, focando na sua capacidade de auto-organização, empoderamento e desenvolvimento de resiliência coletiva (Rosário, 2025)

Como referido anteriormente o modelo de análise e intervenção que aprecia a comunidade como uma entidade própria será o MAIEC. Apresentam-se de seguida, alguns aspetos que valorizam a sua aplicação na abordagem à comunidade escolar enquanto comunidade cliente.

As instituições de ensino funcionam como um microssistema da sociedade global, espelhando a crescente multiculturalidade resultante da mobilidade populacional. Este ambiente singular congrega representações de diversos grupos de crianças e jovens, tornando-o um local privilegiado para observação e intervenção. Os estabelecimentos de ensino são considerados um contexto privilegiado para promover a literacia em saúde, dado o seu carácter salutogénico (Fonseca & Galvão, 2023).

A crescente diversidade de origens e contextos sociais destes alunos impõe-se a necessidade premente de desenvolver respostas direcionadas para mitigar as desigualdades observadas no bem-estar de crianças e jovens, pelo que é fundamental desenvolver ações bem planeadas e estruturadas que promovam a equidade em saúde dentro dos estabelecimentos de ensino (Lobo et al. 2024).

Entendendo-se neste estudo o aluno como um jovem que frequenta a escola no 9.º ano de escolaridade e que integra um grupo, que no âmbito da enfermagem comunitária, assume particular relevância por se encontrar numa fase de transição do desenvolvimento psicossocial, marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais significativas. Enquanto membro da comunidade escolar, o aluno do 9.º ano é um elemento central nas estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e educação para estilos de vida saudáveis, sendo também um agente potencial de mudança no seio da comunidade educativa (Pender et al., 2015).

Os alunos recém-chegados às escolas podem apresentar dificuldades ao nível da integração. As barreiras linguística e de costumes podem ser um entrave à comunicação

com possível comprometimento na aquisição de conhecimentos. Para colmatar estes constrangimentos é necessário desenvolver, ao nível dos estabelecimentos de ensino, estratégias que favoreçam a inclusão, potenciando uma diversidade enriquecedora (Lobo et al., 2024). Não é só nas aprendizagens que estes alunos apresentam desvantagens, também ao nível da saúde é visível este problema, que se manifesta na dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde, conseqüentemente os resultados de saúde são significativamente piores (O e tal., 2023).

As escolas, enquanto organizações formais, possuem uma estrutura que pode ser potenciadora ou inibidora da promoção da saúde (Fonseca & Galvão, 2023).

Uma escola promotora de saúde distingue-se pela sua capacidade contínua de fortalecer-se, fomentando um ambiente propício à vida, aprendizagem e trabalho saudáveis. Para atingir este objetivo, envolve colaborativamente profissionais de saúde, educadores, estudantes, pais e líderes comunitários. O esforço conjunto visa impulsionar a saúde e o sucesso educativo de todos os alunos e da instituição como um todo (WHO, 2021).

As escolas promotoras da saúde atuam proactivamente, utilizando todas as medidas ao seu dispor para promover a saúde e a aprendizagem. Esforça-se por proporcionar ambientes favoráveis à saúde e oferece uma gama de programas e serviços essenciais de educação e promoção da saúde escolar. Adicionalmente, implementa políticas, práticas e outras iniciativas que respeitam as diferenças socioculturais individuais, criando múltiplas oportunidades para o sucesso e reconhecendo o esforço e as intenções, para além das conquistas pessoais e coletivas (WHO, 2021).

O seu compromisso estende-se à melhoria da saúde do seu corpo docente, funcionários, famílias e membros da comunidade. Trabalha ainda em parceria com líderes comunitários para exercer influência recíproca entre a comunidade e os domínios da saúde e da educação (WHO, 2021).

O Plano Nacional de Saúde Escolar vê a literacia em saúde como um objetivo central para capacitar alunos, professores e outros intervenientes a fazer escolhas saudáveis e a compreender informações de saúde. Um dos seus eixos estratégicos de intervenção é a capacitação dos jovens relativamente a temáticas sobre a saúde, aumentando o nível de literacia em saúde através do envolvimento de toda a comunidade escolar (DGS, 2015). Por este motivo, desenvolver programas que promovam a Literacia em Saúde na comunidade escolar, é incrementar jovens mais conhecedores e autónomos nas questões relacionadas com a sua saúde, e com a utilização dos recursos ligados à saúde, promovendo um maior empoderamento comunitário.

O desenvolvimento da literacia em saúde em crianças e jovens, tem repercussões positivas nos indicadores de saúde a curto, médio e longo prazo (Okan et al., 2020). Nesse

contexto, a literacia em saúde emerge como um pilar fundamental, devendo ser promovida desde as fases iniciais do desenvolvimento, contribuindo para a modelagem de comportamentos saudáveis e de capacitação, visando a interiorização de práticas que promovam a autonomia e a saúde ao longo da vida (Fonseca & Galvão, 2023). Corroborando a importância da literacia em saúde a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico salienta a associação entre os baixos níveis de Literacia em Saúde e a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2017).

A aquisição de comportamentos saudáveis em indivíduos ocorre predominantemente por meio de processos de aprendizagem social, que incluem a observação de modelos, a antecipação de resultados comportamentais e a prática de habilidades, culminando no desenvolvimento de autoeficácia em relação à saúde (Almeida, 2023a).

É crucial reconhecer que professores, diretores e coordenadores escolares funcionam como modelos de referência, exercendo uma influência significativa na implementação de atividades de promoção da saúde nestes contextos (Okan et al., 2020). Neste sentido, Pender et al., (2015) salienta, que as escolas são excelentes cenários para programas que visam aumentar comportamentos promotores da saúde nas crianças e jovens, antes de determinados padrões de comportamento desfavoráveis à saúde se consolidarem.

Através da literacia em saúde crianças e jovens desenvolvem competências essenciais que as capacitam a: Aceder e navegar em ambientes de informação relacionada com a saúde, facilitando a localização de dados relevantes e confiáveis; Compreender mensagens de saúde, permitindo a descodificação eficaz de informações complexas; Analisar criticamente alegações de saúde e tomar decisões informadas, promovendo o discernimento e a autonomia; Adquirir conhecimentos relacionados com a saúde e integrá-los em novas situações, fomentando a adaptabilidade e a aplicação prática; Comunicar eficazmente sobre tópicos e preocupações de saúde, aprimorando a capacidade de expressar necessidades e buscar apoio; Utilizar a informação sobre saúde para promover o bem-estar próprio, de terceiros e ambiental, incentivando uma perspetiva holística; Desenvolver comportamentos e atitudes saudáveis, cimentando boas práticas; Envolver-se em atividades saudáveis e evitar riscos desnecessários para a saúde, cultivando a prudência e a prevenção; Tornar-se consciente do seu próprio pensamento e comportamento, promovendo a autorreflexão; Identificar e avaliar sinais físicos e mentais, como por exemplo sentimentos, sintomas, capacitando para a auto-perceção; Atuar de forma ética e socialmente responsável, construindo uma cidadania ativa; Ser um aprendiz autónomo ao longo da vida, incentivando a busca contínua por conhecimento; Desenvolver um sentido de cidadania e buscar metas de equidade, fortalecendo o compromisso social;

Abordar os determinantes de saúde nos níveis social, comercial, cultural e político, promovendo a capacidade de advocacia e transformação (Okan et al., 2020).

Frequentemente, pode-se observar a percepção, por parte das instituições de ensino, de que a integração da literacia em saúde e da promoção da saúde nos currículos pode prejudicar o tempo dedicado a ministrar matérias curriculares. Contudo, essa visão desconsidera a profunda sobreposição entre os objetivos educacionais e as metas da literacia em saúde. Ambas as áreas convergem no propósito de capacitar crianças e jovens para se tornarem cidadãos autónomos, empoderados e independentes, o que inclui o desenvolvimento do pensamento críticos, a capacidade de tomar decisões informadas, e a habilidade de refletir sobre a ética e as consequências de suas ações para si mesmo e para a sociedade (Okan et al., 2020).

A promoção da saúde desenvolvida junto desta população torna-se muito eficaz e é fundamental para criar as bases para o futuro, pois é mais benéfico prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (WHO, 2005). Para além disto, os jovens poderão usufruir dos conhecimentos adquiridos durante longos anos e promover entre os seus pares o empoderamento comunitário. Valorizando a relevância do empoderamento comunitário o Plano Nacional de Saúde Escolar salienta que a Saúde Escolar deve acompanhar os desafios da atualidade no sentido de empoderar as gerações futuras (DGS, 2015).

A referência aos autores que se integra nesta reflexão, permitiu compreender a mobilização do pensamento em enfermagem, ao longo do processo que se desenvolveu. Partindo da promoção do empoderamento comunitário, com recurso à literacia em saúde, pilar fundamental, para construir comunidades mais autónomas nas decisões relacionadas com a sua saúde, mais saudáveis e participativas. Reconhecendo a importância da escola, enquanto comunidade promotora de saúde, multiculturalidade, diversidade social, estratégias de inclusão e equidade, evidenciando a sua inter-relação com os conceitos estruturantes, permitem um olhar específico sobre o fenómeno em estudo – conforme se apresenta na Figura 4.

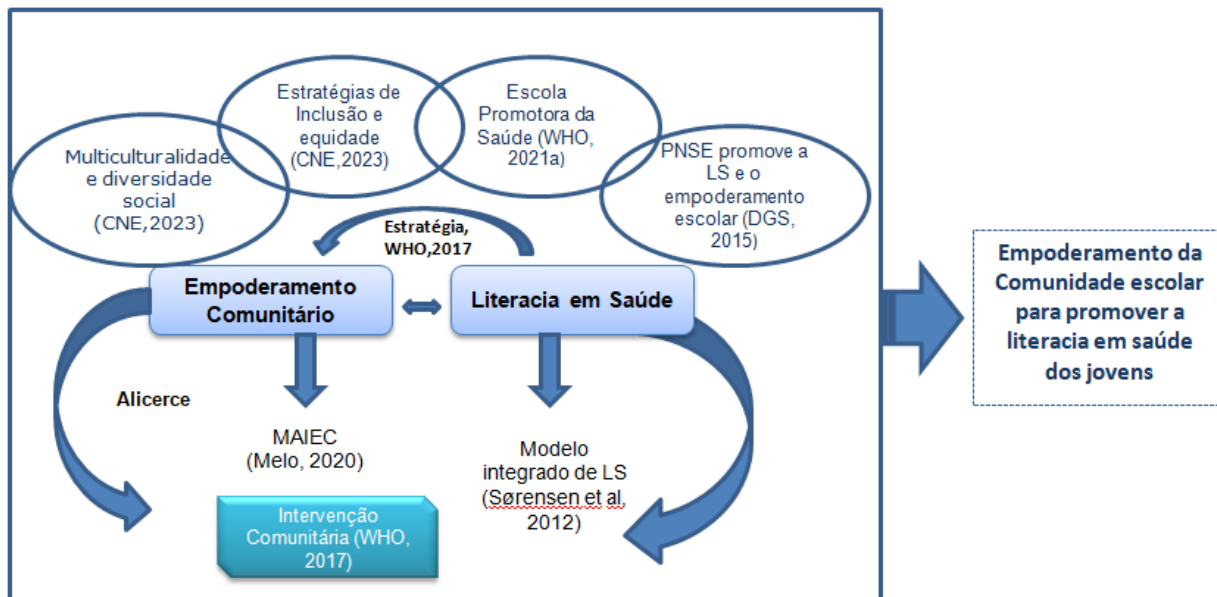


Figura 4 - Matriz teórico-conceitual do estudo empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico.

Em síntese, importa destacar que a promoção do empoderamento comunitário, estreitamente associada à literacia em saúde, constitui um pilar essencial para um desenvolvimento de comunidades mais autónomas, informadas e ativamente envolvidas nas decisões relativas à sua saúde. Investir nestas dimensões permite fomentar a participação comunitária e contribuir para sociedades mais saudáveis, conscientes e corresponsáveis nas políticas públicas em saúde.

Nesta reflexão, e assumindo a escola enquanto comunidade promotora de saúde, e reconhecendo o conjunto de competências específicas atribuídas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECeSP), pretende-se analisar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde entre jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico, pertencentes a um agrupamento de escolas. Assim, no capítulo seguinte, serão apresentados os aspetos metodológicos que orientam este estudo.

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO

4 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia é compreendida como o itinerário cognitivo e a práxis que guiam a abordagem à realidade. Neste contexto, a metodologia científica constitui um instrumento indispensável para a própria existência da ciência. O rigor e sistematização, a produção de conhecimento validado e objetivo origina práticas mais adequadas e seguras para utentes / comunidades e profissionais (Vilelas, 2022).

O conhecimento não se manifesta como uma transição instantânea do desconhecimento para a verdade, mas sim como um processo contínuo e dinâmico. A sua aquisição desdobra-se em etapas sucessivas, construindo-se e refinando-se ao longo do tempo (Vilelas, 2022).

A investigação científica inicia-se com a definição precisa do problema a ser investigado, culminando na formulação da questão de investigação ou pergunta de partida. Esta questão central serve como o primeiro e mais crucial passo, orientando todo o processo de pesquisa e determinando o trabalho a ser desenvolvido no estudo (Duarte et al., 2022; Vilelas, 2022). Nesta medida, o presente estudo teve como questão de partida: **Qual a perceção em relação ao empoderamento comunitário e à literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes?**

Desta questão principal surgiram duas subquestões:

- **De que forma é percecionado o empoderamento comunitário por parte dos jovens autóctones e migrantes?**
- **Como são percecionados os domínios da literacia em saúde por parte dos jovens autóctones e migrantes?**

O percurso do trabalho ora apresentado teve início num projeto de pesquisa, que delimitou, contextualizou e clarificou o problema a ser alvo de investigação e fundamentou a sua relevância para a enfermagem, através de pesquisa realizada através de documentos oficiais e trabalhos científicos colhidos em bases de dados – EBSCOhost e Google.

Foi nesta fase que se definiu o local onde realizar o estudo, sendo selecionado um agrupamento de escolas do distrito de Santarém. Foi ainda terminado o grupo alvo que se definiu ser ao nível do terceiro ciclo, onde existisse uma população heterogénea no que diz respeito às nacionalidades.

No sentido de validar a pertinência do estudo para o agrupamento de escolas selecionado, realizou-se uma entrevista exploratória, com recurso à entrevista semiestruturada, com a diretora do referido agrupamento. Este tipo de entrevista

caracteriza-se pela existência de um guião de perguntas, sendo a ordem das questões é flexível, devendo surgir de forma natural, análoga ao de uma conversa informal permitindo explorar temas emergentes e aprofundar as respostas (Vilelas, 2022).

De acordo com Vilelas (2022), este tipo de entrevista é o mais adequado quando se realiza uma entrevista exploratória. Com este tipo de entrevista pretende-se obter o maior número possível de informação sobre determinado tema, como por exemplo, a compreensão de especificidades culturais de determinados grupos. Tem como vantagem captar, não só as respostas, mas também as atitudes, valores e formas de pensar dos entrevistados (Vilelas, 2022).

A entrevista teve como objetivos: conhecer o agrupamento de escolas; caraterizar a comunidade escolar; Perceber de que forma os migrantes se encontram integrados no agrupamento de escolas; Colher a perceção face à literacia em saúde e ao empoderamento comunitário; Identificar os principais constrangimentos relativamente à Literacia em Saúde e Empoderamento Comunitário na comunidade escolar; Conhecer as expetativas da comunidade escolar relativamente à implementação do projeto; Recolher informação que contribua para a implementação do estudo. Pretendendo-se assim fundamentar a relevância do estudo para esta comunidade.

Esta entrevista teve por base um guia de entrevista elaborado previamente, tendo por base os passos referidos anteriormente (Apêndice I).

Antes da entrevista foi solicitado o consentimento informado (Apêndice II). Neste consta a manifestação da disponibilidade para participar no projeto, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, ficando estes à responsabilidade do investigador, sendo utilizados apenas para fins académicos, sendo destruídos ao final de dois anos, após a conclusão do projeto.

Durante esta entrevista, a pertinência do estudo foi validada, sublinhando-se a elevada heterogeneidade na comunidade escolar, no que diz respeito ao grupo de alunos do agrupamento, que integra alunos de 21 nacionalidades distintas.

A diretora reforçou, ainda, o crescimento substancial do número de alunos migrantes, predominantemente provenientes do estrangeiro.

Durante esta entrevista foi determinado como grupo alvo os alunos do 9º ano, pois de acordo coma a informação da diretora, é um grupo particularmente vulnerável, tendo também, maior capacidade para colaborar no estudo, dado a etapa de desenvolvimento em que se encontram.

Dando continuidade ao processo de investigação, e com o objetivo de conferir maior consistência ao estudo e aprofundar o conhecimento sobre o estado da arte na área em análise, foi realizada uma *scoping review* (Apêndice III). Esta metodologia permitiu

identificar, de forma sistemática, os estudos existentes sobre literacia em saúde em jovens, fornecendo uma base sólida para a fundamentação teórica do estudo. A análise dos resultados obtidos, aliada à revisão da literatura, evidenciou a necessidade de uma abordagem mais aprofundada que captasse as perceções dos alunos sobre a literacia em saúde e o empoderamento comunitário.

Neste contexto, delineou-se a realização de um estudo com orientação qualitativa, com o intuito de interpretar e compreender de forma aprofundada o fenómeno em estudo, valorizando o discurso dos participantes.

Nos capítulos seguintes apresentar-se-á o percurso e as escolhas metodológicas realizadas pelo investigador que determinaram o caminho que se apresenta.

Nos capítulos seguintes apresentar-se-á o percurso e as escolhas metodológicas realizadas pelo investigador que determinaram o caminho que se apresenta.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

A classificação de estudos pode ser estabelecida com base no tipo de dados a serem recolhidos, distinguindo entre estudos biográficos e estudos de campo. Nos estudos de campo, a colheita de dados ocorre de forma direta na realidade em questão (Vilelas, 2022). Nesse sentido, o presente estudo enquadra-se como um estudo de campo, dada a sua metodologia de colheita de dados diretamente de fontes primárias.

Para abordar a temática proposta e responder às questões formuladas o presente estudo adota uma abordagem metodológica de cariz qualitativo, pois pretende interpretar e compreender a perceção do grupo alvo em relação ao empoderamento comunitário e à literacia em saúde. Esta classificação fundamenta-se em Vilelas (2022), segundo o qual, a vertente da pesquisa qualitativa foca-se na compreensão aprofundada de fenómenos sociais e do comportamento humano, buscando desvendar a forma como os indivíduos interpretam e atribuem sentido às suas vivências. Para tal, o investigador dedica-se a explorar os comportamentos, as perspetivas e as experiências da população em estudo.

4.2 - OBJETIVO DO ESTUDO

Em qualquer investigação, o objetivo determina de forma clara o que o pesquisador pretende alcançar com a realização do trabalho. Estes objetivos são hierarquicamente organizados em dois níveis: o objetivo geral, que deriva diretamente do problema em estudo, e os objetivos específicos, que se desdobram do objetivo geral, abordando facetas particulares do mesmo (Vilelas, 2022).

No sentido de dar consecução à presente investigação foi definido como objetivo geral: - Analisar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde nos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas do distrito de Santarém.

Os objetivos específicos delineados para responder ao objetivo geral foram:

- Caracterizar o empoderamento comunitário dos jovens autóctones e migrantes através da técnica grupo focal;
- Identificar o conceito de literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes através da técnica do *brainstorming*.

4.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de um estudo compreende um conjunto de elementos que partilham uma ou mais características em comum, localizados num contexto específico, e nos quais se pretende investigar determinadas propriedades (Vilelas, 2022).

No presente estudo, a população corresponde ao total de alunos do agrupamento de escolas onde a pesquisa será realizada. A amostra foi constituída pelos alunos do 9º ano. Optou-se por uma amostra intencional, um tipo de amostragem em que a seleção dos elementos não é aleatória, mas sim baseada em características que o investigador considera relevantes para os objetivos do estudo (Vilelas, 2022).

A constituição da amostra teve em consideração as características específicas das turmas e a maturidade cognitiva dos alunos do 9º ano, que já lhes permite um juízo mais aprofundado, alicerçado na análise e correlação de conhecimentos. A seleção envolveu diretamente os elementos do agrupamento de escolas que serviram de elo de ligação com os investigadores.

No ano letivo de 2024/2025, o agrupamento de escolas onde o estudo foi conduzido registava um total de 1.565 alunos, distribuídos por quatro níveis de ensino. Deste universo, 438 alunos (28%,) são migrantes, representando 21 nacionalidades distintas.

Especificamente ao nível do 9º ano, a população é composta por 127 alunos, dos quais 32 são migrantes (aproximadamente 25%). Estes alunos, provenientes de 9 países diferentes, estão distribuídos por 6 turmas. As nacionalidades com maior representatividade neste nível de ensino são Angola com 11 alunos e Paquistão com 9 alunos. Este grupo de alunos do 9º ano foi o alvo da presente investigação.

4.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação constitui um pilar fundamental para as profissões cuja prática se alicerça na evidência científica, como é o caso da enfermagem, revelando-se crucial para a sua evolução enquanto disciplina. Adicionalmente, a ética na investigação é um requisito essencial para a legitimação da pesquisa e da produção de evidência científica. Neste sentido, é fundamental que desde a conceção ao término de um trabalho de pesquisa, o investigador deva assegurar rigor metodológico, abrangendo tanto os critérios de qualidade da investigação quanto a estrita observância de todos os pressupostos éticos (Nunes & Leal, 2025).

Em relação às questões éticas relacionadas com o estudo é fundamental ter em consideração o respeito pela pessoa e pela sua dignidade e o meio em que as pessoas se encontram (Deodato, 2022; Vilelas, 2022). Neste sentido, foi solicitado à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém parecer para a realização do presente estudo, o qual teve aprovação a 20 de janeiro (2025) (Anexo I).

No decorrer da investigação, foram seguidas as orientações da Declaração de Helsínquia – atualizada em Fortaleza, em outubro de 2013 (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013), bem como as recomendações do Regulamento Geral de Proteção de Dados, de forma a assegurar a confidencialidade das informações pessoais recolhidas, garantindo a privacidade de todos os participantes.

Deste modo, os participantes no estudo assinaram o consentimento informado, após serem esclarecidos, de modo oral e escrito sobre o objetivo do estudo, ficando estes à guarda do investigador.

Ainda no âmbito das considerações éticas, os participantes foram informados sobre o direito de recusar a participação ou de desistir durante a mesma, sem que isso tivesse qualquer implicação ou consequência.

Tendo em consideração o exposto considera-se que foram cumpridos os aspetos éticos exigíveis.

4.5 - COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados em pesquisas qualitativas pode ser realizada através de diversas técnicas e instrumentos. A seleção da técnica mais apropriada é determinada pelos objetivos do estudo, pelo paradigma de pesquisa e pelo método específico adotado. Subsequentemente, o instrumento de colheita de dados deve ser escolhido em alinhamento com a técnica eleita (Vilelas, 2022).

Considerando os objetivos do presente estudo, os resultados da *scoping review* e a revisão da literatura, a colheita de dados foi delineada através da aplicação de duas técnicas adaptadas à população selecionada: o grupo focal (Krueger & Casey, 2015) e o *brainstorming* (Widiastuti et al., 2022). O grupo focal foi empregado para investigar a percepção dos alunos sobre o empoderamento comunitário a partir da perspectiva de profissionais e pais, enquanto o *brainstorming* foi adotado para apreender a percepção da mesma população em relação à literacia em saúde.

4.5.1 –Técnica de Grupo focal

O grupo focal constitui-se como uma metodologia de pesquisa qualitativa que opera através de entrevistas grupais. O seu principal objetivo é a obtenção de informações detalhadas sobre um tópico específico, por meio do diálogo e do debate entre os participantes (Vilelas, 2022).

O grupo focal foi selecionado como método de colheita de dados, para responder ao objetivo de, caracterizar a percepção do empoderamento comunitário, em jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico, de um agrupamento de escolas, no distrito de Santarém.

Diferente de abordagens que se focam apenas em dados individuais, esta técnica de recolha de dados tem por base a interação entre as pessoas favorecendo a troca de pontos de vista e emoções, o que permite colher informação que de outro modo seria difícil de captar. Previamente o investigador estabelece os critérios de acordo com os objetivos do estudo e no decurso do processo promove um ambiente que favorece a troca de ideias (Gatti, 2005; Sousa & Ferrito, 2022).

Para desenvolver esta técnica, elaborou-se um guião temático semiestruturado, composto por questões abertas, com base na questão central do estudo (Apêndice IV), o qual foi aprovado pela comissão de ética. Este formato promoveu a liberdade de expressão dos participantes no sentido de desvendar em profundidade o significado atribuído ao empoderamento comunitário, por parte dos discentes do 9º ano.

O grupo focal realizou-se no dia 24 de abril de 2025, numa sala do edifício sede do agrupamento de escolas, tendo a duração aproximada de 60 minutos.

Os participantes foram selecionados por amostra por conveniência, tendo em consideração o conhecimento privilegiado dos alunos alvo do estudo, sendo eles: o psicólogo vocacional do agrupamento, um diretor de turma, um assistente operacional e um encarregado de educação, representante dos pais de uma turma do 9º ano.

Previamente foram convidados 7 elementos, mas por questões relacionadas com compromissos pessoais apenas compareceram 4 elementos. Krueger & Casey (2015) corroboram que o número de participantes se pode situar entre quatro e doze.

A decisão de não incluir os alunos no grupo focal foi motivada pela faixa etária dos mesmos, o que levantaria considerações éticas relevantes para o estudo.

A seleção dos participantes foi guiada pelos critérios de homogeneidade e heterogeneidade, conforme enunciados por Sousa & Ferrito (2022). A homogeneidade foi assegurada pelo contacto privilegiado de todos os participantes com o grupo em estudo. A heterogeneidade, por sua vez, foi intencionalmente procurada através da diversidade de formações e contextos de contacto com a população-alvo. Esta abordagem visou enriquecer o estudo, ao incorporar uma variedade de perspetivas e opiniões (Sousa & Ferrito, 2022).

Os dados gerados por esta metodologia são particularmente ricos e multifacetados, dada a sua capacidade de capturar não só o conteúdo verbal, mas também expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas de colheita de dados. Isso inclui nuances de comunicação, dinâmicas sociais e construções coletivas de significado, que emergem da interação dos participantes (Vilelas, 2022).

Antes de iniciar o grupo focal, foi solicitado o preenchimento do consentimento informado (Apêndice V), no qual consta a manifestação da disponibilidade para participar no projeto, oportunidade para desistir em qualquer fase do mesmo e manifestação de disponibilidade por parte do investigador para o esclarecimento de dúvidas e partilha de contacto.

A garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos foi preservada através do sigilo dos dados colhidos, aos quais apenas tiveram acesso o investigador e o seu grupo de investigação, sendo estes utilizados apenas para fins académicos e, destruídos após a conclusão do estudo.

Para desenvolvimento do grupo focal seguiram-se as orientações de Vilelas (2022), no que diz respeito à utilização de um moderador, que conduziu a reunião e um observador. Ao moderador cabe a função de dinamizar a interação entre os participantes, cabendo ao observador verificar a condução da técnica e a interação entre os participantes. Para facilitar a recolha de dados por aparte do observador foi construída uma grelha para registar as observações (Apêndice VI)

Esta abordagem metodológica permitiu a colheita de dados ricos em significado, facilitando a emergência de categorias que refletem o que, no entendimento dos participantes do grupo focal, os alunos percebem sobre empoderamento comunitário, sendo este assunto abordado de forma aprofundada na análise dos dados.

4.5.2 – Técnica de *Brainstorming*

O debate e a discussão de ideias inerentes ao *brainstorming* potenciam a capacidade de reflexão e de argumentação sobre as temáticas em estudo, assim como a independência intelectual. Estas competências são cruciais na tomada de decisões, especialmente no domínio da saúde (Barbosa et al., 2020; Link et al., 2024).

O *brainstorming* é, de acordo com Widiastuti, et al. (2022), uma técnica que permite que os participantes do estudo expressem ideias e pensamentos, as quais podem à posteriori ser organizadas e exploradas na fase da pré-análise quando se utiliza a análise de conteúdo, sendo uma técnica de uso privilegiado em contextos educativos.

Neste sentido, Franco (2018) salienta a utilidade desta etapa em grupos focais, sobretudo com jovens, para gerar ideias iniciais e explorar conceções sobre um tema. Os autores defendem que técnicas como *brainstorming* favorecem a expressão de ideias em ambientes grupais e informais, sendo especialmente eficazes com adolescentes, antes de aprofundamentos analíticos mais estruturados. Esta técnica associa-se à investigação, tal como refere Bolsonello et. al. (2023), como uma estratégia para recolha de dados para a pesquisa.

No desenvolvimento desta técnica, é fundamental garantir a contribuição equitativa de todos os participantes, evitando a competitividade excessiva ou a manipulação do debate por um ou mais elementos, devendo ser acautelada a divergência para assuntos não relacionados com a temática (Barbosa et al., 2020; Link et al., 2024).

No encerramento da atividade, a síntese dos assuntos debatidos é de suma importância (Barbosa et al., 2020; Link et al., 2024).

Foi com base nestes pressupostos que se desenvolveu a atividade nas seis turmas do agrupamento de escolas. Contudo, observou-se alguma dificuldade em envolver plenamente todos os participantes, quer por limitações na expressão verbal que os inibiam, quer por características individuais inerentes a cada um.

A atividade diagnóstica recorrendo à técnica de *brainstorming* para debate/discussão de ideias decorreu entre 22 de abril e 2 de maio, sendo utilizada nas seis turmas do 9.º ano, como estratégia qualitativa exploratória com o objetivo de identificar conceções espontâneas dos participantes sobre conceitos relacionados com a literacia em saúde, respondendo, deste modo, ao objetivo que pretende identificar o conceito de literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes.

Considerando a complexidade inerente à temática e a faixa etária da população-alvo, optou-se por uma definição à priori das categorias de análise. Estas foram estruturadas com base no conjunto de competências cognitivas e sociais e na capacidade da pessoa para

aceder, compreender, avaliar e aplicar informação, com vista a melhorar e manter um elevado nível de saúde (Arriaga et al., 2023a), e complementadas pelo conceito de saúde. Esta categorização serviu de referencial orientador para a condução da sessão de *brainstorming*.

Adicionalmente, em função do grupo-alvo e da natureza da temática, considerou-se imperativa a elaboração de uma apresentação em PowerPoint (Apêndice VII), visando otimizar a manutenção do foco dos participantes nas questões do *brainstorming*. Para a sumarização das respostas obtidas, procedeu-se à criação de uma nuvem de palavras. Foi ainda realizado um diário de campo com as principais observações decorrente da interação com os participantes.

Esta abordagem permitiu recolher dados com significado, favorecendo a emergência de categorias temáticas a partir da linguagem e do contexto dos próprios participantes, os quais serão abordados na análise dos dados.

4.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em conta o tipo de estudo, os dados recolhidos no grupo focal e no *brainstorming* foram analisados sob o paradigma da análise qualitativa. O método de tratamento de dados utilizado foi a análise de conteúdo, utilizando os pressupostos de Bardin (2024).

O principal propósito da análise de dados qualitativos é, resumir as informações e identificar padrões ou estruturas, que estão por trás das experiências humanas e dos fenómenos sociais. Os resultados obtidos por meio dessa análise, não podem ser generalizados estatisticamente para toda a população, mas buscam uma compreensão mais ampla e teórica que possa ser aplicada a contextos semelhantes (Gonçalves et al., 2021).

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de interpretação do *corpus*, visando obter indicadores que permitem inferir os conhecimentos. Refere ainda que o objetivo principal desta técnica de análise é a redução do volume de material, por meio de processos sistemáticos, o que possibilitará a interpretação dos dados recolhidos. (Bardin, 2024).

A análise dos dados provenientes do grupo focal foi conduzida seguindo as fases da análise de conteúdo propostas por Bardin (2024): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A fase de pré-análise constitui a etapa inicial de organização, visando a sistematização das ideias preliminares. Segue-se a exploração do material, que engloba os

processos de codificação, decomposição ou enumeração dos dados. Finalmente, ocorre o tratamento dos resultados, culminando na inferência e interpretação dos achados.

4.6.1 – Análise de dados – Grupo focal

Em relação ao material proveniente da recolha de dados procedeu-se, no caso do grupo focal, à transcrição da gravação de áudio, constituindo-se com este material o *corpus* documental (conjunto de material a ser analisado) (Apêndice VIII).

O *corpus* foi alvo de uma leitura fluente. Este tipo de leitura é, de acordo com Bardin (2024, p. 71) uma leitura “aberta a todas as ideias, reflexões, hipóteses, numa espécie de *brainstorming* individual”.

Esta leitura fluente permitiu identificar unidades de registo relacionadas com os temas centrais e criar categorias e subcategorias.

As categorias têm o objetivo de resumir e simplificar o significado dos dados brutos. Agrupam a informação com base em algo comum. Essas categorias são criadas para organizar e entender melhor os elementos, agrupando-os por características semelhantes ajudando a entender melhor os dados recolhidos (Bardin, 2024).

Segue-se a apresentação das duas categorias identificadas da análise do *corpus* proveniente do grupo focal - Empoderamento Comunitário e Literacia em Saúde; Multiculturalidade e Integração Escolar e Práticas inclusivas, bem como as subcategorias emergentes – Empoderamento; Literacia; Diversidade cultural; Participação escolar e ainda as unidades de registo que integram cada uma das subcategorias (Quadro 2).

Quadro.2 - Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de registo emergentes do grupo focal

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
	Gestão Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu acho que aqui na escola nós fazemos tudo para que a saúde seja pelo melhor.” (P1)¹ • “ (...) no global temos um conjunto de ações e também a estrutura montada para tentarmos melhorar a saúde de cada um.” (P1) • (Existência de equipa de) “(...) mediadores de ligação entre o Centro de Saúde, equipa de saúde escolar e a escola.” (P2)² • “ (...) muita fome, procuram muitas vezes os funcionários porque dói a cabeça e nós perguntamos se já comeram, não comeram.” (P3)³ • “ (...) parecem-me obviamente saudáveis, claro que se percebe que

¹ P1 – Participante um – Diretor de turma.

² P2 – Participante dois – Psicólogo.

³ P3 – Participante três – Assistente Operacional.

Empoderamento Comunitário		<p><i>há crianças que não têm tanta facilidade, como outras, na alimentação (...).” (P4)⁴</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“E em cada turma, nós também temos um PES, que é obrigatório, que é o Projeto de Educação para a Saúde.” (P1)</i> • <i>“ (...), mas no geral, e pelo que tenho acompanhado dos miúdos, alguns poderão eventualmente não ter regras em casa, mas sim, na escola sim e valorizam essas regras.”(P4)</i> • <i>“ (...)a escola está a promover comportamentos bons (...).” (P2)</i> • <i>“ (...) implementar uma ponte com os encarregados de educação, porque a escola não se pode sobrepor nessas questões de saúde e de escolhas (...).” (P2)</i> • <i>“ (...) tirando as reuniões de conselho de turma e as reuniões em que se chamam os encarregados de educação, quer seja numa turma de quadro de excelência, quer outros, aparecem poucos, é residual.” (P2)</i> • <i>(Encarregados de educação migrantes) “ (...) muitos deles trabalham no campo, os horários são complicados, alguns não têm internet para verem os emails, o professor cria o endereço de email, mas eles não conseguem aceder.” (P2)</i> • <i>“ (...) nós estamos com currículos cada vez mais flexíveis e em que se pode fazer uma articulação com a saúde.” (P1)</i> • <i>“E nesta escola em questão haver uma articulação da escola de saúde com esta.” (P4)</i> • <i>“O que tem havido é cada vez mais um decréscimo de intervenção externa, o número de alunos a aumentar, a sociedade acelerada, os professores cada vez mais cansados (...).” (P2)</i> • <i>“(...) ao longo do ano letivo nós poderíamos fazer alguns momentos de paragem em que se assinalasse ou destacasse a questão da saúde, porque muitos aspetos relacionados com a saúde acabam por indiretamente chegar aos alunos e eles nem se apercebem, nós até fazemos um esforço, falamos sobre as coisas e tudo mais, mas se houvesse qualquer atividade marcante ajudava a integrar. (P1)</i>
	Literacia em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • <i>(A saúde)“(...) é multivariável.” (P2)</i> • <i>“ (...) quando os alunos chegam vamos averiguar se eles têm problemas de saúde (...) para sabermos como atuar (...).” (P1)</i> • <i>“ (...) se falarmos mesmo na palavra Literacia da Saúde acho que não sabem.” (P3)</i> • <i>“(...) há miúdos que se preocupam com a sua saúde, a parte do corpo, o desporto há miúdos no ginásio, todos eles fazem desporto escolar, futebol.” (P2)</i> • <i>“(...)importante, os alunos distinguem entre o urgente e não urgente (...). (P1)</i> • <i>(Os alunos) “Estes também serão pais, podemos ver sob esta prespetiva, numa questão de aprendizagem, isto é a médio e longo prazo.” (P1)</i> • <i>“Às vezes, ensinamos os filhos para ensinar os próprios pais.” (P2)</i> • <i>“(...) também cabe à escola, no fundo, quebrar a cadeia de comportamentos.” (P1)</i> • <i>“(...) a saúde dos profissionais e a saúde dos professores não está nada boa (...).” (P2)</i> • <i>“(...) terapia de grupo porque acho que as pessoas estão cada vez mais isoladas, (...) dificilmente partilhamos as nossas alegrias ou as nossas tristezas na relação com os alunos e na nossa profissão.” (P1)</i> • <i>“Tem que ser uma dinâmica em que os alunos, quase indiretamente, acabam por adquirir alguma literacia, acabam por fazer partilha, acabam por socializar a propósito daquele assunto.” (P1)</i> • <i>“Os primeiros socorros, são muito importantes(...).” (P4)</i> • <i>“(...) tenho aqui colegas que não querem frequentar os cursos de primeiros socorros.” (P3)</i> • <i>“As sessões não devem ser debitar para eles, mas ver o que é que eles querem falar.” (P2)</i> • <i>“É importante haver alguma coisa que ajude a que eles perceberem que saúde não é só doença e não doença.” (P2)</i>

⁴ P4 – Participante quatro – Encarregado de Educação do nono ano.

Multiculturalidade e Práticas Inclusivas	Diversidade cultural	<ul style="list-style-type: none"> • “(A saúde) também tem a ver com o nível social de cada um (...)” (P2). • “ (...) temos alunos muito diferentes (...)” P1 • (...) bebem muitas bebidas energéticas, os estrangeiros ainda mais e sumos com açúcar e batatas fritas.” (P2) • (Os migrantes) “Já são uma grande percentagem aqui na escola, são 30%.” (P1) • “Esta semana chegaram cinco.” (migrantes) (P2) • “ (...) na turma apenas 4 eram caucasianos, o resto eram todos estrangeiros.” (P2) • “Eles aceitam bem a multiculturalidade.” (P2) • “Então, depende das turmas e também dos miúdos que vêm, porque também são todos diferentes, embora oriundos do mesmo país são diferentes e de países diferentes mais diferentes ainda, e alguns aculturam-se muito bem, mas também há outros que não.” (P1) • “ (...) quando há um grupo grande numa turma eles têm tendência para se agrupar (...)” (P1) • “ (...) há uma cultura dos africanos, porque são mais, os africanos estão sempre ali mais junto ao bar.” (P2) • “ (...) o conceito de multiculturalidade é bem aceite (...), eu vejo como uma riqueza, só que, lá está, depende das dinâmicas que cada turma tem, da própria escola, das dinâmicas da escola e do próprio país.” (P2) • “Eles no geral gostam da escola, não gostam das aulas, mas da escola gostam e muitos deles ficam aqui porque é o sítio onde eles têm comida, têm alguém que lhe dá conforto, alguém ainda lhe dá um raspanete que é uma forma que eles têm de ter atenção (...)” (P2)
	Ações para a inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) desenvolveram algumas atividades, jogos tradicionais, uns para os outros, e correu muito bem, eles gostaram e valorizaram isso, ao ponto de agora continuarem.” (P1) • (Os migrantes) “(...) são recebidos por esta equipa. Na terça-feira fui buscar uma miúda paquistanesa que sabe falar muito bem português e um miúdo paquistanês que também sabe muito bem falar português e para servirem de interpretes aos novos elementos.” (P2) • (O acolhimento) “ (...) é uma preocupação.” (P2) • “(...) equipa de críquete (...)” P2 • (A equipa de críquete) “ (...) eles fizeram ações (...)” (para os outros alunos). (P2) • Eles são bem acolhidos, mas (...) depende das turmas porque há turmas onde os miúdos, por natureza são muito mais integradores dos outros que chegam e outras não (...)” (P1)

Em Síntese

A análise temática evidencia que o empoderamento comunitário no ambiente escolar exige mais do que estruturas formais – requer proximidade relacional, inclusão ativa e escuta permanente, tanto de alunos como de suas famílias. Paralelamente, a multiculturalidade, embora reconhecida como valor, enfrenta desafios quotidianos de integração que precisam de respostas pedagógicas articuladas, com espaço para diálogo intercultural e ações que envolvam também a comunidade educativa.

4.6.2 – Análise de dados – *Brainstorming*

No que diz respeito aos dados recolhidos através da técnica do *brainstorming*, procedeu-se à análise de conteúdo à luz da metodologia de Bardin (2015).

Como vimos anteriormente, esta análise baseia-se em três fases fundamentais. Assim, na Pré-análise, os dados foram organizados por turma (9.º A a 9.º F) (Apêndice IX), sendo analisadas as respostas dos participantes às cinco questões colocadas, prestando atenção a cada detalhe. Durante essa leitura, foram anotadas observações e percepções recolhidas no diário de campo.

Após esta organização, passou-se a fase seguinte, exploração do material (codificação e categorização), a qual deu origem à Tabela nº 3. A análise seguiu uma codificação temática indutiva, com categorias emergentes a partir dos discursos.

Quadro. 3 – Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de registo emergentes do brainstorming

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Conceito de Saúde	Ausência de doença	<ul style="list-style-type: none"> • “Ausência de problemas (doenças do corpo humano).” (TA)⁵ • “É não ter doenças, ser saudável.” (TA) • “Não estar doente.” (TB)⁶ • “Sem problemas mentais.” (TC)⁷ • “Não termos doenças no corpo.” (TE)⁸
	Bem-estar físico e psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • “Bem-estar físico e psicológico (ter saúde mental).” (TA) • “Estar bem ou mal (físicamente e psicologicamente).” (TB) • “Bem-estar mental e físico.” (TE) • “Não estar debilitado / afetado de maneira física ou psicológica.” (TF)⁹ • “Estar bem física e psicologicamente (não ter doenças e ter equilíbrio nas minhas emoções).” (TF)
	Equilíbrio e estilo de vida saudável	<ul style="list-style-type: none"> • “Alimentação saudável (variedade de comida).” (TD)¹⁰ • “Exercício físico / Desporto.” (TC) • “Bom sono (padrão de sono), porque o corpo descansa e relaxa.” (TC) • “Vida equilibrada.” (TC) • “Bons hábitos (andar de bicicleta, exercício físico, passar tempo fora de casa, estar com os amigos).” (TD)
	Dimensão relacional e emocional	<ul style="list-style-type: none"> • “Boa relação com a família.” (TC) • “Integrado na Sociedade.” (TB) • “Boa relação com a família” (TC) • “Conviver com os amigos.” (TC) • “Não ser solitário.” (TD) • “Estar bem connosco e com os que nos rodeiam.” (TD)
	Fontes formais e informais	<ul style="list-style-type: none"> • “Palestras.” (TA) • “Manuais e livros.” (TD) • “Sites sobre saúde.” (TE)

⁵ TA - Turma A
⁶ TB - Turma B
⁷ TC - Turma C
⁸ TE - Turma E
⁹ TF - Turma F
¹⁰ TD - Turma D

Acesso à Informação sobre Saúde		<ul style="list-style-type: none"> • “You tube.” (TE) • “Chat GPT.” (TE) • “Internet -Saúde 24. Sites fidedignos” (TF)
	Reconhecimento da legitimidade dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • “Profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bombeiros.”(TA) • “As mais importantes são as dos profissionais de saúde.” (TB) • “Médicos /especialistas na área da saúde / psicólogos, enfermeiros.” (TE) • “Médico de família/ enfermeiro.” (TF)
	Uso da internet com sentido crítico	<ul style="list-style-type: none"> • “A informação da internet tem que ser verificada.” (TB) • “Sites fidedignos, de instituições de saúde.” (TC) • “Google /pesquisas na internet. Tem que se confirmar a informação. Na internet há coisas que não são verdade.” (TD)
Compreensão da Informação sobre Saúde	Dificuldade com linguagem técnica	<ul style="list-style-type: none"> • “Informação difícil de entender, informação muito técnica”. (TA) • “Costumamos compreender a informação se não tiver nomes técnicos.” (TB) • “Às vezes há linguagem difícil.” (TF) • “Os medicamentos, nas caixas, trazem aqueles papéis e há palavras mais complicadas”. (TC) • “Há termos médicos mais complicados.” (TC)
	Estratégias de compreensão	<ul style="list-style-type: none"> • “Estudar para compreendermos melhor.” (TA) • “Procuramos sinónimos para compreender as palavras difíceis.” (TB) • “Procuramos pessoas que sabem.” (TB) • “Vocabulário mais complexo, pesquisamos no dicionário, chat GPT ou noutros lados” (TD) • “Quando não compreendo pergunto aos pais.” (TF) • “Há palavras difíceis. Pesquisa no Google, pergunta à mãe, procura num livro.” (TE)
	Processamento e Interpretação da Informação	<ul style="list-style-type: none"> • “Perceber o que nos estão a dizer.”(TF) • “Interpretar o que dizem.” (TC) • “Seguir os cuidados que temos que ter.” (TA) • “A médica fala e nós temos que perceber o que ela diz.” (TC) • “As análises, convém saber o que lá está.” (TC) • “Achamos que compreendemos quando conseguimos explicar.” (TD) • “Entender o que nos está a acontecer.” (TE) • “Saber como lidar com a situação. Se tiver gripe não posso ficar perto deles”. (TF)
Avaliação da Informação sobre Saúde	Avaliação como verificação e comparação	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando fazemos análises estamos a avaliar a nossa saúde.” (TA) • “Ir procurar mais quando temos informação contraditória.” (TB) • “Pesquisamos informação e temos que ter a certeza se a informação é certa, para isso falamos com o médico” (TE) • “Selecionar Informação.” (TA)
	Desconhecimento do conceito	<ul style="list-style-type: none"> • “É difícil aplicar o avaliar à informação da saúde.” (TA) • “Os gostos, o que precisamos.” (TE) • “Os que nos pode acontecer.” ((TE)
	Confiança em fontes institucionais	<ul style="list-style-type: none"> • “Acredito que a informação que a farmácia nos dá está certa.” (TA) • “Para avaliar a informação vou falar com os profissionais de saúde” (TB) • “Há muita informação disponível, dada por médicos, enfermeiros e por profissionais responsáveis” (TC) • “Fontes mais fidedignas – SNS, Saúde 24, OMS.” (TF)
	Aplicação prática no quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> • “Não comer coisas que nos fazem mal.” (TB) • “Lermos os rótulos (se tem coisas que não são boas, se não comemos estamos a aplicar).” (TB) • “Quando comemos de forma correta.” (TC)

Aplicação da Informação sobre Saúde		<ul style="list-style-type: none"> • “Não beber bebidas alcoólicas. Se beber não aplico a informação.” (TD) • “Fazer uma boa alimentação e exercício físico para prevenir doenças.” (TE) • “Tomar cuidado. Por exemplo apanhamos uma doença, evitar fazer coisas para a apanhar – prevenir doenças.” (TE) • “Falamos com uma psicóloga. Ela dá-nos dicas para melhorar o estado mental. Aplicamos essas dicas.” (TE) • “Fazer exercício físico, porque sabemos que faz bem.” (TF) • “Comer alimentos saudáveis, aprendemos na escola (que faz bem).” (TF)
	Transferência de conhecimentos adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> • “Esclarecemos dúvidas com um profissional, aprendemos e transmitimos ao outro.” (TC) • “Aplicar a informação é igual a transmitir a informação ao outro.” (TC) • “Entender as outras pessoas para transmitir.” (TF) • “Ajudar a si próprio e aos outros. Passar a informação às outras pessoas para elas aplicarem.” (TF)
	Consciencialização da utilidade da informação	<ul style="list-style-type: none"> • “Quando estamos doentes como aplicar o que nos dão. Os medicamentos trazem um folheto. Questionar o médico para sabermos.” (TA) • “A saúde não é só não ter doenças, é mais que isso, todos os dias aplicamos informação sobre saúde. De forma inconsciente aplicamos informação.” (TC) • “Quando temos uma doença saber sobre essa doença.” (TA) • “Saber o tipo de sangue, é importante.” (TA) • “Por exemplo aprendemos o Suporte Básico de Vida, agora já sabemos como fazer se necessário.” (TC) • “Quanto mais informação nós sabemos, isso é ótimo, mais fácil é ajudarmos as pessoas.” (TC) • “Saber como agir quando acontece um incidente.” (TA)

Em Síntese

A análise temática do conceito de saúde revela que, embora a ausência de doença seja um componente com bastante evidência, a sua compreensão estende-se para além desta dimensão. Evidencia-se a crucial importância do bem-estar nas suas vertentes física e psicológica, e estabelece-se uma clara relação entre saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis. Adicionalmente, a análise ressalta a relevância dos aspetos relacionais e emocionais, que também se configuram como pilares fundamentais da saúde.

A análise das competências chave em literacia em saúde revelou os seguintes aspetos preponderantes:

Aceder à informação - observou-se uma preferência clara pelo acesso à informação através de websites, com uma valorização notória da inteligência artificial. Contudo, foi igualmente reconhecida a relevância da informação obtida em livros e a transmitida por profissionais de saúde.

Compreender a informação - os participantes enfatizaram a importância de conseguir processar e interpretar a informação recebida. Foi também destacada a dificuldade em

entender a linguagem técnica, com a sugestão de estratégias para a sua descodificação, quando necessário.

Avaliar a informação - a competência sobre a avaliação da informação foi, de forma transversal, a que apresentou maior dificuldade de compreensão conceptual. Não obstante, a necessidade de verificar a informação através de estratégias de comparação foi salientada, evidenciando uma forte confiança em fontes institucionais.

Utilizar a informação - Relativamente à utilização da informação, destacou-se a sua aplicação prática no quotidiano. Adicionalmente, sobressaiu a utilidade de se estar informado e a importância de partilhar essa informação com terceiros.

No capítulo seguinte será apresentada a terceira fase da análise de conteúdo - tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

PARTE III – EXPOSIÇÃO E INTERPRETAÇÃO ANALÍTICA

5 – EMPODERAMENTO DA COMUNIDADE ESCOLAR PARA PROMOVER A LITERACIA EM SAÚDE DOS JOVENS

A terceira fase da análise de conteúdo, foca-se na verificação e interpretação dos resultados, que consiste em relacionar os dados recolhidos com os objetivos da investigação e com o que referem os autores, no sentido de os interpretar, e deste modo, responder à questão em análise (Sousa & Ferrito, 2022).

Neste percurso, a análise subsequente tem como propósito central compreender, a partir dos dados recolhidos, como se caracteriza o empoderamento comunitário dos jovens autóctones e migrantes do terceiro ciclo do ensino básico e de que forma é identificado o conceito de literacia em saúde por parte destes mesmos jovens.

5.1 – CARACTERIZAR O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO DOS JOVENS

No âmbito do estudo empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico, emergiram quatro subcategorias, duas ao nível da categoria **Empoderamento Comunitário** e outras duas ao nível da categoria **Multiculturalidade e Práticas Inclusivas**.

Da categoria **Empoderamento Comunitário** emergiram as subcategorias: *Gestão Comunitária e Literacia em Saúde*.

A gestão comunitária, é na perspectiva de Melo (2020), um processo dinâmico e intrínseco ao empoderamento comunitário e pode ser compreendida como o processo através do qual a comunidade (englobando indivíduos, pequenos grupos e organizações comunitárias) interage, mobiliza recursos e toma decisões de forma participativa, tendo como objetivo alcançar metas comuns, promover a sua saúde e bem-estar, e aumentar o seu controlo sobre os determinantes da saúde.

Ao nível da subcategoria *Gestão Comunitária*, foram identificadas ações no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar o que pode ser verificado através dos registos:

“Eu acho que aqui na escola nós fazemos tudo para que a saúde seja pelo melhor”. (P1); “(...) no global temos um conjunto de ações e também a estrutura montada para tentarmos melhorar a saúde de cada um.” (P1).

A capacidade de uma comunidade avaliar de forma crítica os seus problemas é um passo fulcral na resolução dos mesmos. Neste contexto, foram identificadas diversas fragilidades específicas na comunidade escolar, nomeadamente:

- Situações de carência alimentar:

“(...) parecem-me obviamente saudáveis, claro que se percebe que há crianças que não têm tanta facilidade, como outras, na alimentação (...)” (P4); “(...) muita fome, procuram muitas vezes os funcionários porque dói a cabeça e nós perguntamos se já comeram, não comeram.” (P3);

- Sentimento de isolamento em relação aos parceiros sociais e dentro da própria comunidade escolar:

“O que tem havido é cada vez mais um decréscimo de intervenção externa, o número de alunos a aumentar, a sociedade acelerada, os professores cada vez mais cansados (...)” (P2);

- Indisponibilidade por parte de alguns profissionais para as aprendizagens:

“ (...) tenho aqui colegas que não querem frequentar os cursos de primeiros socorros.” (P3).

A comunidade em análise consegue identificar aspetos positivos, os quais poderão ser importantes numa futura intervenção, como a perceção de que a escola é uma estrutura referencial e de contenção, que promove regras valorizadas pelos alunos. Este aspeto é evidenciado na unidade de registo:

“(...), mas no geral, e pelo que tenho acompanhado dos miúdos, alguns poderão eventualmente não ter regras em casa, mas sim, na escola sim e valorizam essas regras.” (P4).

A escola constitui um agente transformador fundamental, configurando-se como o contexto primário onde grande parte das crianças adquire empoderamento em relação à sua saúde (Rodrigues-Pires, 2025). Para que este processo se concretize, é imperativo que a comunidade escolar demonstre abertura e um nível de maturidade institucional e interpessoal adequado. Este aspeto transpareceu nas seguintes unidades de registo:

“(...) a escola está a promover comportamentos bons (...)” (P2); “(...) nós estamos com currículos cada vez mais flexíveis e em que pode haver

articulação com a saúde.” (P1); “(...) haver uma articulação da escola de saúde com esta.” (P4).

A participação comunitária é reconhecida como um dos componentes fundamentais da gestão comunitária, conforme enfatizado por Melo (2020). No contexto do presente estudo, os participantes do estudo identificaram a participação dos encarregados de educação como deficitária, o que foi espelhado nas unidades de registo:

“(...) tirando as reuniões de conselho de turma e as reuniões em que se chamam os encarregados de educação, quer seja numa turma de quadro de excelência, quer outros, aparecem poucos, é residual.” (P2); (Encarregados de educação migrantes) “(...) muitos deles trabalham no campo, os horários são complicados, alguns não têm internet para verem os emails, o professor cria o endereço de email, mas eles não conseguem aceder.” (P2); “(...) muitos dos miúdos vêm viver com tios ou com irmãos mais velhos e outros os pais também estão separados e têm horários complicados (...)” (P2).

Conforme postulado por Melo (2020), a presença de estruturas organizativas (como comissões, grupos de trabalho, entre outros) destinadas a abordar problemas específicos na comunidade constitui um aspeto integrante da gestão comunitária. Esta capacidade de organização e resposta estruturada reflete a operacionalização do empoderamento ao nível comunitário. Este aspeto foi evidente nas expressões dos participantes:

(Existência de equipa de) “(...) mediadores de ligação entre o Centro de Saúde, equipa de saúde escolar e a escola.” (P2); “E em cada turma, nós também temos um PES, que é obrigatório, que é o Projeto de Educação para a Saúde.” (P1); “(...) implementar uma ponte com os encarregados de educação, porque a escola não se pode sobrepor nessas questões de saúde e de escolhas (...)” (P2).

Para além da dimensão estrutural previamente mencionada, a capacidade de uma comunidade para refletir criticamente e inovar na procura de soluções para os problemas identificados constitui um aspeto igualmente central e valioso da gestão comunitária (Melo, 2020). Este aspeto foi identificado na referência:

“(...) ao longo do ano letivo nós poderíamos fazer alguns momentos de paragem em que se assinalasse ou destacasse a questão da saúde,

porque muitos aspetos relacionados com a saúde acabam por indiretamente chegar aos alunos e eles nem se apercebem, nós até fazemos um esforço, falamos sobre as coisas e tudo mais, mas se houvesse qualquer atividade marcante ajudava a integrar. (P1)

Prosseguindo agora para a análise da subcategoria *Literacia em Saúde*, a literatura revisada evidência que esta não só constitui um pilar fundamental para o empoderamento individual e comunitário, mas também é, reciprocamente, potenciada pelo incremento do empoderamento comunitário (Pender et al., 2015). O contexto escolar, em particular, apresenta-se como um ambiente altamente propício a essa interdependência e ao desenvolvimento progressivo de ambas as dimensões conforme indicado em WHO (2021).

A visão abrangente e relevante da saúde na vida dos indivíduos é um conceito com várias décadas, mas que continua a ser fundamental. A Carta de Ottawa (OMS, 1986, s.p) salienta que, “a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (...) é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.”

Enquadrado nesta afirmação da OMS, um dos participantes do estudo referem:

(A saúde) “(...) é multivariável.” (P2);(A saúde)“também tem a ver com o nível social de cada um (...).” (P2).

Esta perspetiva da saúde posiciona-a não como um fim em si mesma, mas como um recurso e uma capacidade adaptativa. Esta dimensão da saúde é valorizada nas seguintes unidades de registo:

“(...) quando os alunos chegam vamos averiguar se eles têm problemas de saúde (...) para sabermos como atuar (...).” (P1).

A saúde constitui-se como o alicerce que faculta aos indivíduos a participação plena nas esferas da vida, capacitando-os a prosseguir os seus objetivos e aspirações. Consequentemente, possuir saúde (ou a competência para a sua gestão contínua) é imperativo para a maximização do bem-estar, a superação de adversidades e a plena realização do potencial humano. Neste processo, os indivíduos devem ter um papel ativo e consciente na gestão da sua saúde (Pender et al., 2015). Os participantes do estudo evidenciaram aspetos que denotam a consciencialização da importância da gestão da saúde através da identificação de aspetos como:

“(...) há miúdos que se preocupam com a sua saúde, a parte do corpo, o desporto há miúdos no ginásio, todos eles fazem desporto escolar, futebol.” (P2); “É importante haver alguma coisa que ajude a que eles perceberem que saúde não é só doença e não doença.” (P2); “(...) a saúde dos profissionais e a saúde dos professores não está nada boa (...).” (P2).

Para melhorar a saúde dos profissionais, os participantes sugeriram como possível intervenção a realização de

“(...) terapia de grupo porque acho que as pessoas estão cada vez mais isoladas, (...) dificilmente partilhamos as nossas alegrias ou as nossas tristezas na relação com os alunos e na nossa profissão.” (P1).

Esta capacidade de utilizar as informações sobre saúde para a otimização da mesma é um dos propósitos centrais da literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

Ainda neste sentido, e evidenciando a importância de promover a literacia em saúde nos jovens, foi evidenciado o seu desconhecimento relativamente ao conceito.

“(...) se falarmos mesmo na palavra literacia da saúde acho que não sabem.” (P3).

Também foi identificada a importância de aumentar os seus conhecimentos relativamente à temática, contribuindo para melhores níveis de literacia. Neste sentido foi dado ênfase aos aspetos:

(Os alunos) “Estes também serão pais, podemos ver sob esta perspetiva, numa questão de aprendizagem, isto é, a médio e longo prazo.” (P1); “Às vezes, ensinamos os filhos para ensinar os próprios pais.” (P2); “(...) também cabe à escola, no fundo, quebrar a cadeia de comportamentos.” (P1); “(...) importante, os alunos distinguirem entre o urgente e não urgente (...). (P1); “Os primeiros socorros, são muito importantes (...).” (P4).

A promoção da literacia em saúde tem que ser dirigida às necessidades dos cidadãos (DGS, 2022). Este aspeto foi salientado pelos intervenientes quando referem:

“As sessões não devem ser de ditar para eles, mas ver o que é que eles querem falar.” (P2); “Tem que ser uma dinâmica em que os alunos, quase

indiretamente, acabam por adquirir alguma literacia, acabam por fazer partilha, acabam por socializar a propósito daquele assunto.” (P1).

Este achado sublinha que a mera transmissão de informação é insuficiente. É imperativo assegurar que esta seja percebida, assimilada e conscientemente aplicada nas decisões, fomentando a valorização da saúde como uma responsabilidade individual (Freitas e Arriaga, 2023). Tal capacitação, possui uma ação transformadora, tanto a nível individual quanto comunitário, empoderando os alunos a refletirem criticamente sobre as consequências das suas ações para si próprios, e para a sociedade em geral (Okan et al., 2020).

Da categoria **Multiculturalidade e Práticas Inclusivas** emergiram as subcategorias: *Diversidade Cultural e Ações para a Inclusão*

A diversidade cultural resultante da mobilidade populacional sendo um aspeto evidente nas escolas portuguesas (Fonseca & Galvão, 2023).

A subcategoria *Diversidade Cultural* adveio das expressões:

(Os migrantes) “Já são uma grande percentagem aqui na escola, são 30%.”(P1); “Esta semana chegaram cinco.” (migrantes) (P2); “(...) na turma apenas 4 eram caucasianos, o resto eram todos estrangeiros.” (P2).

A diversidade constitui um fator de valorização para a comunidade escolar. Porém, para que este potencial seja plenamente realizado, é imperativo que os alunos migrantes sejam integrados de forma efetiva. A inclusão bem-sucedida configura-se assim, como um processo contínuo que demanda, por um lado, flexibilidade e adaptação às necessidades individuais dos alunos e, por outro, preparação estratégica e reconfiguração das dinâmicas e da cultura institucional da escola (Direção-Geral da Educação (DGE), 2024).

Este aspeto é uma realidade sentida na escola e manifestado pelos participantes que referiram:

“(...) o conceito de multiculturalidade é bem aceite (...), eu vejo como uma riqueza, só que, lá está, depende das dinâmicas que cada turma tem, da própria escola, das dinâmicas da escola e do próprio país.” (P2); “(...) temos alunos muito diferentes (...).”P1; “Eles aceitam bem a multiculturalidade.” (P2) (referente aos alunos); A aceitação “(...), depende das turmas e também dos miúdos que vêm, porque também são todos diferentes, embora oriundos do mesmo país são diferentes e de países

diferentes mais diferentes ainda, e alguns aculturam-se muito bem, mas também há outros que não.” (P1)

Identificaram-se também, fatores diretamente relacionados com a cultura e socialização, nomeadamente:

(...) bebem muitas bebidas energéticas, os estrangeiros ainda mais e sumos com açúcar e batatas fritas.” (P2); “(...) quando há um grupo grande numa turma eles têm tendência para se agrupar (...).” (P1); “(...) há uma cultura dos africanos, porque são mais, os africanos estão sempre ali mais junto ao bar.” (P2).

Em relação ao sentimento de pertença à comunidade escolar, foi referido que:

“Eles no geral gostam da escola, não gostam das aulas, mas da escola gostam e muitos deles ficam aqui porque é o sítio onde eles têm comida, têm alguém que lhe dá conforto, alguém ainda lhe dá um raspanete que é uma forma que eles têm de ter atenção (...).” (P2)

No que se refere à subcategoria *Ações para a Inclusão* é importante salientar que, de acordo com a DGE (2024), face à crescente heterogeneidade sociodemográfica nas comunidades escolares contemporâneas, torna-se imperativo que as instituições de ensino consolidem, de forma intencional e estratégica, respostas pedagógicas e organizacionais adequadas visando o acolhimento e a plena integração dos alunos migrantes. A escola onde decorreu o estudo segue estas premissas, sendo possível identificar por meio dos participantes que:

(O acolhimento) “(...) é uma preocupação.” (P2); (Os migrantes) “(...) são recebidos por esta equipa. Na terça-feira fui buscar uma miúda paquistanesa que sabe falar muito bem português e um miúdo paquistanês que também sabe muito bem falar português e para servirem de interpretes aos novos elementos.” (P2);

Esta é uma das estratégias apontadas pela DGE (2024, p. 10), quando refere que é importante “envolver alunos que já estejam a integrados na escola no acolhimento dos recém-chegados.” Neste documento também é salientada a importância de promover atividades desportivas, culturais, entre outras, para promover a integração (DGE, 2024).

A escola valoriza estas ações e desenvolve estratégias de inclusão, sendo este aspeto exemplificado pelas seguintes unidades de registo:

(Os alunos) “(...) desenvolveram algumas atividades, jogos tradicionais, uns para os outros, e correu muito bem, eles gostaram e valorizaram isso, ao ponto de agora continuarem.” (P1); (Foi constituída uma) “(...) equipa de críquete (...).” (P2); (Os jogadores de críquete) “(...) eles fizeram ações (...).” (para os outros alunos). (P2).

Para promover a literacia em saúde e o subsequente empoderamento comunitário nas populações jovens as estratégias interativas são as mais aliciantes (Evangelista et al., 2023), pelo que se considera que a escola já consegue, de forma autónoma, realizar algumas atividades relacionadas com a integração de todos os seus alunos.

A *scoping review* realizada evidenciou a importância de adequar estratégias de intervenção ao grupo alvo. No estudo de Sastre et al. (2019), o uso da fotografia digital como meio de promover a comunicação e a interiorização de conhecimentos relativamente à literacia em saúde, constituiu-se como uma mais valia. Com esta metodologia foi possível desenvolver a literacia em saúde, ao mesmo tempo que se promoveu a socialização entre alunos de diferentes nacionalidades e cultura, onde acrescia a barreiras linguísticas.

Porém, a integração dos novos alunos não é uniforme em toda a comunidade escolar, e este aspeto é identificado e parece suscitar preocupação, a qual é visível através das expressões:

“Eles são bem acolhidos, mas (...) depende das turmas porque há turmas onde os miúdos, por natureza são muito mais integradores dos outros que chegam e outras não (...).” (P1); *“Temos que ver aqui que há as duas situações. Eu permaneço na minha, eu tenho a minha língua, até mesmo em sala de aula, e essa é outra situação que nós estamos atentos, que é quando há um grupo grande numa turma eles têm tendência para se agrupar na própria turma, porque têm língua comum e os outros sabem lá o que eles estão a dizer, não é.”* (P1).

5.2 – IDENTIFICAR O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE

A categorização conceptual da literacia em saúde, deu origem às seguintes categorias: **Conceito de Saúde, Acesso à Informação sobre Saúde, Compreensão da Informação sobre Saúde, Avaliação da Informação sobre saúde e Aplicação da**

Informação sobre saúde. A partir destas categorias, emergiram diversas subcategorias detalhadas a seguir.

Identificou-se que, transversalmente, existe um número considerável de alunos com dificuldade em expressar conhecimentos relativamente às competências chave, notando-se por vezes confusão entre os conceitos. Os alunos que não dominam a língua tiveram mais dificuldade em se expressar, nos alunos autóctones também manifestaram esta dificuldade. No entanto considera-se importante que em futuras intervenções este aspeto seja tido em conta.

O conceito de saúde é intrinsecamente indissociável da literacia em saúde. Por sua vez, a saúde configura-se como um processo holístico e dinâmico, cuja apreensão e manutenção estão intrinsecamente ligadas à qualidade das interações interpessoais e ao contexto em que o indivíduo se insere (Almeida, 2023c).

A relevância de se compreender o conceito de saúde apreendido pelos alunos no presente estudo reside precisamente na interligação intrínseca entre saúde e literacia em saúde, e na influência crítica dos contextos nesse processo dinâmico (Almeida, 2023c).

Deste modo, saber qual o conceito que os alunos têm sobre saúde foi considerado fundamental para o estudo, verificando-se através da análise quatro subcategorias.

A conceção de saúde como ausência de doença constituiu historicamente a perspetiva inaugural. Nesta visão biomédica e reducionista, o foco reside primariamente na cura e tratamento de enfermidades, negligenciando as dimensões psicossociais, ambientais e o bem-estar global do indivíduo.

Constatou-se que os alunos, apesar da temática da saúde ser abordada várias vezes ao longo dos vários ciclos de ensino, ainda identificam de forma substancial a saúde como a ausência de doença.

Assim, identificou-se a subcategoria *Ausência de Doença*, com base nas unidades de registo:

“Ausência de problemas (doenças do corpo humano).” (TA)¹¹; “É não ter doenças, ser saudável.” (TA); “Não estar doente.” (TB)¹²; “Sem problemas mentais.” (TC)¹³; “Não termos doenças no corpo.” (TE)¹⁴.

¹¹ TA - Turma A

¹² TB - Turma B

¹³ TC - Turma C

¹⁴ TE - Turma E

O aparecimento da promoção da saúde como estratégia central para a melhoria da saúde alterou o paradigma da definição de saúde em termos médicos tradicionais (o modelo curativo dentro de uma perspetiva biológica) para uma definição multidimensional de saúde com dimensões sociais, económicas, culturais e ambientais (Pender et al., 2015).

O surgimento desta subcategoria, pode ser justificado pela faixa etária dos alunos (aproximadamente 14 anos), visto que, de acordo com Pender et al. (2015), o conceito de saúde evolui em correlação com o amadurecimento individual. Observa-se que, com o desenvolvimento progressivo, os jovens tendem a manifestar uma compreensão de saúde mais abstrata e inclusiva, distanciando-se da definição inicial predominantemente focada na ausência de doença.

Especificamente, com o avançar da idade na adolescência, as definições de saúde exibem uma tendência crescente para a diversidade temática (englobando as dimensões física, mental, social e emocional) e uma ênfase decrescente na mera ausência de patologias (Pender et al., 2015).

Este aspeto é visível nas outras três subcategorias, da categoria **Conceito de Saúde**, que serão aprestadas de seguida.

Relativamente à subcategoria *Bem-estar Físico e Psicológico*, os alunos enfatizaram uma dimensão que corrobora a perspetiva da OMS (1946), na qual o bem-estar é compreendido não em antagonismo à doença, mas antes como um estado de equilíbrio e harmonia. Esta subcategoria foi identificada com base nas unidades de registo:

“Bem-estar físico e psicológico (ter saúde mental).” (TA); “Estar bem ou mal (fisicamente e psicologicamente).” (TB); “Bem-estar mental e físico.” (TE); “Não estar debilitado / afetado de maneira física ou psicológica.” (TF)¹⁵; “Estar bem física e psicologicamente (não ter doenças e ter equilíbrio nas minhas emoções).” (TF).

Passando agora à análise da subcategoria *Equilíbrio e Estilo de Vida Saudável*, os alunos valorizam estes aspetos como sendo importantes para se obter saúde. No cômputo geral foi destacada a importância do exercício e da atividade física, dos hábitos de sono e repouso e da alimentação saudável, emergindo da interação as seguintes unidades de registo:

¹⁵ TF - Turma F

“Alimentação saudável (variedade de comida).” (TD)¹⁶; “Exercício físico / Desporto.” (TC); “Bom sono (padrão de sono), porque o corpo descansa e relaxa.” (TC); “Vida equilibrada.” (TC); “Bons hábitos (andar de bicicleta, exercício físico, passar tempo fora de casa, estar com os amigos).” (TD).

Por fim, a subcategoria *Dimensão Relacional e Emocional* emergiu das expressões:

“Boa relação com a família.” (TC); “Integrado na Sociedade.” (TB); “Boa relação com a família” (TC); “Conviver com os amigos.” (TC); “Não ser solitário.” (TD); “Estar bem connosco e com os que nos rodeiam.” (TD).

O ambiente escolar pode ser um local privilegiado para promover esta dimensão relacional e emocional, não apenas através de aulas formais, mas também de atividades extracurriculares, apoio psicossocial e criação de um clima escolar positivo (Okan et al., 2020).

A capacidade de os jovens conseguirem atribuir significado à saúde para além da ausência de doença demonstra um certo nível de consciência crítica sobre a saúde, a qual é um passo crucial para o empoderamento, pois permite que eles identifiquem problemas de forma mais abrangente e busquem soluções mais holísticas (Okan et al., 2020).

Ao capacitar os cidadãos a gerir melhor a sua saúde e a interagir eficazmente com o sistema de saúde, a literacia em saúde contribui diretamente para a melhoria do desempenho escolar e profissional, para o aumento da qualidade de vida e para a transformação social, atuando decisivamente na eliminação das iniquidades (Loureiro, 2015).

Neste sentido, é importante compreender a conceção de literacia em saúde da população alvo do estudo.

A literacia em saúde transcende a mera capacidade de ler informação disponível nos serviços de saúde ou seguir as prescrições dos profissionais de saúde. Ela engloba a habilidade de localizar, compreender e aplicar eficazmente a informação em saúde para tomar decisões bem fundamentadas. Essencialmente, a literacia em saúde capacita o indivíduo a tornar-se um participante ativo no seu próprio percurso de saúde (WHO, 2017).

A categoria **Acesso à Informação** gerou três subcategorias: *Fontes Formais e Informais; Reconhecimento da Legitimidade dos Profissionais de Saúde; Uso da Internet com Sentido Crítico.*

Na subcategoria *Fontes Formais e Informais* sobressaíram as seguintes evidências:

¹⁶ TD - Turma D

“Palestras.” (TA); “Manuais e livros.” (TD); “Sites sobre saúde.” (TE); “YouTube.” (TE); “Chat GPT.” (TE); “Internet -Saúde 24. Sites fidedignos” (TF).

As principais fontes de influência interpessoal na literacia em saúde são a família, os pares e os profissionais de saúde (Pender et al., 2015).

A subcategoria *Legitimidade dos Profissionais de Saúde* evidenciou-se nas seguintes unidades de registo:

“Profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bombeiros.” (TA); “As mais importantes são as dos profissionais de saúde.” (TB); “Médicos / especialistas na área da saúde / psicólogos, enfermeiros.” (TE); “Médico de família/ enfermeiro.” (TF).

A disseminação de informações incorretas ou enganosas nas plataformas digitais é um grande desafio, pois “as pessoas podem encontrar informações de saúde não verificadas, o que pode prejudicar a sua compreensão e contribuir para a tomada de decisões erradas” (Almeida, 2023d, p. 157). Por este motivo é fundamental que os alunos estejam alerta para este problema e que saibam reconhecer fontes seguras de fontes duvidosas.

A subcategoria *Uso da Internet com Sentido Crítico*, emergiu das expressões:

“A informação da internet tem que ser verificada.” (TB); “Sites fidedignos, de instituições de saúde.” (TC); “Google /pesquisas na internet. Tem que se confirmar a informação. Na internet há coisas que não são verdade.” (TD).

Apesar de vários alunos já possuírem este sentimento crítico em relação às pesquisas realizadas na internet, ainda foi referido por vários alunos que pesquisam a informação em qualquer site sem se preocuparem com a fonte.

A transformação digital está a revolucionar a saúde, com o potencial disruptivo de tecnologias como a Inteligência Artificial e plataformas que facilitam a troca e o armazenamento de dados.

Em todas as turmas os alunos referiram aceder ao Chat GPT para recolher informação sobre saúde. A capacidade de recolher informações remotamente e partilhá-las em todo o ecossistema de saúde tem-se mostrado eficaz na melhoria dos resultados em saúde. Mas, para que estas ferramentas sejam usadas de forma efetiva pela população, é importante que a tecnologia seja de uso fácil, que a literacia digital seja promovida de forma

ativa, e que exista facilidade de todos terem acesso a estas ferramentas, para que não exista iniquidade. Estas tecnologias acarretam consigo alguns riscos, como por exemplo a desinformação (CNS, 2024; Fonseca & Galvão, 2023).

Um dos principais achados da *scoping review* realizada corrobora este aspeto, evidenciando, através do estudo de Pendl et al. (2023), uma correlação positiva entre a literacia em saúde e os desfechos de saúde individuais. Adicionalmente, foi possível verificar que o uso frequente de bases de dados relacionadas com a saúde constitui o preditor mais influente tanto para a literacia em saúde quanto para a literacia em saúde digital.

Face a estes resultados, ressalta-se a importância do desenvolvimento de programas de literacia em saúde em ambiente escolar. Tais programas visam otimizar as competências dos alunos para a utilização crítica da informação veiculada na internet, ao mesmo tempo que promovem a consciencialização sobre as suas próprias capacidades e limitações e fomentam o desenvolvimento contínuo de novas competências (Pendl et al., 2023)

Embora o acesso a uma vasta quantidade de informações seja atualmente ubíquo, é crucial reconhecer que a disponibilidade informacional, por si só, não é suficiente para induzir alterações comportamentais. Conforme apontado por Almeida et al. (2023c), a mera posse de informação não se traduz automaticamente em modificação de comportamento, para tal é preciso compreender e integrar a informação nas nossas práticas diárias.

A categoria **Compreensão da Informação sobre Saúde** originou três subcategorias: *Dificuldade com Linguagem Técnica; Estratégias de Compreensão; Processamento e Interpretação da Informação.*

Muitas das informações sobre saúde disponíveis ainda são apresentadas em linguagem técnica e complexa, tornando-as de difícil compressão. O uso de termos médicos e jargões são obstáculos para que a informação produza o efeito desejado, que é contribuir para a capacitação dos indivíduos (Almeida, 2023d).

Esta dificuldade foi manifestada pelos alunos dando origem à subcategoria *Dificuldade com Linguagem Técnica*, podendo ser exemplificada pelas seguintes unidades de registo:

“Informação difícil de entender, informação muito técnica”. (TA);
“Costumamos compreender a informação se não tiver nomes técnicos.”
(TB); “Às vezes há linguagem difícil.” (TF); “Os medicamentos, nas caixas,
trazem aqueles papéis e há palavras mais complicadas”. (TC); “Há termos
médicos mais complicados.” (TC).

Para ultrapassar estes desafios, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, os criadores de conteúdo de saúde e os comunicadores utilizem linguagem clara e acessível, além de disponibilizarem informações em múltiplos formatos e de acordo com a língua percebida pelo grupo alvo (Almeida, 2023d).

A compreensão permite que os indivíduos interpretem o significado da informação de saúde, o que é essencial para tomar decisões informadas e seguras sobre a sua própria saúde e a da sua família. Sem uma compreensão clara, a informação pode ser mal interpretada, levando a escolhas inadequadas ou até prejudiciais. Isso inclui decisões sobre tratamentos, prevenção de doenças, gestão de condições crónicas e adoção de estilos de vida saudáveis (Nutbeam, 2000).

A subcategoria *Processamento e Interpretação da Informação* surgiu com base nas seguintes unidades de registo:

“Perceber o que nos estão a dizer.” (TF); *“Interpretar o que dizem.”* (TC); *“Seguir os cuidados que temos que ter.”* (TA); *“A médica fala e nós temos que perceber o que ela diz.”* (TC); *“As análises, convém saber o que lá está.”* (TC); *“Achamos que compreendemos quando conseguimos explicar.”* (TD); *“Entender o que nos está a acontecer.”* (TE); *“Saber como lidar com a situação. Se tiver gripe não posso ficar perto deles”.* (TF).

Para que os indivíduos consigam interpretar e dar sentido à informação de saúde que recebem é necessário terem capacidade para descodificar a mensagem. Para tal, existem estratégias cognitivas e comportamentais que contribuem para esta interpretação da informação, pois, como vimos anteriormente, a mera acessibilidade da informação não garante que ela seja entendida (Freitas e Arriaga, 2023).

Esta informação deu significado e fez emergir a subcategoria *Estratégias de Compreensão* com base em unidades de registo como por exemplo:

“Estudar para compreendermos melhor.” (TA); *“Procuramos sinónimos para compreender as palavras difíceis.”* (TB); *“Procuramos pessoas que sabem.”* (TB); *“Vocabulário mais complexo, pesquisamos no dicionário, chat GPT ou noutros lados”* (TD); *“Quando não compreendo pergunto aos pais.”* (TF); *“Há palavras difíceis. Pesquisa no Google, pergunta à mãe, procura num livro.”* (TE).

Da análise dos dados relativamente à categoria **Avaliação da Informação sobre Saúde** resultou a identificação de três subcategorias: *Avaliação como Verificação e Comparação*; *Desconhecimento do Conceito*; *Confiança em fontes Institucionais*.

Avaliar a informação sobre saúde foi, de forma transversal, o conceito que apresentou maior dificuldade de compreensão conceptual, o que se observou durante a interação nas turmas.

A subcategoria *Desconhecimento do Conceito*, diretamente relacionada com o referido anteriormente pode ser exemplificada através das unidades de registo:

“É difícil aplicar o avaliar à informação da saúde.” (TA); *“Os gostos, o que precisamos.”* (TE); *“O que nos pode acontecer.”*(TE).

Para além desta subcategoria foi identificada a subcategoria *Validação como Verificação e Comparação*.

Avaliar e comparar é um aspeto central da literacia em saúde, crucial para discernir a credibilidade e precisão das informações disponíveis. A validação através da verificação e comparação permite que o indivíduo assuma um papel ativo no controle de qualidade da informação que consome, em vez de aceitar passivamente o que lhe é apresentado. Isso é um aspeto fundamental do empoderamento individual em saúde, permitindo que as pessoas tomem decisões informadas e seguras (Nutbeam, 2000).

“Quando fazemos análises estamos a avaliar a nossa saúde.” (TA); *“O Médico avalia e informa-nos sobre a saúde.”* (TA); *“Ir procurar mais quando temos informação contraditória.”* (TB); *“Pesquisamos informação e temos que ter a certeza se a informação é certa, para isso falamos com o médico”* (TE); *“Selecionar Informação.”* (TA)

A credibilidade da informação em saúde está intrinsecamente ligada à sua fonte. No contexto da saúde, são consideradas como fontes credíveis os profissionais de saúde e as organizações nacionais e internacionais de saúde. Consequentemente, é imperativo incentivar os indivíduos a procurar e a utilizar estas fontes fidedignas (Almeida, 2023d).

A subcategoria *Confiança em Fontes Institucionais* emergiu através das expressões:

“Acredito que a informação que a farmácia nos dá está certa.” (TA); *“Para avaliar a informação vou falar com os profissionais de saúde”* (TB); *“Há muita informação disponível, dada por médicos, enfermeiros e por*

profissionais responsáveis” (TC); “Fontes mais fidedignas – SNS, Saúde 24, OMS.” (TF).

A categoria **Aplicação da Informação Sobre Saúde** derivou nas subcategorias: *Aplicação Prática no Quotidiano; Transferência de Conhecimentos Adquiridos; Consciencialização da Utilidade da Informação.*

A literacia em saúde vai além da capacidade de ler ou compreender, ela capacita os indivíduos a exercerem maior controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes, o que implica tomar decisões e agir no quotidiano. A aplicação prática é a manifestação desse controlo e empoderamento (Nutbeam, 2000).

O desenvolvimento de comportamentos saudáveis em crianças e adolescentes em idade escolar é fundamental para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis na população em geral (Almeida, 2023a).

A subcategoria *Aplicação Prática no Quotidiano* surgiu através das seguintes unidades de registo:

“Não comer coisas que nos fazem mal.” (TB); “Lemos os rótulos (se tem coisas que não são boas, se não comemos estamos a aplicar).” (TB); “Comer alimentos saudáveis, aprendemos na escola (que faz bem).” (TF); “Quando comemos de forma correta.” (TC); “Não beber bebidas alcoólicas. Se beber não aplico a informação.” (TD); “Fazer uma boa alimentação e exercício físico para prevenir doenças.” (TE); “Fazer exercício físico, porque sabemos que faz bem.”(TF); “Tomar cuidado. Por exemplo apanhamos uma doença, evitar fazer coisas para a apanhar – prevenir doenças.” (TE); “Falamos com uma psicóloga. Ela dá-nos dicas para melhorar o estado mental. Aplicamos essas dicas.” (TE).

Esta subcategoria contém, em si mesma, a finalidade da literacia em saúde: capacitar os indivíduos a traduzir o conhecimento em ações concretas que melhorem a sua saúde e bem-estar na sua vida diária, os alunos conseguirem fazer este paralelismo é fator positivo que deve ser reforçado (Andrade et al, 2022).

A literacia em saúde não se limita à aquisição individual de informação, mas também à capacidade de disseminar e aplicar os conhecimentos em diferentes contextos e para benefício de outros, contribuindo para a saúde coletiva e o capital social. Quando os indivíduos partilham o que aprenderam, fortalecem a capacidade da comunidade de lidar com desafios de saúde (Martins & Guarda, 2023).

A subcategoria *Transferência de Conhecimentos Adquiridos* espelha precisamente esta importância e foi visível através dos comentários:

“Esclarecemos dúvidas com um profissional, aprendemos e transmitimos ao outro.” (TC); *“Aplicar a informação é igual a transmitir a informação ao outro.”* (TC); *“Entender as outras pessoas para transmitir.”* (TF); *“Ajudar a si próprio e aos outros. Passar a informação às outras pessoas para elas aplicarem.”* (TF).

A perceção do valor e da relevância da informação de saúde para a vida diária e para a tomada de decisões, é um aspeto crucial na procura, compreensão e aplicação de informação sobre saúde. Se um indivíduo compreende que a informação é uma ferramenta poderosa, ele está mais disponível para a utilizar nas suas tomadas de decisão, para que estas sejam realizadas de forma autónoma e fundamentada (Nutbeam, 2000; Freitas e Arriaga, 2023).

Nesta senda de pensamento, surge a subcategoria *Consciencialização da Utilidade da Informação* a qual apresenta as seguintes unidades de registo:

“Quando estamos doentes como aplicar o que nos dão. Os medicamentos trazem um folheto. Questionar o médico para sabermos.” (TA); *“A saúde não é só não ter doenças, é mais que isso, todos os dias aplicamos informação sobre saúde. De forma inconsciente aplicamos informação.”* (TC); *“Quando temos uma doença saber sobre essa doença.”* (TA); *“Saber o tipo de sangue, é importante.”* (TA); *“Por exemplo aprendemos o Suporte Básico de Vida, agora já sabemos como fazer se necessário.”* (TC); *“Quanto mais informação nós sabemos, isso é ótimo, mais fácil é ajudarmos as pessoas.”* (TC); *“Saber como agir quando acontece um incidente.”* (TA).

O reforço contínuo na perceção da utilidade da informação de saúde opera como um mecanismo promotor da manutenção de comportamentos saudáveis ao longo da vida. Caso um indivíduo apreenda e valorize o impacto positivo da informação na sua saúde, a probabilidade de persistir na procura, avaliação e aplicação de novos conhecimentos aumenta significativamente (Gonçalves et al. 2022).

Os profissionais de saúde, na sua intervenção junto de população jovem devem ter em consideração que o processo de aprendizagem deve ser um processo integral, dinâmico e multidimensional, que os estimule a participar de forma ativa, enriquecendo deste modo a

literacia em saúde e a participação comunitária baseada em conhecimentos (Gonçalves et al. 2022).

5.3 - SÍNTESE ANALÍTICA

A síntese analítica é visível no esquema da análise dos resultados, apresentado na Figura 5. Esta evidencia a importância dos resultados (subcategorias) obtidos a partir do grupo focal e do *brainstorming* e que caracterizam o empoderamento comunitário e identificam o conceito de literacia em saúde dos alunos.

No que concerne ao contexto institucional, observa-se nesta escola uma valorização das práticas de integração, bem como o reconhecimento da multiculturalidade como uma fonte de enriquecimento potencial para a comunidade educativa. Tais iniciativas alinham-se com a promoção de ambientes saudáveis, conforme preconizado pela DGS (2021).

O empoderamento comunitário manifestou-se, no presente estudo, de forma relevante através das subcategorias de gestão comunitária e literacia em saúde. A gestão comunitária, foi percecionada mediante as dimensões de processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária. A identificação de fragilidades foi salientada, bem como a reflexão sobre possíveis soluções, para além das medidas já implementadas. A comunidade ainda não está em fase de emancipação face ao agente capacitador, sendo salientado a necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

Partindo do conceito de literacia em saúde no que diz respeito às suas competências chave e de acordo com os dados recolhidos o conceito de literacia em saúde percecionado pelos alunos fundamenta-se de forma implícita nas quatro competências que integram o conceito, notando-se contudo algumas fragilidades, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à informação, onde existe ainda alguma despreocupação/desconhecimento relativamente às fontes usadas, bem como no que diz respeito ao avaliar a informação sobre saúde, tendo havido dificuldade na perceção do conceito.

No que diz respeito à compreensão da informação, existe dificuldade com a perceção de linguagem mais técnica, embora alguns alunos identifiquem estratégias para colmatar esta dificuldade. Esta é uma dificuldade a ter em conta em futuras ações.

A importância de comunicar de forma clara e acessível é fundamental para se promover a literacia em saúde, devendo ser adequada aos destinatários. Este tipo de comunicação permite às pessoas compreender e tomar decisões de acordo com a informação (Almeida, 2023b).

Com base no conceito de literacia em saúde previamente explorado, considera-se que os alunos demonstram potencial para desenvolver e fortalecer as suas competências, tanto a nível individual como coletivo. Este desenvolvimento poderá ser potenciado através de uma intervenção educativa devidamente planeada, estruturada e adaptada às suas necessidades, promovendo a capacitação para uma tomada de decisão mais informada e consciente em matéria de saúde. A comunidade escolar em estudo, evidencia já algum nível de empoderamento comunitário, o qual poderá ser reforçado e dinamizado através de intervenção a propor, tendo sido manifestada abertura por parte da comunidade para a sua implementação.

Apresenta-se na Figura 5 o esquema Interpretativo da perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde dos alunos autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico.

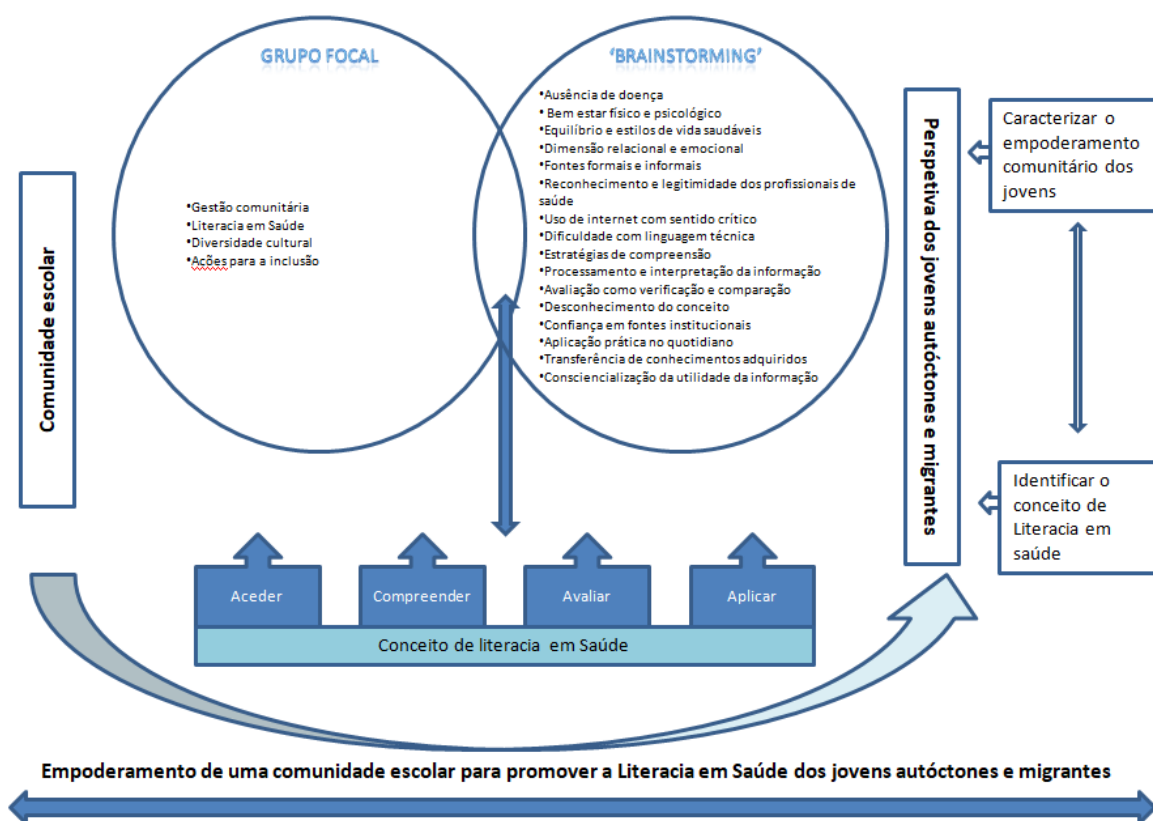


Figura 5. - Esquema Interpretativo da perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde pelos alunos autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico.

6– DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A triangulação é uma estratégia de validação de dados que emprega múltiplas fontes de informação, diversos métodos de colheita de dados ou diferentes investigadores no mesmo estudo. O seu propósito é encontrar convergência, visando uma representação mais precisa da realidade investigada (Vilelas, 2022).

Na sequência da triangulação dos métodos de recolha de dados, os resultados obtidos permitiram a construção de uma representação da realidade. Esta representação será, agora, integrada numa estratégia analítica global. Procedeu-se à sua definição, buscando a evidência dos resultados à luz dos conceitos envolvidos no estudo, de modo a revelar a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde pelos alunos autóctones e migrantes do terceiro ciclo.

A pesquisa realizada permitiu apresentar a correlação intrínseca entre o conceito de empoderamento comunitário e literacia em saúde. Estes dois conceitos apresentam uma relação de capitalização mútua, onde uma comunidade empoderada demonstra uma maior capacidade para promover a literacia em saúde entre os seus membros, nomeadamente os jovens autóctones e migrantes. Concomitantemente, o incremento da literacia em saúde capacita-os para a tomada de decisões mais informadas, o que, por sua vez, contribui para o fortalecimento do empoderamento comunitário.

Em resposta à questão de partida que orientou o presente estudo – Qual a perceção do empoderamento comunitário e da literacia em saúde em jovens autóctones e migrantes? – reflete-se sobre os principais aspetos identificados.

O empoderamento comunitário pode ser conceptualizado como um processo dinâmico e multifacetado, essencial para a saúde e o bem-estar coletivo, no qual a participação ativa, os processos internos e a liderança da comunidade convergem para a identificação e resolução de problemas, bem como para a mobilização eficaz de recursos locais (Melo & Alves, 2019). Para caracterizar a comunidade iremos partir do MAIEC, no que diz respeito às suas dimensões de diagnóstico, tendo consciência que esta é uma apreciação do investigador e não a avaliação da comunidade com base na Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário.

O **Processo Comunitário** foca-se na capacidade interna da comunidade para funcionar, comunicar, organizar-se e identificar e analisar os seus próprios problemas e necessidades. É dentro deste processo que a comunidade demonstra a sua autonomia e proatividade em reconhecer as questões que a afetam (Melo, 2020). Neste sentido,

Rodrigues-Pires (2025) ressalta a importância das reflexões críticas das práticas como base para o empoderamento comunitário.

Com este estudo, através do grupo focal com elementos da comunidade escolar, identificou-se, em relação ao tema em estudo, nomeadamente, o número crescente de alunos migrantes de várias nacionalidades, havendo um número significativo de alunos que não falam a língua e alguns com dificuldade em se integrarem na comunidade escolar. Foram ainda identificadas as fragilidades de carência alimentar, tristeza e fragilidade emocional. Estes achados reforçam o que é conhecido face às populações vulneráveis, as quais têm maior probabilidade de apresentar níveis de literacia inferiores, sendo considerados prioritários ao nível da intervenção (Ó et al., 2023), na planificação de ações para a promoção da literacia.

Corroborando o exposto anteriormente, Sørensen et al. (2021) refere que, os contextos socioculturais exercem uma influência significativa na perceção da informação em saúde. Quando as normas culturais divergem dos valores dominantes do sistema de saúde, podem emergir dificuldades na autogestão da saúde. Este fenómeno é particularmente visível em populações migrantes (WHO, 2022), como é o caso da comunidade em estudo, que apresenta um número crescente de alunos com múltiplas fragilidades nos domínios cultural, social e comunicacional.

Foi ainda identificada pelos participantes do grupo focal que o desconhecimento conceptual da literacia em saúde por parte dos alunos, bem como a indisponibilidade de alguns profissionais para melhorar os conhecimentos relacionados com a saúde. Estes aspetos podem configura-se como uma potencial barreira a ser considerada em futuras intervenções nesta comunidade, sendo necessário um trabalho prévio que permita que toda a comunidade valorize a aquisição de novas competências na área da literacia em saúde com vista ao empoderamento comunitário.

A aquisição de novas competências nos domínios da literacia em saúde e do empoderamento comunitário constitui um processo complexo, dinâmico e de longo prazo. Contudo, este investimento temporal confere vantagens que se estendem ao nível individual, à comunidade de inserção e, por conseguinte, aos próprios sistemas de saúde, que beneficiam da redução da pressão exercida por populações com menor nível de capacitação (Fonseca & Galvão, 2023).

A baixa participação dos encarregados de educação constituiu outro achado proeminente do presente estudo. Não obstante, os participantes valorizaram a sua participação no desenvolvimento de programas relacionados com a saúde. Este resultado reforça a importância do compromisso e a participação ativa de toda a comunidade escolar, englobando pais e encarregados de educação, constituem um imperativo para implementar

medidas que promovam o empoderamento comunitário e a literacia em saúde (Rodrigues-Pires, 2025). Neste sentido Pender et al. (2015), salientam que as intervenções comunitárias devem abranger a comunidade na sua totalidade, visto que o seu principal objetivo é a alteração do contexto. Para tal, revela-se essencial fomentar um sentimento de pertença à comunidade, o que requer a construção de uma conexão emocional, partilhada através de experiências e narrativas comuns (Alves, 2025).

As parcerias são vistas como um pilar essencial para o empoderamento comunitário, pois facilitam a mobilização de recursos (humanos, financeiros, de conhecimento), promovem a partilha de responsabilidades e contribuem para a sustentabilidade e eficácia das intervenções, tal como defendido por Laverack (2008), pelo que um passo fundamental é estabelecer parcerias com a comunidade envolvente que contribuam de forma ativa na resolução das fragilidades identificadas.

Para a implementação de projetos que visem a promoção da literacia em saúde, torna-se imperativo, além da análise das fragilidades previamente identificadas, discernir as capacidades intrínsecas da comunidade que lhes conferem a aptidão para a resolução de problemas. Esta identificação permite fomentar a autoeficácia coletiva, promovendo o envolvimento comunitário. Projetos que capitalizam as forças existentes contribuem, ademais, para o sentimento de controlo da comunidade sobre o seu próprio destino (Laverack, 2008).

Os participantes da comunidade escolar valorizam aspetos, como um adequado ambiente escolar, no qual os alunos se sentem acolhidos e a existência de flexibilidade curricular como um fator favorável na implementação de projetos de literacia em saúde.

Foi ainda valorizada a promoção da literacia em saúde pelos alunos, como veículo de empoderamento comunitário e de melhoria no estado de saúde da comunidade, bem como a necessidade de envolver os alunos na identificação dos problemas e na definição de estratégias de intervenção.

Este aspeto vem ao encontro do referido por Figueiredo & Amendoeira (2025) quando referem que as intervenções realizadas no âmbito da saúde escolar não devem ser baseadas no que os professores ou profissionais de saúde consideram importante, mas centrado nas necessidades expressas pelos alunos, predispondo deste modo ao empoderamento da comunidade.

A **Participação Comunitária** refere-se ao grau e à qualidade do envolvimento dos membros da comunidade nas diversas fases e aspetos relacionados com a sua saúde e bem-estar coletivo. Não se trata apenas da presença física, mas da ação ativa e significativa dos indivíduos e grupos na identificação de problemas, na tomada de decisões, no planeamento, na implementação e na avaliação de iniciativas de saúde (Melo, 2020).

De acordo com Laverack (2008) a participação tem um papel preponderante no processo de empoderamento, uma vez que define o envolvimento das pessoas nas atividades diretamente relacionadas com a sua vida e a sua saúde.

Durante o desenvolvimento do estudo foi possível verificar que esta escola tem uma preocupação de se adaptar e promover estratégias de integração para os alunos recém chegados à escola, promovendo o acolhimento e o acompanhamento dos alunos ao longo da sua integração, conforme emanado pela DGE (2024), numa perspetiva de minimizar as desigualdades e promover a equidade. Sendo perceptível o esforço de implementar novas medidas durante o ano letivo em que decorreu o estudo, que minimizassem o impacto resultante da migração nos alunos recém-chegados.

Para que a promoção da inclusão seja um sucesso, ela precisa ser um processo contínuo e sistemático. Isso significa que as escolas devem ser flexíveis, adaptando-se às necessidades de cada aluno. Ao mesmo tempo, a própria escola precisa de se preparar e mudar suas dinâmicas e cultura (DGE, 2024).

Para haver uma participação comunitária efetiva as decisões sobre não podem ser tomadas de forma individualizada ou com os contributos de um número restrito de pessoas, é preciso envolver toda a comunidade na identificação de problemas, na formulação de soluções e na execução de planos de ação. O poder de decisão é partilhado, promovendo um sentimento de pertença e de responsabilidade coletiva (Melo, 2020). Durante o estudo não foi possível perceber a existência de práticas sistematizadas para auscultar os problemas da comunidade, sendo um aspeto a aprofundar em estudos futuros.

Ao nível da comunidade escolar, existem mediadores de ligação entre o Centro de Saúde, a equipa de saúde escolar e a escola. Contudo, é relatada a necessidade de aumentar a participação e o envolvimento dos parceiros comunitários. Visando fortalecer as redes de colaboração e otimizar a abrangência e eficácia das intervenções em saúde, nomeadamente no que diz respeito ao empoderamento comunitário e à literacia em saúde (Alves, 2025).

O estabelecimento de parcerias no âmbito da saúde escolar são fundamentais, estas parcerias devem ser estabelecidas com base nos problemas identificados, numa procura de encontrar soluções viáveis à sua resolução (Alves, 2025). Neste sentido, e de acordo com os dados colhidos durante o estudo, não existem parcerias formais estabelecidas, apesar de existir alguma intervenção de parceiros comunitários, esta não é feita com base nesta identificação de problemas e procura conjunta de solução, sendo este um aspeto a trabalhar no âmbito da saúde escolar.

A implementação de projetos de educação para a saúde em cada turma contribui, de forma quase impercetível, para o aumento da literacia em saúde. Embora os alunos possam

não apreender o conceito formal de literacia em saúde, são capazes de identificar comportamentos promotores de saúde, nomeadamente ao nível da alimentação, do exercício físico e dos hábitos de sono.

Os projetos de educação para a saúde são uma boa prática a ser explorada, podendo ser beneficiada se for feita tendo por base as necessidades identificadas pelos alunos, trabalhando com eles, não só a identificação de problemas/necessidades, mas também todos o planeamento da intervenção, num verdadeiro trabalho de projeto (Cantante et al., 2023) .

Na comunidade em estudo, o empoderamento transcende a mera transferência de informação, sendo compreendido como um processo contínuo de diálogo, integração e responsabilização dos indivíduos. Esta perspetiva realça a natureza dinâmica e capacitadora do conceito de empoderamento comunitário (Melo, 2020). Estando também ligada à definição de literacia em saúde apresentada por Gonçalves et al (2022) a qual é definida como um processo complexo, dinâmico e multidimensional no qual se integra educação, comunicação e partilha. Envolve a participação, o empoderamento e a capacitação de indivíduos e organizações direta ou indiretamente ligadas à saúde. Este processo visa o desenvolvimento de competências que permitem aceder, compreender, avaliar e aplicar diversos aspetos relacionados com a saúde, incluindo a investigação, que fundamentam a tomada de decisões no sentido de otimizar os resultados em saúde ao longo da vida.

No que diz respeito à **Liderança Comunitária**, esta dimensão foca-se na capacidade da comunidade para identificar, desenvolver e sustentar indivíduos ou grupos que possam guiar, mobilizar e representar os seus interesses e ações em prol da saúde. A liderança comunitária não se refere apenas a posições formais, mas também a líderes informais que emergem da própria comunidade e que possuem a confiança e o respeito dos seus pares (Melo, 2020).

A liderança é valorizada por Laverack (2008), no sentido em que cabe aos líderes o desenvolvimento de pequenos grupos e associações comunitárias organizadas, que desenvolvam os projetos, mas, para que a liderança seja efetiva, ela precisa que exista uma participação efetiva dos membros da comunidade. Identificar quem são os 'stakeholders' da comunidade escolar é um passo importante, pois estes são elementos chave no desenvolvimento dos alunos ao nível das competências que permitem tomar decisões informadas relativamente às questões de saúde (Afonso, et al., 2025).

A liderança comunitária ao nível das escolas não se refere apenas à liderança formal da direção da escola, mas sim de uma liderança partilhada e distribuída que emana da própria comunidade, é o processo em que membros da comunidade (alunos, pais,

encarregados de educação, professores, funcionários, e outros elementos da comunidade local) assumem um papel ativo e influente na tomada de decisões e na condução de ações que impactam diretamente o ambiente escolar e o bem-estar de todos os seus intervenientes (Okan, et al., 2022; Rodrigues-Pires, 2025)

Durante o estudo não foi possível identificar líderes formais nem informais, no entanto, foi considerado pertinente deixar aqui uma nota sobre a importância de promover no ambiente escolar uma liderança partilhada, a qual desenvolve na comunidade sentimentos de pertença e de bem-estar em relação à escola, ao trabalho e ao próprio (Rodrigues-Pires, 2024), bem como a necessidade de identificar estes líderes antes de se organizar um processo de intervenção.

O presente estudo, ao identificar vulnerabilidades específicas, reforça a necessidade de uma resposta através de um projeto de intervenção ao nível da literacia em saúde cocriado com a comunidade e parceiros sociais que irá capitalizar o empoderamento comunitário desta comunidade escolar.

Esta perspetiva corrobora a premissa de Alves (2025) de que a obtenção de resultados positivos em saúde requer uma abordagem integrada, holística e estratégica na intervenção.

Com base nos resultados analisados, podem ser formuladas duas recomendações principais:

- a) **Desenvolver e implementar um projeto de intervenção em literacia em saúde cocriado com a comunidade escolar e os parceiros sociais**, com foco na capacitação de docentes, não docentes, alunos e encarregados de educação. Este projeto deverá incluir ações formativas contínuas e adaptadas aos diferentes níveis de conhecimento, promovendo o envolvimento ativo de todos os intervenientes e incorporando estratégias sensíveis à diversidade cultural e linguística da população escolar.
- b) **Investir na construção de redes comunitárias de apoio e na identificação de lideranças formais e informais** dentro da escola, incentivando uma liderança partilhada. Esta abordagem deverá fortalecer o sentido de pertença, potenciar a mobilização de recursos locais e facilitar a articulação entre a escola, os serviços de saúde e outras entidades da comunidade, promovendo um ambiente escolar mais inclusivo, participativo e orientado para o empoderamento coletivo.

Identificam-se como limitações do estudo: **a dimensão amostral reduzida e delimitação contextual**: A amostra do estudo foi composta por um número limitado de participantes pertencentes a uma única comunidade escolar, o que restringe a generalização dos resultados. Embora os dados permitam uma compreensão aprofundada do contexto em análise, as conclusões não podem ser extrapoladas para outras realidades escolares com características distintas. A ausência de instrumentos validados para jovens na avaliação da literacia em saúde. A avaliação da literacia em saúde foi realizada com base em atividades qualitativas e perceções auto reportadas, não tendo sido utilizada uma escala padronizada e validada para a população juvenil portuguesa. Esta limitação compromete a precisão na mensuração desta competência e dificulta a comparação com outros estudos nacionais e internacionais. **Potencial viés de desejabilidade social nas técnicas qualitativas**: a utilização de grupo focal e *brainstorming* em ambiente escolar pode ter condicionado a autenticidade das respostas, uma vez que os participantes podem ter adotado discursos socialmente aceitáveis perante os pares e moderadores. Este fenómeno pode ter limitado a emergência de opiniões mais críticas ou vulneráveis, influenciando a profundidade das conclusões.

7 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi orientado pela questão central: - Qual a percepção em relação ao empoderamento comunitário e à literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes?

A escolha desta temática decorre da experiência profissional prévia do investigador, cuja atuação se centrou em intervenções na comunidade escolar, reconhecendo-se nesta oportunidade um contributo significativo para o aprofundamento de competências em investigação neste domínio.

Definida a problemática, delinearão-se como objetivos específicos: caracterizar o empoderamento comunitário dos jovens autóctones e migrantes; e identificar como estes jovens conceptualizam a literacia em saúde.

A estratégia metodológica adotada incluiu a realização de um grupo focal com docentes, não docentes e representantes parentais, bem como sessões de *brainstorming* com seis turmas do 9.º ano de escolaridade. O cruzamento entre os dados qualitativos e os dados quantitativos permitiu uma triangulação robusta, identificando-se fragilidades e fatores potenciadores de futuras intervenções.

No que respeita ao empoderamento comunitário, os resultados obtidos permitem posicionar a comunidade escolar na fase inicial do contínuo de empoderamento descrito por Laverack (2008), correspondente à "ação pessoal". Nesta etapa, as decisões ocorrem a nível individual e isolado, carecendo de organização coletiva. Assim, é recomendada a constituição de pequenos grupos dinamizadores – como, por exemplo, um clube de saúde – que possam fomentar a participação ativa e cooperativa dos jovens, catalisando a transição para fases mais avançadas de empoderamento.

Relativamente à literacia em saúde, verificou-se que o conceito, na sua globalidade, não é plenamente reconhecido pelos alunos. Apesar disso, emergem percepções parciais, nomeadamente quanto às competências relacionadas com o acesso à informação, a sua compreensão, avaliação crítica e aplicação prática. Observou-se uma heterogeneidade acentuada entre os participantes no que toca ao domínio dessas competências, evidenciando discrepâncias significativas de literacia.

Os alunos identificaram os profissionais de saúde como fontes credíveis de informação e valorizaram fortemente o recurso a plataformas digitais. Esta valorização sublinha a urgência em promover competências de literacia digital em saúde, como forma de mitigar os riscos associados à desinformação, particularmente prevalente nas redes sociais.

No que diz respeito à compreensão da informação, os alunos demonstraram capacidade de interpretar conteúdos básicos, mas revelaram dificuldades quando confrontados com terminologia técnica.

A avaliação da informação foi identificada como a competência mais desafiante, sendo percebida como um processo de verificação de fontes e comparação de conteúdos, com prevalência da confiança em entidades institucionais.

A competência de aplicação da informação foi associada à utilização de conhecimentos adquiridos no quotidiano, embora se tenha verificado que essa mobilização não é sistemática. Assim, impõe-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, incentivem a transposição da informação para práticas quotidianas promotoras de saúde.

No seio da comunidade escolar, identificaram-se fragilidades reconhecidas pelos seus próprios membros, acompanhadas de uma manifesta vontade de transformação. Contudo, a autonomia necessária para uma atuação emancipatória ainda não está consolidada, sendo evidente a necessidade de suporte externo, especialmente por parte dos profissionais de saúde. Neste contexto, considera-se que a comunidade se encontra em fase de desenvolvimento, carecendo de contributos especializados que fortaleçam a literacia em saúde e, por conseguinte, o seu empoderamento.

De acordo com o MAIEC, proposto por Melo (2020), torna-se evidente a pertinência de delinear estratégias interventivas com base nas necessidades identificadas. Estas devem ser abrangentes e integradoras, tal como defendido por Figueiredo e Amendoeira (2025), envolvendo toda a comunidade educativa e promovendo a corresponsabilização dos seus elementos.

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública (ECeSP) apresentam competências específicas e instrumentos de planeamento e intervenção, como o MAIEC, adequados para operacionalizar este tipo de intervenções. Ao capacitar os jovens para a utilização crítica da informação em saúde e fomentar a sua integração no quotidiano, contribui-se para uma comunidade mais consciente, autónoma e participativa.

Face aos resultados deste estudo, recomenda-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção baseado no MAIEC, centrado na escola enquanto unidade de cuidados. O sucesso de tal iniciativa depende do envolvimento ativo de todos os atores escolares, da equipa de saúde escolar e dos parceiros sociais da comunidade. O enfermeiro deverá assumir, neste processo, um papel de liderança enquanto agente de mudança e promotor do empoderamento.

Este estudo oferece contributos relevantes para a Enfermagem Comunitária, ao analisar a perceção do empoderamento e da literacia em saúde entre jovens autóctones e migrantes do ensino básico. Os dados reforçam a relevância destas dimensões para o desenvolvimento de comunidades mais informadas, resilientes e capazes de influenciar positivamente os sistemas de saúde. A valorização expressa da figura do enfermeiro neste processo reforça a centralidade da sua intervenção na comunidade.

Políticas educativas baseadas em evidência, são fundamentais para que as mudanças realizadas sejam realizadas de forma sustentada. Com este estudo procurou-se contribuir para que a intervenção nas escolas seja realizada de forma sustentada, efetiva e colaborativa.

Os resultados revelam implicações relevantes para a prática futura no contexto da saúde escolar. Promover a inclusão através do investimento efetivo, contínuo e articulado por parte de toda a comunidade escolar. Identificando os seus líderes, formais e informais, reconhecendo o papel estruturante que estes assumem na dinamização de processos participativos e inclusivos na comunidade escolar.

Neste processo, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECeSP) assume a intervenção na dinamização da comunidade e na promoção do seu empoderamento. Através da implementação de estratégias estruturadas, como a promoção da literacia em saúde — ferramenta essencial para a capacitação dos cidadãos - torna-se possível fomentar uma participação ativa e informada da comunidade nas decisões que afetam a sua saúde.

A perspetiva integradora, ao valorizar a diversidade cultural, fomentou a participação ativa de toda a comunidade, promovendo estratégias de adaptação cultural e social que sustentam práticas educativas inclusivas para todos os intervenientes.

Para investigações futuras, recomenda-se: a aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário em grupos focais; a avaliação da literacia em saúde digital através de instrumentos validados, dada a centralidade que os alunos atribuem às plataformas digitais; e a continuidade de estudos que promovam abordagens integradas, sensíveis à diversidade sociocultural.

As transformações digitais constituem um novo determinante de saúde, sendo fundamental incorporá-las nas estratégias de intervenção, especialmente em populações jovens. Neste contexto, a literacia em saúde emerge como um pilar para a promoção de saúde sustentável, equitativa e centrada nas necessidades da comunidade.

Em síntese, a literacia em saúde afirma-se como um pilar essencial para a promoção da saúde no presente e para a construção de um futuro mais equitativo, sustentado por

comunidades informadas, críticas e capazes de tomar decisões conscientes sobre a sua saúde. Neste estudo, a escola destaca-se como um espaço privilegiado de intervenção, não apenas para o empoderamento dos alunos, mas também de toda a comunidade educativa, reforçando o seu papel estratégico enquanto agente promotor de transformação social e bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C., Spinola, A., Reis, A., Godinho, C., Saragoila, F., Rosa, M., & Melo, P. (2025). Jovens autóctones, migrantes, stakeholders e decisões em saúde na escola: protocolo scoping reviews. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2 (ed. espec. nº17). DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39138>
- Alves, O. M. A. (2025). Parcerias comunitárias e saúde escolar. In Melo, P.,(Ed). *Enfermagem em Saúde Escolar* (pp. 302-323). LIDEL. ISBN 978-989-752-896-5
- American Psychological Association (APA) (2022). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. Manuais das Bibliotecas da UA*. Universidade de Aveiro. <https://www.ua.pt/file/72126>
- Andrade, A., Almeida, C. V., Torres, E., Augusto, B., Cravo, C., Fernandes, C., Rodrigues, C., Lopes, G., Andrade, M., Rodrigues, M., Abrunheiro, S., Almeida, Z., Arriaga, M. T., Malcata, F., Pereira, M., Raposo, B., Reis, S., Ribeiro, I., Santos, M. J., ... Fernandes, P. (2022). *Literacia em Saúde, um Desafio Emergente - A Centralidade no Cidadão* (1th ed). Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ISBN 978-989-98742-7-5
- Almeida, C. V. (2022). *A literacia em saúde e os jovens, uma reflexão da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde*. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde <https://splspportugal.com/guias-de-literacia-em-saude/>
- Almeida, C. V. (2023a). Os modelos teóricos da literacia em saúde. In Almeida, C. V. & Fragoeiro, I. (Ed) *Manual de literacia em saúde*. (pp. 25- 40). Pactor. ISBN 978-989-693-152-0
- Almeida, C. V. (2023b). Linguagem clara na literacia em Saúde In Almeida, C, V. & Fragoeiro, I. (Ed) *Manual de literacia em saúde*. (pp. 211- 218). Pactor. ISBN 978-989-693-152-0
- Almeida, C. V. (2023c). A evolução histórica dos estudos: De literacia à literacia em saúde In Almeida, C, V. & Fragoeiro, I. (Ed) *Manual de literacia em saúde*. (pp. 1-12). Pactor. ISBN 978-989-693-152-0
- Almeida, C. V. (2023d). Entrevista. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1, 144-163. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A. & Freitas, G. (2023a). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico* Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-deupload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>
- Arriaga, M., Santos, B., Koylyu, A., Carvalho, A., Raposo, B., Ribeiro da Silva, C., Mata, F., Filipe, J., Silva, N., Horgan, R. & Freitas, G. (2023b). *Referencial para Desenvolvimento*

-
- de *Projetos promotores de Literacia em saúde*. EDITOR Direção Geral da Saúde. Lisboa setembro 2023. ISBN: 978-972-675-328-5 <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2023-DGSREFERENCIAL-DE-LITERACIA-EM-SAUDE-.pdf>
- Bardin, L. (2024). *Análise de conteúdo* (4th Ed) Almedina ISBN 978-972-44-1154-5
- Barbosa, C. L. B., Martinho, D. M. & Carvalho, L. S. C. O. (2020). Debate como metodologia de ensino para a aprendizagem crítica. <https://doi.org/10.36470/famen.2020.l3c2>
- Bolsonello, J., Silva M. T. B., Lara, A. G. B., Macuch, R. S. (2023). Uso de brainstorming como ferramenta para aprendizagem. *Conhecimento & Diversidade*, n. 36 Jan/Mar. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.18316/rcd.v15i36.10529>
- Cantante, A. C., Brito, I., Santos, P., Silva, S. (2023). Como medir a Intervenção em saúde escolar: Avaliação e indicadores in Martins, T. & Borges, E. (Ed.), *Saúde Escolar – Intervenções de promoção de Saúde*(1ª th, pp. 28-42). LIDEL
- Carreira, H. & Nogueira, R.(2023). Literacia em saúde e a competência dos poderes autárquicos. In Almeida, C, V. & Fragoiro, I. (Ed) *Manual de literacia em saúde*. (pp. 101-112). Pactor. ISBN 978-989-693-152-0
- Comissão Europeia - Educação e Cultura (2008). Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida. <https://europass.europa.eu/system/files/2020-05/EQF-Archives-PT.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2024). Para um Melhor Sistema de Informação de Saúde ao Serviço das Pessoas <http://www.cns.min-saude.pt/>
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) [versão de outubro de 2013] <https://www.wma.net/declarac%cc%a7a%cc%83o-de-helsinki/>
- Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em saúde. In Néné, M. & Sequeira, C. (Ed.) *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática*. (pp 97 – 106). Lidel. ISBN: 978-989-752-490-5
- Direção-Geral da Educação (DGE). (2024). *Inclusão de alunos migrantes em meio educativo*. ISBN 978-972-742-543-3 https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Curriculo/EBasico/PLNM/inclusao_de_alunos_migrantes_antigos_em_meio_educativo.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar | 2015*. Ministério da Saúde https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). *Manual de boas práticas - Literacia em saúde - Capacitação dos profissionais de saúde*, ISBN: 978-972-675-288-2, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

-
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030*. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M. & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Qualitativa. In Néné, M. & Sequeira, C. (Ed.) *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática*. (pp 97 – 106). LIDEL. ISBN: 978-989-752-490-5
- Evangelista, T. A. R., Nunes, M. D. R., Machado, S. G., Santos, M. A., Olegário B. C. D. & Nascimento, L. C. (2023). Uso da fotografia em pesquisas com crianças e adolescentes com condições crônicas: revisão integrativa, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil, <https://www.scielo.br/j/ape/a/JM8wGP3qx3kMSVY4nNpQcWq/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, M. C. & Amendoeira, J. (2025). Programa nacional de saúde escolar e enfermagem. In Melo, P., (Ed). *Enfermagem em Saúde Escolar* (pp. 26-38). LIDEL. ISBN 978-989-752-896-5
- Fonseca, R. B. & Galvão, A., (2023). Promoção da literacia em saúde nas organizações de educação e saúde: uma reflexão in Almeida, C. V. & Fragoeiro, I. (Ed.), *Manual de literacia em saúde - Princípios e práticas* (1 Ed, pp. 89-99). Pactor.
- Franco, M. L. P. B. (2018). *Análise de conteúdo*. (3ed). Brasília: Plano Editora.
- Freitas, G. & Arriaga, M. T. (2023) Reflexão 3 – Literacia em Saúde da concepção à ação. In Almeida, C. V. & Fragoeiro, I. (Ed) *Manual de literacia em saúde*. (pp. XXIX - XXXII). Pactor. ISBN 978-989-693-152-0
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Líber Livro Editora.
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C. G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa - conceção, análise e aplicações*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa. ISBN: 978-989-693-114-8
- Gonçalves, B., Rocha, E., Sampaio, H., Fonseca, M., & Francisco, R. (2022). Como posso socorrer o meu amigo? – Primeiros socorros: Uma estratégia de literacia em saúde para crianças e escolas. In. Lopes C. & Almeida C. V., *Literacia em saúde na prática* (pp. 67-121). Edições ISPA ISBN: 978-989-8384-85-0 <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9098/8/LiteraciaSaude-2022.pdf>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications. ISBN 978-1-4833-6524-4 [https://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=8wASBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=2015+-+Krueger,+R.+A.,+%26+Casey,+M.+A.+Focus+groups:+A+practical+guide+for+applied+research+\(4th+ed.\).+Sage.&ots=XqfIJAbNqQ&sig=2Q1_UgDERSOWTIIHf-Z5glaovUI](https://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=8wASBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=2015+-+Krueger,+R.+A.,+%26+Casey,+M.+A.+Focus+groups:+A+practical+guide+for+applied+research+(4th+ed.).+Sage.&ots=XqfIJAbNqQ&sig=2Q1_UgDERSOWTIIHf-Z5glaovUI)

-
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde – Poder e Empoderamento*. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.
- Lima, L. & Cruz, M. (2023). Desenvolvimento e aquisição de competências nas crianças e jovens in Martins, T. & Borges, E. (Ed.), *Saúde Escolar – Intervenções de promoção de Saúde* (1Ed, pp. 53-73). LIDEL. ISBN 978-989-752-878-1
- Link, R. de F.; Quadros, S. C. de O.; Lopes, B. J. S. (2024). Impacto dos debates na sala de aula: Produção textual e a formação docente. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*, Araraquara, v. 28, n. 00, e023007, 2024. e-ISSN: 1519-9029. DOI: <https://doi.org/10.22633/rpge.v28i00.19111>
- Lobo, A., Correia, A., Dias, A., Goncalves, C., Plantier, M., Oliveira, R. (2024) *Estado da Educação 2023*. Conselho Nacional da Educação (CNE) ISSN 2976-0267. <https://www.cnedu.pt/pt/publicacoes/estado-da-educacao>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1):1 <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-literacia-em-saude-as-politicas-e-participacao-S0870902515000206>
- Martins, P.& Guarda, L. M. (2023). Boas práticas de literacia em saúde nas comunidades in Almeida, C. V. &Fragoeiro, I. (Ed.), *Manual de literacia em Saúde - Princípios e práticas* (1ª th, pp. 49-58). Pactor.
- Melo, P. & Alves, O. (2019). Community Empowerment and Community Partnerships in *Nursing Decision-Making, Healthcare*, 7(2), 76; <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública*. (1Ed) edição. LIDEL. Lisboa
- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L.V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C. & Dimande, M. (2020) Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. Suplemento digital *Revista ROL Enfermagem*; 43(1): 441 <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>
- National Association of School Nurses. (2020). *Framework for 21st Century School Nursing Practice*. NASN School Nurse.
- Nunes, L. & Leal, P. (2025). Princípios éticos nos cuidados e na investigação em saúde escolar. In Melo, P.,(Ed). *Enfermagem em Saúde Escolar* (pp. 326-334). LIDEL. ISBN 978-989-752-896-5
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. Vol 15, nº 3. p. 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ó, D. N., Serrão, C. & Veiga, A. (2023). Grupos Vulneráveis: Estratégias de Investimento na literacia em saúde para melhorar resultados de saúde. in Almeida, C. V. & Fragoeiro, I. *Manual de literacia em saúde*. PACTOR. ISBN 078-989-693-152-0

-
- Okan. O., Paakkari, L. & Place, K. D. (2020) Literacia em saúde nas escolas: Estado da arte, Schools for Health in Europe (SHE) factsheet, 6. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/factsheet-2020-portuguese.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018) - Regulamento nº 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, Nº <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf> 1
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Portal da Saúde Pública. http://portal.anmsp.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Pedro, A., R., Odete, A. e Escoval, A. (2016) Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), Issue, pág. 259 – 275 <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pendl, D., Maitz, K. M. & Gasteiger-Klicpera, B. (2023). Examining the relationship between health literacy and individual and sociodemographic in secondary school students, *Journal of public Health*, páginas 531 – 542, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36747506/>
- Pender N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice*. 7ed. Pearson ISBN 13: 978-0-13-310876-7
- Rodrigues-Pires, F. R. (2025). Empoderamento comunitário e saúde escolar In Melo, P. (Ed.) *Enfermagem em saúde escolar* (pp 258 – 263). LIDEL. ISBN: 978-989-752-896-5
- Rosário, R. (2025). Enfermagem em saúde escolar e transdisciplinaridade. In Melo, P.,(Ed.) *Enfermagem em Saúde Escolar* (pp. 18-24). LIDEL. ISBN 978-989-752-896-5
- Sastre, L., Wright, L & Haldeman, L. (2019). Use of Digital Photography With Newcomer Immigrant and Refugee Youth to Examine Behaviors and Promote Health Health Promotion Practice, Vol. 20 Páginas 639 – 641. <https://doi.org/10.1177/1524839919863465>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H. & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health

-
- Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013, 13:948. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sousa, P. P. & Ferrito, C. (2022). Metodologia Quantitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In Néné, M. & Sequeira, C. (Ed.) *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática*. (pp 71 – 96). LIDEL. ISBN: 978-989-752-490-5
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lisboa: Lusodidacta.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (3rd ed.).Edições Silabo
- Widiastuti, I. A. M. S., Murtini, N. M. W. & Anto, R. (2022) Brainstorming as an Effective Learning Strategy to Promote Students' Critical Thinking Skills Vol. 12, No. 2, pp. 960-971. DOI: <http://dx.doi.org/10.23960/jpp.v12.i2.202243>
- World Health Organization (WHO). (2005). European strategy for child and adolescent health and development. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347608/WHO-EURO-2005-4143-43902-61819-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2017). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. (WHO/NMH/PND/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf>
- World Health Organization(WHO). (2018). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2019). Improving Health Literacy.: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- World Health Organization (WHO). (2021). Global strategy on digital health 2020-2025, Geneve. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/docs/defaultsource/documents/gd4hdad2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2022). World report on the health of refugees and migrants. Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Adolescent health — Overview*. Em *Health Topics*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1

Produção bibliográfica

- Apresentação do Poster “Literacia em saúde dos jovens migrantes de uma comunidade escolar – *Scoping Reviews*”, realizado em co-autoria com Ana Spínola e Catarina Afonso, no X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática “Saúde Global, Unidos pelo Saber e pelo Cuidar”, realizado nos dias 3 e 4 de Abril de 2025, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Universidad de Oviedo. (Anexo 2)

APÊNDICES E ANEXOS

Anexo I – Pedido de parecer à comissão de ética

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER Nº46A-2025ESSS

Identificação do Investigador | Maria Carla Oliveira Sousa (ESSS)

Identificação do Projeto | *Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3ºciclo do ensino básico - perspetiva dos alunos*

Constata-se que:

- i. É um trabalho conferidor de grau académico (mestrado);
- ii. Apresenta fundamentação teórica, objetivos e metodologia.
- iii. O cronograma é esclarecedor quanto à calendarização das etapas do processo de investigação associado ao pedido.
- iv. São cumpridas as condições de anonimato dos participantes.
- v. Passou a constar no consentimento informado, livre esclarecido:
 - o quem é o responsável pelo guarda dos dados;
 - o qual o tempo de posse dos mesmos até serem destruídos.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável porquanto são cumpridos os requisitos éticos mencionados no documento em apreciação.

Santarém, 20 de janeiro de 2025

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

Anexo II – Apresentação de Poster

Certificado

Certifica-se que Maria Carla Sousa apresentou o Póster "**Literacia em saúde dos jovens migrantes de uma comunidade escolar - Scoping Review**", em coautoria com Ana Spínola e Catarina Afonso, no X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "**Saúde Global, Unidos pelo Saber e pelo Cuidar**", realizado nos dias 3 e 4 de Abril de 2025, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Universidad de Oviedo.



Hélia Dias

Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém



Carla Andrade

Presidente do X Congresso Luso-Espanhol de
Estudantes de Enfermagem

Apêndice I – Guião de entrevista ao Informante chave

DIRETOR/A DO AGRUPAMENTO**DATA: 22 de julho de 2024****LOCAL: Agrupamento de escolas****HORA DE INÍCIO: 16.00****HORA DE FIM: 16.30**

Com o desenvolvimento desta entrevista pretende-se colher informação exploratória, para a realização de investigação de âmbito académico ao nível do mestrado em Enfermagem na Comunidade, direcionado aos alunos autóctones e migrantes, docentes e não docentes do Agrupamento de Escolas de Santarém. O estudo está integrado no Projeto da Escola Superior de Saúde de Santarém, cuja temática é: **“Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico”**. Salienta-se o facto de que a informação recolhida durante a entrevista será confidencial e o anonimato será mantido. Os dados recolhidos serão usados apenas no presente estudo e a gravação da entrevista será destruída após a conclusão do mesmo.

Nesta fase do estudo, o desafio das estudantes de mestrado será realizar o diagnóstico de enfermagem comunitária, para posterior desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária.

Os seus contributos serão muito importantes para a realização do estudo. A entrevista terá aproximadamente a duração de 30 minutos.

OBJETIVOS DA ENTREVISTA

- Caracterizar a comunidade escolar;
- Perceber de que forma os migrantes se encontram integrados no agrupamento de escolas;
- Colher a perceção face à literacia em saúde e ao empoderamento comunitário;
- Identificar os principais constrangimentos relativamente à Literacia em Saúde e Empoderamento Comunitário na comunidade escolar;
- Conhecer as expectativas da comunidade escolar relativamente à implementação do projeto.

Questões	Indicadores
Como caracteriza a sua comunidade escolar?	N.º funcionários docentes – Efetivos e Contratados; Faixa Etária N.º funcionários não docentes – Efetivos e Contratados; Faixa Etária Alunos autóctones Alunos Migrantes (Alunos Imigrantes / Alunos Refugiados) Países de Origem Situação Legal dos Alunos Heterogeneidade das Turmas
Na sua opinião, considera que os alunos demonstram interesse na aquisição de competências relacionadas com a saúde?	- Atividades Desenvolvidas no âmbito da saúde escolar - Hábitos de Saúde (alimentação, higiene) - Diferenças de acordo com a nacionalidade dos alunos
Tendo em consideração o tema que estamos a tratar (literacia em saúde e empoderamento da comunidade escolar), quais as principais dificuldades dos alunos?	- Respeito pelas regras do agrupamento de escolas - Compreensão e Expressão da Língua Portuguesa - Integram os grupos de colegas - Participam nas atividades extracurriculares - Assiduidade - Existência de Programa de Acolhimento/ Integração para alunos migrantes (estratégias específicas)
Na sua opinião quais as principais fragilidades referidas pelos docentes em relação aos alunos migrantes?	- Receio de trabalhar com os alunos imigrantes - Dificuldades na transmissão dos conhecimentos. - Diferenças culturais - Envolvimentos dos pais nas atividades escolares.
Como perceciona as dificuldades sentidas pelos profissionais não docentes?	- Dificuldade na comunicação - Receio de trabalhar com os alunos

	<p>imigrantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferenças culturais
<p>Em relação à comunidade escolar, considera que existem barreiras que dificultam o aumento da literacia em saúde e do empoderamento comunitário? Se sim quais?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos Humanos – peritos, tradutores - Recursos Materiais – computadores -Recursos organizacionais – horários -Interação -Barreiras Linguísticas -Competências Específicas
<p>Quais são os recursos comunitários existentes que estão a ser mobilizados para potenciar a literacia e empoderamento da comunidade?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio da CM Santarém - Apoio da UCC de Santarém - Apoio da CPCJ - Apoio de outras entidades comunitárias (perceber quais).
<p>Considera uma mais-valia para o Agrupamento de Escolas o desenvolvimento deste estudo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento da literacia em saúde - Empoderamento da Comunidade Escolar -Integração dos Migrantes -Promoção da Saúde - População com melhor estado de saúde global - Potenciar as sinergias da Comunidade Intra e extra-escolar
<p>Gostaria de acrescentar algo mais às questões que lhe foram colocadas?</p>	

Apêndice II – Consentimento Informado aplicado ao informante chave

CONSENTIMENTO INFORMADO

Excelentíssima Senhora Diretora do Agrupamento de Escolas de Santarém,

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém está a desenvolver uma investigação ao nível do mestrado em Enfermagem na Comunidade, direcionado aos alunos autóctones e migrantes, docentes e não docentes do Agrupamento de Escolas de Santarém, cuja temática é: **“Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico”**. Tem como objetivo analisar a influência da comunidade escolar no processo de tomada de decisão em saúde dos jovens autóctones e migrantes de um agrupamento de escolas, bem como o seu grau de empoderamento comunitário e de literacia em saúde.

As enfermeiras e mestrandas em enfermagem comunitária Maria Carla Sousa e Joana Miranda, desenvolveram o respetivo estudo sob a orientação das Professoras Ana Spínola e Catarina Afonso da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Assim, solicita-se a sua participação neste projeto respondendo a uma entrevista exploratória.

Informamos que a participação é voluntária; os registos da participação serão confidenciais; os dados produzidos serão mobilizados apenas pelo coordenador responsável e equipa de investigação; os dados relativos à sua identificação neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato. A qualquer momento a participação pode ser recusada ou interrompida, sem nenhum tipo de penalização por este facto. A entrevista será gravada em áudio, preservando a sua identidade. O material gravado poderá ser posteriormente ser facultado caso assim o entenda, assim como os resultados do estudo.

Solicitamos igualmente que autorize a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

Este documento é realizado em duplicado (uma via para as investigadoras e uma via para a Sra. Diretora do Agrupamento).

Agradecemos a sua disponibilidade e deixamos o contacto das investigadoras responsáveis.
Maria Carla Sousa e Joana Miranda

As investigadoras responsáveis

Joana

Maria Carla

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar nesta entrevista sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar nesta entrevista 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 pelas investigadoras.

Nome:

Assinatura:

Data:/...../.....

Apêndice III – *Scoping Review*

REVIEW TITLE**Literacia em Saúde dos adolescentes migrantes a frequentar a escola: Scoping Review****ABSTRACT**

Introdução: Conhecer a literacia em saúde de uma comunidade escolar configura-se como um aspeto fundamental para planear a intervenção em termos de educação para a saúde em jovens, promovendo a equidade e o empoderamento comunitário e a saúde ao longo do ciclo vital.

Objetivo: Mapear a literatura disponível em bases científicas que evidenciem os contributos das comunidades escolar no empoderamento dos jovens autóctones e migrantes em relação à literacia em saúde.

Métodos: Revisão Scoping tendo como referencia o método do Joanna Briggs Institute. Foi formulada a questão de revisão e definidos os critérios de inclusão e exclusão. Foram realizadas pesquisas nas plataformas CINAHL (via EBSCO), PUBMED, COCHRANE, Lilacs, e Google Académico. Não foram considerados limites temporais ou geográficos para a pesquisa. A seleção dos estudos iniciou-se pela análise do título e resumo. O texto integral dos estudos selecionados foi analisado e a extração e síntese dos dados foi desenvolvida por três revisores.

Resultados: Os resultados traduziram-se na revisão de dois artigos. Sendo analisados os seguintes aspetos: Título, autor, data da publicação e país; objetivos; tipo de estudo; população; metodologia; resultados; conclusões e principais achados. Após análise dos artigos emergiram dois temas: literacia digital e uso da fotografia.

Conclusão: O número de pesquisas em relação ao empoderamento e literacia em saúde em adolescentes migrantes é muito reduzido. Sendo importante a realização de mais estudos nesta área.

Keywords: Migrante; Promoção da Saúde; Literacia em Saúde; Empoderamento; Adolescente.

INTRODUCTION

A Constituição da Republica Portuguesa, no seu artigo 64^o prevê que os cuidados de saúde são um direito fundamental de todos os cidadãos. O direito à protecção da saúde é realizado através dum serviço universal para todos os residentes e pela criação de condições que garantam a protecção dos grupos mais vulneráveis, nomeadamente das crianças e jovens (Republica Portuguesa, 1976).

A Organização Mundial de Saúde também tem mostrado preocupação com esta faixa etária, nomeadamente na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Na análise deste documento pode verificar-se que o 4^o objetivo prevê garantir uma educação inclusiva, com igualdade de oportunidades para todos, designadamente crianças em situação de vulnerabilidade. Por outro lado, o 3^o objetivo identifica a necessidade de garantir a saúde e o bem-estar para todas as pessoas (Nações Unidas, 2016).

Não existe uma definição que seja aceite universalmente do termo migrante, mas, e de acordo com a Organização Internacional para as Migrações (2024), migrante é uma pessoa que se desloca de um lado para outro, de forma temporária ou permanente, através de uma fronteira internacional ou dentro do mesmo país. Este movimento pode ocorrer por vários motivos desde a procura de melhores condições de vida, melhores oportunidades de trabalho ou maior segurança, fugindo de zonas de conflito ou de perseguições pessoais.

A Rede Interinstitucional para a Educação em Situações de Emergência (2024) clarifica que migrante é um termo usado maioritariamente quando nos referimos a pessoas que optam por atravessar fronteiras internacionais, não por causa de uma ameaça direta, mas, por motivos, como melhorar condições de vida, buscar oportunidades de trabalho ou educação ou para se reunir com a família. O ACNUR, Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados, recomenda que a palavra migrante não seja usada quando se faz alusão a pessoas refugiadas ou que necessitem de asilo, pois pode-se estar a inibir o acesso dessas pessoas às proteções legais específicas que os Estados estão obrigados a oferecer-lhes.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2024), durante o ano de 2023, o numero estimado de pessoas que entraram em Portugal, para aqui residir por um período de pelo menos um

ano foi de 189 367 pessoas. As nossas escolas refletem esta realidade, sendo que no ano letivo 2021/2022 ao nível do ensino básico existiam 235 nacionalidades e ao nível do secundário 246 nacionalidades (Conselho Nacional da Educação (CNE), 2023). Estas crianças e jovens podem sentir dificuldade em se integrarem, o que pode comprometer as suas aprendizagens quer em termos dos currículos escolares, quer ao nível da Literacia em Saúde, fundamental para um desenvolvimento saudável. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico associa os baixos níveis de Literacia em Saúde à dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (*World Health Organization* (WHO), 2017).

A capacitação de indivíduos e comunidades passa por estimular a sua participação ativa no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde, promovendo a literacia em saúde através do acesso a informação fidedigna sobre saúde que lhes permita adquirir conhecimento, habilidades e recursos necessários para manter sua saúde ou a saúde daqueles de quem cuidam o que favorecerá que mais pessoas vivam vidas mais saudáveis em ambientes favoráveis e propícios à saúde (WHO, 2018).

A Literacia em Saúde é uma vulnerabilidade a nível nacional. De acordo com os dados da Direção Geral da Saúde (2019) Portugal é o País que apresenta a percentagem mais baixa de pessoas com nível excelente de Literacia em Saúde no inquérito realizado em 2016, comparativamente aos outros países que participaram no Health Literacy Survey EU em 2014.

Lima e Cruz (2023) salientam a importância de promover a Literacia em Saúde em idades precoces, nomeadamente ao nível do pré-escolar, com conteúdos adequados à faixa etária, defendendo que, deste modo, as crianças serão capazes de compreender e utilizar a informação sobre saúde que lhes foi fornecida. Investir na literacia em saúde das populações é uma das estratégias primordiais para o empoderamento comunitário, permitindo ao cidadão maior autonomia sobre a sua saúde (WHO, 2017).

Um dos locais privilegiados para promover conhecimentos relacionados com a saúde, desde há muitos anos é a escola. A Saúde Escolar surge em Portugal em 1901. Ao longo destes anos muitas alterações existiram, destas, destaca-se o acompanhamento do crescimento saudável dos alunos, bem como, a promoção da saúde ao alcance de todos os alunos na escolaridade obrigatória, visando o seu bem-estar de forma global (Rocha, 2011).

Em relação a esta temática a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015) destaca a importância da Saúde Escolar na diminuição da prevalência de doenças e comportamentos de risco através da promoção e aumento das ações de promoção da saúde, sendo esta uma das áreas de eleição do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública são, entre outras, avaliar e realizar o diagnóstico de saúde de determinada comunidade, neste caso a escola, bem como estabelecer prioridades, contribuindo para o processo de capacitação da comunidade ou de determinado grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Uma comunidade escolar capacitada em relação à saúde tem maiores competências para se envolver nas decisões relacionadas quer com a sua saúde de forma individual, mas também, na saúde da própria comunidade como um todo, defendendo os seus direitos e influenciando as ações do estado.

Os alunos que frequentam o terceiro ciclo de escolaridade, têm na sua maioria idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos de idade, estando no primeiro estágio da adolescência que se situa entre os 11 e os 14 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). A OMS define adolescente como uma pessoa com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2010). Pese embora os adolescentes não sejam um grupo homogéneo, pois existem diferenças entre eles devido a fatores como a idade, o sexo, a fase de desenvolvimento, as circunstâncias de vida e as condições socioeconómicas, esta etapa de vida é caracterizada por um desenvolvimento físico, psicológico e emocional muito rápido. Surgem alterações ao nível do corpo, mas também do pensamento, da resolução de problemas, das habilidades sociais e relacionais, o que vai influenciar a resposta às informações recebidas (Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2010). Esta fase é caracterizada pela separação da família e identificação com o grupo de pares. Este é um grupo populacional caracterizado pela curiosidade e gosto pela descoberta, gostando de se envolver na defesa de

causas. Os profissionais de saúde precisam entender essas diferenças e levá-las em consideração quando intervêm nesta faixa etária (WHO, 2010).

A promoção da saúde desenvolvida junto desta população torna-se muito eficaz e é fundamental para criar as bases para o futuro, pois é mais benéfico prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (WHO, 2005). Para além disto, os adolescentes poderão usufruir dos conhecimentos adquiridos durante longos anos e promover entre os seus pares um empoderamento comunitária.

As escolas são o local de eleição para trabalhar os jovens em termos comunitários, sendo possível, neste local, encontrar grupos representativos de todos os jovens, pois estas são representativas da multiculturalidade decorrente da mobilidade crescente que se verifica na população mundial, sendo necessário criar estratégias que favoreçam a inclusão, potenciando uma diversidade enriquecedora (CNE, 2023). O programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015) define como um dos seus eixos estratégicos de intervenção a capacitação dos jovens relativamente a temáticas sobre a saúde, aumentando o nível de Literacia em Saúde através do envolvimento de toda a comunidade escolar (DGS, 2015). Por este motivo, desenvolver programas que promovam a Literacia em Saúde na comunidade escolar é incrementar jovens mais conhecedores e autónomos nas questões relacionadas com a sua saúde e com a utilização dos recursos ligados à saúde, promovendo um maior empoderamento comunitário. É neste contexto que se desenvolve a presente *scoping review*.

REVIEW QUESTION(S)

Qual o nível de literacia em saúde e de empoderamento nos jovens autóctones e migrantes do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas do distrito de Santarém? E cujo objetivo é mapear a literatura disponível em bases científicas que evidenciem os contributos da comunidade escolar no empoderamento dos jovens autóctones e migrantes em relação à literacia em saúde, seguindo para tal as recomendações propostas pelo Joanna Briggs Institute (JBI).

INCLUSION CRITERIA

Participants

- Alunos;

Concept

- Literacia em saúde;

Context

- Escola

METHODS

A *scoping review* é uma forma de síntese do conhecimento que permite de uma forma metódica e ordenada recolher e sistematizar de forma exaustiva os dados mais atuais sobre a investigação que se pretende, utilizando uma metodologia rigorosa, transparente e confiável (Vilelas, 2022).

A *scoping reviews* apresentada foi desenvolvida com base na metodologia proposta por Joanna Briggs Institute (JBI), utilizando a lista de verificação e explicação do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) a qual contribui para a compreensão dos principais itens a reportar (Tricco et al., 2018). A extensão PRISMA for *Searching* possibilita a avaliação da fiabilidade e da aplicabilidade dos resultados da revisão, através de uma lista de verificação e reporte sendo a sua utilização proposta pelo protocolo JBI (Page et al., 2021). Tendo por base metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), definiram-se os critérios de elegibilidade tendo por base a População, o Conceito e o Contexto de revisão (PCC).

Em relação à População foram considerados todos os estudos que incluíam jovens migrantes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, idade correspondente à frequência do terceiro ciclo do ensino básico em Portugal. O Conceito estudado foi a Literacia em Saúde que para a OMS implica possuir os conhecimentos, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação sobre saúde, fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana em relação

aos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital. No que diz respeito ao Contexto foram incluídos todos os estudos em que o contexto é a escola de ensino regular, ao nível do 3º ciclo.

SEARCH STRATEGY

A estratégia de pesquisa tem como objetivo identificar artigos científicos que contribuam para a compreensão da questão de investigação.

Numa primeira fase foi realizada uma pesquisa exploratória sobre a temática em estudo e posteriormente desenvolveu-se uma pesquisa usando as palavras-chave e os termos de índice identificados, nas bases de dados incluídas.

A Tabela 1 apresenta a estratégia de pesquisa final utilizada nas bases de dados PUBMED, CINAHL Complete (via EBSCOhost) e LILACS tendo por base a população, o contexto e os conceitos a pesquisar. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos publicados em inglês, espanhol e português, o que permitiu uma pesquisa exaustiva, dos estudos atuais mais relevantes, sobre a temática em estudo. A pesquisa por estudos não publicados, nomeadamente literatura cinzenta foi realizada nas seguintes bases de dados: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Google Académico. As palavras-chave e os termos indexados utilizados na pesquisa foram adaptados para cada fonte de informação incluída.

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa para a PUBMED, CINAHL Complete (via EBSCOhost), COCHRANE e LILACS em agosto de 2024

ESTRATÉGIA PUBMED	RESULTADOS
((transients and migrants [MeSH Terms] OR emigrants and immigrants [MeSH Terms] OR emigration and immigration [MeSH Terms] OR transients and migrants [Title/Abstract] OR emigrants and immigrants [Title/Abstract] OR emigration and immigration [Title/Abstract] OR migrant [Title/Abstract] OR migrants [Title/Abstract] OR nomad [Title/Abstract] OR nomads [Title/Abstract] OR nonmigrant [Title/Abstract] OR nonmigrants [Title/Abstract] OR transient [Title/Abstract] OR transients [Title/Abstract] OR emigrant [Title/Abstract] OR emigrants [Title/Abstract] OR foreigner [Title/Abstract] OR foreigners [Title/Abstract] OR immigrant [Title/Abstract] OR immigrants [Title/Abstract] OR migration [Title/Abstract] OR emigration [Title/Abstract] OR immigration [Title/Abstract] OR in migration [Title/Abstract])) AND (((Health literacy [Title/Abstract] OR Health literacy [MeSH Terms] OR Literacy [MeSH Terms] OR Literacy [Title/Abstract] OR literacy Program [Title/Abstract])) AND (((Schools [MeSH Terms] OR school [Title/Abstract])))	<i>122 artigos</i>
ESTRATÉGIA CINAHL COMPLETE (via EBSCOHOST)	RESULTADOS
((((MJ migrants OR MJ (emigrants and immigrants) OR MJ (emigration and immigration) OR AB migrant* OR AB (emigrants and immigrants) OR AB (emigration and immigration) OR AB nomad* OR AB transient* OR AB nonmigrant* OR AB emigra* OR AB foreigner* OR AB in migration))) AND ((MJ Health literacy OR AB Health literacy OR MJ Literacy OR AB Literacy OR AB Program Development))) AND ((MJ Schools OR AB Schools OR AB Schools)))	<i>13 artigos</i>
ESTRATÉGIA LILACS	RESULTADOS
((mh:(transients and migrants)) OR (ab:(transients and migrants)) OR (ti:(transients and migrants)) OR (mh:(emigrants and immigrants)) OR (ab:(emigrants and immigrants)) OR (ti:(emigrants and immigrants)) OR (mh:(emigrants and immigrants)) OR (ti:(emigrants and immigrants)) OR (ab:(emigrants and immigrants)) OR (ti:(migrant)) OR (ab:(migrant)) OR (ti:(nomad)) OR (ab:(nomad)) OR (ti:(transient)) OR (ab:(transient)) OR (ti:(emigrant)) OR (ab:(emigrant)) OR (ti:(foreigner)) OR (ab:(foreigner)) AND (ti:(immigrant)) AND (ab:(immigrant)) OR (ti:(migration)) OR (ab:(migration)) OR (ti:(emigration)) OR (ab:(emigration)) OR (ti:(immigration)) OR (ab:(immigration)) AND (mh:(Health literacy)) OR (ti:(Health literacy)) OR (ab:(Health literacy)) OR (mh:(Literacy)) OR (ti:(Literacy)) OR (ab:(Literacy)) OR (ti:(Literacy)) OR (ab:(Literacy)) AND (mh:(Schools)) OR (ti:(Schools)) OR (ab:(Schools)) AND (ti:(school)) AND (ab:(school))	<i>0 artigos</i>

Tabela 2 –Estratégia de pesquisa para a Google Scholar e RCAAP Strategies em agosto de 2024

GOOGLE SCHOLAR STRATEGY	RESULTADOS
"(((transients and migrants [MeSH Terms] OR emigrants and immigrants [MeSH Terms] OR emigration and immigration [MeSH Terms] OR transients and migrants [Title/Abstract] OR emigrants and immigrants [Title/Abstract] OR emigration and immigration [Title/Abstract] OR migrant [Title/Abstract] OR migrants [Title/Abstract] OR nomad [Title/Abstract] OR nomads [Title/Abstract] OR nonimmigrant [Title/Abstract] OR non migrants [Title/Abstract] OR transient [Title/Abstract] OR transients [Title/Abstract] OR emigrant [Title/Abstract] OR emigrants [Title/Abstract] OR foreigner [Title/Abstract] OR foreigners [Title/Abstract] OR immigrant [Title/Abstract] OR immigrants [Title/Abstract] OR migration [Title/Abstract] OR emigration [Title/Abstract] OR immigration [Title/Abstract] OR in migration [Title/Abstract]))) AND (((Health literacy [Title/Abstract] OR Health literacy [MeSH Terms] OR Literacy [MeSH Terms] OR Literacy [Title/Abstract] OR literacy Program [Title/Abstract]))) AND (((Schools [MeSH Terms] OR school [Title/Abstract])))"	<i>0 artigos</i>
RCAAP STRATEGY	RESULTADOS
"(((transients and migrants [MeSH Terms] OR emigrants and immigrants [MeSH Terms] OR emigration and immigration [MeSH Terms] AND (((Health literacy [MeSH Terms] OR Literacy [MeSH Terms]))) AND (((Schools [MeSH Terms] OR school [Title/Abstract])))"	<i>0 artigos</i>

STUDY SELECTION

Finda a pesquisa, todas as publicações identificadas foram descarregadas na plataforma Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar). As situações de artigos duplicados foram resolvidas, seguindo-se a leitura e análise dos títulos e dos resumos à luz do PCC. Esta etapa foi realizada por dois revisores, de forma independente. Os desacordos existentes entre os revisores na análise e recolha de dados foram resolvidos com a inclusão de um terceiro revisor. Desta análise foram excluídos 119 estudos dos 126 estudos iniciais.

A fase seguinte implicou a leitura integral dos documentos e a análise dos mesmos à luz dos critérios de inclusão previamente definidos. Através desta análise verificou-se que 5 artigos não cumpriam os critérios definidos, pelo que foram excluídos. Desta exclusão restaram 2 artigos que foram analisados e dos quais se retiraram as principais conclusões.

RESULTS

A JBI recomenda o uso da população, conceito e contexto (PCC) para fundamentar os critérios de inclusão da revisão. A utilização do PCC identifica claramente o foco e o contexto da revisão que se está a desenvolver (Peters et al., 2020). Tendo este aspeto em consideração, foram considerados todos os estudos que abordam a população jovem migrante com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos. Em relação ao conceito, foram considerados todos os estudos em que estava presente o termo Literacia em Saúde. No que se refere ao contexto, foram considerados todos os estudos cujo local era uma escola do ensino básico do 3ºciclo.

Em relação ao tipo de estudo, foram considerados todos os estudos existentes. Não foram incluídos posters apresentados em conferências, nem artigos de opinião. No que diz respeito aos limites temporais estes não foram aplicados na pesquisa, pois pretendeu-se obter uma visão abrangente da evidência disponível sobre o tema em análise.

Os estudos foram selecionados por dois revisores de forma independente, de acordo com os critérios de inclusão, o terceiro revisor interveio nas situações em que não existiu consenso na análise e na inclusão ou exclusão dos artigos. Para dinamizar este processo de seleção foi utilizada a plataforma Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar).

A Figura 1, diagrama PRISMA-ScR, apresenta de forma detalhada o percurso na seleção dos artigos, esquematizando três etapas: identificação, análise e inclusão (Page et al., 2021). Na primeira fase do PRISMA, designada identificação, apresenta-se o número de artigos encontrados na base de dados, totalizando 125 artigos, destes foram rejeitados 9 artigos por estarem duplicados.

Na segunda fase do PRISMA, denominada análise, os títulos dos artigos e o resumo foram alvo de análise, sendo rejeitados aos que não cumpriam os critérios de inclusão definidos anteriormente. Assim, dos 126 artigos da segunda fase, foram rejeitados com base nesta análise 119 artigos, restando 7 estudos para leitura integral. Destes foram rejeitados 5 estudos, 3 por não corresponderem nem à População nem ao Contexto e 2 por não corresponderem nem à população nem ao conceito.

Na terceira fase do Prisma, intitulada inclusão, foram identificados 2 estudos, ambos sob o paradigma qualitativo.

O processo de seleção e triagem dos artigos está representado num fluxograma elaborado com base no Systematic Reviews for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A extensão PRISMA-ScR foi desenvolvida para dar aos revisores uma lista de verificação de relatórios para suas revisões (Peters et al, 2020).

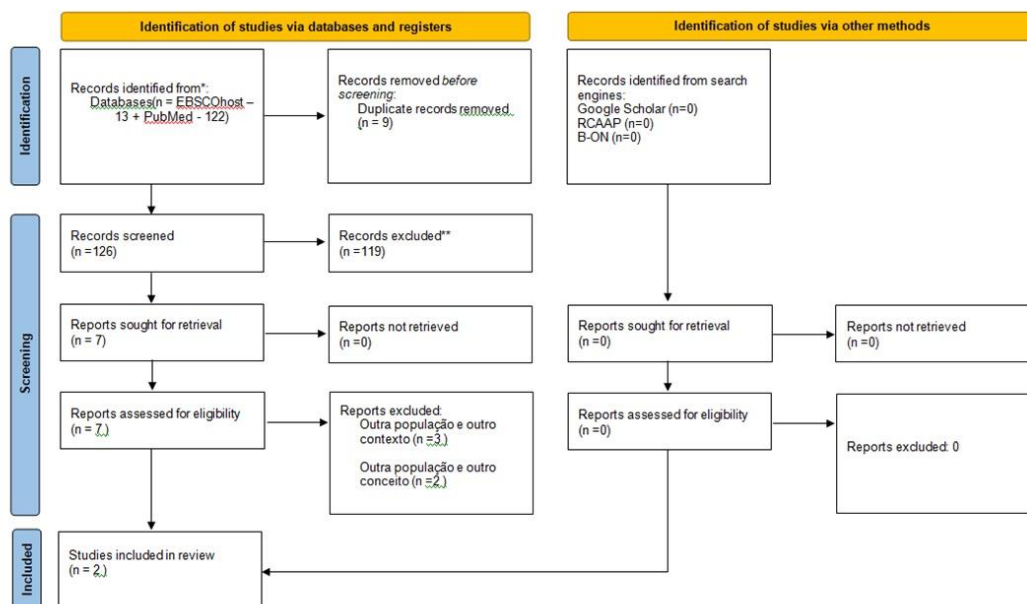


Figura 1 – Prisma Flow Diagram. Adapted: Page et al., 2021

DATA PRESENTATION

Dos 2 artigos que emergiram da pesquisa nas bases de dados ressalta-se que, o primeiro artigo “Examining the relationship between health literacy and individual and sociodemographic in secondary school students”(Pendl, e tal, 2023) analisa a relação entre os fatores individuais e sociais e a Literacia em Saúde, bem como com a Literacia em Saúde captada através da tecnologia da informação e comunicação (TIC) – Literacia em eHEALS. Os resultados do estudo mostram que nestes estudantes o comportamento de leitura online e a idade são significativos na Literacia em Saúde. Promover a Literacia em Saúde nas crianças e nos jovens o mais precocemente possível é fundamental para que haja equidade em saúde. Para tal é fundamental que as escolas promovam o desenvolvimento destas competências de forma interdisciplinar, dotando os alunos de competências para, não só aceder mas, saber avaliar de forma crítica as informações que veiculam na internet, procurando fontes fidedignas para adquirir conhecimentos sobre a saúde que os ajude a tomar decisões fundamentadas em evidências no que diz respeito à sua saúde (Pendl, et al, 2023).

O segundo artigo analisado “Use of Digital Photography With Newcomer Immigrant and Refugee Youth to Examine Behaviors and Promote Health”(Sastre et al., 2019) relata os comportamentos de saúde de jovens emigrantes e refugiados recém-chegados à Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, usando para tal, a fotografia digital. Com esta estratégia, promoveu-se a literacia em saúde relativamente à alimentação e à prática de exercício, tendo por base os hábitos pré existentes. Os participantes no projeto criaram materiais personalizados que representavam a sua cultura e etnia, ao mesmo tempo que incorporavam novos conhecimentos através das sessões de educação para a saúde. Este estudo evidencia a importância do uso da fotografia digital para avaliar e/ou promover a saúde sobretudo em grupos onde as barreiras de comunicação são evidentes (Sastre et al, 2019).

De forma a analisar os 2 artigos e extrair os dados importantes para o estudo, elaborou-se uma tabela, composta por 7 itens, nomeadamente: o nome dos autores, título, ano de publicação, país onde foi realizado o estudo, objetivos, tipo de estudo, população, metodologia, resultados e conclusões, com base nas orientações do Manual do Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2020).

Tabela 3 -Síntese dos artigos incluídos na Revisão Scoping

TITLE, AUTHORS, YEAR AND COUNTRY	GOAL	TYPE OF STUDY	POPULATIO N	METHODOL OGY	RESULTS	CONCLUSIO NS AND MAIN FINDINGS
Examining the relationship between health literacy and individual and sociodemographic in secondary school students	Obter a percepção dos estudantes relativamente à sua literacia em saúde (literacia em saúde subjetiva) e a literacia em saúde relacionada	Quantitativo, Quasi experimental e correlacional	544 alunos do com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, em escolas secundárias austríacas, nas vertentes de percurso académico e percurso não académico.	Aplicação das escalas: - Escala de Literacia em Saúde Electrónica (eHEALS) de Norman e Skinner traduzida pela equipa do projeto.	Demonstrou-se que a LS subjetiva se correlaciona positivamente com LSe. Existe uma correlação negativa entre LS e idade. O comportamento de leitura online dos alunos é o preditor mais influente tanto da LS subjetiva quanto da LSe. A quantidade de tempo que crianças e adolescentes gastam pesquisando e lendo informações na internet	A literacia digital (comportamento de leitura online e habilidades para usar a internet de forma efetiva) devem ser tidas em conta na capacitação de crianças e jovens para a literacia em saúde. A escola é um local ideal para desenvolver estas competências num meio controlado onde se podem aperceber das capacidades, limitações e
DominikPendl, Katharina Maria Maitz, Barbara Gasteiger-Klicpera 2024 Áustria	com a pesquisa na internet (LSe), relacionando estas duas formas de literacia com fatores individuais e sociodemográficos.			- Versão adaptada do questionário EuropeanHealthLiteracySurvey (HLS-EU) com 13 itens. - A ferramenta de auto-relato WIRKAL - Escala do PISA— Programme for International Student Assessment).		

TITLE, AUTHORS, YEAR AND COUNTRY	GOAL	TYPE OF STUDY	POPULATION	METHODOLOGY	RESULTS	CONCLUSIONS AND MAIN FINDINGS
				Questionário sobre o género, idade, número de livros em casa, origem migrante e o idioma da família.	tem um impacto significativo na sua LS.	riscos, desta ferramenta que pode ser útil se usada de forma correta, mas também pode ser veículo de desinformação.
Use of Digital Photography With Newcomer Immigrant Youth to Examine Behaviors and Promote Health Lauren R. Sastre, Lauren D. Wright, LaurenHalde man 2019 Estados Unidos da América	Examinar comportamentos de saúde e nutrição por meio de fotografia digital. Utilizar fotografia digital para abordar riscos por meio do desenvolvimento de materiais de promoção da saúde personalizado	Estudo qualitativo exploratório e interventivo	Alunos imigrantes e refugiados recém-chegados com idades entre 12 e 17 anos (n = 23).	Fotografia Digital para avaliação dos comportamentos alimentares e de exercício físico	Os alunos preferiram mensagens positivas em vez de temas negativos. O uso de fotografia digital para avaliar e/ou promover saúde e nutrição pode ser usado em projetos futuros com grupos que comumente enfrentam barreiras em relação à comunicação.	Este estudo evidencia a importância do uso da fotografia digital como meio de promover a comunicação e a interiorização de conhecimento em populações onde as barreiras da comunicação são evidentes.

DISCUSSION

Apesar do investimento e da evidência da melhoria nos níveis de Literacia em Saúde no nosso país, esta área continua a ser sentida pela população e pelos profissionais como uma área prioritária de intervenção (DGS, 2023). Melhorar o nível de Literacia em Saúde influencia os comportamentos de saúde dos indivíduos, reflectindo-se no estado de saúde do próprio, mas também da comunidade como um todo (Carvalho e tal, 2020), por este motivo urge investir nesta capacitação, promovendo a equidade entre a população e promovendo a gestão de recursos e os ganhos em saúde (DGS, 2023). A literacia em saúde permite aos indivíduos ter controlo sobre a sua saúde, possibilitando a realização de escolhas baseadas em evidências científicas.

Esta scoping review evidencia a importância das pesquisas realizadas sobre saúde na internet com a literacia, nomeadamente no artigo de Pendel et al. (2023) que consegue demonstrar que a literacia em saúde se correlaciona de forma positiva com a saúde dos indivíduos. O preditor que mais

influência quer a literacia em saúde, quer a literacia em saúde digital é o uso frequente de bases de dados relacionadas com a saúde. Deste modo é ressaltado neste estudo a importância de se desenvolverem ao nível das escolas programas de literacia em saúde que aumentam as competências dos alunos para a utilização de forma crítica a informação veiculada na internet. Estes programas permitem aos alunos terem consciência das suas capacidades e limitações ao mesmo tempo que desenvolvem competências.

Os contextos sociais e culturais influenciam a forma como as pessoas percebem as informações sobre a saúde e agem de acordo com essas informações. Quando as normas culturais não correspondem aos valores dominantes de determinado sistema de saúde surgem dificuldades na autogestão da saúde (Sørensen et al., 2021). Este aspeto é visível em muitos migrantes que são um grupo vulnerável, com várias fragilidades, ao nível da cultura, sociais e de comunicação (WHO, 2022). Os profissionais de saúde devem estar atentos a estas vulnerabilidades por forma a intervirem promovendo a equidade e o acesso a informação e serviços de saúde, capacitando as pessoas a assumirem o controlo da sua própria saúde em vez de serem recetores passivos dos serviços (Sørensen et al., 2021).

A literacia em Saúde é uma estratégia para o empoderamento comunitário, tendo esta como objetivo dotar de autonomia a comunidade em relação às estratégias e ações para resolver os seus problemas relacionados com a saúde e o bem-estar (Melo, 2020).

Relativamente à importância da literacia digital na capacitação das populações nas questões relacionadas com a saúde, a literatura aponta a literacia digital como um determinante social da saúde, equiparado aos restantes determinantes socioeconómicos (WHO, 2021). A criação de soluções digitais permite um maior acesso a informações, quer básicas quer complexas, sobre saúde bem como ferramentas que permitem a autoavaliação, sendo uma mais-valia para que as pessoas possam aprender e consolidar conhecimentos sobre saúde. Mas, para que estas ferramentas sejam utilizadas de forma eficaz há que dotar as pessoas de conhecimentos para o uso das mesmas. Por outro lado, há que levar o acesso destas ferramentas a toda a população, para que não exista iniquidade (CNS, 2024), caso contrário pode estar-se a promover a desigualdade, sobretudo dentro dos grupos mais vulneráveis. A escola, sendo um local privilegiado para a transmissão de conhecimentos, é sem dúvida um local ótimo para intervir de forma equitativa na literacia digital dotando os alunos de capacidade para aceder à informação de forma crítica, sabendo selecionar as fontes e os conteúdos de forma eficaz.

A seleção das estratégias adequadas para se atingirem os objetivos pretendidos reveste-se de extrema importância na implementação de projetos para desenvolver a literacia em saúde (Melo, 2020).

A importância do uso da fotografia digital como meio de promover a comunicação e a interiorização de conhecimentos em populações onde as barreiras da comunicação são evidentes foi o aspeto mais evidente do estudo desenvolvido por Sastre et al. (2019). Através desta estratégia foi possível identificar comportamentos de saúde existentes no grupo, que de outro modo poderiam não se conseguir identificar. Com esta estratégia interativa promoveu-se a literacia em saúde e promoveu-se a socialização do grupo.

Quando existe dificuldade em verbalizar respostas, as metodologias participativas como é o caso do uso da fotografia contribuem na identificação da forma de pensar. No caso dos adolescentes, os processos dinâmicos destas metodologias tornam-se atrativas (Evangelista et al., 2023). Podendo tornar-se numa ótima estratégia de intervenção e promoção de saúde nesta faixa etária, nomeadamente nos jovens migrantes, onde por vezes as barreiras na comunicação são evidentes.

LIMITATIONS

No final desta Scoping Review reconhece-se o fato de número de estudos que emergiram da pesquisa ser bastante reduzido não se conseguindo fazer evidência dos contributos da comunidade escolar no empoderamento dos jovens autóctones e migrantes em relação à literacia em saúde. Tal facto abre espaço para futuras pesquisas, que caracterizem de forma efetiva o nível de literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes no nosso país, bem como, o empoderamento comunitário da comunidade escolar.

CONCLUSION

Os resultados desta revisão permitem-nos identificar que a intervenção para promover a literacia em saúde nos jovens passa por utilizar informação disponível online, mas para isso é importante a formação em literacia em saúde digital, que permita selecionar de forma crítica as fontes de informação. Por outro lado, o uso de fotografia digital mostrou ser uma estratégia importante na educação para a saúde dos jovens, permitindo-lhes refletir sobre as imagens colhidas, encontrar pontos e divergentes e aumentar os conhecimentos de literacia em saúde, mas também fomentar as relações interpessoais e o respeito pelo outro.

ACKNOWLEDGMENTS

Agradece-se às Professoras Ana Spinola e Catarina Afonso, pela orientação prestada ao longo do desenvolvimento da presente scoping review.

FUNDING

Não existiu financiamento

CONFLICTS OF INTEREST

Não existem conflitos de interesse a declarar.

REFERENCES

- Conselho Nacional da Educação (CNE) (2023). Estado da educação 2022. https://www.cnedu.pt/content/EE_2022/Versao_Integral/EE2022-_versaointegral.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2024). Para um Melhor Sistema de Informação de Saúde ao Serviço das Pessoas <http://www.cns.min-saude.pt/>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar | 2015, ISBN: 978-972-675-227-1. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2019). Manual de boas práticas - Literacia em saúde - Capacitação dos profissionais de saúde, ISBN: 978-972-675-288-2, <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico. <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Evangelista, T. A. R., Nunes, M. D. R., Machado, S. G., Santos, M. A., Olegário B. C. D. & Nascimento, L. C. (2023). Uso da fotografia em pesquisas com crianças e adolescentes com condições crônicas: revisão integrativa, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil, <https://www.scielo.br/j/ape/a/JM8wGP3gx3kMSVY4nNpQcWq/?format=pdf&lang=pt>
- Hockenberry, M. J. & Wilson D. (2014) Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, Vol I. (9nd ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2024). Estatísticas Demográficas – 2023 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439488367&PUBLICACOESmodo=2
- Sastre, L., Wright, L & Haldeman, L. (2019). Use of Digital Photography With Newcomer Immigrant and Refugee Youth to Examine Behaviors and Promote Health Health Promotion Praticce, Vol. 20 Páginas 639 – 641. <https://doi.org/10.1177/1524839919863465>
- Lima, L. & Cruz, M. (2023). Desenvolvimento e aquisição de competências nas crianças e jovens in T. Martins & E. Borges (eds.), Saúde Escolar – intervenções em saúde (1ª ed., pp. 2-12).

- Manuela Néné & Carlos Sequeira
Melo P. (2021). *Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública*. 1st edição. Lidel. Lisboa.
- Nações Unidas (2016). Agenda 2030. <https://ods.pt/ods/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Organização Internacional para as Migrações (2024). About Migration <https://www.iom.int/about-migration>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff J, Aki E, A, Brennan S, G, Chou R, Granville J, Grimshaw J, M, Hróbjartsson A, Lalu M, M, Li T, L, Lorder E, W, Mayo-Wilson E, McDonald S, ... Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Pendl, D., Maitz, K. M. & Gasteiger-Klicpera, B. (2023) Examining the relationship between health literacy and individual and sociodemographic in secondary school students, *Journal of public Health*, páginas 531 – 542, <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01836-1>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Rede Interinstitucional para a Educação em Situações de Emergência (2024). Glossário – Migrante. <https://inee.org/pt/glossario-EeE/migrante>
- Republica Portuguesa (1976). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. - Constituição da República Portuguesa <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/1976-502635>
- Rocha, A., Marques, A., Figueiredo, C., Almeida, C., Batista, I., Almeida, J. (2011). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação. *Millenium*, 41 (Julho / dezembro). Pp.69-87 <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8208/5823>
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T., Okan, O., Brasil, V. & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems, *Health Promotion International*, Volume 36, Dezembro de 2021, Páginas 13 -23, <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>
- Tricco, A. C. , Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, I., Hempel, S., Aki, E.A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L. Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C. ... Straus, S. E. (2018) Prisma Extension for scoping reviews (PRISMA – ScR) Checklist and Explanation. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- World Health Organization (2005). European strategy for child and adolescent health and development. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347608/WHO-EURO-2005-4143-43902-61819-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2010). Participant manual : IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44258>
- World Health Organization (2017). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. (WHO/NMH/PND/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf>
- World Health Organization (2018). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO) (2021). Global strategy on digital health 2020-2025, Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://www.who.int/docs/defaultsource/documents/gd4hdad2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

World Health Organization (WHO) (2022). . World report on the health of refugees and migrants. Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

Vilelas, J. (2022). Investigação – O processo de construção do conhecimento (3rd ed.).Edições Silabo

Apêndice IV – Guião para condução do grupo focal

GUIÃO GRUPO FOCAL

Grupo Focal é uma técnica de investigação qualitativa que visa a recolha de dados, através da interação de um grupo face a uma ou mais problemáticas que sustentam o objetivo da investigação (Krueger & Casey, 2009). O investigador é um elemento ativo que conduz o grupo de discussão, gerindo a participação de todos os elementos. Não se pretendendo com este debate de ideias atingir consensos, mas sim, entender a perceção sobre a problemática.

Questões para reflexão

- Como caracterizam a saúde dos alunos desta escola?
- Na vossa opinião que significado os jovens atribuem ao conceito de literacia em saúde?
- No vosso entender, o que pensam os alunos do papel da escola enquanto promotora de comportamentos saudáveis?
- Qual o significado que os jovens atribuem à multiculturalidade?
- Que respostas seriam possíveis implementar para tornar os jovens autónomos nas suas decisões em relação à sua saúde?
- Considerando a possibilidade de construção de uma resposta, que elementos deveriam fazer parte dela?
- Como poderia ser dinamizada?

Apêndice V – Consentimento Informado Grupo Focal

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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

Título do estudo: Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico.

Objetivo do estudo: Analisar o empoderamento comunitário do pessoal docente/não docente do 3.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas do distrito de Santarém.

Enquadramento: Este estudo surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém (IpSantarém). Foi selecionada a escola do Agrupamento intencionalmente, pela relação de parceria previamente estabelecida entre estas e a ESSS e, pelo diagnóstico de situação apresentado pelo Agrupamento.

Explicação do estudo: Será utilizada como técnica de colheita de dados o grupo focal (entrevista em grupo focal). Neste tipo de técnica, não há respostas certas nem erradas, o que interessa é a vossa opinião. Não temos que concordar uns com os outros nem este trabalho pretende gerar consensos, apenas visa perceber a vossa opinião. A entrevista será gravada em áudio e decorrerá na sala de reuniões, numa única sessão de aproximadamente 2 horas. As gravações de áudio serão destruídas após a conclusão do estudo, sensivelmente, num prazo de 2 anos.

Condições e financiamento: Não serão pagas as deslocações ou contrapartidas; o estudo é financiado pelo investigador; a sua participação é voluntária e não existirão quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; os dados serão recolhidos de forma anónima, sem registos de dados de identificação. Os contactos serão efetuados em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua participação neste estudo.

Carla Sousa, Enfermeira, Mestranda, Escola Superior de Saúde Santarém, Politécnico de Santarém,

Tlm: 962853884, e-mail: 230000076@essaude.ipsantarem.pt

Local e Data: ____ / ____ / _____

O mediador: _____ O Participante: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o estudo: “Empoderamento de uma comunidade escolar para promover a literacia em saúde dos jovens autóctones e migrantes do 3º ciclo do ensino básico.” e concordo em participar nele e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Nota: O presente Termo terá duas vias, uma será guardada pela investigadora e a outra via ficará na posse do(a) participante da pesquisa.

Local e Data: ____ / ____ / _____

O mediador: _____

O Participante: _____

Apêndice VI – Grelha de observação grupo focal

Guia de Observação

Data: ____ / ____ / 2025

Participantes: _____

- Usar siglas simples para manter o anonimato (P1, P2...);
- Marcar momentos importantes (concordância geral, conflitos, silêncio)

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
1 - Como caracterizam a saúde dos alunos desta escola?				

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
2 - Na vossa opinião que significado os jovens atribuem ao conceito de literacia em saúde?				

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
3 - No vosso entender, o que pensam os alunos do papel da escola enquanto promotora de comportamentos saudáveis?				

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
4 - Qual o significado que os jovens atribuem à multiculturalidade?				

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
5 - Que respostas seriam possíveis implementar para tornar os jovens autónomos nas suas decisões em relação à sua saúde?				

PERGUNTA	PARTICIPANTE (EX. P1, P2...)	CITAÇÃO / IDEIA- CHAVE	EXPRESSÃO CORPORAL / TOM DE VOZ / EMOÇÕES	OBSERVAÇÕES (DINÂMICA, REAÇÕES)
6 - Considerando a possibilidade de construção de uma resposta, que elementos deveriam fazer parte dela e como poderia ser dinamizada?				

Apêndice VII – Slides PowerPoint

1 **O que sabes sobre...**

2 **O que é para ti Saúde?**

3 **O que sabes sobre... aceder a informação da saúde?**

4 **O que sabes sobre... compreensão de informação da saúde?**

5 **O que sabes sobre... avaliar a informação da saúde?**

6 **O que sabes sobre... aplicar a informação da saúde?**

7 **Saúde é...**

8 **Literacia em Saúde é...**

9 **Conclusão**

10 **Referências**

Obrigada pela vossa atenção

Apêndice VIII – Transcrição grupo focal

Grupo focal – 24 de abril 2025

Compareceram 4 elementos: um diretor de turma do 9º ano (coordenador do 3º ciclo) **(P1)**, um psicólogo **(P2)**, uma assistente operacional (disponível na zona do bar e refeitório) **(P3)** e uma encarregada de educação representante dos pais do 9º ano **(P4)**. Não compareceram por impossibilidade dois diretores de turma, um mediador escolar.

O grupo focal ocorreu de maneira fluida e permitiu a todos expressar as suas opiniões. Os participantes já se conheciam (de forma circunstancial) o que promoveu a interação entre eles.

Agradeceu-se a presença dos participantes e explicou-se que éramos e o âmbito do estudo e seus objetivos.

Os participantes fizeram as suas apresentações.

Primeira questão – Como caracterizam a saúde dos alunos desta escola?

P2 - A saúde tem várias vertentes, não ando a reparar, mas no geral parece-me pessoas saudáveis, tirando a parte da pandemia em que andou tudo de máscara, mas agora a sério, parecem-me pessoas saudáveis. Também tem a ver com o nível social de cada um, em termos de proteções, roupas adequadas para a época em que estamos, a alimentação também é importante para a saúde...

P1 – A integração...

P2 – Nós sentimos que há muita fome

Mediador – Vocês notam que há muita fome?

P2 – Eu noto, muita fome e isso tudo contribui, pois, para a saúde. Agora, por trás de cada sorriso há ali muita fome, muita tristeza, muitas questões emocionais que eu tenho acesso, porque alguns vêm ter comigo, mas há outros que também os assistentes operacionais e os professores também notam. As sinalizações aqui também podem ser feitas pelo professor, pelo encarregado de educação, assistente operacional. É uma questão de circular aí pelos recreios. Assim no geral, eu não posso assim numa frase caracterizar a saúde, porque é multivariável

P1 – Eu acho que é difícil responder-se se está bem ou se não está bem a saúde. Eu acho que aqui na escola nós fazemos tudo para que a saúde seja pelo melhor, agora, na realidade temos alunos muito diferentes e que cada caso é um caso e a saúde também de cada um, e daí a nossa dificuldade também em averiguar a saúde de cada um, mas no

global temos um conjunto de ações e também a estrutura montada para tentarmos melhorar a saúde de cada um.

M – Está a falar de..., pode apontar algumas medidas?

P1 – Estou a falar de no início do ano quando os alunos chegam vamos averiguar se eles têm problemas de saúde crónicos, por exemplo, para sabermos como atuar até, por exemplo ao nível da alimentação no refeitório, muitas vezes, com alguns alunos, ou o que fazer em caso de emergência o que fazer, como atuar, não é? Ter a ficha desses alunos...

P2 – É o Plano individual

P1 – sim, é o Plano Individual de Saúde, vem sinalizado e à mão para em caso de emergência também. E temos uma equipa, também de apoio à saúde.

P2 – Educação para a Saúde, quer dizer, quer dizer, não somos bem de apoio, somos mais mediadores de ligação entre o Centro de Saúde, equipa de saúde escolar e a escola.

M – A equipa de saúde escolar costuma colaborar convosco nos Planos de Saúde e nessas...

P2 – No Plano Individual de Saúde, que é obrigatório, não é? ... e ... depois também faz projetos de prevenção, que é uma das vossas vertentes da enfermagem comunitária, que é a prevenção

P1 – Sim, também ações de sensibilização também.

P2 – Sobre diversos temas consoante as idades.

P1 – E em cada turma, nós também temos um PES, que é obrigatório, que é o Projeto de Educação para a Saúde.

M – E há um tema comum para a escola?

P1 – Há um conjunto de temas que são abordados por ano de escolaridade

P3 – Eu acho que temos, cada vez, mais crianças diabéticas e muitas mais. Temos também alguns alunos com anafilaxia que são coisas que todos nós também temos que estar em alerta e pronto, e acho que a nível de saúde, muita fome, procuram muitas vezes os funcionários porque dói a cabeça e nós perguntamos se já comeram, não comem.

M – A escola tem algum tipo de apoio para essas crianças.

P3 – Temos, temos, e quando não estão sinalizados, fome não passam.

P1 – O bar fornece sempre, pelo menos, uma sandes ou um copo de leite.

M – Aqui a prespetiva dos pais?

P4 – A prespetiva dos pais, quer dizer, eu acho que é assim, nós nos apercebemos é que, e vamo-nos apercebendo com as entradas e saídas dos alunos, porque não estamos frequentemente aqui, mas parecem-me obviamente saudáveis, claro que se percebe que há

crianças que não têm tanta facilidade, como outras, na alimentação, mas que na turma que represento, não me parece haver situações descontroladas, ou se elas existirem creio que sejam sinalizadas, sim, mesmo enquanto com os miúdos, eu tenho esse cuidado de falar com a minha filha, neste caso, não me parece que haja, enquanto turma, alguma situação assim, existem diferenças...

P1 – Acho que é assim mais ao nível de consumos.

P4 – também, aí sim...

P1 – verifica-se

P2 – Sim, sim.

P1 – E aproveito agora para partilha, nesta turma (9^oC), temos umas alunas que fumam, com autorização dos encarregados de educação, e uma delas, a propósito da viagem que vamos agora fazer ao Porto, até me disse que põe o despertador de noite para acordar para fumar. E eu disse-lhe que isso era um caso para ser acompanhado que precisava de terapia, que precisava de acompanhamento, que isso não era normal. E ela disse que a mãe faz o mesmo. E eu aí fiquei preocupada.

M – Os consumos que notam mais é mais ao nível de álcool e tabaco, ou há outras substâncias?

P1 – Mais tabaco. Álcool acho que não.

P2 – Isto é, eu estou cá, vai fazer 14 anos, acho, mesmo assim, que já foi pior.

P1 – Foi pior.

P3 – Já estivemos bem piores.

P2 – São gerações diferentes, se calhar, os país também têm outra cultura ou estão mais atentos, são diversas condicionantes, agora bebem muitas bebidas energéticas, os estrangeiros ainda mais e sumos com açúcar e batatas fritas.

P1 – Sim.

M – trazem com eles (no bar não existe disponível).

P2 – Trazem com eles, ou quem tem o cartão autorizado vai ali fora ao Leclerc ou ao café aqui ao lado, vende umas tostas e tal, e eles vão lá.

Segunda questão – Na vossa opinião que significado os jovens atribuem ao conceito de literacia em saúde?

M – (Após a questão) Acham que isto lhes diz alguma coisa?

P1 – Creio que não.

P2 – Acho que não, se lhe derem isso assim eles vão pesquisar e eles respondem logo, mas eu creio que ainda não está no seu vocabulário.

M – Não faz parte... e eles preocupam-se com as questões de saúde, ou isso também uma coisa que não está muito evidente?

P2 – uma parte sim, nós só notamos, a nível comportamental, nós só notamos naqueles miúdos que são mais inquietos, mas se calhar aquele que está mais sossegado ao fundo da sala tem mais dificuldades ou problemas que o outro, mas pronto. Agora estamos a tentar focar nas partes menos boas, mas eu sinto que sim, há miúdos que se preocupam com a sua saúde, a parte do corpo, o desporto há miúdos no ginásio, todos eles fazem desporto escolar, futebol.

P1 – Raparigas também, pela questão da aparência, também relacionado com a integração social, mas também, mas depois com o seu corpo.

P4 – Sim, creio que sim, até porque em ciência são abordadas situações e eles têm essa preocupação.

M – (Em relação a P3) Já agora qual a sua opinião em relação a este assunto?

P3 – Não tenho opinião, em relação a este aspeto não consigo...são muito vaidosas, andam sempre no espelho da casa de banho a pintar-se, mas se falarmos mesmo na palavra Literacia da Saúde acho que não sabem.

Terceira Questão – No vosso entender, o que pensam os alunos do papel da escola enquanto promotora de comportamentos saudáveis

P3 – A escola manda de mais, os pais dão autorização para comerem o que querem, podem se... podem faltar às aulas, eles acham que a escola não deve mandar nada.

P1 – Mas, por outro lado também precisam que a escola mande.

P3 – Ah, sim...! (concordância)

P1 – Eles próprios sentem essa necessidade por que se não desorientam-se.

P3 – Ah, sim! Eu acho muito bem que a escola mande.

P1 – Não, não estou a dizer que disse que não achava, estou a dizer que eles próprios, estou-me a pôr no papel do aluno, eles próprios precisam de referências.

M – Baliza-os.

P1 – Baliza-os, exatamente.

P4 – E eu acho que existem.

M – E eles aceitam?

P4 – Eu creio que sim, porque, não sei, talvez no meu caso especificamente, obviamente que sim, porque eu também ponho algumas situações e encaminho sempre nesse sentido, mas no geral, e pelo que tenho acompanhado dos miúdos, alguns poderão eventualmente não ter regras em casa, mas sim, na escola sim e valorizam essas regras.

P2 – sim, ainda agora tivemos uma por causa dos telemóveis e eles aceitaram bem, não se pode usar o telemóvel na manhã, no intervalo da manhã

P1 – É claro que estamos numa idade em que o desafio é uma constante, mas à parte disso e de um modo global sim.

M – Eles aceitaram bem não poderem usar os telemóveis? A regra é não usar dentro da escola?

P2 – Não, é só naquele intervalo.

P1 – No fundo é para fomentar a socialização

P2 – O objetivo é esse... e eles até aceitaram bem.

P1 – e nós agora também estamos a desenvolver, eu desenvolvi agora um projeto com o 9º C agora, em que os alunos, nesse intervalo em que não podem usar o telemóvel desenvolveram algumas atividades, jogos tradicionais, uns para os outros, e correu muito bem, eles gostaram e valorizaram isso, ao ponto de agora continuarem.

P2 – E a educadora vai com eles

P1 – Sim vai.

P2 – Porque assim é que eles também ... mas isso é uma pergunta mais à frente, eles não se conhecem a eles próprios, mas eu estou-lhes a fazer orientação vocacional, e agora vamos iniciar uma nova segunda fase que é uma ficha em que eles vão pensar sobre eles, e a ficha para eles porque, para eles poderem escrever o que bem entenderem, o que acaba por ser quase um diário de autonomização e depois, no final eles terão que fazer um trabalho de pesquisa sobre as áreas que dá, que este teste dá. E esta ficha eu também utilizo no meu gabinete privado e também tenho miúdas do 12º ano, e pensar como é que eu sou...

P4 – Nem conseguem responder

P1 – Mas isso é muito natural, eu também não me lembro. Quando é que cada um de nós pára para pensar quem eu sou, o que é que eu quero, o que estou cá a fazer.

P2 – Mas, eu faço. Tem a ver com cada um, com o tempo para estar com eles próprios...

P4 – É importante, mas eu acho que ... eu creio que é mesmo desta geração.

P2 – Já está a ser há algumas gerações.

P4 – A algumas gerações, porque eu tenho uma filha com 18 anos e mantém a mesma ...

P1 – Mas não é assim uma ação fácil.

P2 – Há assim uma tendência para o tudo no imediato, tipo partilha, mastiga e deita fora... Não são de andar para aí a analisar esse sentido, logo no imediato que, olha a escola está a promover comportamentos bons, mas eles em ciências no PES de cidadania, quer dizer, no auditório no clube do ambiente fazemos o concurso de Master Chef...

P1 – mas eles sentem-se bem na escola, se nós questionarmos os alunos eles respondem que se sentem bem na escola, melhor fora das aulas do que nas aulas, também é normal, até pelo fator de socialização e interação com o outro.

P2 – Eles no geral gostam da escola, não gostam das aulas, mas da escola gostam e muitos deles ficam aqui porque é o sítio onde eles têm comida, têm alguém que lhe dá conforto, alguém ainda lhe dá um raspanete que é uma forma que eles têm de ter atenção, não é, muitos pais dos migrantes, muitos dos miúdos vêm viver com tios ou com irmãos mais velhos e outros os pais também estão separados e têm horários complicado, não é? Então, passam muito tempo aqui. Agora não sei, mas por exemplo na paragem do autocarro estavam 2 miúdas portuguesas que têm carências afetivas também, e económicas e o resto eram todos estrangeiros, negros e asiáticos.

M- Ficam o dia todos

P2 – Ficam o dia todo e porque não têm ninguém que venha buscar, todos os outros vão.

P3 – São quem fica, são quem fica.

P2 – Isto dá um bocadinho o retrato

P1 – Já são uma grande percentagem aqui na escola, são 30%.

P2 – Já somos 30%? (espanto) Pois, é capaz, porque nós agora fazemos parte de uma equipa de acolhimento e está sempre a chegar.

P3 – Está sempre a chegar.

P2 – Esta semana chegaram cinco.

P3 – Só aqui para a nossa escola

P 2 – Quatro paquistaneses e um angolano.

P4 – Ainda existe capacidade para mais?

P1 – Enquanto eles ficarem na nossa área de residência...

P4 – Mas não há um limite?

P3 – Já não há.

P2 - Já não há e amanhã chega outro guineense.

M – Chegam assim no meio do ano letivo, quase no final,

P2 – Chegam.

P1 – O ano letivo para eles é diferente.

P2 – Eu ontem até, como vamos recebê-los, fui à turma para ir buscá-los, pensava eu que era fácil identificar, como os conhecia todos, mas quando chamei o nome verifiquei que não era fácil, na turma apenas 4 eram caucasianos, o resto eram todos estrangeiros.

Quarta pergunta – Qual é o significado que os jovens atribuem à multiculturalidade?

P2 – Eles aceitam bem a multiculturalidade. Às vezes essa questão está mais na mente dos adultos e agora a nível político que nas agora assistimos, as crianças são puras, aceitam isto, não andam a ver a cor da pele. Por exemplo, hoje dois miúditos foram bater ao gabinete e dizem: - Olá meu niga, para mim. Niga é meu puto, mas preto, pequenininho. Mas, o que eles querem é, saber se tenho uns sacos do lixo para eles irem limpar, porque depois a senhora do bar dá um pãozinho. Portanto, eles próprios, chamam niga, a mim.

M - a questão que eu ia colocar era, estes novos elemento que estão sempre a chegar, como vimos aqui, se são bem aceites depois dentro das turmas?

P2 – São, porque eles, para já são recebidos por esta equipa. Na terça-feira fui buscar uma miúda paquistanesa que sabe falar muito bem português e um miúdo paquistanês que também sabe muito bem falar português e para servirem de interpretes aos novos elementos. Havia uma rapariga, e como elas não se dão muito com os rapazes, para não pôr os rapazes como interpretes tive o cuidado de ir buscar uma rapariga paquistanesa para servir de intérprete, porque a cultura deles têm assim essa separação e o angolano fui eu, eu ainda consigo falar com angolanos, embora tenha aqui um tradutor para chinês (no telemóvel) e temos um livro de psicologia, o meu primeiro livro de psicologia traduzido para inglês, e pronto, acho que eles são bem aceites, porque uma das miúdas que foi receber esta, à 2 anos parecia que estava a tremer, imagine vocês no Paquistão com 11 anos, uma portuguesa com 11 anos no Paquistão..., parecia muito assustada mesmo e hoje estava ali a sorrir, a colher a outra e tal, e a ajudar a participar numa aula de educação física.

M – Isto, é uma prática vossa, este acolhimento?

P1 – É, é uma preocupação.

P2 – É, temos aqui também uma equipa de críquete, foram campeões, só que é só paquistaneses, não é? Há também a outra face da moeda que é acaba por haver uma segregação.

M – Mas porque os outros não querem...

P3 – Não querem.

P2 – Não querem, os nossos querem é futebol, ainda houve 2 ingleses que foram lá, mas os portugueses é que não querem, mas eles fizeram ações de formação para os portugueses, para todos. Sim, eles são bem acolhidos.

P1 – Eles são bem acolhidos, mas também é assim, eu também não vejo assim a pílula tão dourada, ou seja, para já depende das turmas porque há turmas onde os miúdos acolhem, por natureza são muito mais integradores dos que chegam e outras não, por exemplo o 9º C é uma turma que se preocupa muito eles quase que fazem os trabalhos aos outros, ou dizem como devem fazer, ou viram-se para trás e explicam, têm preocupação se compreenderam, se não compreenderam. Há outras turmas em que não é bem assim, portanto depende das turmas

P2 – sim, isto depende da turma, de como ela surgiu e como foi crescendo. Porque há turmas em que o diretor de turma, infelizmente, vai sempre mudando, 7º, 8º e 9º e isto cria alguma instabilidade no conceito de turma, de união, o próprio facto de eles andarem sempre a mudar de sala também não é bom, porque se eles estivessem sempre na mesma sala podiam ambientar-se ao espaço e depois é alguns vêm juntos do 5º ano, alguns vêm juntos do pré-escolar, já têm uns laços que outras turmas não têm, então é por aí.

P1 – Então, depende das turmas e também dos miúdos que vêm, porque também são todos diferentes, embora oriundos do mesmo país são diferentes e de países diferentes mais diferentes ainda, e alguns aculturam-se muito bem, mas também há outros que não.

P3 – Que não. (concordância com a frase anterior)

P1 – Temos que ver aqui que há as duas situações. Eu permaneço na minha, eu tenho a minha língua, até mesmo em sala de aula, e essa é outra situação que nós estamos atentos, que é quando há um grupo grande numa turma eles têm tendência para se agrupar na própria turma, porque têm língua comum e os outros sabem lá o que eles estão a dizer, não é.

P2 – Isso é normal.

P1 – É, é tudo normal, mas isso acontece ...

P2 – Isso ia acontecer se fossem todos portugueses e aquele grupo jogasse futebol, é natural no ser humano e nos animais.

P1 – Claro que sim, claro que sim.

P2 – Mesmo a disposição pela escola, nós reparamos e percebemos que há uma cultura dos africanos, porque são mais, os africanos estão sempre ali mais junto ao bar.

P3 – Não se juntam com os outros.

P4 – Existe mais abertura dos nossos miúdos do que deles.

P1 – pelas nossas características também, somos mais hospitaleiros, mais acolhedores.

P2 – Eu creio que é um mecanismo de defesa.

P1 – Claro

P2 – Eles vão para um ambiente que não conhecem e então ficam um bocadinho à defesa é próprio do ser humano. Mas o conceito de multiculturalidade é bem aceite e não é tema, eu vejo como uma riqueza, só que, lá está, depende das dinâmicas que cada turma tem, da própria escola, das dinâmicas da escola e do próprio país.

M- Mas a escola, parece-me aqui que tem algumas características agregadoras.

P1 – É uma preocupação, até pelo número de alunos que já fazem parte da escola.

P2 – Temos mais 3 contentores este ano.

P1 – Salas de aula, contentores parece do lixo (riso). Mas não são contentores para ter os alunos que chegaram.

P2 – Não, não.

P1 – São contentores porque surgiram turmas a mais e têm que estar cá na escola.

P2 – Sim, nós tínhamos quatro nonos anos, agora são seis. Tínhamos quatro, cinco quintos, agora temos seis também, e pronto, é por aí. Os funcionários são iguais, mas isso é outro tema.

Quinta pergunta – que respostas seriam possíveis implementar para tornar os jovens autónomos nas suas decisões em relação à sua saúde

P2 – Isso era uma tentativa, que já leva uns anos, implementar uma ponte com os encarregados de educação, porque a escola não se pode sobrepor nessas questões de saúde e de escolhas, por exemplo a dissonância de género que já aparece, é difícil, porque tirando as reuniões de conselho de turma e as reuniões em que se chamam os encarregados de educação, quer seja numa turma de quadro de excelência, quer outros, aparecem poucos, é residual.

P1 – Principalmente os estrangeiros, os encarregados de educação dos alunos estrangeiros são muito pouco assíduos na escola.

P2 – Porque muitos deles trabalham no campo, os horários são complicados, alguns não têm internet para verem os emails, o professor cria o endereço de email, mas eles não conseguem aceder.

P4 – Enquanto para nós há uma obrigatoriedade para eles não.

P2 – É difícil distinguir o que é prática de uns e de outros, porque os nosso também é por aí, a ligação com a família. E depois vêm exigir, porque não fez isto, porque é que não fez

aquilo. Eu acho que falta também um bocadinho de autoridade nas escolas. Autoridade no sentido de ...

P4 – Mas também existir mais vertentes, disciplinas nesse sentido, não é? Porque não há também muita abertura...

P2 – mas veja (referindo-se a P4) , quando foi criada a cidadania houve logo aqueles pais que

P4 – Contra, não é.

P2 – Aqueles pais contra

M – Mas contra o quê, contra as temáticas abordadas em cidadania?

P1 e P2 – Sim, sim.

(Silencio)

M – Em relação a medidas que os possam tornar mais autónomos, vocês acham que eles terem mais conhecimentos iria contribuir de alguma maneira para eles serem mais autónomos e mais preocupados ou acham que é completamente indiferente.

P2 – Não sei o que a escola poderá fazer mais, a escola não se pode sobrepor mais, porque já temos essa equipa de saúde escolar que aborda vários temas consoante as idades a problemática do sono, a sexualidade, violência no namoro.

M – É sempre dentro da sala de aula

P1 – Sim.

M – Não há colóquios, por exemplo.

P2 – Há o auditório.

M – aberto a quem quer assistir?

P2 - É sempre por turma.

P1 – Se for de outra forma, ninguém vai.

P4 – Ou é uma coisa que faz parte do plano, ou então não vão.

M – Vocês não têm nenhum clube da saúde.

P1 – Não.

M – Ainda em relação a esta questão gostaria de vos ouvir em relação à importância da literacia para eles serem autónomos.

P1 – Por acaso quando estava lá na minha turma (na sala de aula quando se realizou o brainstorming com os alunos) eu pensei só que eles ficassem esclarecidos de que se tiverem uma dor de cabeça não devem ir a correr entupir as urgências do hospital era tão bom.

M – Sim, é fundamental, e que realmente eles sabendo, se calhar seriam muito mais autónomos em termos da sua saúde.

P1 – Por exemplo, era importante, os alunos distinguirem entre o urgente e não urgente, não é?

P2 – As urgências estão cheias de adultos.

P4 – Isso é um aspeto fundamental do lado dos pais.

P1 – Estes também serão pais, podemos ver sob esta perspetiva, numa questão de aprendizagem, isto é a médio e longo prazo.

P2 – Às vezes, ensinamos os filhos para ensinar os próprios pais.

P4 – Isso também tem muita influência se o pai ou a mãe são daqueles que recorrem logo às urgências.

P1 – Têm um determinado comportamento. E é nesse sentido que eu digo, que também cabe à escola, no fundo, quebrar a cadeia de comportamentos.

Sexta pergunta – Considerando a possibilidade de construção de uma resposta que elementos deveriam fazer parte dela e como podia ser dinamizada.

P3 – Um enfermeiro a cem por cento nas escolas, nesta escola que já tem muitos alunos.

P2 – Um enfermeiro a tempo inteiro não diria porque não é possível.

M – Num mundo ideal, quem poderia estar envolvido?

P2 – Se estamos num mundo ideal, um enfermeiro a tempo inteiro, um assistente social, também, temos que ver a saúde dos profissionais e a saúde dos professores não está nada boa, e temos poucos funcionários também.

M – Mas que tipo de resposta é que vocês acham que seria útil aqui fazer, por exemplo uma coisa que conseguissem pensar como solução, que ajudasse realmente os alunos a terem uma literacia em saúde melhor.

P2 – Qualquer atuação tem que ser efetiva e presente, por exemplo, as sessões de saúde escolar eram 3 X 90 minutos e agora e agora são 50 minutos.

M – Esta redução está relacionada com a indisponibilidade dos profissionais...

P2 – Dos Profissionais de saúde.

M- E a escola tem disponibilidade para essa resposta.

P2 – Dantes tinha

P1 – Eu acho que tem, nós temos currículos mais flexíveis

P2 – E nós, por exemplo, elas iam às aulas de ciência.

P1 – É isso que eu estou a dizer nós estamos com currículos cada vez mais flexíveis e em que se pode fazer uma articulação com a saúde.

P4 – E nesta escola em questão haver uma articulação da escola de saúde com esta.

P1 – Por exemplo. (corroboração da frase anterior)

P4 – Podia haver essa disponibilidade, não é?

P2 – O que tem havido é cada vez mais um decréscimo de intervenção externa, o número de alunos a aumentar, a sociedade acelerada, os professores cada vez mais cansados, e com razão.

P1 – Eu acho que também passa muito por terapias de grupo, com sessões em grupo.

M – Para os professores ou para os alunos?

P1 – Para ambos.

M – Então, se calhar a solução poderia ser uma maior proximidade com enfermeiros, ou outros profissionais que dinamizassem essas sessões.

P2 – O miúdos gostam das sessões

P1 – e nós também.

P2 – Mas o que acontece é que às vezes eles (enfermeiros) vão fazer aquilo porque está no Plano Nacional da Saúde, e você sabe.

P4 – Os primeiros socorros, são muito importantes, mas devia ser com mais frequência e ajudaria muito, lá está a desentupir as urgências.

P3 – Mas para os adultos só para quem quer, e isso já falo aqui da minha área, eu tenho vários em primeiros socorros e tenho aqui colegas que não querem frequentar os cursos de primeiros socorros.

P4 – Pois, devia ser obrigatório, obviamente.

P1 – Mas às vezes as pessoas também não querem ir para não se comprometerem.... Mas eu falo nesta terapia de grupo porque acho que as pessoas estão cada vez mais isoladas, nós professores no nosso envelhecimento digamos assim, mas ao mesmo tempo com a solidão, porque nós vamos para uma sala aula, estamos ali com um público, quer queiramos quer não, têm uma diferença de idade e estão num papel diferente do nosso, mas depois entre nós dificilmente partilhamos as nossas alegrias ou as nossas tristezas na relação com os alunos e na nossa profissão. Eu acho que isso também era importante

M – Para os alunos haver também estas dinâmicas também seria uma boa estratégia?

P2 – As sessões de saúde escolar são boas, mas era preciso mais, 50 min é muito pouco.

P1 – Uma dinâmica mais interativa, ou seja, aquela palestra, ou falar sobre aquele assunto, porque todos os anos a equipa vem falar sobre os mesmos assuntos, eu noto nos alunos -

Ah, ok, tudo bem, é sobre tabagismo... ah. Ok. É sobre isto (enfado). Tem que ser uma dinâmica em que os alunos, quase indiretamente, acabam por adquirir alguma literacia, acabam por fazer partilha, acabam por socializar a propósito daquele assunto.

P2 – As sessões não devem ser debitar para eles, mas ver o que é que eles querem falar. Porque hoje em dia os adultos, os pais, olham para os filhos e não os vêem e os técnicos e os professores também não conseguem olhar para 28 alunos.

P1 – Pois, é a sociedade.

P2 – Mas pronto, estamos cá para a luta, para trabalhar.

M – Pronto, esperamos que este trabalho venha ajudar aqui nalgumas coisas, nomeadamente em sugestões para uma intervenção que possa melhorar estas questões relacionadas com a saúde e a literacia em saúde. Não sei se gostariam de acrescentar mais alguma coisa, se eu fui clara.

P2 – Sim foi bastante clara

M – Agradeço mais uma vez.

P2 – O prazer foi todo meu.

P1 – Estou a lembrar-me que ao longo do ano letivo nós poderíamos fazer alguns momentos de paragem em que se assinalasse ou destacasse a questão da saúde, porque muitos aspetos relacionados com a saúde acabam por indiretamente chegar aos alunos e eles nem se apercebem, nós até fazemos um esforço, falamos sobre as coisas e tudo mais, mas se houvesse qualquer atividade marcante ajudava a integrar.

P2 – Nos tínhamos um ato que era visto ao nível de Santarém inteiro, que era a estafeta da saúde.

P4 – Sim, eles vêm a matéria como, saber a matéria e despejar no teste.

P2 – É o despejar, eles depois são avaliados...

P4 – E apagou.

P2 – É importante haver alguma coisa que ajude a que eles perceberem que saúde não é só doença e não doença.

M – Não sei que querem acrescentar alguma coisa.

...

Então, agradeço novamente a colaboração.

Apêndice IX – Compilação dos dados do *Brainstorming*

Turma	Conceito	Dados recolhidos		
9ºA 18 alunos	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - “Bem-estar físico e psicológico (ter saúde mental).” - “Ausência de problemas (doenças do corpo humano).” - Alimentos. - “ Condições de bem-estar.” - Higiene - “Bem-estar psíquico (ausência de ansiedade).” -É variável (numa altura podemos estar mais saudável noutras menos). - É não ter doenças, ser saudável. - É ter uma vida ativa, não ficar o dia todo em Casa. 		
9º B 22 alunos	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Não estar doente - Estar normal - Estar bem - Ter relações (com a família) - “Integrado na Sociedade.” - Estar bem psicologicamente - Estar bem ou mal (físicamente e psicologicamente) - Com doença crónica – se estiver controlado é saudável / são doentes / conforme o grau da doença /tem saúde, o modo de viver é que é diferente. - Pode não ter doenças e não se sentir saudável - Depende de cada um 		
9º C 17 alunos Turma com grande diversidade cultural	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação saudável - “Exercício físico / Desporto.” - “Vida equilibrada.” - “Não pensar negativamente (se está a fazer certo ou errado).” - “Sem problemas mentais.” - Bem-estar -Sentir-se saudável - Boa saúde mental (estado de espírito) - Comida - “Boa relação com a família.” - “Conviver com os amigos.” - “Boa saúde mental.” 		

		<ul style="list-style-type: none"> - “Parte social.” - “ Bom sono (padrão de sono), porque o corpo descansa e relaxa.” - (1 aluno discordou) “Não é preciso dormir 8 horas e isso”. 		
9º D 20 alunos	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Bem-estar - Boa alimentação - Boa mentalidade - Bons hábitos (andar de bicicleta, exercício físico, passar tempo fora de casa, estar com os amigos). - Estar bem com o próprio corpo - Pessoa que aceita as suas falhas - Não ser solitário - Alimentação saudável (variedade de comida) - “ Estar bem connosco e com os que nos rodeiam.” - A pessoa pode ser vegan e não ser saudável, pode comer comidas muito industrializadas, pode ser sedentária. - Estar num sítio público, onde se fuma não faz bem à saúde. 		
9º E 20 alunos Baixa participação Pouco atentos, preocupados com um trabalho que tinham que apresentar	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estar bem com nós mesmos - Estar bem psicologicamente - Não ter nenhuma doença ou pensamentos maus. - “Bem-estar mental e físico.” - Não termos doenças no corpo - Ter uma boa alimentação 		
9º F 18 alunos Pouco participativos mas atentos	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ter o sono regulado - Fazer exercício físico - “Não estar debilitado / afetado de maneira física ou psicológica.” - “Estar bem física e psicologicamente (não ter doenças e ter equilíbrio nas minhas emoções).” - Ter uma boa alimentação 		

9ºA 18 alunos	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimento por exemplo SBV - Ter conhecimento sobre medicamentos - “Pesquisar” -Google - Chat GPT. - Profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bombeiros. - Livros - “Saúde 24. - “Palestras.” - “Na escola, por exemplo doenças, vírus tudo...” 		
9º B 22 alunos	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Saúde 24 - Ir ao Hospital - Internet (primeiro site que aparece – mais visualizado) - A informação da internet tem que ser verificada - Wikipédia - Tem que se confiar no site e verificar a informação - “As mais importantes são as dos profissionais de saúde.” - Temos que ter confiança, são os sites da saúde. 		
9º C 17 alunos Turma com grande diversidade cultural	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - “ Obter informação – livros; manuais escolares; médicos (sobre como melhorar o nosso corpo, o que podemos fazer para o nosso corpo melhorar).” - Falar com pessoa responsável – hospital, centro de saúde, fazer análises - Perguntar a adultos com mais experiência - Internet – “A internet não dá o que temos, mas ajuda.” - Sites fidedignos, de instituições de saúde. - “A internet às vezes engana”. - “O hospital é para coisas mais graves. Posso ir à farmácia e passar a receita” - “Vou a vários sites e comparo a informação. Não vou à wikipédia porque qualquer pessoa pode lá escrever”. - “As informações dadas pelos adultos podem não ser totalmente corretas, mas eles dão soluções para resolver problemas de saúde (mais simples)”. - Não costumamos ir à biblioteca da escola. 		
9º D	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos - “Google/pesquisas na internet. Tem que se confirmar a informação. Na internet há coisas que não são verdade.” - “Profissionais de saúde.” - Chat GPL - “Manuais e livros.” 		

20 alunos		<ul style="list-style-type: none"> - Cento de saúde e clínicas - Professores de ciências e biologia - Estudar o corpo. Procurar entender o que sentimos. - Familiares. Podem saber defender-nos do tipo de informação 		
9º E 20 alunos Baixa participação Pouco atentos, preocupados com um trabalho que tinham que apresentar	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Google - "Chat GPT." - Biblioteca - You tube - Médicos /especialistas na área da saúde / psicólogos, enfermeiros - Sites sobre saúde - Pesquisar sobre uma doença nos sites que aparecem – confirmo com a minha mãe. - Pessoas que já tiveram a doença - Professores de ciências - Não é fácil aceder à informação. Depende do sítio. 		
9º F 18 alunos Pouco participativos mas atentos	Aceder à informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - "Internet – Saúde 24. Sites fidedignos." - "Hospital." - "Professores. Os professores sabem informação sobre saúde". - "Médico de família/ enfermeiro." - "Google. Vamos a qualquer site". - "Pais e avós" - "A Saúde 24 é mais fidedigno que a wikipédia". 		
9ºA 18 alunos	Compreender informação sobre saúde Mais dificuldade no conceito	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir os cuidados que temos que ter - Compreender o que faz mal e não podemos comer - "Saber." - "Estudar para compreendermos melhor." - O médico passa uma receita com o que temos que tomar, como tomamos e onde vamos buscar. - "Informação difícil de entender, informação muito técnica." - Palestras nas escolas – compreender para aplicar. - Vamos a médicos de família - Temos consultas de rotina 		
	Compreender	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer o que lá diz - "Costumamos compreender a informação se não tiver nomes técnicos." 		

<p>9º B</p> <p>22 alunos</p>	<p>informação sobre saúde</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procuramos o médico de família ou o enfermeiro - “Procuramos sinónimos para compreender as palavras difíceis.” - “Procuramos pessoas que sabem.” - “Inteligência artificial – Chat GPT” - Manual - Professores - Pais, avós e outros familiares 		
<p>9º C</p> <p>17 alunos</p> <p>Turma com grande diversidade cultural</p>	<p>Compreender informação sobre saúde</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Interpretar o que dizem” - Tirar a máxima informação possível - “Depende da informação. Se é mais difícil é mais complicado compreender. Se a informação for fácil é mais fácil compreender.” - “A médica fala e nós temos que perceber o que ela diz” - “As análises, convém saber o que lá está”. - “ A saúde não é só hospitais. Por exemplo é mais coisas, é alimentação, comer saladas e a nossa saúde mental também”. - Os medicamentos, nas caixas, trazem aqueles papeis e há palavras mais complicadas”. - “Há termos médicos mais complicados.” 		
<p>9º D</p> <p>20 alunos</p>	<p>Compreender informação sobre saúde</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisamos um termo que nos interessa e percebemos algo. - “Vocabulário mais complexo, pesquisamos no dicionário, Chat GPT ou noutros lados.” - Não é fácil. - Pesquisar sobre a nossa cidade e sobre as vidas que há nela. Saber o que está lá- - “Pesquisamos noutros lados e comparamos” - “Achamos que compreendemos quando conseguimos explicar” 		
<p>9º E</p> <p>20 alunos</p> <p>Baixa participação Pouco atentos, preocupados com um trabalho que tinham que apresentar</p>	<p>Compreender informação sobre saúde</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entender o que nos está a acontecer. - Ficamos doentes e perguntamos a um especialista - Há palavras difíceis. Pesquisa no Google; pergunta à mãe; procura num livro. - “Há coisas inexplicáveis que ninguém consegue entender”. 		

<p>9º F</p> <p>18 alunos</p> <p>Pouco participativos mas atentos</p>	<p>Compreender informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Saber como lidar com a situação. Se tiver gripe não posso ficar perto deles”. - Perceber o que nos estão a dizer. - Para saber o que nos estão a dizer - Para termos cuidado - Para não apanhar doenças - “Quando não compreendo pergunto aos pais.” - “Às vezes há linguagem difícil.” - Depende do escrito – termos médicos 		
<p>9ºA</p> <p>18 alunos</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<p>Avaliar informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quando fazemos análises estamos a avaliar a nossa saúde. - Médico avalia e informa-nos sobre de saúde. Exp tensão alta e prescreve medicamentos. - Médico avalia os nossos sintomas - Captamos a informação e colocamos em prática. - “Selecionar informação.” - Procurar a informação com outros médicos (segunda opinião) - Verificar se a informação é verdadeira. Pergunto ao médico ou a outra pessoa. - “É difícil aplicar o avaliar à informação da saúde”. - “Acredito que a informação que a farmácia nos dá está certa” 		
<p>9º B</p> <p>22 alunos</p> <p>Mais dificuldade no conceito</p>	<p>Avaliar informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver se a informação é verificada. Explo estou com diarreia e o médico dá um laxante, ou alface numa gastroenterite. - Ir procurar mais quando temos informação contraditória. - “Para avaliar a Informação vou falar com os profissionais de saúde.” - Ir a vários sites. 		
<p>9º C</p> <p>17 alunos</p> <p>Turma com grande diversidade</p> <p>Mais dificuldade no</p>	<p>Avaliar informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há muita informação disponível, dada por médicos, enfermeiros e por profissionais responsáveis. Mas também há a internet. Há muita informação falsa. Temos que estudar sobre isso. - Comparar sites – Chat GPT - Perguntar a profissionais - Sites – ver os comentários das outras pessoas nos sites. - “Nem toda a informação disponível é correta” 		

cultural	conceito			
9º D 20 alunos	Avaliar informação sobre saúde Mais dificuldade no conceito	<ul style="list-style-type: none"> - Saber se é verdadeiro ou falso. - Não dar palpites falsos. "Achar isto ou aquilo. Ir à internet e dar um falso palpite". - Comportamento da pessoa (sintomas). - Sintomas - Procurar fontes fidedignas. Alguém que explica bem. - Não bastam os sintomas para definir uma doença. - "Os sintomas têm que ser regulares". - "Ir à farmácia comprar medicamentos". 		
9º E 20 alunos Baixa participação Pouco atentos, preocupados com um trabalho que tinham que apresentar	Avaliar informação sobre saúde Mais dificuldade no conceito	<ul style="list-style-type: none"> - Ir ao médico. "Avaliar a gravidade do que temos" - O que nos pode acontecer. - Os gostos, o que precisamos - O que tenho que fazer para "tirar" a doença. - Ver os riscos, o estado da doença. - Pesquisamos informação e temos que ter a certeza se a informação é certa, para isso falamos com o médico. 		
9º F 18 alunos Pouco participativos mas atentos	Avaliar informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - É preciso - Fontes mais fidedignas – SNS, Saúde 24, OMS. - Informação verdadeira – verificar noutros lados se concordam; por coisas que aprendemos na escola; perguntar a mais pessoas. - Boas fontes de informação - Falar com profissionais de saúde - Centro de Saúde 		
	Aplicar	<ul style="list-style-type: none"> - Saber como agir quando acontece um incidente. - Quando estamos doentes como aplicar o que nos dão. Os medicamentos trazem um folheto. Questionar o médico para sabermos. 		

9ºA 18 alunos	informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - “Saber o tipo de sangue, é importante.” - “ Quando temos uma doença saber sobre essa doença.” - Se não aplicarmos (tratamento) prejudicamos a nossa saúde. - Conselhos sobre higienizar as mãos, beber água, alimentação. - É importante para não passar mal. - “Nem toda a informação na internet é válida (sites, SNS, Hospitais). 		
9º B 22 alunos	Aplicar informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - “Fazer o que lá está escrito / seguir o que está escrito.” - “Tomar os comprimidos”. - Ligar ao amigo e fazer o que ele fez. - “Não comer coisas que nos fazem mal.” - “Aplicar no nosso dia a dia”. - Comer comida saudável. - “Lermos os rótulos (se tem coisas que não são boas, se não comemos estamos a aplicar).” 		
9º C 17 alunos Turma com grande diversidade cultural	Aplicar informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - “Realizá-la (a informação).” - “Por exemplo, aprendemos o Suporte Básico de Vida, agora já sabemos como fazer se necessário.” - “Esclarecemos dúvidas com um profissional, aprendemos e transmitimos ao outro.” - “Quando comemos de forma correta.” - “Eu tenho um problema e faço um tratamento. Quando um colega tem a mesma coisa eu digo o que ele deve fazer e ele melhora.” - “Nem tudo o que resulta com uma pessoa pode resultar com outra.” - “Aplicar a informação é igual a transmitir a informação ao outro” - “A saúde não é só não ter doenças, é mais que isso, todos os dias aplicamos informação sobre saúde. De forma inconsciente aplicamos informação”. - “Sabemos o que devemos comer, mas há pessoas que não aplicam isso”. - “Aplicar o que a gente já sabe” - “Saber ajudar uma pessoa”. - “Quanto mais informação nós sabemos, isso é ótimo, mais fácil é ajudarmos as pessoas”. 		
9º D 20 alunos	Aplicar informação sobre saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer desporto - Falar com profissional de saúde. - “Pensamos na saúde e aplicamos ao local onde estamos” - Primeiros Socorros - Tomar os medicam netos de acordo com a receita. - “Os rótulos têm informação sobre os ingredientes” - “Saber sobre o que podemos comer”. - “Se fizer mal à pessoa comemos ou não”. 		

		<ul style="list-style-type: none"> - “Aqui não se pode fumar (quando não podemos)”. - “Não beber bebidas alcoólicas. Se beber não aplico a informação”. - “Se não estivermos bem socialmente as outras duas partes também não ficam bem”. -“Vou ao primeiro site que aparece” -“Sites dedicados ao termo do nosso vocabulário”. - “Sites de hospitais, clínicas, etc”. - “Não sabemos o que é a Direção Geral da Saúde”. 		
<p>9º E</p> <p>20 alunos</p> <p>Baixa participação</p> <p>Pouco atentos, preocupados com um trabalho que tinham que apresentar</p>	<p>Aplicar informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer o que o médico nos disser, por ex tomar medicamentos. - Fazer uma boa alimentação e exercício físico para prevenir doenças. - Tomar cuidado. Por exp. Apanhamos uma doença, evitar fazer coisas para a apanhar – prevenir doenças. - Falamos com uma psicóloga. Ela dá-nos dicas para melhorar o estado mental. Aplicamos essas dicas. - Aprendemos SBV. Podemos fazer. 		
<p>9º F</p> <p>18 alunos</p> <p>Pouco participativos mas atentos</p>	<p>Aplicar informação sobre saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizamos. - Depende da situação. - Ir ao hospital. - “Fazer exercício físico, porque sabemos que faz bem.” - Primeiros socorros. - Comer alimentos saudáveis, aprendemos na escola (que faz bem). - Quando nos dão a receita e explicam, tomamos os comprimidos. - “Entender as outras pessoas para transmitir”. - Ajudar a si próprio e aos outros. Passar a informação às outras pessoas para elas aplicarem. 		