



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Literacia em Saúde em Pessoas Beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um Concelho da Região Centro de Portugal

Inês Figueiredo dos Santos

Julho 2026

Literacia em Saúde em Pessoas Beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um Concelho da Região Centro de Portugal

Inês Figueiredo dos Santos

Estágio com Relatório Final

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

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Julho 2026

Agradecimentos

Apenas um obrigada nunca será suficiente por todo os trabalho, colo, carinho, apoio, ouvidos, conselhos, “puxões de orelhas”, pelos silêncios e abraços nos momentos certos, por estarem lá para não deixar cair ou quando estiveram para ajudar a levantar. O caminho nem sempre foi fácil mas todos, à sua maneira, facilitaram o percurso.

Assim, quero agradecer muito:

À minha família,

Aos amigos,

À Professora Odete,

Ao enfermeiro gestor e colegas de trabalho,

À Ana Carolina, restantes colegas de turma e professores,

Às enfermeiras tutoras (Fátima Gomes e Marta Martins) e restantes elementos das equipas que lideram,

Aos elementos do Núcleo Local de Inserção de Águeda e técnicas gestoras de contratos do Rendimento Social de Inserção,

Aos participantes do estudo.

Um obrigada gigante a todos

Resumo

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Opção 5: Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP), do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

O Núcleo Local de Inserção de Águeda integra um enfermeiro da UCC, responsável pelo acompanhamento dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção ao longo do contrato. Atendendo à vulnerabilidade socioeconómica desta população, importa avaliar o seu nível de Literacia em Saúde para delinear intervenções ajustadas. **Objetivos:** analisar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública desenvolvidas em estágio, avaliar o nível de Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda, avaliar a adesão aos cuidados de saúde na referida amostra e identificar fatores sociodemográficos e clínicos associados com o nível de Literacia em Saúde. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal analítico, com uma amostra de 129 participantes, com média de idades de $44,97 \pm 14,93$ anos. Utilizou-se um questionário com variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica, questões sobre adesão aos cuidados de saúde e a escala HLS-EU-PT-Q16. Os dados foram analisados com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* 29.0, através de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Verificou-se que 55,1% dos participantes apresentavam Literacia em Saúde problemática ou inadequada. A maioria referiu adesão aos cuidados. Identificaram-se associações com o género e a escolaridade, mas não com a idade, estado civil, índice de massa corporal, adesão aos cuidados ou estilos de vida. **Conclusões:** Os resultados evidenciaram uma baixa Literacia em Saúde com limitações na procura, avaliação e utilização autónoma da informação em saúde, apesar da adesão favorável aos cuidados. Estes dados sustentam intervenções adaptadas e a definição de ações de saúde nos contratos de inserção.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Populações Vulneráveis; Enfermagem de Saúde Comunitária.

Abstract

This report was developed within the scope of the Option 5 Course Unit: Internship with Final Report in Community Care Units (UCC) and Public Health Units (USP), of the Master's Degree in Community Health Nursing, specialising in Community and Public Health Nursing.

The Águeda Local Social Integration Unit includes a nurse from the Community Care Unit, who is responsible for monitoring Social Integration Income beneficiaries throughout the duration of their contract. Given the socioeconomic vulnerability of this population, it is important to assess their Health Literacy level in order to design interventions tailored to their needs. **Objectives:** analyse the competences of the nurse specialist in community health and public health nursing developed during clinical internship, evaluate the health literacy level of Social Insertion Income beneficiaries in the Municipality of Águeda, assess adherence to healthcare in the referred sample, and identify sociodemographic and clinical factors associated with the level of health literacy. **Methodology:** An analytical cross-sectional study was conducted with a sample of 129 participants, with a mean age of 44.97 ± 14.93 years. A questionnaire was used, including sociodemographic and clinical variables, questions on adherence to healthcare, and the HLS-EU-PT-Q16 scale. Data were analysed using Statistical Package for the Social Sciences version 29.0, through descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%. **Results:** A total of 55.1% of participants had problematic or inadequate Health Literacy. Most participants reported adherence to healthcare. Associations were identified between Health Literacy, gender and educational level, but not with age, marital status, body mass index, adherence to healthcare or lifestyle. **Conclusions:** The results revealed low Health Literacy, with limitations in independently seeking, evaluating and using health information, despite favourable adherence to healthcare. These findings support the implementation of tailored interventions and the definition of health-related actions within social integration contracts.

Keywords: Health Literacy; Vulnerable Populations; Community Health Nursing.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de gráficos

Lista de figuras

Lista de siglas e acrónimos

Introdução	19
1. Caracterização dos locais de estágio	21
1.1. Unidade Local de Saúde de Coimbra – Departamento de Saúde Pública	21
1.2. Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro – Unidade de Cuidados na Comunidade Grei de Águeda	23
2. Competências do Enfermeiro Especialista e análise reflexiva sobre as competências adquiridas	29
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	.33
3. Estudo empírico – Literacia em Saúde em Pessoas Beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um Concelho da Região Centro de Portugal	37
Introdução	37
3.1. Literacia em Saúde	38
3.2. Populações Vulneráveis e Desigualdades em Saúde	42
3.3. Rendimento Social de Inserção e Núcleo Local de Inserção	42
3.4. Metodologia	.44
3.4.1. Justificação do tema	44
3.4.2. Questões de investigação	45
3.4.3. Objetivos	46

3.4.4.	Tipo de estudo	46
3.4.5.	Amostra	46
3.4.6.	Instrumento de recolha de dados	47
3.4.7.	Procedimentos formais de colheita de dados	48
3.4.8.	Procedimentos éticos	49
3.4.9.	Tratamento e análise dos dados	49
3.4.	Resultados	50
3.4.	Discussão dos resultados	56
	Conclusão	63
	Referências bibliográficas	67
	Apêndices	73
	Apêndice I - Relatório de Saúde Escolar realizado no DSP da ULS Coimbra	75
	Apêndice II - Relatório da vacinação sazonal 2025-2026 da ULS Coimbra	79
	Apêndice III - Projeto de melhoria continua para Cuidadores Informais da UCC Grei de Águeda	83
	Apêndice IV - Planos das sessões de educação para a saúde realizadas para os beneficiários do RSI	87
	Apêndice V – Cartaz de promoção da vacinação	91
	Apêndice VI - Questionário para colheita de dados	93
	Anexos	101
	Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da ULS RA para a realização do estudo	103
	Anexo II - Consentimento informado para participação no estudo	105

Lista de Tabela

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica da amostra	47
Tabela 2	Distribuição do IMC por género na amostra	50
Tabela 3	Adesão aos cuidados de saúde em beneficiárias do RSI e motivos da não adesão	51
Tabela 4	Plano de vacinas atualizado e cumprimento da medicação prescrita	51
Tabela 5	Distribuição por estilos de vida das pessoas beneficiárias do Rendimento Social de Inserção	52
Tabela 6	Distribuição de respostas por item da HLS-EU-PT-Q16	54
Tabela 7	Fatores sociodemográficos associados com a Literacia em Saúde	55
Tabela 8	Relação entre Literacia em Saúde e IMC	55
Tabela 9	Adesão aos cuidados de saúde e Literacia em Saúde pessoas beneficiárias do Rendimento Social de Inserção	56
Tabela 10	Estilos de vida associados com a Literacia em Saúde na amostra	56

Lista de gráficos

Gráfico 1	Pirâmide etária da população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Águeda e na ULS RA, 2024	25
Gráfico 2	Distribuição dos problemas de saúde por sistema orgânico na população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Águeda, por sexo, em 2019 e 2024	25
Gráfico 3	Distribuição de problemas de saúde na população inscrita nos Cuidados de saúde Primários do concelho de Águeda, por sexo, em 2019 e 2024	26
Gráfico 4	Proporção de neoplasias diagnosticadas na ULS RA por 1000 inscritos entre 2021 e 2024 em ambos os sexos	27
Gráfico 5	Níveis de Literacia em Saúde global e por Domínio	52

Lista de figuras

Figura 1	Área geográfica da ULS Coimbra	21
----------	--------------------------------	----

Lista de siglas e acrónimos

CSP	Cuidados de Saúde Primários
DSP	Departamento de Saúde Pública
INE	Instituto Nacional de Estatística
NLI	Núcleo Local de Inserção
LS	Literacia em saúde
PNLSCC	Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RSI	Rendimento Social de Inserção
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde
ULS RA	Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

A Literacia em Saúde (LS) tem vindo a assumir uma crescente relevância no contexto da saúde pública, sendo reconhecida como um determinante fundamental da saúde e do bem-estar das populações. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), a LS corresponde ao conjunto de conhecimentos, motivações e competências que permitem aos indivíduos aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde para tomar decisões adequadas no quotidiano. Níveis adequados de LS estão associados a melhores resultados em saúde, maior adesão terapêutica e utilização mais eficiente dos serviços de saúde (Sørensen et al., 2012).

A evidência científica demonstra que fatores como a idade, o nível de escolaridade, o rendimento económico e as condições sociais influenciam significativamente os níveis de LS (Espanha, Ávila & Mendes, 2016). Assim, os beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), enquanto grupo vulnerável, são frequentemente confrontados com desafios socioeconómicos que podem condicionar o acesso à informação e aos recursos necessários para a promoção da saúde e prevenção da doença. Neste contexto, torna-se pertinente compreender os níveis de LS desta população e identificar fatores que possam influenciar a sua capacidade de tomar decisões informadas relativamente à sua saúde. A intervenção junto destes grupos assume particular importância no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, uma vez que a promoção da LS constitui uma estratégia fundamental para a capacitação das pessoas e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Estágio com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, realizado no Departamento de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde de Coimbra e na Unidade de Cuidados na Comunidade Grei de Águeda da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro. O trabalho integra uma componente reflexiva sobre as competências desenvolvidas durante o estágio e uma componente de investigação centrada na avaliação da LS em pessoas beneficiárias de RSI de um concelho da região centro de Portugal.

Para a concretização do estudo foi utilizada uma metodologia quantitativa, transversal analítica, recorrendo à aplicação de um instrumento de recolha de dados que permitiu caracterizar a população em estudo e avaliar os níveis de LS e a adesão aos cuidados de saúde.

Os dados recolhidos foram posteriormente analisados no programa de estatística software *Statistical Package for the Social Sciences* 29.0 (SPSS) por forma a responder aos objetivos definidos.

O exercício do enfermeiro especialista assenta num conjunto de competências comuns, transversais a todas as áreas de especialidade, e em competências específicas, próprias de cada área de especialização. Estas competências encontram-se atualmente enquadradas pelo Regulamento n.º 454/2026 da Ordem dos Enfermeiros, que revogou o Regulamento n.º 140/2019 e que estabelece o perfil do enfermeiro especialista e o quadro conceptual aplicável às diferentes especialidades. As competências comuns do enfermeiro especialista assentam em quatro domínios, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2026). As competências específicas são posteriormente regulamentadas em diplomas próprios para cada área de especialidade, refletindo as necessidades e os contextos particulares de intervenção profissional. No caso da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública para além das competências comuns, o enfermeiro especialista deve possuir competências específicas dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação das pessoas, famílias, grupos e comunidades, planeamento, implementação e avaliação de programas e projetos de saúde comunitária, vigilância epidemiológica, intervenção em saúde pública e gestão de cuidados dirigidos à comunidade, conforme definido no regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este relatório encontra-se organizado em duas partes principais. Numa primeira parte são apresentados os contextos de estágio e realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas. Numa segunda parte é desenvolvido o estudo de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados, terminando com as conclusões e implicações para a prática de enfermagem comunitária e saúde pública.

1. Caracterização dos locais de estágio

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública foi desenvolvida a Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP). Esse estágio foi realizado no Departamento de Saúde Pública (DSP) da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Grei de Águeda que pertence à Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULS RA). Antes de apresentar de forma descritivo-reflexiva as atividades desenvolvidas e as competências atingidas, serão descritos os contextos de estágio, designadamente o DSP da ULS de Coimbra e de seguida a UCC Grei de Águeda da ULS RA, onde foi desenvolvida a componente de investigação.

1.1. Unidade Local de Saúde de Coimbra – Departamento de Saúde Pública

De acordo com o Perfil de Saúde (ULS Coimbra, 2024), a ULS Coimbra desenvolve a sua atividade numa área geográfica distribuída por 21 concelhos perfazendo um total de 4168,29 km², o que equivale a 17,91% da área da região centro. Os 21 concelhos representados na figura 1 integram duas Comunidades Intermunicipais: uma da região de Coimbra (com 16 municípios) e outra da região de Leiria (com 5 municípios). Estes concelhos pertencem a 4 distritos diferentes, nomeadamente Aveiro, Coimbra, Leiria e Viseu (ULS Coimbra, s.d.).



Figura 1 - Área geográfica da ULS Coimbra

Fonte: Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.). Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. ULS Coimbra.

A ULS Coimbra tem uma grande dispersão geográfica, sendo que a sede de concelho mais próxima da sede da ULS Coimbra é Condeixa e situa-se a uma distância de 16Km e a mais longínqua é Oliveira do Hospital a 78Km (ULS Coimbra, 2024). Os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), revelam que em 2021, o número de habitantes da área de abrangência da ULS Coimbra era de 365.275, sendo os concelhos de Coimbra (38,55%) e de Cantanhede (9,37%) os mais populosos e, os de Pedrógão Grande (0,93%) e Castanheira de Pêra (0,72%) os que têm menos habitantes.

No Regulamento Interno da ULS Coimbra (s.d.) é referido que é adotado um modelo de organização matricial e colaborativa para a organização da prestação de cuidados. Essa organização é baseada em unidades funcionais, serviços e departamentos de ação médica que devem desenvolver as suas atividades de forma integrada para assegurar todos os cuidados necessários a uma condição de saúde, desde a educação, envolvimento e acompanhamento da pessoa e posterior avaliação do valor em saúde, dando resposta à missão da ULS de prestação de cuidados integrados e de elevada qualidade, centrados na pessoa e assim melhorar a saúde e bem-estar de toda a comunidade (ULS Coimbra, 2024).

O Regulamento Interno da ULS Coimbra (s.d.), refere que o DSP da ULS de Coimbra é uma estrutura constituída por quatro serviços, duas unidades e pelo Centro de Vacinação Internacional. Um dos serviços é o **Serviço de Medicina Preventiva e Comunitária** que se rege pela legislação em vigor e integra uma equipa multidisciplinar que desenvolve as suas funções nas unidades operativas de saúde pública que se encontram alinhadas com as Unidades de Cuidados na Comunidade da ULS de Coimbra. Os diferentes programas e projetos da área da saúde e ambiente do DSP estão integrados no **Serviço de Gestão de Programas de Saúde e Ambiente**, que também elabora o plano de ação e relatório de atividades a ser submetido ao diretor do DSP para homologação. O **Serviço de Investigação e Planeamento em Saúde Pública** é constituído por uma equipa multidisciplinar que realiza o diagnóstico de situação e perfil de saúde da população, monitoriza e avalia o plano local de saúde em conformidade com os planos de ação da ULS, do DSP e Plano Nacional de Saúde (PNS). Este serviço pode colaborar com parecer técnico fundamentado, na tomada de decisão de propostas de celebração de novos contratos de convenção de acordo com as necessidades da população. O quarto serviço refere-se ao **Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis**, trabalha de forma articulada com serviços hospitalares, como pneumologia, infecciosas entre outros e outras instituições comunitárias para a realização de rastreios, vigilância e controlo de doenças

transmissíveis. Este serviço colabora no diagnóstico e tratamento da tuberculose de forma a cumprir os objetivos estratégicos do Programa Nacional da Tuberculose até 2035.

Existem outras três estruturas que compõem o Departamento de Saúde Pública nomeadamente a Unidade Laboratorial de Saúde Pública, a Unidade de Avaliação de Incapacidades e o Centro de Vacinação Internacional. Destes pode ser destacado o **Centro de Vacinação Internacional**, por ser um centro de referência na região centro que também pode dar resposta a pessoas de outras regiões do país que pretendam viajar ou administração de vacinas prescritas na consulta do viajante. Esta consulta também pode ser realizada no Serviço de Doenças Infeciosas da ULS Coimbra. Este Centro tem como função o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional, por forma a garantir as condições necessárias para a administração de vacinas e assim proteger o indivíduo e a saúde pública, reduzindo os riscos para o viajante internacional e evitando a propagação de doenças infecciosas entre países.

De acordo com os dados de 15 de fevereiro de 2026 do BI CSP, o DSP é constituído por uma equipa multidisciplinar, constituída por 28 médicos, sendo 10 internos, 12 enfermeiros, 14 secretários clínicos, 1 técnico superior de medicina dentária e 22 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, 21 de saúde ambiental e 1 higienista oral. Alguns destes profissionais não estão a tempo integral no DSP, dividem o horário laboral entre o DSP e outras Unidades Funcionais, dependendo da área geográfica onde exercem a sua atividade de forma a dar resposta às necessidades de toda a área de abrangência da ULS de Coimbra.

1.2. Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro – Unidade de Cuidados na Comunidade Grei de Águeda

No Diagnóstico de Saúde da Região de Aveiro (2025) é referido que a ULS RA abrange dez concelhos: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos num total de 312 450 habitantes segundo o Censos 2021.

A gestão da ULS RA é organizada em Unidades de Gestão, Departamentos, Serviços, Gabinetes e Unidades Orgânicas ou Funcionais e todos devem trabalhar de forma a “assegurar a saúde da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, personalizados ao longo do ciclo de vida, criadores de valor e confiança, investindo na formação e investigação” (ULS RA, 2024). A ULS RA promove o trabalho em rede entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados integrados e cuidados

paliativos. Entre as atribuições definidas pela ULS RA estão a responsabilidade no âmbito da promoção da saúde, na prevenção da doença e o desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino (ULS RA, 2024).

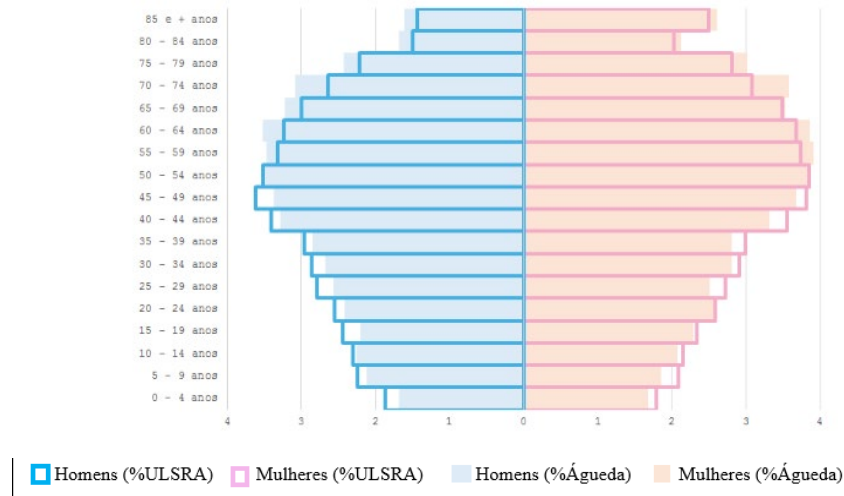
A UCC Grei de Águeda está inserida no Centro de Saúde da mesma cidade e está integrado na ULS RA e tem um total de 48834 utentes inscritos. O concelho de Águeda faz parte do distrito de Aveiro, tem 11 freguesias distribuídas por uma área de 334,3Km² onde residem 46116 pessoas, 52% das quais são do sexo feminino de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE). A UCC Grei tem por missão prestar cuidados de saúde de proximidade a toda a população de acordo com padrões de qualidade técnico-científica, tendo em conta a acessibilidade e a satisfação dos utentes de forma a obter ganhos em saúde. Esses cuidados podem ser prestados, principalmente a grupos vulneráveis, no domicílio ou na comunidade por uma equipa multidisciplinar que trabalha de forma articulada com outras unidades funcionais. Na sua carteira de serviços está a resposta a programas como Intervenção Precoce, RSI, Programa Nacional de Saúde Escolar, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Comissão de Proteção a Crianças e Jovens e Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar com elementos permanentes ou que colaboram a tempo parcial de forma a delinear estratégias e atividades para dar resposta às necessidades de saúde e sociais identificadas. A equipa de enfermagem da UCC Grei está dividida pelos diversos projetos, trabalhando em equipa para dar resposta aos mesmos, designadamente pelos Projeto “Tás-te a Passar?” direcionado para a saúde mental dos jovens; Projeto “Cuidar e ser cuidado” de forma a capacitar os cuidadores informais; Semana da saúde inserida numa festividade da cidade e que visa a aproximação dos cuidados de saúde à população; colaboram também num projeto de preparação pré e pós parto entre outras atividades dirigidas ao cumprimento dos diversos programas de saúde.

Um dos projetos de promoção e educação para a saúde mais relevantes desta unidade é o *blog Apeadeiro da Saúde* que consiste num meio de comunicação com a comunidade, principalmente alunos do segundo e terceiro ciclos, onde são abordados diversos temas e podem ser colocadas dúvidas que são respondidas por profissionais da unidade.

De acordo com o perfil de saúde da ULS RA (Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga, 2025), Águeda apresenta um perfil de envelhecimento superior à média da ULS RA como se pode verificar no gráfico 1.

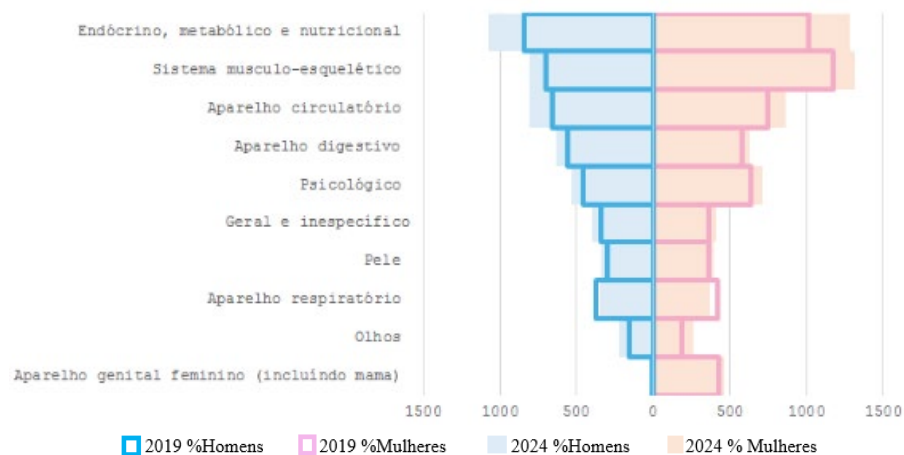
Gráfico 1 - Pirâmide etária da população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Águeda e na ULS RA, 2024



Fonte: Unidade de Saúde Pública Baixo Vouga. (2025). *Diagnóstico de saúde da Região de Aveiro* (Coordenação técnica: Observatório Local de Saúde). Microsoft Sway.
<https://sway.cloud.microsoft/nKLzhAjHNwUXPZw9?ref=Link>

Em relação às doenças mais prevalentes, as associadas a problemas do sistema endócrino, metabólico e nutricional, do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório eram os mais frequentes entre a população de Águeda em 2024, revelando uma tendência de aumento face a 2019, como pode ser observado no gráfico 2.

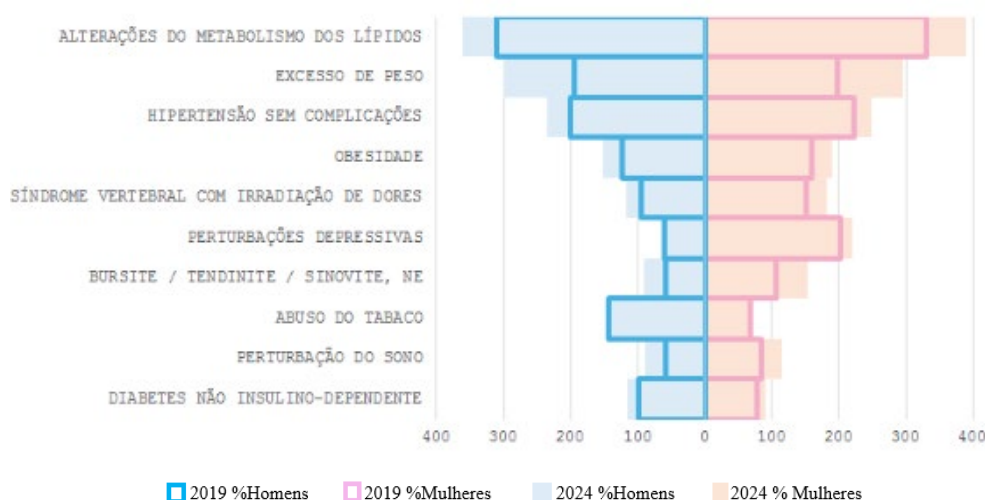
Gráfico 2 – Distribuição dos problemas de saúde por sistema orgânico na população inscrita nos Cuidados de Saúde Primários do concelho de Águeda, por sexo, em 2019 e 2024



Fonte: Unidade de Saúde Pública Baixo Vouga. (2025). *Diagnóstico de saúde da Região de Aveiro* (Coordenação técnica: Observatório Local de Saúde). Microsoft Sway.
<https://sway.cloud.microsoft/nKLzhAjHNwUXPZw9?ref=Link>

Como se pode verificar no gráfico 3, as alterações do metabolismo dos lípidos e excesso de peso foram aquelas onde se observou um maior aumento entre 2019 e 2024. As perturbações do sono e diabetes não insulino-dependente surgem entre os dez problemas mais prevalentes no concelho de Águeda, o que não sucede na ULS RA.

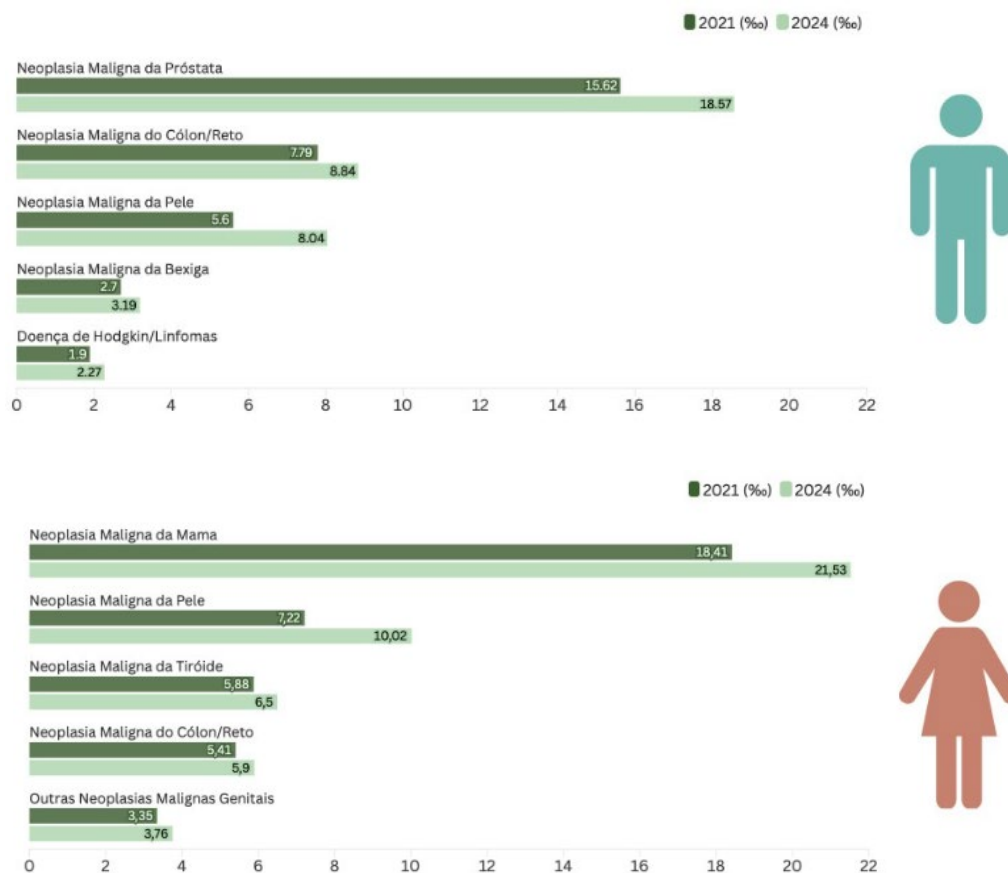
Gráfico 3 - Distribuição de problemas de saúde na população inscrita nos Cuidados de saúde Primários do concelho de Águeda, por sexo, em 2019 e 2024



Fonte: Unidade de Saúde Pública Baixo Vouga. (2025). *Diagnóstico de saúde da Região de Aveiro* (Coordenação técnica: Observatório Local de Saúde). Microsoft Sway. <https://sway.cloud.microsoft/nKLzhAjHNwUXPZw9?ref=Link>

Em relação a neoplasias diagnosticadas durante o ano de 2024, o concelho de Águeda tem uma taxa de diagnóstico de 6,95%, sendo a mais prevalente a neoplasia maligna da próstata nos homens e a neoplasia maligna da mama nas mulheres. Também a neoplasia do colon e reto está entre as mais prevalentes em ambos os sexos e outras neoplasias malignas genitais estão entre as mais diagnosticadas na população feminina, reforçando assim a importância dos rastreios no diagnóstico precoce. No gráfico 4 pode-se observar que houve um crescimento de diagnóstico de neoplasias em 2024 face a 2021.

Gráfico 4 - Proporção de neoplasias diagnosticadas na ULS RA por 1000 inscritos entre 2021 e 2024 em ambos os sexos



Fonte: Unidade de Saúde Pública Baixo Vouga. (2025). *Diagnóstico de saúde da Região de Aveiro* (Coordenação técnica: Observatório Local de Saúde). Microsoft Sway. <https://sway.cloud.microsoft/nKLzhAjHNwUXPZw9?ref=Link>

Em relação a fatores de risco identificados na população da ULS RA, é possível verificar que a pré obesidade e a obesidade foram os mais identificados, em 2024, em todas as faixas etárias e com uma tendência crescente face a 2021 (Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga, 2025). Outros fatores de risco identificados, em 2024, por grupos etários e também com um aumento face a 2021 foram o abuso de tabaco para as pessoas entre os 19 e os 44 anos; a hipertensão sem complicações e o abuso de tabaco no grupo entre os 45 e os 64 anos e a diabetes não insulínica, a hipertensão com complicações e sem complicações para pessoas acima dos 65 anos (Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga, 2025).

Atendendo aos dados referidos anteriormente, torna-se essencial definir intervenções no sentido da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, promovendo a vigilância da saúde, adoção de hábitos de vida saudáveis, adesão a rastreios e vacinação. Assim, ao longo do

estágio foram realizadas Sessões de Educação para a Saúde, para beneficiários do RSI de Águeda, com temas que visavam dar resposta a estas necessidades. Esta população alvo seleccionada para estas intervenções, por ser uma população vulnerável identificada, acompanhada pela UCC que em articulação com os outros elementos do NLI identificaram essas necessidades.

2. Competências do Enfermeiro Especialista e análise reflexiva sobre as competências adquiridas

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi desenvolvida a Opção 5: Estágio com Relatório Final em Unidade de Cuidados na Comunidade e em Unidades de Saúde Pública que permitiu a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Assim, neste capítulo será realizada uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e como foi possível adquiri-las ao longo do estágio.

Para sustentar a aquisição do título de Enfermeiro Especialista, o enfermeiro deve desenvolver, adquirir e mobilizar competências, independentemente da sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Este estágio foi desenvolvido em dois contextos diferentes, num primeiro momento no DSP da ULS Coimbra e posteriormente na UCC Grei de Águeda da ULS RA. Para reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do estágio, estarão por base o Regulamento n.º 140/2019, recentemente revogado pelo Regulamento n.º 454/2026 da Ordem dos Enfermeiros para as competências comuns do enfermeiro especialista e o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros para as competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são transversais a todas as áreas de especialidade e constituem a base da prática especializada em enfermagem. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estas competências organizam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de equipas e de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2026). Estes domínios refletem a capacidade do enfermeiro especialista para prestar cuidados

diferenciados, sustentados na evidência científica, promovendo simultaneamente a qualidade, a segurança e o desenvolvimento das equipas e das organizações.

Em abril de 2026 surge o Regulamento n.º 454/2026 com o objetivo de revogar e atualizar o regulamento de 2019, mantendo os princípios estruturantes das competências comuns, mas procedendo à sua revisão e clarificação conceptual tendo por base os estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Contudo, importa referir que o estágio que sustenta o presente relatório decorreu durante a vigência do Regulamento n.º 140/2019. Assim, por uma questão de coerência temporal e de enquadramento legal da prática desenvolvida, a análise das competências comuns será realizada com base neste regulamento.

O domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** esteve presente de forma transversal ao longo de todo o percurso de estágio, orientando a realização das atividades desenvolvidas e a relação estabelecida com as pessoas, famílias, profissionais e instituições envolvidas. Este domínio pressupõe uma prática profissional ética e legal, baseada no respeito pelos direitos humanos, pela autonomia da pessoa, pela privacidade, pela confidencialidade e pelos princípios deontológicos da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Esta competência assumiu particular relevância no desenvolvimento do estudo de investigação subordinado ao tema LS em Pessoas Beneficiárias de RSI de um Concelho da Região Centro de Portugal. A realização deste estudo implicou a submissão do protocolo à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, tendo sido obtido parecer favorável para a sua concretização (Anexo I). Durante todo o processo foram assegurados os princípios éticos inerentes à investigação, nomeadamente através da obtenção do consentimento informado (Anexo II), livre e esclarecido dos participantes, da explicação dos objetivos do estudo e da garantia de que a participação decorria de forma voluntária.

Foram igualmente assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, tendo sido adotadas medidas que impediram a identificação dos participantes. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para os fins definidos no estudo e serão destruídos após a divulgação dos resultados. Estas opções permitiram respeitar a dignidade, a privacidade e a autodeterminação das pessoas, aspetos centrais da responsabilidade ética e legal do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2026).

Foi possível realizar sessões de educação para a saúde para beneficiários do RSI, que pelas suas particularidades enquanto população vulnerável foi necessário adaptar a linguagem utilizada e ter especial atenção em respeitar as características dos participantes, tendo em conta

as diferentes idades, etnias, crenças entre outras características dos participantes. Nesse sentido foi possível desenvolver as atividades com a participação dos envolvidos, sem fazer juízos e permitindo-lhes esclarecer dúvidas ao longo das sessões.

De referir ainda que para as atividades desenvolvidas e descritas posteriormente no domínio da melhoria contínua da qualidade, foi sempre tida em conta a recolha de opiniões de outros profissionais e demonstrada uma participação crítica no sentido de encontrar as melhores estratégias para atingir os objetivos. Assim, foi-me permitido participar de forma ativa na tomada de decisão dentro das equipas.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, o enfermeiro especialista assume um papel ativo na dinamização de iniciativas estratégicas institucionais, participando no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas que promovam a qualidade e a segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2026). Neste âmbito, durante o estágio no Departamento de Saúde Pública da ULS Coimbra, foi possível colaborar na elaboração do Relatório de Saúde Escolar referente ao ano letivo 2024/2025 (Apêndice I) e do Relatório da Campanha de Vacinação Sazonal 2025/2026 (Apêndice II). A colaboração nestes trabalhos permitiu compreender a importância da monitorização dos resultados, da identificação de constrangimentos e da definição de estratégias de melhoria orientadas para as necessidades da população. Foi igualmente relevante a participação no grupo de trabalho relacionado com a rede de frio, através da colaboração na elaboração e análise de procedimentos e protocolos desenvolvidos pelas diferentes unidades funcionais. Esta atividade contribuiu para a uniformização de práticas, para a gestão do risco e para a prevenção de desperdícios, promovendo a segurança dos cuidados e a qualidade dos processos organizacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na UCC Grei de Águeda, a implementação do projeto de investigação constituiu uma oportunidade para contribuir para o desenvolvimento de intervenções dirigidas à promoção da LS dos beneficiários do RSI. Paralelamente, a colaboração na construção de um projeto de capacitação para cuidadores informais (Apêndice III) permitiu participar na criação de respostas dirigidas a necessidades identificadas na comunidade, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A **gestão de equipas e de cuidados** foi desenvolvida sobretudo através da participação em projetos que envolveram a articulação entre diferentes profissionais e unidades funcionais. Este domínio implica a capacidade de otimizar a resposta da equipa, adequar os recursos

disponíveis às necessidades identificadas e promover uma liderança ajustada ao contexto, tendo em vista a qualidade e a segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A participação nos trabalhos relacionados com a vacinação sazonal e com a rede de frio proporcionou o contacto com diferentes realidades organizacionais, exigindo capacidade de adaptação, comunicação e trabalho em equipa. Estas experiências permitiram desenvolver uma visão mais abrangente dos processos de gestão e da importância da adequada utilização dos recursos disponíveis, tendo sempre como finalidade a segurança das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados. Tendo em conta a dispersão geográfica da ULS Coimbra, existem grupos de trabalho tanto para a Vacinação como para a Rede de frio, o que permite ter profissionais de referência que à distância de um telefonema ou email, podem esclarecer dúvidas ou auxiliar na tomada de decisão. Também no projeto para cuidadores informais, foi possível a articulação com diversos profissionais de saúde de forma a garantir que cada sessão de formação fosse realizada pelo profissional com competências específicas. Por exemplo, a formação sobre legislação e apoios sociais foi realizada por assistente social, a formação sobre saúde mental por enfermeira especialista em saúde mental. Assim os recursos humanos são adequadamente utilizados de forma a obter maiores ganhos em saúde.

O **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi um dos domínios mais marcantes ao longo deste percurso. De acordo com o Regulamento n.º 454/2026, este domínio valoriza a prática baseada na evidência científica, o desenvolvimento do autoconhecimento, a reflexão crítica e a aprendizagem contínua ao longo da vida profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2026).

Ao longo do estágio, a necessidade de procurar evidência científica atualizada permitiu sustentar as atividades desenvolvidas e fundamentar as decisões tomadas nos diferentes contextos. A realização do projeto de investigação constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, possibilitando o aprofundamento de conhecimentos na área da LS e o desenvolvimento de competências relacionadas com a metodologia de investigação. Também a colaboração na realização do projeto de melhoria continua para capacitação de cuidadores informais e a colaboração na contratualização de atividades para os contratos de RSI implicou ter por base os programas de saúde, como o Programa Nacional de Vacinação (PNV), Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde sexual e reprodutiva, Saúde mental, Plano Nacional de Saúde 2030, de forma a conciliar as estratégias com os diversos programas.

Assim, a utilização articulada dos diversos documentos estratégicos constitui um elemento essencial da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde

Comunitária e Saúde Pública, uma vez que garante uma prática profissional desenvolvida de forma consistente, baseada na evidência e alinhada com as prioridades definidas para a melhoria dos ganhos em saúde da população.

A partilha de conhecimentos com os profissionais das equipas e com os colegas de estágio contribuiu igualmente para consolidar aprendizagens e reforçar a importância da colaboração e da aprendizagem contínua enquanto elementos essenciais do exercício profissional. Este percurso permitiu não apenas adquirir novos conhecimentos, mas também desenvolver maior consciência das minhas potencialidades e áreas de melhoria, fortalecendo a construção da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública o enfermeiro especialista deve assegurar a prática orientada para a promoção e proteção da saúde, prevenção de doença e gestão do risco de comunidades. As competências do enfermeiro especialista nesta área estão descritas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros e consistem em **estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública que adquira estas competências poderá ser um agente de mudança junto das comunidades, orientando as suas intervenções baseadas na evidência científica e promovendo a saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta os contextos de estágio, foi possível utilizar a metodologia de planeamento em saúde com vista à elaboração de projetos. No contexto do estudo de investigação foi possível fazer o diagnóstico de situação que constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e deve ter por base os problemas / as necessidades da população a quem se dirige a intervenção (Tavares, 1990). No âmbito da enfermagem de saúde comunitária, este diagnóstico deve articular-se com o diagnóstico de enfermagem de saúde pública, uma vez que este último contribui para a criação de Programas de Saúde Locais, orientados para responder

às necessidades de saúde locais identificadas na população (Melo, 2020). Assim, este processo permite reconhecer os principais problemas de saúde, bem como os fatores que os influenciam, incluindo dimensões sociais e económicas. Para Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação deve ser suficientemente aprofundado para explicar a relação entre os problemas identificados, mas também claro e conciso, de modo a ser facilmente compreendido e a facilitar as etapas seguintes do planeamento em saúde.

Este estudo permitiu conhecer os níveis de LS de uma população vulnerável como as pessoas beneficiárias do RSI o que permitirá desenvolver estratégias que possibilitem dar resposta às necessidades identificadas. Tendo em conta as atividades já planeadas pela UCC, previamente ao estágio, foi possível colaborar na realização de sessões de educação para a saúde (Apêndice IV). Ambas as sessões foram realizadas para os beneficiários do RSI, inseridas nas atividades programadas pela UCC em articulação com o Núcleo Local de Inserção (NLI). Na primeira foram abordados temas sobre a utilização adequada dos serviços de saúde e como e quando utilizar os números da Saúde 24 ou o de emergência nacional (112). Noutra sessão foi abordada a importância da vigilância da saúde, através de consultas de vigilância ou rastreios, como proceder no caso de não poder comparecer a uma consulta. No âmbito do projeto para capacitação de cuidadores informais, ficaram planeadas sessões sobre os diversos temas a abordar pelos vários formadores, desde legislação, passando pela alimentação, ou segurança e saúde mental do cuidador e da pessoa cuidada.

Para desenvolver as sessões de educação para a saúde foi essencial o conhecimento e a articulação com outras entidades de forma a utilizar os recursos da comunidade, como espaços e recursos materiais, para a realização das Sessões de Educação para a Saúde, assim como a colaboração das Técnicas Gestoras de Contratos de RSI nas convocatórias dos participantes.

Também no desenvolvimento do projeto de melhoria continua para cuidadores informais, foi importante conhecer e articular com instituições locais e profissionais de forma a enriquecer o projeto e dar uma resposta mais adequada às necessidades durante as sessões formativas. Ter os recursos adequados a cada sessão formativa, como cama articulada, cadeira de rodas e cadeira sanitária, seringas e sonda nasogástrica, irá permitir realizar sessões práticas que permitem capacitar de forma adequada os cuidadores informais e testar os conhecimentos na prática. Assim é possível ter pessoas capazes de prestar melhores cuidados de forma mais segura.

Ao longo de todo o estágio, tanto no DSP como na UCC foi notória a importância do trabalho em equipa e da importância de criar parcerias com outras entidades. Seja na saúde

escolar em que é necessária fazer a articulação entre os profissionais das diversas UCC com as escolas e comunidade escolar, ou com a câmara municipal da área de intervenção na cedência de recursos materiais ou espaços para sessões de educação para a saúde. Também na vacinação a articulação dos profissionais do DSP com os serviços farmacêuticos, profissionais dos CSP ou das Estruturas Residenciais para Idosos. O envolvimento de todos torna-se assim essencial para dar continuidade a projetos e programas com a finalidade de maximizar os ganhos em saúde. O desenvolvimento das Sessões de Educação para a Saúde, foi outro desafio, havendo sempre o cuidado de adaptar a linguagem às pessoas presentes, incentivando a sua participação e envolvimento, reforçando ideias chave para que retivessem a informação. A capacitação das pessoas foi uma prioridade em todas as atividades realizadas, para que tenham um papel ativo na tomada de decisão relacionada com a sua saúde.

Também no DSP, foi possível recolher dados e analisá-los para poder realizar os relatórios semanais da campanha de vacinação sazonal e poder identificar necessidades ao longo da campanha, como reforçar a importância da vacinação em áreas geográficas onde a adesão era menor, ou realizar um cartaz (Apêndice V) que foi afixado nos cuidados de saúde primários para incentivar os pais a vacinar os filhos contra a gripe, uma vez que são uma coorte nova nesta campanha e a adesão ser baixa no início da mesma. A importância de recolher e analisar os dados permitiu delinear estratégias que permitissem atingir os objetivos.

O Estágio com Relatório Final em UCC e em USP permitiu perceber a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública na capacitação das comunidades, uma vez que é detentor de competências que permitem a recolha e análise de informação/dados epidemiológicos, a identificação de necessidades e elaboração de projetos ajustados a essas necessidades. Paralelamente, participa no processo contínuo de monitorização, reformulação e ajuste das intervenções implementadas, promovendo uma maior adesão das comunidades às ações desenvolvidas e contribuindo para a adoção de comportamentos promotores de saúde, com consequentes ganhos em saúde.

Permitiu ainda, o desenvolvimento do espírito crítico, particularmente no que se refere à capacidade de questionar, analisar e refletir de forma fundamentada sobre problemas identificados, orientando a procura de respostas sustentadas na evidência científica. No contexto do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, estas competências assumem particular relevância, uma vez que este profissional desempenha um papel central na avaliação das necessidades em saúde das populações, no planeamento de intervenções e na implementação de estratégias baseadas na

evidência. Assim, o desenvolvimento do espírito crítico revela-se essencial para a tomada de decisões informadas, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde.

Seguidamente será apresentado o estudo realizado em contexto de estágio, com o objetivo de conhecer os níveis de LS dos beneficiários do RSI e analisar a relação desses níveis com os fatores sócio demográficos, adesão aos cuidados de saúde e à participação em sessões de educação para a saúde.

3. Estudo empírico – Literacia em Saúde em Pessoas Beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um Concelho da Região Centro de Portugal

Introdução

Um estudo empírico caracteriza-se pela produção de conhecimento baseada na observação direta da realidade e na recolha sistemática de dados. No âmbito da Metodologia Científica, este tipo de investigação distingue-se por recorrer a evidências observáveis e mensuráveis, permitindo testar hipóteses e validar teorias. De acordo com Creswell (2009), os estudos empíricos envolvem a recolha e análise de dados para compreender fenómenos, podendo recorrer a abordagens quantitativas, qualitativas ou mistas. Estes estudos seguem procedimentos rigorosos que asseguram a validade e a fiabilidade dos resultados. A tradição empírica está fortemente associada ao pensamento de Karl Popper (2002), que defende que o conhecimento científico deve ser testável e passível de provar que está errado e assim, os estudos empíricos assumem um papel central na validação de teorias científicas.

Para este estudo foi escolhido a temática LS em Pessoas Beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um Concelho da Região Centro de Portugal por ser considerada uma população vulnerável acompanhada pela UCC Grei de Águeda. Conhecer os níveis de LS permitirá à UCC desenvolver atividades eficazes, equitativas e ajustadas às necessidades das pessoas no sentido de promover a saúde e adesão a programas de saúde e assim prevenir a doença ou complicações possíveis.

A LS contribui para uma melhor compreensão da informação, maior capacidade de autogestão e participação ativa nos cuidados de saúde. Shao et al. (2023) referem que as intervenções destinadas a melhorar a LS produzem efeitos favoráveis nos conhecimentos, nos comportamentos de saúde, na autoeficácia e nos resultados relacionados com a gestão das doenças crónicas. Níveis mais elevados de LS têm também sido positivamente associados a uma melhor qualidade de vida nas pessoas com doenças crónicas (Gao et al., 2024; Zhang et al., 2025). Hyvert et al. (2023) identificaram uma associação positiva entre LS e adesão à medicação em 14 dos 27 estudos analisados, embora esta relação não tenha sido uniforme,

podendo ser influenciada por fatores relacionados com as crenças sobre a medicação, o conhecimento da doença, a autoeficácia e as condições socioeconómicas. Shahid et al. (2022) verificaram que os participantes com LS inadequada apresentavam uma probabilidade superior de regressar ao serviço de urgência após a alta hospitalar.

O RSI constitui uma medida de proteção social regulamentada pela Lei n.º 13/2003, de 21 de maio e é dirigida a pessoas e agregados familiares em situação de pobreza extrema. Consiste numa prestação destinada a contribuir para a satisfação das necessidades essenciais e um programa de inserção orientado para a progressiva integração social, laboral e comunitária dos beneficiários (Assembleia da República, 2003).

Foram definidos como objetivos deste estudo: Avaliar o nível de Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda; - Avaliar a adesão aos cuidados de saúde na referida amostra; - Identificar fatores sociodemográficos e clínicos associados com o nível de LS.

Seguidamente será apresentada evidência científica por forma a justificar o tema escolhido e conceitos/constructos chave.

3.1. Literacia em Saúde

A LS é reconhecida como um fator fundamental para a promoção da saúde, prevenção da doença e gestão eficaz dos cuidados de saúde. O termo LS foi utilizado pela primeira vez em 1974 por Scott Simonds e aparece relacionado com a educação para a saúde e políticas sociais (Simonds, 1974). Lalonde marca outro ponto alto associando os resultados em saúde à importância da promoção da saúde e dos profissionais de saúde, sendo que melhores resultados em saúde estão relacionados com o contexto em que as pessoas vivem, estilos de vida, biologia e a forma como as pessoas se articulam com os serviços de saúde (Lalonde, 1974).

O conceito de LS tem-se desenvolvido ao longo do tempo, tratando-se de um conceito multidimensional, com implicações diretas na equidade em saúde e no desempenho dos sistemas de saúde. É definida pela Organização Mundial de Saúde como a “capacidade cognitiva e social de aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 2021). Nutbeam (2000) define-a como as “capacidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade do indivíduo para aceder, compreender e usar a informação, com vista a promover e manter a saúde”. O mesmo autor definiu três níveis de

literacia - Funcional: Competências básicas de leitura e escrita necessárias para compreender informações de saúde; - Interativa: Habilidades cognitivas e sociais que permitem o envolvimento ativo com profissionais e conteúdos de saúde; - Crítica: Capacidade de avaliar criticamente a informação e agir de forma autónoma em prol da própria saúde (Nutbeam, 2000). Sørensen et al. (2012) define LS como “a capacidade de uma pessoa obter, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas com a saúde para tomar decisões informadas no dia-a-dia em contextos de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde”. Esta abordagem destaca que a LS não se resume ao conhecimento técnico, mas envolve o contexto social, cultural e emocional dos indivíduos. O Modelo de Sørensen organiza a LS a partir de quatro competências e três domínios resultando numa matriz com 12 dimensões. As quatro competências correspondem à capacidade para obter informação (envolve a capacidade de procurar e obter informação relevante), compreender a informação (capacidade para interpretar a informação escrita, oral e digital), avaliar criticamente a informação (capacidade para distinguir as fontes com informação fidedigna) e aplicar a informação (utilizando-a na tomada de decisões e adoção de comportamentos) (Sørensen et al., 2012). Estas competências podem ser utilizadas em três domínios, sendo eles os cuidados de saúde que correspondem à utilização dos serviços de saúde e gestão da doença, prevenção da doença que inclui comportamentos preventivos e adesão a rastreios e a promoção da saúde que está associada à adoção de estilos de vida saudáveis e à participação social (Sørensen et al, 2012).

Para melhorar os níveis de LS da população portuguesa surge o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), que visa a promoção de comportamentos saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde ao longo de todo o ciclo vital de forma a contribuir para a qualidade de vida, bem-estar e sustentabilidade do sistema de saúde (DGS, 2023). Este plano está estruturado em duas dimensões: - o Plano estratégico que define objetivos e estratégias com base na avaliação da situação atual e o Plano de Ação que identifica os problemas prioritários, objetivos operacionais e propostas de intervenção a nível nacional, regional e local, além dos indicadores que permitam a monitorização e avaliação. O PNLSCC tem uma abordagem multidisciplinar e integra as ciências do comportamento de forma a facilitar a mudança de comportamentos. Destaca ainda a importância de intervenções adaptadas, participativas e focadas na comunidade, com atenção especial direcionada a grupos vulneráveis e à redução de desigualdades em saúde, promovendo o acesso e a utilização adequada dos serviços de saúde e promovendo a tomada de decisão informada pelos cidadãos (DGS, 2023).

Tendo em conta o aumento de doenças crónicas, envelhecimento da população e complexidade dos sistemas de saúde, a LS tem um papel fundamental na promoção da equidade, da autonomia e da qualidade de vida das populações (Sørensen et al., 2012). Assim, a baixa LS está diretamente associada a atrasos/dificuldades na procura de cuidados de saúde, maior hospitalização, menor adesão a terapêuticas, maior utilização dos serviços de saúde, entre outras dificuldades e necessidades (Berkman et al., 2011; Rodrigues 2018), tais como menor capacidade de compreender os conteúdos da informação sobre os alimentos e medicação, na forma como devem aceder e deslocar-se nos cuidados de saúde, adoção de hábitos de vida saudáveis e medidas preventivas (Rodrigues, 2018). Também Sørensen et al. (2012) refere que o declínio cognitivo, dificuldades visuais, linguagem técnica complexa e uso crescente de tecnologias digitais são fatores que podem contribuir para uma compreensão da informação em saúde comprometida entre a população idosa, o que resultar numa menor adesão a tratamentos e maior dependência dos serviços de saúde, principalmente serviços de urgência. Outros grupos como migrantes e minorias étnicas, podem ter como dificuldades as barreiras linguísticas, diferenças culturais e falta de confiança nos sistemas de saúde dificultando a comunicação eficaz e o acesso equitativo aos cuidados (Szczepura, 2005). Espanha, Ávila & Mendes (2016) referem que as pessoas com mais idade e com menos escolaridade, de acordo com a evidência, são as que têm piores níveis de LS, considerando como principais grupos vulneráveis as pessoas com 66 ou mais anos, pessoas com baixa escolaridade, com rendimentos até 500 euros, que recorreram seis ou mais vezes aos cuidados de saúde primários no último ano, as pessoas que se sentem limitadas por terem alguma doença crónica ou aquelas que têm uma má auto perceção de saúde.

A LS está relacionada com melhores níveis de índices de tarefas e competências, o que se traduz na melhoria do estado de saúde da individual e coletiva (Rodrigues, 2018). Nesse sentido os próprios indivíduos, profissionais de saúde, instituições e decisores políticos devem assumir a responsabilidade da promoção da LS através de intervenções eficazes que devem incluir uma comunicação em saúde simples e linguagem clara, materiais adaptados a cada comunidade, educação comunitária e capacitação dos profissionais (Nutbeam, 2008). O mesmo autor refere ainda que para populações vulneráveis devem ser desenvolvidas atividades tendo em consideração os contextos sociais e culturais e a promoção da equidade e justiça social.

Pode-se afirmar que a LS tem um impacto significativo na saúde das pessoas, grupos e comunidades e que assume um papel fundamental na redução de desigualdades em saúde, principalmente entre as populações vulneráveis. O seu fortalecimento é essencial para a

capacitação das pessoas, obter melhores resultados em saúde e construir sistemas de saúde mais acessíveis, eficazes e equitativos (Paiva et al, 2017).

Para avaliação da LS em Portugal pode ser utilizado o questionário HLS-EU-PT-Q16 que consiste numa versão curta e validada para Portugal do questionário europeu de LS, utilizada para medir de forma sintética a LS geral de adultos em diferentes contextos, incluindo populações vulneráveis (Pedro et al, 2023). A versão de 16 itens é uma forma abreviada, desenvolvida a partir do HLS-EU-Q47, selecionando itens que representam adequadamente as 12 sub-dimensões da matriz conceptual. Esta estrutura mantém o foco na LS percebida, através da dificuldade sentida em tarefas reais, tais como compreender folhetos, instruções médicas ou informações sobre rastreios. A pessoa que responde a cada item através de uma escala de dificuldade (por exemplo, de “muito difícil” a “muito fácil”), permitindo calcular e categorizar os níveis de LS (inadequado, problemático, suficiente, excelente), de forma comparável à versão longa do questionário (Pedro et al, 2023). O questionário HLS-EU-PT-Q16 é uma ferramenta válida e confiável para medir o nível de LS da população portuguesa já que apresenta uma consistência interna adequada, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 (Pedro et al, 2023). Assim a versão portuguesa do HLS-EU-PT-Q16 é uma ferramenta concisa e prática para avaliar a LS que mostrou propriedades psicométricas adequadas.

3.2. Populações Vulneráveis e Desigualdades em Saúde

Na área da saúde, o conceito vulnerabilidade foi aplicado pela primeira vez, no início dos anos de 1980, época da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Após aplicação do conceito, este passou a ser utilizado como referencial para as discussões realizadas no campo científico de diversas temáticas e com diferentes sentidos, cuja diversidade de aplicações devem-se a algumas situações (Florêncio & Moreira, 2021).

A vulnerabilidade resulta de uma interação entre determinantes sociais da saúde, como rendimento, escolaridade, emprego, habitação, etnia, género, idade, deficiência, entre outros (Florêncio & Moreira, 2021). A *World Health Organization* (WHO) refere no Relatório mundial sobre determinantes sociais de equidade em saúde que desigualdades em saúde referem-se às diferenças sistemáticas e evitáveis no estado de saúde entre grupos populacionais, frequentemente influenciadas por fatores socioeconómicos, ambientais, culturais e institucionais e que são particularmente marcantes entre populações vulneráveis (WHO, 2025). De acordo com o mesmo relatório, a WHO destaca que os determinantes sociais da saúde, como

moradia, educação, emprego e renda, podem reduzir a expectativa de vida saudável em décadas, especialmente em contextos de desvantagem social e discriminação (WHO, 2025).

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020) dá como exemplos de populações vulneráveis as pessoas com baixos rendimentos, idosos isolados ou dependentes, migrantes e minorias étnicas, pessoas em situação de sem-abrigo, indivíduos com doença mental ou dependência de substâncias, crianças em risco e vítimas de violência doméstica e pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. Estas populações enfrentam barreiras no acesso aos cuidados, na LS e na proteção social.

Populações vulneráveis e desigualdades em saúde constituem hoje um eixo central da saúde pública e da enfermagem comunitária, na medida em que concentram maior carga de doença, piores resultados em saúde e mais barreiras no acesso, desafiando diretamente o princípio da equidade. Em Portugal, a evidência mostra que fatores como o rendimento, a escolaridade, a profissão e o território continuam a determinar de forma marcada a probabilidade de adoecer, a utilização de cuidados e a mortalidade evitável (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] & European Commission, 2024).

Ter em conta as populações vulneráveis facilita a mobilização tanto dos profissionais de saúde como da população em geral, através de um processo educativo construtivo, com o objetivo de promover transformações sociais, alicerçadas nas relações intersectoriais e na interação comunicativa entre os parceiros sociais. Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de capacitação, em termos não só assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva (Florêncio & Moreira, 2021).

Considerando as características referidas anteriormente, pode-se afirmar que os beneficiários do RSI podem ser considerados uma população vulnerável. Assim, de seguida é abordado o RSI e NLI que aprova a atribuição do mesmo.

3.3. Rendimento Social de Inserção e Núcleo Local de Inserção

O RSI é uma medida de apoio com o objetivo de ajudar as pessoas em situação de pobreza extrema que engloba o pagamento de uma prestação mensal em dinheiro de forma a garantir as necessidades mínimas do agregado familiar e um programa de integração

profissional e social com ações adaptadas às características e condições de cada agregado familiar (Instituto da Segurança Social, 2025). Trata-se assim de uma forma de política social ativa uma vez que exige responsabilidade dos beneficiários com vista à sua autonomia futura. O RSI é regulamentado pela Lei nº 13/2003, de 21 de maio, onde estão definidos os direitos e deveres dos beneficiários, condições de atribuição, renovação e cessação da prestação (Assembleia da República, 2003). O pedido de RSI pode ser realizado online ou presencialmente por pessoas em situação de pobreza extrema, maiores de idade e residentes em Portugal, entre outros requisitos e que assumam o compromisso de cumprir as ações de trabalho, educação, saúde e integração social acordadas no contrato (Assembleia da República, 2003). Este contrato de inserção consiste no plano de ações que os beneficiários devem cumprir ao longo da vigência do mesmo e é elaborado entre o titular do contrato, o técnico de serviço social responsável e pelo NLI (Assembleia da República, 2003).

O NLI é uma estrutura local responsável pela gestão dos contratos de inserção dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção. É constituído por uma equipa multidisciplinar, coordenada por um representante da Câmara Municipal e por um representante de cada uma das entidades públicas envolvidas, nomeadamente da segurança social, saúde, educação, emprego e formação profissional. Podem ainda integrar representantes de outras entidades públicas como a justiça ou migrações, ou ainda entidades sem fins lucrativos. Com a publicação da Portaria n.º 257/2012, a celebração e acompanhamento de contratos de RSI passou a ser operacionalizada pelas Câmaras Municipais, sendo que a coordenação do NLI é função do presidente da câmara ou de outro representante por ele nomeado. O representante das restantes entidades públicas é nomeado por cada uma delas, havendo necessidade de contratualizar essa parceria e desenvolver atividade na área geográfica (Portaria n.º 257/2012, 2012).

A missão do NLI centra-se na promoção da inclusão social e profissional dos beneficiários de forma a combater a pobreza através do reforço das suas competências pessoais, educativas, sociais e profissionais, facilitando assim a sua integração na sociedade (Governo de Portugal, 2012). É ainda função do NLI a monitorização e acompanhamento do cumprimento do contrato, avaliando o cumprimento das ações contratadas, realizar ajuste de ações ao longo do contrato, e comunicar situações de incumprimento. Este núcleo também deve ser facilitador no cumprimento ajudando na articulação com entidades e, assim, facilitando acesso a formações, emprego, serviços de saúde e outros apoios (Instituto da Segurança Social, 2025).

Especificamente, o NLI de Águeda faz reuniões quinzenalmente de forma a avaliar os processos dos beneficiários, o cumprimento das ações contratadas e a delinear estratégias para

a promoção da inserção dos beneficiários. Os elementos desse núcleo são ainda agentes facilitadores no acesso a diversas entidades, nomeadamente aos cuidados de saúde auxiliando na marcação e reagendamento de consultas quando necessário.

Na área da saúde, o enfermeiro que integra o NLI, participa na identificação, definição e acompanhamento das medidas de saúde que o beneficiário e respetivo agregado familiar devem cumprir durante o período de vigência do contrato. Para isso necessita de conhecer os diversos programas de saúde, de forma a ajustar as ações contratualizadas às especificidades e ciclo de vida de cada agregado familiar. Na área da saúde, estas ações podem incluir a promoção da saúde e utilização adequada dos serviços de saúde, a atualização plano de vacinas de acordo com o PNV, a adesão às consultas de saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar e vigilância de doenças crónicas e a realização dos rastreios recomendados. Todavia, estas medidas não devem ser aplicadas de forma padronizada a todos os beneficiários devendo ser resultado de uma avaliação individual e familiar. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública contribui para a promoção da saúde, prevenção da doença, redução das desigualdades, melhoria da LS e utilização mais adequada dos recursos disponíveis, constituindo um elemento essencial para a qualidade e efetividade das respostas desenvolvidas pelas UCC e pelas redes locais de intervenção social.

Assim, e após a apresentação e contextualização da temática, o presente estudo tem como objetivos identificar o nível de literacia em saúde de pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção de um concelho da região centro, avaliar a adesão aos cuidados de saúde e analisar a associação entre a literacia em saúde e variáveis sociodemográficas, antropométricas e de saúde na referida amostra.

3.4. Metodologia

3.4.1. Justificação do tema

Sendo que o elemento da área da saúde no NLI de Águeda é um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária da UCC Grei de Águeda, torna-se importante conhecer o nível de LS dos beneficiários do RSI. No início de cada contrato é solicitado ao elemento da saúde do NLI, sugestão de ações ajustadas às necessidades de cada agregado. A maioria das ações contratualizadas consiste no acompanhamento de doença crónica, atualização do plano vacinal ou realização consultas de vigilância que os utentes não realizam frequentemente. Há também

referência a beneficiários que faltam a consultas ou exames ou que os mesmos são desmarcados, e não os voltam a reagendar.

Esta população encontra-se frequentemente exposta a condições de vulnerabilidade socioeconómica que podem dificultar o acesso, a compreensão, a avaliação e a utilização adequada da informação em saúde, condicionando a adoção de comportamentos promotores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Neste contexto, a promoção da equidade em saúde exige que as intervenções sejam ajustadas às necessidades específicas de cada beneficiário e agregado familiar, garantindo maior apoio a quem enfrenta mais barreiras e reduzindo desigualdades no acesso, na utilização dos cuidados e nos resultados em saúde.

A avaliação da LS permite identificar necessidades, dificuldades e barreiras específicas, constituindo um ponto de partida para o planeamento de intervenções ajustadas às características dos beneficiários e dos respetivos agregados familiares. Este conhecimento poderá apoiar a definição das ações de saúde integradas nos contratos de inserção, bem como orientar o desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde, capacitação e acompanhamento de proximidade.

3.4.2. Questões de investigação

Para iniciar um estudo de investigação, é fundamental a formulação de uma questão de investigação que oriente de forma clara e estruturada todas as etapas subsequentes do processo científico (Sequeira & Néné, 2022). Esta questão deve apresentar um conjunto de características essenciais, nomeadamente ser factível, pertinente, inovadora, eticamente aceitável e relevante do ponto de vista científico e social. Dessa forma, assegura-se não apenas a viabilidade do estudo, mas também a sua contribuição significativa para o avanço do conhecimento na área em que se insere (Sequeira & Néné, 2022). Para este estudo foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de LS dos beneficiários do RSI do concelho de Águeda?
- Existe adesão aos cuidados de saúde na referida amostra?
- Quais os fatores sociodemográficos e clínicos associados com a LS das pessoas beneficiárias de RSI do Concelho de Águeda?

3.4.3. Objetivos

Assim, definimos como objetivos do nosso estudo:

- Avaliar o nível de Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda;
- Avaliar a adesão aos cuidados de saúde na referida amostra;
- Identificar fatores sociodemográficos e clínicos associados com o nível de LS.

3.4.4. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico que permitiu avaliar o nível de LS dos participantes, bem como analisar a associação entre os fatores sociodemográficos, a adesão aos cuidados de saúde e hábitos de vida.

3.4.5. Amostra

A amostra é constituída pelas pessoas beneficiárias do RSI do concelho de Águeda, que aceitaram voluntariamente integrar a investigação mediante consentimento informado, com 18 ou mais anos, inscritos na ULS RA e inscritas na UCC Grei Águeda.

Como critérios de inclusão considerámos as pessoas beneficiária do RSI e residentes no concelho de Águeda acompanhadas pelo NLI do mesmo concelho, com idade igual ou superior a 18 anos, inscritas na ULS região de Aveiro e como critérios de exclusão as pessoas com défices cognitivos que impediam a compreensão do instrumento de colheita de dados e toda a participação no estudo.

Em 2024, no concelho de Águeda, a população era de 562 beneficiários de RSI, 284 do género masculino e 278 do género feminino (INE, 2025) e quanto à idade, 235 pessoas tinham menos de 25 anos, 98 pessoas tinham idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos, entre os 40 e os 54 anos havia 99 beneficiários e com 55 ou mais anos havia 120 beneficiários (INE, 2025). No presente estudo, obtivemos uma amostra de 129 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos (média $44,97 \pm 14,93$ anos). A maioria dos participantes era do género feminino ($n=75$; 58,1%) e 120 (93%) de nacionalidade portuguesa. Relativamente ao estado civil, 61 (47,3%) participantes são solteiros, seguido de 45 (34,9%) casados ou em união de facto. A maioria tem algum nível de ensino concluído ($n=110$; 85,3%), sendo que 27,9% possuiu o 3º ciclo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	n	%
Gênero		
Feminino	75	58,1
Masculino	54	41,9
Idade		
≤ 45 anos	60	47,2
>45 anos	67	52,8
méda±DP	44,97±14,93 anos	
Estado civil		
Solteira	61	47,3
Casado/União de facto	45	34,9
Separado/Divorciado	21	16,2
Viúvo	2	1,6
Habilitações literárias (ciclo concluído)		
Nenhum	19	14,7
1º Ciclo	27	20,9
2º Ciclo	27	20,9
3º Ciclo	36	27,9
>Secundário	20	15,5

3.4.6. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado aplicado em papel e de autopreenchimento. Constituído por três partes, sendo a primeira referente à caracterização sociodemográfica e antropométrica, incluindo variáveis como género, idade, nacionalidade, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, composição do agregado familiar e as variáveis peso e altura. Para o cálculo da variável Índice de Massa Corporal (IMC) foi considerado o peso e a altura através da fórmula:

$$IMC = \frac{Peso}{Altura^2} \text{ Kg/m}^2$$

Como pontos de corte para classificar o índice de massa corporal, consideraram-se os valores preconizados pela Organização Mundial da Saúde para adultos: baixo peso (< 18,5 kg/m²), peso normal (18,5–24,9 kg/m²), pré-obesidade (25,0–29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30,0 kg/m²) (World Health Organization, 2025).

A segunda parte inclui os dados de saúde individual, contemplando a adesão aos cuidados de saúde, nomeadamente consultas de vigilância, vacinação, rastreios, adesão ao regime terapêutico e hábitos/estilos de vida. A última inclui a Escala de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT-Q16), versão portuguesa validada para a população adulta por Pedro et al (2023). A HLS-EU-PT-Q16 implica a resposta a pelo menos 14 de 16 itens em que cada item é respondido com uma escala de dificuldade de Muito difícil ou Difícil às quais é atribuído um

valor 0 (zero) e Fácil ou Muito Fácil com atribuição de valor 1 (um). No final é feita a soma dos valores que permitirá classificar os níveis de LS em literacia inadequada (0 a 8 pontos), literacia problemática (9 a 12 pontos) e literacia adequada (13 e 16 pontos) (Pedro et al, 2023). Para obter o índice geral de LS, faz-se a média de todos os itens respondidos e utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice geral de Literacia em Saúde} = (\text{média} - 1) \times (50/3)$$

Trata-se de um instrumento de autorrelato constituído por 16 itens, que avalia a dificuldade percebida pelos indivíduos em aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde. Estas quatro competências de processamento da informação são analisadas em três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. O domínio dos cuidados de saúde é avaliado pelos itens 1 a 7, o domínio da prevenção da doença pelos itens 8 a 12 e o domínio da promoção da saúde pelos itens 13 a 16. Na validação portuguesa, a HLS-EU-PT-Q16 apresentou uma consistência interna global elevada, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,89. Relativamente aos diferentes domínios, foram obtidos valores de 0,783 para os cuidados de saúde, 0,724 para a prevenção da doença e 0,703 para a promoção da saúde, evidenciando uma consistência interna adequada (Pedro et al., 2023).

3.4.7. Procedimentos formais de colheita de dados

A colheita de dados decorreu durante o mês de janeiro de 2026. Foi solicitada a colaboração das Técnicas Gestoras de Contrato de RSI para a convocatória dos beneficiários para o preenchimento dos questionários. Foi enviado um email com o questionário, o consentimento informado e a disponibilidade de horário da investigadora para todas as técnicas e solicitado o agendamento dos dias para preenchimento e recolha de questionários.

A convocatória para o preenchimento dos questionários foi realizada com a colaboração das Técnicas Gestoras dos Contratos de RSI, que contactaram os beneficiários e realizaram o agendamento. Em alguns casos, os questionários foram entregues diretamente pela investigadora, enquanto noutros a sua entrega foi assegurada pelas técnicas gestoras dos contratos, previamente informadas sobre os procedimentos do estudo. Antes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi obtido o consentimento informado de todos os participantes. Para esse efeito, foram disponibilizados dois exemplares do documento de consentimento informado, permanecendo um na posse do participante e sendo o outro entregue

à investigadora. Os questionários distribuídos pela investigadora foram entregues e recolhidos no próprio dia. Os que foram distribuídos pelas Técnicas Gestoras dos Contratos de RSI, foram recolhidos após agendamento de data para esse efeito.

3.4.8. Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido após aprovação pela Comissão de Ética da ULS RA, parecer favorável N° ULS RA.CES.2025.141.01. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, sendo garantida a participação voluntária mediante consentimento informado. Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, utilizados exclusivamente para fins científicos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Foi ainda garantido aos participantes que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

3.4.9. Tratamento e análise dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e analisados com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* 29.0 (SPSS). Foi realizada estatística descritiva utilizando medidas de frequência relativa e frequência absoluta para variáveis qualitativas, média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. A estatística analítica foi utilizada para a análise da associação entre as variáveis independentes e o nível de LS. Recorreu-se aos testes não paramétricos, teste U de Mann–Whitney e teste de Kruskal–Wallis, uma vez que não se verificou o pressuposto de normalidade da distribuição da amostra (Siegel & Castellan, 1988). O teste U de Mann–Whitney foi aplicado para comparar diferenças entre dois grupos independentes, permitindo avaliar se as distribuições das variáveis em estudo diferiam significativamente entre os grupos analisados. Quando a comparação envolveu três ou mais grupos independentes, recorreu-se ao teste de Kruskal–Wallis, considerado uma extensão do teste de Mann–Whitney para múltiplos grupos. O nível de significância adotado foi de 5%, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$.

3.5. Resultados

Características profissionais e familiares

Referente à situação laboral verificou-se que a maioria dos participantes está desempregado/a (n=126; 97,7%), 3 destes acumulam atividade formativa.

Em relação à constituição do agregado familiar, 41,9% (n=54) das pessoas vivem sozinhas; 38% (n=49) corresponde à categoria casal com filhos; 7% (n=9) a casal sem filhos e 6,3% (n=8) correspondem a famílias monoparentais.

Dados Clínicos:

Relativamente aos dados antropométricos, verificou-se um peso médio de $73,27 \pm 17,43$ Kg e uma altura média de $1,64 \pm 0,08$ metros. A média de Índice de Massa Corporal (IMC) foi de $27,16 \pm 5,93$ Kg/m², sendo que 77 pessoas apresentaram peso acima do normal (63,1%). Considerando o género, a pré obesidade e obesidade é mais prevalente nas mulheres (n=49; 71,0% vs. n=28; 52,9%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do IMC por género na amostra

	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
IMC						
Baixo peso	4	5,8	3	5,7	7	5,7
Peso normal	16	23,2	22	41,4	38	31,2
Pré obesidade	31	44,9	17	32,1	48	39,3
Obesidade	18	26,1	11	20,8	29	23,8

No último ano, 89,9% (n=116) das pessoas referiu ter consultas regulares no Centro de Saúde e 77,5% (n=100) não faltou às consultas agendadas. Das 22 pessoas que faltaram às consultas, 8 referiram como motivo o “esquecimento”, 4 por “não ter transporte” e outras 4 por “doença”, 3 por “não se sentirem à vontade com o profissional de saúde” e 3 por estarem a trabalhar ou em formação.

Das 129 pessoas que responderam ao questionário, 75,2% (n=97) referem ter realizado rastreios de acordo com a indicação dos profissionais de saúde. De entre as pessoas que responderam não ter realizado rastreios, identificaram como motivo 3 foi por se “encontrarem-se em formação ou a trabalhar”, 2 por “recusa”, 1 por “não ter transporte”, 1 por “não ter sido agendado” e 1 “por não se sentir à vontade com o profissional” (Tabela 3).

Tabela 3 - Adesão aos cuidados de saúde em beneficiárias do RSI e motivos da não adesão

Variáveis	n	%
Consultas regulares		
Sim	100	77,5
Não	22	17,1
Não sabe	7	5,4
Motivos da não realização de consulta		
Sem transporte	4	18,2
Esquecimento	8	36,4
Sem à-vontade com profissional	3	13,6
Estava doente	4	18,2
Trabalho/formação	3	13,6
Realização de Rastreios		
Sim	97	75,2
Não	21	16,3
Não sabe	11	8,5
Motivos da não realização de rastreio		
Sem transporte	1	12,5
Recusa	2	25,0
Trabalho/formação	3	37,5
Sem à-vontade com profissional	1	12,5
Não foi agendado	1	12,5

Em relação ao cumprimento do regime terapêutico relacionado com o cumprimento da toma de medicação prescrita por profissionais de saúde, 90,7% (n=117) referiram cumprir. Das 12 pessoas que não cumprem ou cumprem às vezes, 8 responderam não ter possibilidade de comprar, 2 por não se sentirem doentes, 1 por referir medo dos efeitos secundários e 1 por não concordar com a prescrição. Ainda relacionado com o uso de medicamentos, 65,9% dos participantes (n=85) referem não tomar medicamentos sem prescrição realizada por profissionais de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Plano de vacinas atualizado e cumprimento da medicação prescrita

	n	%
Cumprimento de medicação prescrita		
Sim	117	90,7
Não	5	3,9
Às vezes	7	5,4
Plano de vacinas atualizado		
Sim	118	91,5
Não	2	1,6
Não sabe	9	7

Quanto aos estilos de vida, a maioria dos participantes refere não praticar exercício físico (n=76; 58,9%); nunca ter consumido bebidas alcoólicas (n=86; 66,7%) e nunca ter consumido tabaco (n=87; 67,4%), conforme a tabela 5.

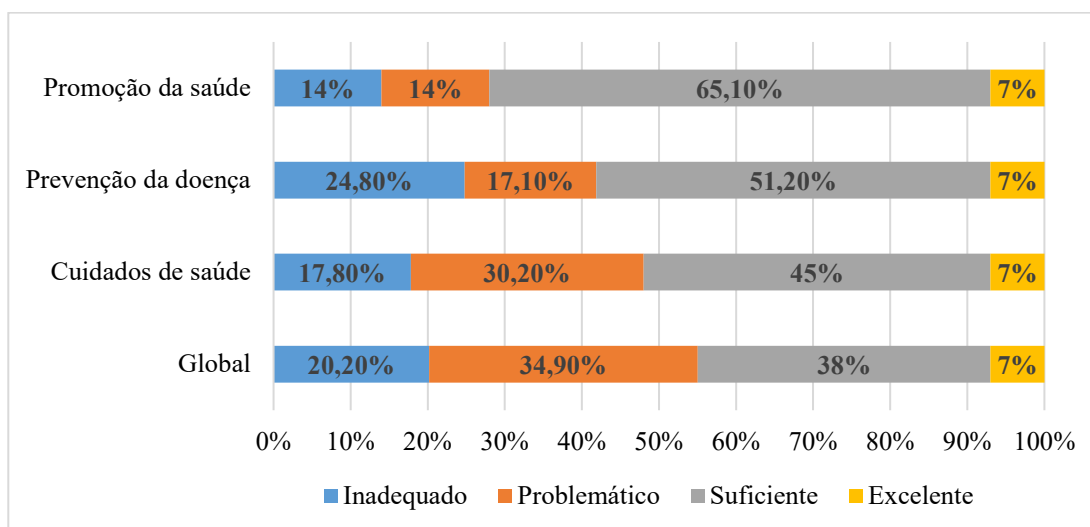
Tabela 5 - Distribuição por estilos de vida das pessoas beneficiárias do Rendimento Social de Inserção

	n	%
Prática de exercício físico		
Diariamente	15	11,6
Algumas vezes por semana	15	11,6
Algumas vezes por mês	23	17,8
Nunca	76	58,9
Consumo de bebidas alcoólicas		
Diariamente	10	7,8
Algumas vezes por semana	8	6,2
Algumas vezes por mês	24	18,6
Nunca	86	66,7
Consumo de tabaco		
Diariamente	27	20,9
Algumas vezes por semana	4	3,1
Algumas vezes por mês	10	7,8
Nunca	87	67,4

Literacia em Saúde

Quanto ao nível de LS geral, mais de metade dos participantes apresentam um nível problemático ou inadequado (55,1%). Na dimensão ‘cuidados de saúde’ verificou-se que 48,0% das pessoas apresentam um nível problemático ou inadequado; na dimensão ‘prevenção da doença’ 49,1% apresentam nível de LS problemático ou inadequado e na dimensão ‘promoção da saúde’ 28,0% apresentou um nível problemático ou inadequado (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Níveis de Literacia em Saúde global e por Domínio



Analisando a escala da Literacia em Saúde HLS-EU-PT-Q16 por item pode-se verificar que a maioria das respostas se concentra nas categorias “Fácil” e “Muito fácil” em todos os itens. As maiores percentagens de facilidade observam-se nos itens relacionados com a compreensão de informações e orientações de profissionais de saúde, nomeadamente “*Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico*” (89,1%), “*Compreender porque precisa de fazer rastreios*” (88,4%), “*Compreender o que o seu médico lhe diz*” (85,3%) e “*Compreender as instruções sobre a toma da medicação prescrita*” (87,6%).

Verifica-se igualmente uma elevada facilidade na compreensão de informações relacionadas com a promoção da saúde, como “*Compreender a informação nos meios de comunicação sobre como se manter mais saudável*” e “*Avaliar quais os comportamentos diários relacionados com a saúde*”, ambas com 86,1% de respostas nas categorias de facilidade. Por outro lado, os itens que apresentam maiores níveis de dificuldade estão relacionados com a procura e avaliação crítica da informação em saúde. Destacam-se “*Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam*” com 37,3% de respostas classificadas como difíceis ou muito difíceis, “*Encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental, como stress ou depressão*” (35,6%) e “*Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião médica*” (32,6%). Também a avaliação da *credibilidade da informação divulgada pelos meios de comunicação social sobre riscos para a saúde* revela alguma complexidade para os participantes, registando 27,2% de respostas de dificuldade.

Em síntese, os resultados sugerem que os participantes demonstram maior facilidade em compreender e seguir orientações de saúde, enquanto as competências relacionadas com a procura, seleção e avaliação crítica da informação em saúde constituem os domínios que apresentam maiores desafios (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de respostas por item da HLS-EU-PT-Q16

	Muito difícil		Difícil		Fácil		Muito fácil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Questões								
Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	10	7,8	38	29,5	72	55,8	9	7,0
Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	7	5,4	21	16,3	93	72,1	8	6,2
Compreender o que o seu médico lhe diz?	5	3,9	14	10,9	96	74,4	14	10,9
Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	3	2,3	13	10,1	99	76,7	14	10,9
Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	9	7,0	33	25,6	77	59,7	10	7,8
Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	3	2,3	31	24,0	85	65,9	10	7,8
Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	3	2,3	11	8,5	103	79,8	12	9,3
Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	11	8,5	35	27,1	76	58,9	7	5,4
Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	6	4,7	18	14,0	93	72,1	12	9,3
Compreender porque precisa de fazer rastreios?	3	2,3	12	9,3	97	75,2	17	13,2
Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	2	1,6	33	25,6	82	63,6	12	9,3
Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	9	7,0	23	17,8	85	65,9	12	9,3
Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	---	---	21	16,3	97	75,2	11	8,5
Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	---	---	19	14,7	99	76,7	11	8,5
Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	---	---	18	14,0	101	78,3	10	7,8
Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	---	---	18	14,0	101	78,3	10	7,8

Fatores associados com o nível de LS em pessoas do rendimento de inserção social

Quanto às variáveis sociodemográficas identificámos como fatores associados ao nível de LS global, ser do género feminino ($p=0,03$) e o nível de escolaridade ($p < 0,001$), evidenciando-se uma tendência global para o aumento do nível de LS com o aumento do nível de escolaridade, sendo superior nas pessoas que possuem o 3º ciclo (6º ao 9º ano) de escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores sociodemográficos associados com a Literacia em Saúde

Variáveis	Pessoas beneficiárias do RSI			
	n	OM	p	Comparação
Género*				
Feminino	75	70,97	0,03	Género feminino > masculino <i>com diferenças significativas</i>
Masculino	54	56,71		
Nível de escolaridade**				
Nenhum	19	40,47	<0,001	3º ciclo > Ensino secundário > 2º ciclo > 1º ciclo > não ter nenhum nível <i>com diferenças significativas</i>
1º ciclo	27	56,20		
2º ciclo	27	62,44		
3º ciclo	36	78,83		
>Ensino secundário	20	78,73		
Idade*				
≤ 45 anos	60	66,07	0,53	≤ 45 anos > 45 anos <i>Sem diferenças significativas</i>
> 45 anos	67	62,15		
Estado civil**				
Solteiro	61	63,26	0,79	Casado / União facto > Separado/divorciado/viúvo > Solteiro <i>Sem diferenças significativas</i>
Casado / União Facto	45	68,03		
Separado/divorciado/viúvo	23	63,67		

Legenda: * - Teste U de Mann-Whitney; ** - Teste Kruskal Wallis

Verificámos, ainda, a não associação entre o IMC e LS, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre Literacia em Saúde e IMC

Variáveis	Pessoas beneficiárias do RSI			
	n	OM	p	Comparação
IMC*				
Baixo peso	7	47,00	0,094	Obesidade > Pré obesidade > Peso normal > Baixo peso <i>sem diferenças significativas</i>
Peso normal	38	54,22		
Pré obesidade	48	62,10		
Obesidade	29	73,53		

Legenda: * - Teste Kruskal Wallis

No que concerne à relação entre a LS e a adesão aos cuidados de saúde, e após dicotomização das respostas em Sim e Não, agrupando a opção 'Às vezes' na opção 'Sim'; não foram encontradas diferenças significativas, conforme Tabela abaixo.

Tabela 9 - Adesão aos cuidados de saúde e Literacia em Saúde pessoas beneficiárias do

Rendimento Social de Inserção				
	Pessoas beneficiárias do RSI			
Variáveis	n	OM	p	Comparação
Realização de consultas regulares*				
Sim	116	66,09	0,125	Sim > não
Não	12	49,08		sem diferenças significativas
Realização de rastreios*				
Sim	97	60,71	0,402	Sim > não
Não	21	53,90		sem diferenças significativas
Plano de vacinas atualizado*				
Sim	118	60,65	0,708	Sim > não
Não	2	51,50		sem diferenças significativas
Toma de medicação prescrita*				
Sim	124	64,87	0,843	Não > sim
Não	5	68,20		sem diferenças significativas
Toma de medicação sem prescrição*				
Sim	44	63,26	0,699	Não > sim
Não	88	65,90		sem diferenças significativas

Legenda: * - Teste U de Mann-Whitney

De acordo com a Tabela 10 e no que diz respeito aos estilos de vida, também não se observaram associações estatisticamente significativas entre a LS e a prática de exercício físico ($p=0,052$), consumo de bebidas alcoólicas ($p=0,133$) e consumo de tabaco ($p=0,695$).

Tabela 10 - Estilos de vida associados com a Literacia em Saúde na amostra

Pessoas beneficiárias do RSI				
Variáveis	n	OM	p	Comparação
Prática exercício físico*				
Sim	53	72,54	0,052	Sim > não
Não	76	59,74		sem diferenças significativas
Consumo de álcool*				
Sim	42	57,56	0,133	Não > sim
Não	86	67,89		sem diferenças significativas
Consumo de tabaco*				
Sim	41	62,66	0,695	Não > sim
Não	87	65,37		sem diferenças significativas

Legenda: * - Teste U de Mann-Whitney

3.6. Discussão dos resultados

A população beneficiária do RSI caracteriza-se por situações de vulnerabilidade socioeconómica associadas a baixos rendimentos, desemprego prolongado, menor escolaridade e maior risco de exclusão social. Estas condições podem influenciar negativamente os determinantes da saúde e limitar o acesso, a compreensão e a utilização da informação em saúde, tornando esta população particularmente relevante para o estudo da LS.

Os resultados obtidos permitem caracterizar a amostra como socialmente vulnerável, com predomínio do desemprego, um número elevado de pessoas a viver sozinhas e presença expressiva de pré obesidade e obesidade. Este enquadramento é coerente com a evidência recente, segundo a qual a LS se distribui de forma desigual na população e tende a ser mais reduzida em grupos economicamente desfavorecidos, refletindo o peso dos determinantes sociais no acesso, compreensão e utilização da informação em saúde (Gero et al, 2025; WHO, 2025). Assim, os resultados devem ser interpretados à luz da condição socioeconómica particularmente vulnerável dos participantes, uma vez que a evidência demonstra que fatores como desemprego, baixos rendimentos, menor escolaridade e isolamento social influenciam significativamente a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde (Gero et al, 2025; WHO, 2025).

Relativamente ao perfil antropométrico, verificou-se uma prevalência elevada de pré obesidade e obesidade, com maior expressão no sexo feminino. Este resultado merece particular atenção, uma vez que estudos recentes realizados em Portugal identificaram níveis significativamente inferiores de LS em indivíduos com obesidade (Pedro et al., 2025). Contrariamente ao descrito por Pedro et al (2025), neste estudo foi observada uma tendência para níveis mais elevados de LS nas categorias ponderais superiores, embora sem significância estatística. Esta divergência poderá estar relacionada com as características específicas da população beneficiária do RSI. Assim, torna-se necessária a realização de estudos adicionais que permitam aprofundar a compreensão da relação entre LS e estado nutricional, considerando fatores como idade, género, escolaridade, morbilidades associadas e apoio social.

Todos os dados recolhidos foram autorrelatados pelos participantes e as informações relativas à adesão aos cuidados de saúde, à vacinação, à realização de rastreios e ao cumprimento do regime terapêutico não foram confirmadas através da consulta dos respetivos processos clínicos. Do mesmo modo, os valores de peso e altura utilizados no cálculo do IMC foram fornecidos pelos participantes, não tendo sido efetuadas medições antropométricas diretas. O recurso exclusivo a dados autorrelatados constitui uma limitação do estudo, uma vez que pode introduzir viés de informação.

No domínio da utilização dos serviços de saúde, os participantes revelaram elevada frequência de consultas regulares, realização de rastreios e cumprimento da medicação prescrita. Estes resultados poderão refletir, por um lado, a proximidade com os cuidados de saúde primários e, por outro, a presença de necessidades de saúde já identificadas, que favorecem um maior contacto com os serviços. A literatura recente tem demonstrado que

indivíduos com níveis mais baixos de LS podem apresentar maior dificuldade em navegar no sistema de saúde, mas quando existe acompanhamento regular por profissionais e orientações claras, a adesão a comportamentos recomendados tende a melhorar (WHO, 2025; Arriaga et al, 2022). Neste estudo, os motivos apontados para faltas a consultas e para incumprimento terapêutico, como esquecimento, falta de transporte ou dificuldades económicas para aquisição da medicação, sugerem que fatores contextuais e socioeconómicos podem constituir barreiras determinantes no acesso e utilização dos serviços de saúde. Estes resultados são consistentes com a literatura que evidencia a influência dos determinantes sociais da saúde na gestão da doença, na adesão terapêutica e no acesso efetivo aos serviços de saúde, particularmente em populações socialmente vulneráveis (Gero et al, 2025). Assim, embora a LS desempenhe um papel relevante na capacidade de compreender e utilizar informação em saúde, os resultados sugerem que fatores estruturais e condições socioeconómicas desfavoráveis também podem limitar a adoção de comportamentos de saúde adequados e o acesso aos cuidados.

O elemento do NLI de Águeda responsável pela área da saúde tem conhecimentos sobre os diversos programas de saúde e sugere as ações de acordo com a fase do ciclo vital e características do agregado familiar. Se for uma pessoa que tenha doença crónica, sugere a vigilância da mesma, no caso de uma mulher grávida sugere o acompanhamento durante a gravidez e posteriormente no pós parto com consultas de vigilância para a mãe e a criança e vacinas da criança até ao final do contrato. Durante o contrato mantém o acompanhamento dos beneficiários e articula-se com as técnicas gestoras de contrato de forma a garantir que os beneficiários do RSI não falem às diversas consultas e mantenham a vigilância da saúde, o que pode ser o motivo para a elevada adesão aos cuidados de saúde, nomeadamente o plano de vacinas de acordo com o PNV e rastreios.

Quanto aos estilos de vida analisados, a maioria dos participantes referiu não praticar exercício físico regularmente, nunca consumir álcool ou tabaco. A ausência de associações estatisticamente significativas entre LS e estes estilos não invalida a sua relevância clínica e social. A literatura tem demonstrado que a relação entre LS e comportamentos de saúde é complexa, multifatorial e frequentemente mediada por fatores económicos, culturais e ambientais (WHO, 2025). Neste contexto, a adoção de comportamentos promotores da saúde não depende exclusivamente das competências de LS, podendo ser condicionada por recursos disponíveis, condições de vida, suporte social e características do ambiente envolvente (Gero et al, 2025; WHO, 2025). Assim, a inexistência de associações estatisticamente significativas no presente estudo poderá refletir a influência destes fatores contextuais, particularmente

relevantes em populações socialmente vulneráveis, como os beneficiários do rendimento social de inserção. Contudo, a tendência observada para maiores níveis de LS entre os participantes que praticam exercício físico sugere um possível efeito positivo desta competência na adoção de comportamentos promotores de saúde, ainda que não suficientemente robusto nesta amostra para produzir diferença estatisticamente significativa (Pedro et al., 2025).

Quanto aos níveis de LS, os resultados mostram que mais de metade dos participantes apresenta um nível geral problemático ou inadequado. Este resultado está em consonância com investigações recentes realizadas em contexto europeu e português, que identificam a LS limitada como um importante problema de saúde pública, particularmente em grupos mais vulneráveis do ponto de vista social e educacional (WHO, 2025; Arriaga et al., 2022). Apesar disso, a análise dos itens da HLS-EU-PT-Q16 permitiu identificar um padrão relevante, os participantes demonstraram maior facilidade nas tarefas relacionadas com a compreensão da informação transmitida por profissionais de saúde e com o seguimento de instruções, enquanto as maiores dificuldades se concentraram na procura, avaliação crítica e utilização autónoma da informação em saúde (Arriaga et al., 2022). Este resultado sugere que os participantes apresentam competências mais desenvolvidas ao nível da literacia funcional, mas maiores limitações nas dimensões interativa e crítica da LS. Tais dificuldades assumem particular relevância num contexto em que os indivíduos são cada vez mais confrontados com uma grande diversidade de fontes de informação, nem sempre fiáveis, exigindo competências de análise e avaliação para apoiar decisões informadas sobre a saúde. Assim, os resultados reforçam a necessidade de intervenções que promovam não apenas o acesso à informação, mas também a capacidade de a interpretar criticamente e de a aplicar de forma autónoma no quotidiano, especialmente junto de populações mais vulneráveis (WHO, 2025).

Em contrapartida, as dificuldades verificadas na procura, avaliação crítica e utilização autónoma da informação podem refletir limitações em competências mais avançadas de literacia crítica em saúde, que envolvem reflexão e ação perante a informação disponível (Stormacq et al, 2023; Abel & Benkert, 2022). Este padrão confirma que a LS não é uma competência homogênea, integrando níveis funcionais, interativos e críticos, e que os domínios mais exigentes continuam a constituir um desafio importante para populações vulneráveis (WHO, 2025).

Na análise inferencial, identificámos como fatores associados à LS o género feminino e o nível de escolaridade. A relação entre escolaridade e LS encontra-se amplamente documentada e constitui um dos resultados mais consistentes da literatura internacional, sendo

a escolaridade reconhecida como um importante preditor da capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021; Sørensen et al., 2021). A tendência observada para níveis mais elevados de LS nos participantes com maior escolaridade confirma esse padrão e reforça a importância de considerar a formação escolar como uma variável central na planificação de intervenções destinadas a promover a LS (Gero et al., 2025). Por sua vez, a associação observada com o género feminino poderá estar relacionada com uma maior utilização dos serviços de saúde, uma maior participação em comportamentos preventivos e de autocuidado e uma maior procura de informação relacionada com a saúde (Arriaga et al., 2022). Alguns estudos sugerem ainda que as mulheres tendem a apresentar maior envolvimento na gestão da própria saúde e na tomada de decisões relacionadas com o bem-estar, o que poderá contribuir para níveis superiores de LS (Sørensen et al., 2021). Contudo, esta interpretação deve ser realizada com prudência e à luz das características específicas da população estudada.

Por outro lado, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre LS e idade, estado civil, adesão aos cuidados de saúde ou estilos de vida. Este resultado não significa ausência de relação entre estas variáveis, mas antes que, nesta amostra, tais diferenças não foram suficientemente fortes para atingir significância estatística. A literatura tem demonstrado que a relação entre a LS e os comportamentos de saúde é complexa e multidimensional, podendo variar em função das características sociodemográficas das populações, dos contextos socioeconómicos, dos instrumentos utilizados para avaliar a LS e da influência de fatores moderadores, como o suporte social, a acessibilidade aos serviços de saúde e as condições económicas dos indivíduos (Nutbeam & Lloyd, 2021; Stormacq et al., 2023; WHO, 2025).

Em termos globais, os resultados permitem concluir que a população estudada apresenta um perfil misto de LS, por um lado evidencia competências funcionais razoáveis no contacto direto com profissionais de saúde, por outro manifesta fragilidades importantes nas dimensões mais autónomas e críticas da gestão da informação em saúde. Esta distinção assume particular relevância para a prática clínica e comunitária, uma vez que sugere que intervenções centradas exclusivamente na transmissão de informação poderão ser insuficientes para responder às necessidades desta população. Torna-se, por isso, necessário promover abordagens continuadas, participativas e adaptadas ao nível educacional e social dos utentes, capazes de fortalecer não apenas a compreensão da informação, mas também a capacidade de a avaliar criticamente e de a utilizar na tomada de decisões relacionadas com a saúde. Estas estratégias

poderão contribuir para a redução das desigualdades em saúde e para o fortalecimento da autonomia e capacitação dos indivíduos na gestão da sua saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021; Sørensen et al., 2021; WHO, 2025).

Do ponto de vista das implicações para a prática, os resultados sustentam a necessidade de desenvolver intervenções ajustadas ao perfil desta população, privilegiando estratégias de comunicação clara, informação simples, reforço da educação para a saúde e apoio à navegação no sistema de saúde. A evidência recente demonstra que a promoção da LS não depende exclusivamente do desenvolvimento das competências individuais, exigindo igualmente a adaptação das organizações e dos sistemas de saúde para que estes se tornem mais acessíveis e compreensíveis (Nutbeam & Lloyd, 2021; Sørensen et al., 2021; WHO, 2025). Neste contexto, os cuidados de saúde primários e os serviços de proximidade social assumem um papel particularmente relevante na identificação precoce de dificuldades de LS, na promoção da comunicação centrada na pessoa e na implementação de intervenções educativas adaptadas às características socioculturais das populações mais vulneráveis (Sørensen et al., 2021; WHO, 2024).

Os serviços de saúde podem contribuir para aumentar os níveis de LS através da identificação sistemática das necessidades da população, da utilização de linguagem simples, de materiais adaptados aos diferentes níveis de escolaridade e de estratégias que permitam confirmar a se a informação foi compreendida. Devem ainda facilitar a navegação no sistema de saúde e avaliar os resultados das intervenções realizadas. Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pode avaliar as necessidades, planear e coordenar intervenções, capacitar profissionais e utentes, desenvolver materiais adequados e promover respostas ajustadas às condições sociais e de saúde de cada agregado familiar. A sua intervenção deve centrar-se não apenas na transmissão de informação, mas também na responsabilização, na promoção da autonomia, da equidade e da capacidade das pessoas para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde.

As maiores dificuldades identificadas na procura de ajuda para problemas como stress ou depressão e na avaliação da credibilidade da informação divulgada pelos meios de comunicação sugerem fragilidades em áreas particularmente relevantes no contexto atual, caracterizado por uma crescente disponibilidade de informação em saúde e pela circulação de conteúdos digitais de qualidade variável. A literatura recente tem salientado que as competências de avaliação crítica da informação constituem uma das dimensões mais exigentes da LS, sendo fundamentais para a tomada de decisões informadas e para a utilização adequada

da informação em saúde (Stormacq et al., 2023; WHO, 2025). Neste sentido, os resultados reforçam a importância de promover competências críticas de LS e de desenvolver materiais educativos acessíveis, culturalmente adequados e centrados nas necessidades específicas das populações em situação de vulnerabilidade social.

Neste contexto, destaca-se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na promoção da LS e na redução das desigualdades em saúde. De acordo com as competências específicas desta área de especialização, compete a este profissional identificar necessidades de saúde da comunidade, desenvolver intervenções de educação para a saúde, promover a capacitação dos indivíduos e grupos e implementar estratégias de promoção da saúde ajustadas às características socioculturais da população (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, perante os resultados obtidos, o enfermeiro especialista assume uma posição privilegiada para desenvolver programas dirigidos aos beneficiários do RSI, utilizando estratégias de comunicação clara, apoio na utilização dos serviços de saúde e promoção de competências que permitam aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde. A sua intervenção poderá contribuir para o fortalecimento da autonomia dos cidadãos, para a melhoria da gestão da saúde e para a redução das barreiras associadas à vulnerabilidade social identificadas nesta população.

Conclusão

A realização do Estágio com Relatório Final, desenvolvido no DSP da ULS de Coimbra e na UCC Grei de Águeda, constituiu uma oportunidade relevante para consolidar e desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. A diversidade dos contextos e das atividades realizadas permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A participação em atividades de vigilância epidemiológica, vacinação, gestão da rede de frio, análise de dados, promoção da saúde, elaboração de materiais educativos e desenvolvimento de projetos de melhoria contínua contribuiu para uma compreensão mais abrangente da intervenção do enfermeiro especialista. O percurso realizado reforçou a importância de uma prática sustentada na evidência científica, no diagnóstico das necessidades das populações, no planeamento em saúde e na articulação entre profissionais, serviços e parceiros da comunidade. Permitiu também desenvolver competências de comunicação, tomada de decisão, gestão de recursos, trabalho em equipa e avaliação das intervenções.

A componente de investigação teve como finalidade conhecer o nível de LS das pessoas beneficiárias do Rendimento Social de Inserção do concelho de Águeda, avaliar a adesão a cuidados de saúde, caracterizar o IMC e identificar os fatores associados com a LS. Considera-se que os objetivos definidos foram alcançados, uma vez que o estudo permitiu responder às questões de investigação e produzir conhecimento sobre uma população exposta a condições de vulnerabilidade socioeconómica.

Os resultados demonstraram que mais de metade dos participantes apresentava um nível geral de LS problemático ou inadequado. As maiores facilidades foram identificadas na compreensão das informações transmitidas pelos profissionais de saúde, no seguimento das orientações relativas à medicação e na compreensão da necessidade de realizar rastreios. Em contrapartida, observaram-se dificuldades na procura autónoma de informação, na avaliação da necessidade de obter uma segunda opinião, na identificação de ajuda para problemas de saúde mental e na análise da credibilidade da informação divulgada pelos meios de comunicação. Estes resultados evidenciam um perfil misto de LS. Embora os participantes demonstrem

competências funcionais razoáveis quando recebem informação diretamente dos profissionais, apresentam maiores fragilidades nas competências que exigem procura ativa, avaliação crítica e utilização autónoma da informação. Consequentemente, as intervenções não devem limitar-se à transmissão de conhecimentos, devendo privilegiar estratégias participativas, linguagem clara, confirmação da compreensão, resolução de problemas e desenvolvimento da capacidade de tomar decisões informadas.

Relativamente à utilização dos cuidados de saúde, verificou-se uma elevada proporção de participantes com consultas regulares, rastreios realizados, vacinação atualizada e adesão à medicação prescrita. Contudo, foram identificadas barreiras como o esquecimento, a falta de transporte, as dificuldades económicas para adquirir medicamentos e o desconforto na relação com os profissionais. Estes resultados mostram que a adesão aos cuidados não depende exclusivamente da LS, sendo igualmente influenciada por fatores económicos, sociais, organizacionais e relacionais. Neste contexto, a articulação entre o NLI, a UCC e as restantes unidades funcionais assume particular relevância.

A análise dos fatores associados revelou que o género e a escolaridade se relacionaram significativamente com a LS. As mulheres apresentaram níveis superiores aos dos homens e observou-se uma tendência para o aumento da literacia à medida que aumentava a escolaridade. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas com a idade, o estado civil, o IMC, a adesão aos cuidados ou os estilos de vida analisados. Esta ausência de significância não demonstra que essas relações não existam, indicando apenas que não foram comprovadas na amostra estudada.

A caracterização antropométrica revelou uma proporção expressiva de participantes com pré obesidade ou obesidade, particularmente entre as mulheres, reforçando a necessidade de intervenções dirigidas à alimentação saudável, à atividade física e à prevenção das doenças crónicas. Todavia, como o peso e a altura foram autorrelatados, sem medições antropométricas, estes resultados devem ser interpretados com prudência.

Os resultados apresentam implicações relevantes para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A intervenção junto dos beneficiários do RSI deverá incluir a utilização de materiais simples e acessíveis, confirmação da compreensão através de técnicas como o *teach-back*, apoio na navegação no sistema de saúde e capacitação para identificar fontes credíveis. Deverão ainda ser reforçadas as intervenções relacionadas com a saúde mental, adesão terapêutica, vigilância da saúde, alimentação e atividade física. As ações incluídas nos contratos de inserção devem resultar de uma avaliação

individual e familiar, evitando respostas uniformes que não considerem as necessidades e os recursos de cada agregado.

Entre as limitações do estudo destacam-se o desenho transversal, que impossibilita estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. O facto de a amostra ser constituída exclusivamente por beneficiários do RSI de uma área geográfica específica, limita a generalização dos resultados a outras populações. Acresce que os dados foram autorrelatados, não tendo sido confirmados através dos processos clínicos, o que poderá ter introduzido vieses de memória, informação e desejabilidade social particularmente nas questões relacionadas com comportamentos de saúde e adesão aos cuidados. A aplicação dos questionários por diferentes profissionais poderá igualmente ter influenciado a forma como algumas perguntas foram interpretadas ou respondidas.

Em estudos futuros, recomenda-se a inclusão de amostras mais amplas e provenientes de diferentes regiões, a realização de medições antropométricas e a comparação com os dados autorrelatados com informação clínica objetiva. Será também pertinente avaliar fatores como a literacia digital, a saúde mental, o apoio social, as condições económicas e a acessibilidade aos serviços. A implementação de programas estruturados de promoção da LS deverá ser acompanhada por avaliações anteriores e posteriores às intervenções, permitindo determinar a sua efetividade.

Em síntese, o estudo evidenciou necessidades relevantes de LS, sobretudo nas competências relacionadas com a procura, avaliação e utilização autónoma da informação. O conhecimento produzido poderá apoiar a definição das ações de saúde integradas nos contratos de inserção e orientar intervenções mais ajustadas às características desta população. Simultaneamente, o estágio contribuiu para o desenvolvimento de uma prática especializada, crítica e fundamentada, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na capacitação das pessoas e comunidades, na promoção da equidade e na redução das desigualdades em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- A Szczepura, Access to health care for ethnic minority populations, *Postgraduate Medical Journal*, Volume 81, Issue 953, March 2005, Pages 141–147, <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.026237>
- Abel, T., & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health promotion international*, 37(4), daac114. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019-2021. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Assembleia da República. (2003). *Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio: Rendimento Social de Inserção*. Diário da República. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2027&tabela=leis
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://splisportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese* (ISBN 978-989-8807-27-4). Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em

https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf
(Consultado em 18 de junho de 2025).

- Florêncio, R. S., & Moreira, T. M. M. (2021). Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00353. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00353>
- Gao, Y., Zheng, Y., He, Y., Lin, J., Liu, F., Fu, J., & Lin, R. (2024). The relationship between self-efficacy, health literacy, and quality of life in patients with chronic diseases: A cross-sectional study in China. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1430202. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1430202>
- Gero, K., Backhaus-Hoven, I., Höhmann, A., Dragano, N., & Hoven, H. (2025). Low income and health literacy: a systematic scoping review. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 83(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01781-3>
- Hyvert, S., Yailian, A. L., Haesebaert, J., Vignot, E., Chapurlat, R., Dussart, C., De Freminville, H., & Janoly-Dumenil, A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: a recent systematic review. *International journal of clinical pharmacy*, 45(1), 38–51. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3a ed). Escola Nacional de Saúde Pública. <https://run.unl.pt/handle/10362/166217>
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2025). *Guia prático: Rendimento Social de Inserção*. Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Beneficiárias/os do rendimento social de inserção, da Segurança Social (N.º) por local de residência (NUTS — 2024) e sexo* [Conjunto de dados]. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0013418&contexto=bd&selTab=tab2
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Néné, M., & Sequeira, C. (Eds.). (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OECD, & European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2026). *Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 83.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Crise económica, pobreza e desigualdades – Relatório sobre impacto socioeconómico e saúde mental em Portugal*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Limited health literacy in Portugal assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12), 861–869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>

- Pedro, A. R., Brandão, D., Simões, C., & Escoval, A. (2025). Health Literacy in obesity: a comparative analysis of adults with and without obesity. *The European Journal of Public Health*, 35(Suppl 4), ckaf161.405. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.405>
- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (4), 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Popper, K. (2002). *The logic of scientific discovery*. Routledge. (Original work published 1934)
- Portaria n.º 257/2012, de 27 de agosto. (2012). *Diário da República: 1.ª série*, (165). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2012-73046175>
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679–680. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Scott K. Simonds (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1–10.
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22, Article 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Shao, Y., Hu, H., Liang, Y., Hong, Y., Yu, Y., Liu, C., & Xu, Y. (2023). Health literacy interventions among patients with chronic diseases: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 114, Article 107829. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107829>
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate

systems. *Health promotion international*, 36(Supplement_1), i13–i23.

<https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H., for the Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Stormacq, C., Oulevey Bachmann, A., Van den Broucke, S., & Bodenmann, P. (2023). How socioeconomically disadvantaged people access, understand, appraise, and apply health information: A qualitative study exploring health literacy skills. *PloS one*, 18(8), e0288381. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.028>

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

Unidade de Saúde Pública Baixo Vouga. (2025). *Diagnóstico de saúde da Região de Aveiro* (Coordenação técnica: Observatório Local de Saúde). Microsoft Sway. <https://sway.cloud.microsoft/nKLzhAjHNwUXPZw9?ref=Link>

Unidade Local de Saúde de Coimbra. (2024). 2028-2024 Perfil ULS Coimbra. Recuperado de https://intranet.chuc.minsaude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4nw94y6wa452n7yrdd5d614hw4/2028-2024-perfil_uls-coimbra.pdf

Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s.d.). Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. ULS Coimbra. Recuperado de: <https://intranet.chuc.minsaude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4nw94y6wa452n7yrdd5d614hw4/regulamento-interno-digital.pdf>

World Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

World Health Organization. (2025). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>

Zhang, J., Chen, Y., Lu, Y., Jiang, X., Lin, C., & Ke, X. (2025). The impact of health literacy on quality of life in patients with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1544259. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1544259>

World Health Organization. (2025). *Nutrition for a healthy life: WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/nutrition---maintaining-a-healthy-lifestyle>

Apêndices

Apêndice I

Relatório de Saúde Escolar realizado no DSP da ULS Coimbra

Enquadramento

A avaliação das atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) do ano letivo 2024/2025 reflete a continuidade de algumas ações, nascimento de novas metodologias de trabalho, na Escola e com a Escola, novos olhares e parcerias.

O Ano Letivo 2024/2025 foi um ano de mudança, havendo a necessidade de reorganizar os serviços, devido à criação da Unidades Locais de Saúde (ULS). De forma a ir ao encontro dessa mudança, foram realizadas reuniões convocadas pela Equipa Nuclear do Plano Nacional de Saúde Escolar da ULS Coimbra com todas as Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) de todos os concelhos da ULS.

Assim, o presente Relatório incide sobre as atas dessas reuniões, não constituindo por si só, um reflexo do trabalho desenvolvido por cada ELSE.

Este Relatório foi elaborado tendo por referência o PNSE 2015-2020, que operacionaliza a promoção da saúde em meio escolar. Tem em conta acesso ao PNSE segundo o nível de educação e ensino através de indicadores de cobertura da comunidade educativa (que inclui crianças, alunos, docentes e não docentes, pais e encarregados de educação) por qualquer atividade de saúde escolar. Em alguns locais a Saúde dinamiza, com ou sem a Educação, momentos de reflexão e apresentação à restante comunidade de projetos que foram considerados boas práticas.

Para a elaboração do atual Relatório, a fonte de dados é as atas das reuniões e a estatística de Saúde Escolar produzida pelas Equipas das diversas Unidades Funcionais da ULS, agregada através de um Excel pela Equipa de Saúde Escolar da ULS Coimbra.

Caracterização da População-Alvo

Atendendo à necessidade identificada, foi definida como população-alvo as ELSE. Estas são compostas por profissionais de saúde que têm como principais funções a identificação de necessidades da comunidade escolar, o desenvolvimento de projetos/intervenções que respondam a essas necessidades, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o auxílio na identificação e encaminhamento de alunos com necessidades específicas, a articulação

com os serviços de saúde e a comunidade escolar e ainda a promoção de um ambiente seguro. Para além disso, monitorizam e avaliam o Plano de Ação de Saúde Escolar, assegurando uma intervenção eficaz e integrada (DGS, 2015).

Estas equipas estão organizadas pelos vários concelhos da ULS Coimbra, sendo constituídas por diferentes grupos profissionais nomeadamente: Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Saúde Ambiental, Psicólogos, Nutricionista, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Higienista Oral, entre outros, podendo alguns ser elementos das Unidades de Saúde Públicas (USP) ou das Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC).

Segundo o PNSE (2015), a sua gestão cabe aos profissionais do Departamento de Saúde Pública (DSP) com competências para:

- Elaborar o Plano de Ação de Saúde Escolar da ULS, em articulação com outras unidades funcionais, com base no perfil de saúde da população escolar, nas necessidades identificadas e nos recursos disponíveis;
- Mobilizar profissionais de saúde e parceiros comunitários para colaborar com as escolas e responder de forma eficaz às suas necessidades;
- Monitorizar e avaliar a implementação do Plano, assegurando o bom funcionamento dos sistemas de informação e a articulação entre unidades funcionais da área geodemografia.

Ademais, as Escolas Promotoras da Saúde (EPS) contribuem para alcançar os objetivos das políticas europeias de saúde (Health, 2020). No contexto nacional, estas baseiam-se em princípios como equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empoderamento da comunidade educativa. Com cerca de 1,6 milhões de alunos distribuídos por mais de 800 agrupamentos escolares, as escolas são espaços estratégicos para promover saúde e

Apêndice II

Relatório da vacinação sazonal 2025-2026 da ULS Coimbra

1 - ENQUADRAMENTO

A vacinação consiste numa das intervenções mais efetivas de saúde pública com maior impacto no controlo, diminuição ou eliminação, da incidência de doenças infecciosas. É considerado um direito e um dever dos cidadãos que, de forma consciente, tomam a decisão de se vacinarem e assim estarão a proteger de forma ativa a própria saúde, a Saúde Pública e a praticar a cidadania, tornando-se assim um ato de solidariedade e responsabilidade (DGS, 2020).

Uma vacina é um produto biológico composto por partes inativas ou enfraquecidas de um organismo que quando administrada promove a estimulação do sistema imunitário a reconhecer e combater os agentes causadores de doença, com a intenção de desencadear apenas uma reação imunitária e não de provocar doença (SNS24, 2025). Existem vários tipos de vacinas, como as inativadas, vivas atenuadas, de mRNA, entre outras. O surgimento de doenças e sintomas graves relacionadas com doenças podem ser prevenidas através da vacinação. Pode-se ainda falar de imunidade de grupo quando um número suficiente de pessoas se torna imune a uma doença o que ajuda a proteger outras pessoas vulneráveis à doença, mas que por algum motivo não podem ser vacinadas (Portal Europeu de Informação sobre Vacinação, s.d.). O Programa Nacional de Vacinação português tem um papel fundamental no controlo de doenças transmissíveis. Assim e como principais benefícios da vacinação temos a proteção contra doenças graves e as suas complicações, criação de imunidade de grupo e consequente proteção de toda a comunidade e a diminuição dos custos associados ao tratamento de doenças evitáveis.

O sucesso da vacinação depende da disponibilidade das vacinas em tempo útil, da monitorização eficaz através dos Sistemas de Informação, da proximidade e acesso aos Serviços de Saúde bem como do envolvimento e motivação dos profissionais.

A ULS de Coimbra formou uma Equipa local de Vacinação que inclui uma equipa multidisciplinar. Esta equipa desenvolveu o Relatório de Atividades 2024 da Vacinação (2025) em que é possível constatar que as taxas de vacinação foram todas cumpridas ou superadas, à exceção da taxa de cobertura vacinal contra o meningococo B que atingiu os 96,8% e cuja meta se situava nos 98%. Para estes resultados a Equipa desenvolveu vários objetivos que iam desde promover e divulgar as Boas Práticas em Vacinação na ULS Coimbra, passando pela monitorização de toda a atividade da vacinação, promoção da manutenção ou aumento

das taxas de vacinação, articulação com os serviços responsáveis pela rede de frio, reforçar a articulação com outros programas de saúde, melhorar a comunicação interna e externa entre todos os intervenientes, elaboração do relatório final entre outros. Para isso estabeleceu intervenções que permitam atingir esses objetivos.

Em relação à Vacinação Sazonal em Portugal que inclui as vacinas contra a COVID-19, Gripe e VSR, na campanha de 2024-2025, na ULS de Coimbra houve uma discrepância entre os valores das taxas de cobertura vacinal entre os diferentes concelhos, sendo que na Pampilhosa da Serra foi onde as pessoas menos aderiram (Gripe – 46,29% e COVID-19 – 46,29%) e Condeixa-a-Nova com as taxas de adesão mais elevadas (Gripe – 76,48% e COVID-19 – 60,72%). Foi realizada tentativa de justificar a discrepância, relacionando as taxas de cobertura vacinal com utentes sem médico de família, com o índice de envelhecimento da população e a participação das farmácias na vacinação, não se observando nenhuma relação. Outros fatores que podem justificar a menor adesão podem-se prender com uma menor disponibilização de vacinas, na 1ª fase da campanha que corresponde à fase de maior procura, menor estratégia de comunicação, acompanhamento da evolução da vacinação e reforço nos contactos com a população elegível, má acessibilidade aos centros de vacinação e a grande dispersão geográfica.

A baixa adesão poderá ser ainda justificada pela opinião negativa sobre a vacina por parte dos pares, familiares e comunicação social (menção a notícias negativas na televisão sobre vacina COVID-19) e pela observação de fadiga à adesão à vacina COVID-19 com arrastamento para a vacina da gripe. Em vários concelhos foi realizada convocatória ativa das pessoas elegíveis, mas a maioria das pessoas referiu não querer ser vacinada.

Em Portugal, a vacinação sazonal para a gripe, COVID-19 e Vírus Sincicial respiratório (VSR) é uma medida implementada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) para reduzir complicações, hospitalizações e mortalidade associadas a infeções respiratórias no outono-inverno de 2025-2026, cuja estratégia inclui campanhas específicas dirigidas a grupos prioritários em função do risco (SNS24, 2025). Neste documento será abordada a campanha de vacinação sazonal segue as normas da DGS:

- Norma nº 010/2025 de 09/09/2025 - Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Esquema Vacinal Primário e Campanha de Vacinação Sazonal Outono-Inverno 2025-2026;

- Norma nº 009/2025 de 09/09/2025 - Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2025-2026;

Apêndice III

Projeto de melhoria continua para Cuidadores informais da UCC Grei de Águeda

INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Grei de Águeda, integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Aveiro e intervém junto da comunidade com particular enfoque nos grupos vulneráveis, entre os quais se destacam as pessoas em situação de dependência e os seus cuidadores informais. Estes cuidadores desempenham um papel marcante, porém enfrentam inúmeros desafios e necessidades decorrentes da complexidade do cuidar de uma pessoa dependente.

O cuidador informal (CI), assume frequentemente o papel principal na prestação de cuidados no domicílio, muitas vezes sem formação prévia específica em saúde e apoio estruturado, o que aumenta o grau de exigência emocional, física e social da tarefa. Assumem essa função em resposta a necessidades emergentes no contexto familiar (Pleasant et al, 2020). A melhoria contínua da qualidade constitui um pilar fundamental nos cuidados de saúde primários (CSP), permitindo responder de forma sistemática às necessidades identificadas na comunidade.

O cuidador familiar, também designado por cuidador informal, é a pessoa que assume, de forma não remunerada, o cuidado contínuo de um familiar em situação de dependência física, mental ou funcional, geralmente no contexto domiciliário (Sequeira, 2018).

A capacitação do cuidador informal (CCI) constitui, assim, uma estratégia fundamental para garantir cuidados seguros e de qualidade, reduzir complicações evitáveis e promover o bem-estar do cuidador e da pessoa cuidada. O envelhecimento populacional, a prevalência de doenças crónicas e o aumento da dependência funcional colocam desafios acrescidos aos CSP, sendo essencial promover intervenções estruturadas que garantam segurança, qualidade dos cuidados e bem-estar do cuidador.

Os cuidadores assumem funções que vão desde o apoio à mediação com os serviços de saúde e sociais (Sequeira, 2013). São a maioria mulheres, entre os 50 e 70 anos, que prestam cuidados diários durante mais de 40 horas semanais, muitas vezes sem qualquer apoio formal (Instituto da Segurança Social, 2023).

A literatura recente evidencia que o cuidador enfrenta múltiplos desafios, que vão muito além da execução de tarefas básicas, abrangendo a gestão da medicação, a mobilização e

posicionamento, a higiene, a alimentação e a vigilância de sintomas, frequentemente sem formação prévia e sob grande pressão emocional (Mesquita Pinto et al., 2023). Para além destas exigências técnicas, destacam-se necessidades de informação sobre a doença e o plano terapêutico, de suporte social, financeiro e de saúde, de conciliação entre o papel de cuidador e a vida familiar e profissional, bem como de reconhecimento social do seu contributo (Gemito et al., 2024).

A intervenção de enfermagem junto do CI deve organizar-se numa lógica de capacitação contínua, personalizada e contextualizada. Cuidar não é um ato intuitivo: exige conhecimentos, treino prático e reflexão crítica sobre o modo como as tarefas são executadas e vividas pelo cuidador (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

A capacitação envolve não apenas a transmissão de informação, mas o desenvolvimento de competências técnicas como o posicionamento seguro, prevenção de úlceras de pressão, gestão da medicação e competências relacionais e emocionais como a comunicação, gestão de conflitos e estratégias de coping (Mesquita Pinto et al., 2023; Navarta-Sánchez et al., 2018).

Muitos cuidadores enfrentam situações de isolamento, sobrecarga física e abandono, tanto a nível emocional como financeiro, possuem escassa literacia em saúde e uma grande dificuldade em conciliar o papel de cuidador informal com a sua vida profissional. Não são apenas prestadores de cuidados, mas parceiros ativos na gestão do processo saúde-doença da pessoa cuidada e contribuem para a permanência dos utentes no domicílio e a redução da sua institucionalização.

O seu papel deve ser valorizado, como pilar dos cuidados, sendo fundamental a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida, de modo a garantir cuidados seguros, humanizados e sustentáveis à pessoa em situação de dependência (Instituto da Segurança Social, 2023).

O desenvolvimento do projeto, será orientado de acordo com as etapas inerentes à sua criação, implementação e avaliação da capacitação dos CI e o impacto desta intervenção. **(Anexo I)**

O presente projeto de CCI, designado por **"Cuidar e ser Cuidado"** será desenvolvido pela UCC Grei de Águeda e visa capacitar os CI do concelho de Águeda.

Apêndice IV

Planos das sessões de educação para a saúde realizadas para os beneficiários do RSI

Sessão de educação para a saúde “Aceder ao Serviço Nacional de Saúde”

Tema: Literacia em Saúde em população vulnerável do concelho de Águeda

Local: Biblioteca Municipal de Águeda **Data:** 25/11/2025 **Duração:** 60 Minutos **Público – Alvo:** Beneficiários do RSI

Formadores:

Objetivo Geral: Sensibilizar os beneficiários do RSI a utilização adequada dos serviços de saúde

	Objetivo	Atividades	Método	Duração	Recursos	Avaliação
Introdução	Realizar a apresentação dos formadores e formandos.	- Apresentação do grupo de formadores. - Identificação dos Participantes	Expositivo Ativo	10'	- Sala com cadeiras; - Apresentação em PPT; - Computador; - Retroprojetor/Quadro interativo.	Comunicação verbal e não verbal
Desenvolvimento	- Definir Serviço Nacional de Saúde. - Identificar as diversas organizações/instituições/profissionais que constituem o Sistema de Saúde; - Identificar as funções de cada organização/instituição/profissionais do Sistema de Saúde - Ensinar como agendar uma consulta no Centro de Saúde ou como pedir consulta de especialidade. - Identificar os programas de saúde e respetivas consultas disponíveis no Centro de Saúde.	- Apresentação dos conteúdos programados. - Demonstração do uso da APP SNS e da página SNS24. - Demonstração da realização de uma chamada para a linha SNS24 e 112 e quando se devem realizar.		35'		
Conclusão	- Dar o feedback da sessão. - Promover a participação em eventos posteriores. - Avaliação da satisfação com a sessão e formador	- Resumo da Sessão. - Esclarecimento de dúvidas		15'		

Sessão de educação para a saúde “Vigiar para começar”

Tema: Literacia em Saúde em população vulnerável do concelho de Águeda Local: Biblioteca Municipal de Águeda Data: 19/11/2025 Duração: 60 Minutos Público – Alvo: Beneficiários do RSI Formadores: Objetivo Geral: Sensibilizar os beneficiários do RSI para a importância da vigilância da saúde						
	Objetivo	Atividades	Método	Duração	Recursos	Avaliação
Introdução	Realizar a apresentação dos formadores e formandos.	- Reapresentação do grupo de formadores. - Esclarecer dúvidas das sessões anteriores	Expositivo Ativo	10'	- Sala com cadeiras; - Apresentação em PPT; - Computador; - Retroprojektor/Quadro interativo.	Comunicação verbal e não verbal
Desenvolvimento	- Identificar os tipos de consultas realizadas no centro de saúde. - Promover a adesão aos diferentes programas de saúde e respetivos rastreios. - Incentivar a procura de informação fidedigna relacionada com a saúde. - Promover o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a saúde com profissionais de saúde. - Motivar os participantes para serem agentes ativos na sua comunidade na divulgação de comportamentos de proteção e estratégias de prevenção.	- Apresentação dos conteúdos programados. - Jogo de “verdadeiro ou falso” sobre a vigilância da saúde.		35'		
Conclusão	- Dar o feedback da sessão. - Interagir com os formadores na atividade proposta. - Ter conhecimento da continuidade do projeto. - Avaliação da satisfação com a sessão e formador	Síntese da sessão e referência à importância da avaliação do projeto		15'		

Apêndice V

Cartaz de promoção da vacinação



#StopGripeKids

Vacine os seus filhos contra a

Gripe

Quem pode ser vacinado?	É importante porquê?	Onde vacinar?
• Crianças dos 6 aos 23 meses (a vacina é gratuita no Serviço Nacional de Saúde). • Crianças dos 2 aos 5 anos (recomendada, no entanto não gratuita).	• Diminui a circulação do vírus na comunidade • Reduz o risco de doença grave, complicações respiratórias e internamento • Promove a proteção dos grupos vulneráveis	Nas Unidades de Saúde Familiar
		Até quando pode ser administrada?
		23 de Setembro 2025 a 30 de Abril de 2026



A vacina é segura, comprovada e eficaz

Apêndice IV
Questionário para colheita de dados



Código do questionário

Questionário

Caro(a) participante,

A Escola Superior de Saúde de Viseu e a Unidade de Cuidados na Comunidade de Águeda, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, estão a desenvolver um estudo que tem como objetivos Avaliar os níveis de Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda, avaliar a adesão ao Programa Nacional de Vacinação e aos cuidados de saúde na referida amostra e identificar fatores associados ao nível de Literacia em Saúde e adesão à vacinação, consultas de vigilância e aos rastreios na amostra em estudo. Assim, solicitamos a sua participação neste estudo e no **preenchimento do questionário que é voluntário, anónimo e confidencial, destinando-se apenas para fins científicos e de planeamento em saúde.**

Equipa investigadora:

Odete Amaral, Inês Santos, Marta Martins

Parte I - Caracterização Sociodemográfica

1. Qual o seu género?			
☐ Feminino	☐ Masculino	☐ Outro	☐ Prefiro não responder
2. Qual a sua idade? _____ anos			
3. Qual o seu peso? _____ Kg			
4. Qual a sua altura? _____ Cm			
5. Qual a sua nacionalidade?			
☐ Portuguesa	☐ Outra. Qual? _____		
6. Habilitações literárias			
☐ Nenhum ciclo terminado ☐ 1º Ciclo (4ª Classe) ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano) ☐ 3º Ciclo (7º ao 9º ano) ☐ Ensino Secundário (10º ao 12º ano) ☐ Ensino superior			
7. Qual a sua Situação laboral?			

1 ☐ Desempregado 2 ☐ Empregado por conta própria 3 ☐ Empregado por conta de outrem 4 ☐ Reformado/a 5 ☐ Estudante
8. Qual o seu Estado civil?
1 ☐ Solteiro/a 2 ☐ Casado/a ou União de fato 3 ☐ Separado/a Divorciado/a 4 ☐ Viúvo/a
9. Como é constituído o seu Agregado familiar?
1 ☐ Vive sozinho 2 ☐ Casal sem filhos 3 ☐ Casal com filhos 4 ☐ Família monoparental 5 ☐ Outros

Parte II - Dados de Saúde Individual

Para cada uma das questões coloque um "x" na resposta mais adequada à sua situação.

10. Costuma realizar consultas no centro de saúde, regularmente?
1 ☐ Sim 2 ☐ Não
11. Faltou a alguma consulta (centro de saúde, hospital ou outro) no último ano?
1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não sei
12. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual o motivo?
1 ☐ Não tinha transporte 2 ☐ Esquecimento 3 ☐ Não se sente à vontade com o profissional de saúde 4 ☐ Estava doente 5 ☐ Estava a trabalhar/formação 6 ☐ Não tinha interesse em ir à consulta 7 ☐ Outro. Qual? _____
13. Tem o seu plano de vacinas atualizado?
1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não sei

14. Se respondeu não na pergunta anterior, qual o motivo?		
☐ ₁ Esquecimento ☐ ₂ Recusa ☐ ₃ Alergia ☐ ₄ Indicação médica ☐ ₅ Outro. Qual? _____		
15. Realizou rastreios de acordo com as indicações dos profissionais de saúde?		
☐ ₁ Sim	☐ ₂ Não	☐ ₃ Não sei
16. Se respondeu não na pergunta anterior, qual o motivo?		
☐ ₁ Não tinha transporte ☐ ₂ Esquecimento ☐ ₃ Recusa ☐ ₄ Estava doente ☐ ₅ Estava a trabalhar ☐ ₆ Não se sente à vontade com o profissional de saúde ☐ ₇ Outro. Qual? _____		
17. Costuma cumprir a medicação prescrita pelo médico?		
☐ ₁ Sim	☐ ₂ Não	☐ ₃ Às vezes
18. Se respondeu não na pergunta anterior, qual o motivo?		
☐ ₁ Recusa ☐ ₂ Não tenho possibilidade de comprar ☐ ₃ Esquecimento ☐ ₄ Não compreendo as instruções ☐ ₅ Medo dos efeitos secundários ☐ ₆ Não me sinto doente ☐ ₇ Outro. Qual? _____		
19. Costuma tomar medicamentos sem ter prescrição de um profissional de saúde?		
☐ ₁ Sim	☐ ₂ Não	☐ ₃ Às vezes

20. Costuma praticar exercício físico?
☐₁ Diariamente ☐₂ Algumas vezes por semana ☐₃ Algumas vezes por mês ☐₄ Nunca
21. Costuma consumir bebidas alcoólicas?
☐₁ Diariamente ☐₂ Algumas vezes por semana ☐₃ Algumas vezes por mês ☐₄ Nunca
22. Costuma consumir tabaco?
☐₁ Diariamente ☐₂ Algumas vezes por semana ☐₃ Algumas vezes por mês ☐₄ Nunca
23. No último ano assistiu a alguma Sessão de Educação para a Saúde?
☐₁ Sim ☐₂ Não
24. Se respondeu sim na pergunta anterior, qual o tema?
☐₁ Importância das consultas de vigilância ☐₂ Vacinação ☐₃ Acesso a cuidados de saúde ☐₄ Outro tema. Qual? _____

Parte III - Escala de literacia em saúde HLS-EU-PT-Q16

Para cada uma das frases abaixo, escolha a opção que melhor se adequa.

Numa escala de "muito difícil" a "muito fácil", qual o grau de dificuldade que sente a ...	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei
1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HLS-EU-Q16: Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. 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. Versão portuguesa. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Rev. Port Saude Publica 2016, 34, 259–275.

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexos

Anexo I

Parecer da Comissão de Ética da ULS de Aveiro para realização do estudo

Unidade Local de saúde da Região Aveiro

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Coletiva n.º 510 123 210

Exma. Senhora
Inês Santos
pv1052@essv.ipv.pt

S/ Ref.º S/ Comunicação de N/ Ref.º ULS RA.CES.2025.141.01 Aveiro, 24-11-2025

ASSUNTO: Resposta ao s/ Pedido de confirmação para a realização de estudo na ULS RA, E.P.E.

Em resposta à s/ solicitação subordinada ao tema “Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda” vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração de 20 de novembro de 2025, se encontra autorizado o pedido formulado e sobre o qual a Comissão de ética deu parecer positivo.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Gabinete de Investigação da ULS RA, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração


Margarida França
Presidente CA ULS RA, EPE
(Margarida França, Dra.)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada folha tratar só de um assunto.

Anexo II

Consentimento informado para participação no estudo



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

Consentimento Informado, esclarecido e livre

SERVIÇO:

Gabinete de Investigação Clínica

DATA: outubro 2024

REVISÃO: 2027

APROVADO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DATA:

CÓDIGO DO DOCUMENTO

CI.GINV.001.01

(colar etiqueta)

Nome
Morada
Data de nascimento
Processo nº

Nome do Procedimento: Consentimento Livre para fins de Investigação Clínica (DPO)

Este documento pretende fornecer-lhe a informação essencial de que depende o seu consentimento livre, explícito, inequívoco e informado, nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), para a participação no Projeto de Investigação: “Literacia em Saúde de pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda”.

cujas finalidades são: Avaliar os níveis de Literacia em Saúde das pessoas beneficiárias de Rendimento Social de Inserção do Concelho de Águeda e analisar a adesão ao Programa Nacional de Vacinação e aos cuidados de saúde na referida amostra.

Os dados pessoais fornecidos destinam-se ao uso exclusivo da **Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (ULSRA)**, responsável pelo tratamento dos dados, e à Escola Superior de Saúde de Viseu, assegurando-se a **confidencialidade dos dados**, bem como o **cumprimento da Política de Privacidade da ULSRA**, implementada de acordo com as regras do RGPD e a sua utilização de acordo com o objeto social da ULSRA, de forma compatível e adequada às finalidades determinantes do tratamento de dados.

Com o seu consentimento **estará a dar autorização aos investigadores da ULSRA e/ ou outra entidade** com a qual estabelecemos protocolo/ contrato a **tratar dados clínicos respeitantes a si, ao seu estado de saúde e/ ou tratamentos que está a fazer.**

Os dados recolhidos no âmbito do presente projeto incluem: Os dados recolhidos no âmbito do presente projeto serão obtidos através do preenchimento de um questionário dividido em 3 partes e incluem: dados sociodemográficos (idade, género, habilitações literárias, situação laboral, constituição do agregado familiar, estado civil), dados de saúde individual (adesão e acesso a cuidados de saúde como consultas, vacinação, rastreios) e níveis de literacia em saúde através da aplicação da escala de literacia em saúde HLS-EU-PT-Q16.

As suas informações pessoais e de saúde serão identificadas por meio das seguintes medidas de segurança: Utilização de um Código Único no questionário.

Só os seus dados pessoais serão conservados pelo prazo de 8 meses e não incluirão informação que o possa identificar diretamente.

O **consentimento pode ser retirado a qualquer momento**, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado, através do seguinte email: pv1052@essv.ipv.pt

Pode ainda exercer o direito de acesso aos seus dados pessoais, bem como a sua retificação, a limitação do seu tratamento, o seu apagamento e a sua portabilidade solicitando-o ao **Encarregado de Proteção de Dados** da ULSRA, por escrito para os seguintes endereços: **Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E., Av. Artur Ravares, 3810-164** /email: dpo@ulsra.min-saude.pt

Poderá ainda apresentar reclamação perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), enquanto autoridade de controlo.

Esta declaração de consentimento não condiciona o acesso à prestação de cuidados de saúde, nem influenciará a relação habitual que tem com os profissionais de saúde da ULSRA.

Os dados recolhidos no presente formulário destinam-se somente à sua identificação para efeitos de recolha de consentimento, no âmbito do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Nome do Participante: _____

Nome do Profissional que obteve o consentimento: _____

Nome do Investigador Principal: _____

(Nº mecanográfico/ Nº Cédula Profissional): _____

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas.

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa) a recolha e registo dos meus dados pessoais e clínicos no âmbito do projeto:

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa) que todos os dados clínicos na posse deste projeto sejam utilizados para fins de investigação clínica.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE. Se o menor tiver discernimento deve também assinar.

Nome: _____ BI/CC nº _____

Data de Validade: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____