



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Necessidades e recursos em literacia em saúde de migrantes durante a pandemia de COVID-19

Mestrado em Promoção da Saúde

Michel Marcelino da Silva

Novembro de 2022



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Dissertação apresentada para cumprimento dos
requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre
em Promoção da Saúde, realizada sob a orientação
científica da Doutora Ana Gama e da Doutora Rarianne
Peruhype.

Novembro de 2022

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer a ele que tem diferentes nomes, mas que é só um, Deus, por ter me mantido com saúde, ter me dado forças para conseguir realizar um sonho, que foi concluir o mestrado em um outro país.

Sempre em memória dos meus pais, que estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória de vida, vocês sempre serão lembrados em todas as minhas conquistas.

Ao meu esposo Robson Silva, por ser um porto seguro na minha vida, obrigado, pela compreensão e paciência demonstrada durante todo este período do mestrado.

Ao meu irmão de sangue Ubiratan Silva, a minha pequena sobrinha Maria Isabel e ao meu melhor amigo que é meu irmão de alma, Miguel Bianco, pela amizade e atenção dedicadas quando eu sempre precisei.

Agradeço a minha orientadora a Doutora Ana Gama por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, e quase no último mês de entrega da pesquisa a integração da Doutora Rarianne Peruhype, foram uma grande força motora, as vossas mensagens e as horas de trabalho sempre passaram voando e me deram energia suficiente para seguir, obrigado por acreditarem em mim e no meu projeto.

A todos os meus professores do IV Curso de Mestrado de Promoção da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública pela excelência da qualidade técnica de cada um.

E a todos os meus colegas do curso de mestrado que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Resumo

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, declarou o surto da COVID-19, a mais nova pandemia do mundo contemporâneo. A situação pandêmica afetou todas as sociedades e perante a inédita situação as populações mais vulneráveis sentiram fortemente o impacto de diversas formas. Entre essas populações incluem-se alguns migrantes, que já vivem à mercê de um conjunto de situações que geram vulnerabilidades em saúde, e que experienciam desafios nomeadamente em literacia em saúde. A literacia em saúde assume um papel de grande importância como determinante de saúde, referindo-se ao conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e utilizar as informações relativas à saúde, com o propósito de tomar decisões conscientes sobre prevenção de doenças e promoção da saúde.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar as necessidades e recursos em literacia em saúde de migrantes no contexto da pandemia da COVID-19.

Método: Este estudo, de abordagem qualitativa, foi realizado com migrantes nacionais de países terceiros, por meio de entrevistas semiestruturadas e utilização da técnica da análise temática. Os resultados foram agrupados em duas dimensões “Necessidades em literacia em saúde” e “Recursos em literacia em saúde”, e quatro categorias em comum: acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação em saúde.

Resultados: Observou-se que os migrantes encontraram mais necessidades (dificuldades) para aceder à informação e usar os serviços de saúde disponíveis, em função das limitações das interações com os profissionais de saúde, do acesso à informação (pela perceção de insuficiência de informação veiculada), pelas barreiras linguísticas e na compreensão do funcionamento do sistema e orientações recebidas durante a pandemia da COVID-19. Mas também, outros migrantes referiram recursos (facilidade) de aceder a informação em saúde por meio dos canais de comunicação como: televisão, internet, cartazes e canais de telefonia.

Conclusão: A complexidade das mudanças causadas na vida de todos os indivíduos pela pandemia é inegável e a população migrante se tornou ainda mais vulnerável aos seus efeitos. Assim é imperativo conhecer as especificidades das populações migrantes, com o intuito de adequar processos e ações às suas necessidades de promoção da literacia em saúde. Quanto mais literacia, maior o potencial de ganhos em saúde.

Palavras-chave: Migrantes, Literacia em Saúde, COVID-19

Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO), on March 11, 2020, declared the outbreak of COVID-19 as the newest pandemic in the contemporary world. The pandemic shattered everyone and in the face of the unprecedented situation, the most vulnerable populations felt the strong impact in various ways. Those populations include some migrants, who already live at the mercy of a set of situations that generate health vulnerabilities, and who face challenges especially in health literacy. Health literacy plays an important role as a health determinant; it refers to the knowledge, motivation, and skills to access, understand, evaluate, and use health-related information to make informed decisions on disease prevention and health promotion.

Aims: This study aims to analyse migrant's health literacy needs and resources in the pandemic of COVID-19.

Method: A qualitative study was conducted with migrants (Third Country Nationals), through semi-structured interviews and thematic analysis technique. The results were grouped into two dimensions "Health literacy needs" and "Health literacy resources", and their four categories: the access, understanding, evaluation and use of health information.

Results: The migrants reported more needs (difficulties) in accessing information and using the available health services, due to the limitations in interactions with health professionals, limited access to the information (as they perceived the available information as insufficient), the language barriers, and understanding the health system functioning and guidelines during the pandemic of COVID-19. But also, other migrants mentioned resources (facility) to access health information through communication channels such as: television, internet, posters, and telephone channels.

Conclusion: It is undeniable that the pandemic caused complex changes in everyone's lives and the migrant population has become even more vulnerable to its effects. Thus, it becomes imperative to know the specificities of migrant populations to tailor processes and actions aimed to meet their needs and to promote health literacy. As known, the more literacy one has, the highest the potential to improve health.

Key words: Migrants, Health Literacy, COVID-19

Índice

1. Introdução	13
2. Migração e saúde.....	15
2.1. Fenómeno da migração.....	15
2.2. Determinantes sociais de saúde da população em situação de migração	19
3. Literacia em Saúde.....	23
3.1. Conceito e definição de Literacia em Saúde.....	23
3.2. Literacia em Saúde de Populações Migrantes durante a pandemia da COVID-19	26
4. Questão de investigação	29
5. Objetivos	29
5.1. Objetivos específicos.....	29
6. Metodologia.....	31
6.1. Desenho de estudo	31
6.2. Participantes.....	31
6.3. Recrutamento dos participantes	31
6.4. Entrevistas e instrumentos de recolha de dados	32
6.5. Análise dos dados	32
6.6. Considerações éticas	34
7. Resultados	35
7.1. Características Sociodemográficas dos participantes.....	35
7.2. Necessidades e recursos em literacia em saúde no contexto da pandemia da COVID-19	36
7.3. Necessidades em Literacia em Saúde.....	36
7.3.1. Acesso a informações em saúde.....	36
7.3.2. Compreensão de informações em saúde.....	39
7.3.3. Avaliação de informações em saúde.....	40
7.3.4. Utilização de informações em saúde.....	41

7.4. Recursos em Literacia em Saúde.....	41
7.4.1. Acesso a informações em saúde.....	41
7.4.2. Compreensão de informações em saúde.....	42
7.4.3. Avaliação de informações em saúde.....	43
7.4.4. Utilização de informações em saúde.....	44
8. Discussão	45
9. Considerações finais	51
10. Referências bibliográficas	53

Lista de quadros

Quadro 1: Síntese das variáveis sociodemográficas dos entrevistados	35
---	----

Lista de figuras

Figura 1: Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead	20
Figura 2: Modelo conceitual da literacia em saúde	24
Figura 3: Matriz das quatro dimensões de literacia em saúde com três domínios.....	25
Figura 4: Fases da análise de conteúdo de Bardin	33
Figura 5: Material de Divulgação COVID-19 do SNS	48

Lista de gráfico

Gráfico 1: Nacionalidades mais representativas em Portugal	17
--	----

Lista de Abreviaturas

ACM - Comissariado para as Migrações

CEE - Comunidade Económica Europeia

CLAIM - Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes

CMDSS - Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

CSDH - Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

UE - União Europeia

INE - Instituto Nacional de Estatística de Portugal

ISS - Instituto de Segurança Social

LS - Literacia em Saúde

NOVA - Universidade Nova de Lisboa

NPT - Nacionais de Países Terceiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEF - Serviços de Estrangeiros e Fronteiras

SNS - Serviço Nacional de Saúde

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

1. Introdução

A migração é um fenómeno que tem crescido ao longo dos tempos, em parte devido às desigualdades sociais sentidas nos países de origem, o que leva as pessoas a procurarem melhores condições de vida nos países de acolhimento.

A migração pode ser entendida como o fenómeno de deslocações territoriais de povos entre países, com alguma permanência de médio a longo prazo e de mudança de contexto social (Martins, 2020). No entanto, esta explicação revela-se insuficiente face à complexidade implícita nas movimentações migratórias. Dado o volume de dinâmicas e motivações que comportam, as migrações são em si um fenómeno multifacetado.

Sabe-se que a pandemia teve um impacto significativo nas populações, incluindo nos migrantes, a nível da própria saúde e literacia em saúde.

Pretende-se então, como objetivo de estudo, investigar a realidade da comunidade migrante em Portugal, conhecendo as necessidades/dificuldades e os recursos/facilidades em literacia em saúde percebidos durante a pandemia da COVID-19.

Deste modo, apresenta-se um enquadramento teórico, dividido em dois capítulos sendo a primeira parte intitulada Migração e Saúde, cujo escopo abrange a caracterização do fenómeno da migração, traços históricos e culturais da população migrante, seguido pelos determinantes sociais de saúde desta população.

Na segunda parte, apresenta-se a temática da Literacia em Saúde, sua definição e a evidência sobre a literacia em saúde de populações migrantes em contexto pandémico da COVID-19. A realidade das migrações requer o conhecimento dos desafios que se colocam à saúde, com vistas ao desenvolvimento de políticas e estratégias integradoras e sustentadas, que sejam verdadeiramente eficazes na redução de riscos e vulnerabilidades, bem como no reforço dos recursos existentes, e que possibilitem a obtenção de ganhos reais em saúde.

2. Migração e saúde

2.1. Fenómeno da migração

Entende-se a migração como um movimento coletivo de população entre países diferentes, podendo assumir um caráter temporário ou permanente, sendo o seu acolhimento nos países de origem um processo complexo e sujeito a dificuldades sociais e culturais (Almeida et al., 1995). A migração de pessoas e povos é um fenómeno que ocorre desde sempre, podendo-se dizer a esse respeito que a vivência migratória é um fenómeno volúvel e volátil (Lourdes Silva Moro, 2021), com um crescente aumento observado da mobilidade humana ao longo dos tempos.

As razões por detrás do processo de migração poderão ser de índole variada, desde a procura por melhores condições laborais, à continuação dos estudos, passando por razões relacionadas às relações familiares, problemas de saúde, busca por experiências sociais e culturais diferentes, catástrofes ambientais ou ainda convulsões sociopolíticas nos países de origem, dentre outros (Almeida et al., 1995; Padilla, 2013). Estes são grupos de migrantes expostos a diferentes vulnerabilidades em saúde e potencialmente detentores de distintas necessidades de cuidados de saúde.

Nos últimos anos verificou-se um aumento dos movimentos migratórios a nível global, a sua maioria relacionada com questões económicas, sociais ou políticas (IOM, 2020). A globalização veio fomentar este fenómeno, influenciando e moldando a vida das populações de origem e de chegada. Porém, esta situação tem igualmente gerado algumas convulsões sociopolíticas, expondo os migrantes mais vulneráveis à xenofobia, à violência e à discriminação (Almeida et al., 1995; IOM, 2020; Padilla, 2013).

Metade da migração mundial tem ocorrido nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sendo, porém, o seu perfil bastante diverso, oscilando entre cidadãos residentes noutros países pertencentes à organização, ou ainda pessoas provenientes de países mais pobres (OCDE, 2020).

Os homens continuam a representar a maior percentagem de migrantes, com a Índia como o principal país de origem e os Estados Unidos da América o principal país de destino (IOM, 2020). Porém, nos países mais ricos tem-se verificado uma diminuição na entrada de migrantes, uma tendência inversa nos países de rendimento médio-alto. Há também a certeza de que as migrações, do latim *migro* (que significa "ir de um lugar para outro") são um fenómeno que ocorre em todas as nações e deixam cada vez menos pessoas e instituições indiferentes nos países mais ricos, assim como nos mais pobres (OIM, 2009).

No último século, desde o final da Segunda Guerra Mundial, o crescimento económico fez com que a Europa deixasse de ser um continente de emigração e passasse a ser o destino de milhares de migrantes, em especial internacionais. Observou-se também que após a Segunda Guerra Mundial, a necessidade de reconstrução da Europa fez com que os fluxos migratórios fossem, sobretudo, intraeuropeus (Roberto e Milesi, 2010).

Nas décadas seguintes, a Europa testemunhou dois processos políticos complexos. Por um lado, a consolidação e alargamento, da Comunidade Económica Europeia (CEE), posteriormente designada por União Europeia (UE), e por outro lado, a queda do muro de Berlim e o desmembramento da então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Ambos os processos implicaram transformações migratórias das sociedades envolvidas, incentivando fatores de atração ou expulsão e revolucionando as sociedades europeias (Roberto e Milesi, 2010).

Portugal, em particular, é um país que se forjou através de sucessivas migrações. Conforme a história deste país, a expansão ultramarina levou os portugueses para o Norte de África, depois para o Oriente e para o chamado Novo Mundo, mas trouxe também para o país, em muitos casos migrações forçadas, os escravos que, a meados do século XVI, representariam em torno de 10% da população do reino. Já na primeira metade do século XX, em dois momentos, Portugal começa a receber milhares de estrangeiros. O primeiro desses momentos foi nos anos trinta, durante a Guerra Civil da Espanha, e o segundo coincidiu com a Segunda Guerra Mundial (Aladova, 2019). Durante os anos cinquenta, o número de estrangeiros residentes em Portugal manteve-se estável, oscilando à volta dos 25.000 indivíduos. Na sua maioria, residiam no país por um longo período, ligados a importantes atividades económicas (Rocha-Trindade, 2001).

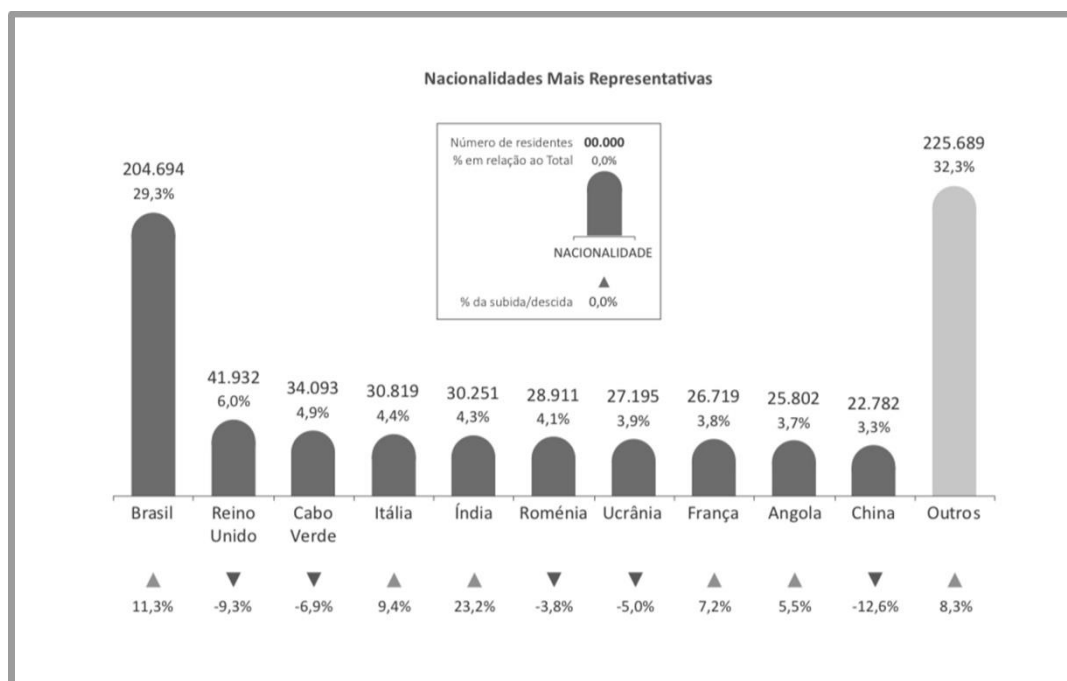
Na década de 70, devido à abertura do país ao exterior e ao desenvolvimento económico, existiam cerca de 30 mil estrangeiros residentes, nomeadamente alemães e ingleses (Esteves, 1991). A entrada de Portugal na CEE, em 1 de janeiro de 1986, provoca não só um natural aumento do número de estrangeiros residentes ligados a atividades económicas, como estimula também a vinda de um número crescente de migrantes. Enquanto num período de vinte anos, a população portuguesa cresceu cerca de 12%, a população residente estrangeira aumentou na ordem dos 313% (Bäckström, 2009).

Segundo os dados de 2021 do Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), que anualmente publica relatórios onde são apresentados os *stocks* dos indivíduos com residência legalizada no país, verificou-se,

pelo sexto ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, totalizando 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, valor mais elevado registado pelo SEF desde seu surgimento em 1976. Ainda assim, no ano em apreço, importa destacar o contexto de pandemia da COVID-19, que provocou uma desaceleração no aumento da população estrangeira residente (Estrela *et al.*, 2021).

A nacionalidade brasileira mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente atualmente em Portugal, representando 29.3% dos migrantes, conforme no gráfico 1. Destaca-se ainda os migrantes provenientes da Índia, que sobem quatro posições ocupando agora o quinto lugar, ultrapassando os da Roménia, Ucrânia, França, Angola e China. Já a Itália ocupa a quarta posição, confirmando o crescimento sustentado dos cidadãos estrangeiros, oriundos dos países membros da UE, a perceção de Portugal como país seguro, bem como as vantagens fiscais decorrentes do regime para o residente não habitual (Estrela *et al.*, 2021).

Gráfico 1: Nacionalidades mais representativas em Portugal



Fonte: Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2021.

Aquando da sua chegada, muitos migrantes estão sujeitos condições de maior risco de pobreza, uma vez que ocupam, tendencialmente, postos de trabalho menos qualificados e mais precários, estando, como tal, mais vulneráveis ao desemprego, independentemente do seu nível de qualificação e experiência prévia (Chang, 2019; Oliveira & Gomes, 2019; Padilla, 2013). No entanto, nos últimos anos, o perfil da imigração portuguesa tem apontado para um aumento do número de pessoas com

habilitações médio-superiores, variando entre o 3º ciclo do ensino básico, seguido pelo ensino secundário e pós-secundário (Oliveira & Gomes, 2019).

Na cidade de Lisboa, por exemplo, com a desindustrialização que se começou a verificar nos anos 1980, o setor terciário tornou-se o principal empregador, sendo marcado por uma clivagem forte entre os serviços especializados e altamente qualificados e uma proliferação de serviços indiferenciados, desqualificados e de baixa remuneração. A polarização do emprego tem sido apontada como uma característica do mercado de trabalho atual, sobretudo nos mais importantes centros urbanos, como é o caso da capital do país (João, 2013). Segundo os primeiros dados dos Censos 2021, a capital tem 544.851 habitantes e 19,6% da população residente em Lisboa é de nacionalidade estrangeira (INE, 2022).

A Área Metropolitana de Lisboa, composta por um núcleo urbano densamente povoado, é a região de Portugal que concentra maiores grupos de migrantes de diversas nacionalidades, com destaque para os naturais do Brasil e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Deste modo, a distribuição dos migrantes replica, de certo modo, o que acontece com a população nacional, que também se concentra nesta região do país, por razões de ordem socioeconómica e política. Lisboa e a sua região metropolitana desempenham um papel importante na oferta de emprego nas áreas das indústrias e dos serviços, atraindo os profissionais mais qualificados e os trabalhadores indiferenciados (João, 2013).

Embora seja improvável esperar que as migrações possam deter o envelhecimento da população autóctone, a entrada de migrantes permite ao país reforçar os grupos etários mais jovens, em idade fértil e em idade ativa, atenuando assim o envelhecimento da população portuguesa e promovendo o enriquecimento da cultura e da diversidade do país (Oliveira e Gomes, 2019).

Outro ponto importante a se considerar é que os migrantes estão naturalmente mais expostos às situações de vulnerabilidade social, que é apontada na literatura em seus contornos mais gerais, presentes não apenas no ambiente socioeconómico e político característico do país de origem, mas ainda em abordagens mais específicas, que retratam a segregação espacial e residencial e podem se manifestar logo após a chegada e o respetivo estabelecimento no local de destino (Paula *et al.*, 2008).

Faz-se necessário elucidar, portanto, que a vulnerabilidade não se refere à pessoa migrante, mas à situação/condição em que ela se encontra no processo migratório. Por isso, ao invés de falar em “vulnerabilidade dos migrantes”, é mais correto falar de “migrantes em situação de vulnerabilidade”, frisando, desta maneira, que a

vulnerabilidade não é uma característica inerente à pessoa migrante, mas na situação em que ela se encontra, os imigrantes constituem um grupo marcado pela “precariedade em termos de trabalho informal, limitações de renda, incerteza e graves riscos”, de diversas naturezas (Sá e Fernandes, 2019).

2.2.Determinantes sociais de saúde da população em situação de migração

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que afetam direta ou indiretamente a saúde. Estes determinantes são responsáveis pela maioria das diferenças no estado de saúde observado em cada país e entre eles. Estas circunstâncias são moldadas pela distribuição da riqueza, do poder e dos recursos, os quais são por sua vez influenciados pelas políticas (OMS, 2010).

O Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE), na nota metodológica do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, define determinantes da saúde como “qualquer fator que comprovadamente provoca alteração do estado de saúde” (INE, 2016, p 305). Os determinantes sociais de saúde são resultado das condições económicas e sociais, que exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Além disso, o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social, com vistas à identificação e eliminação dos fatores que prejudicam a saúde da população (Buss e Filho, 2007).

O aceleração no conhecimento sobre os DSS permitiu a formulação de diversos modelos que procuram demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde. Entre estes modelos, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead, por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos DSS, dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais, até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

Analisando a figura 1, por exemplo, observa-se que os indivíduos estão na base do modelo, com suas características particulares de idade, sexo e fatores genéticos o que, evidentemente, pode exercer influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada seguinte, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde. Os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de

opções feitas pelo livre-arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais – como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, por exemplo (Buss e Filho, 2007; Geib, 2012).

Figura 1: Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991.

No próximo nível destaca-se a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, sendo de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. Na camada seguinte estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes que agem sobre todos os outros, são as políticas públicas, o desenvolvimento sustentável, o produto nacional bruto, as desigualdades de renda, o ambiente social, a iniquidade social, a posição hierárquica, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, com repercussões sobre a sua saúde (Buss e Filho, 2007).

Tratando-se de migração, a globalização crescente exerce uma grande influência sobre

as condições sociais, económicas e culturais dos países e as desigualdades em saúde estão profundamente ancoradas nos sistemas de estratificação social, gerando um conjunto de desigualdades que atingem um determinado grupo de pessoas de uma sociedade e separando-os de alguma forma dos demais. Os DSS abrangem as características específicas do contexto social que influenciam na saúde e no modo como as condições sociais afetam a saúde, a desvantagem material e os efeitos da insegurança, ansiedade e falta de integração social, que são refletidos nas condições de trabalho e maior exposição à sinistralidade laboral, trabalhos mais arriscados, exigentes e precários, ou piores condições de habitabilidade e alojamento. A adoção de políticas de redistribuição do rendimento ou de melhoria das condições físicas de trabalho nas profissões manuais podem revelar-se igualmente eficazes para a obtenção de vidas mais saudáveis (Conill *et al.*, 2018; Dias, Gama e Martins, 2012; Oliveira, 2009).

Verifica-se que estas iniquidades estão a aumentar na Europa, por exemplo, no Reino Unido concluíram que o local de residência e as suas características são um fator importante na explicação da saúde subjetiva e que um indivíduo residente nas áreas de maior pobreza e privação declara piores estados de saúde (Granada *et al.*, 2021)).

Na Suécia, com o objetivo de analisar o impacto das doenças crónicas na perceção do estado de saúde numa amostra representativa da população migrante de uma investigação realizada, obteve-se resultados que indicaram que as doenças crónicas estão fortemente relacionadas com perceção do estado de saúde débil (Oliveira, 2009).

Em Portugal os resultados de um estudo de 2018, no âmbito da prestação de cuidados de saúde a migrantes com tuberculose, mostrou que uma proporção considerável destes doentes chega aos serviços de saúde em estado avançado da doença (Oliveira, C. & Gomes, 2018). Para além de recursos socioeconómicos limitados foram identificadas outras barreiras ao acesso e utilização dos serviços prestadores de cuidados de tuberculose, designadamente, a burocracia complexa do processo de inscrição nos serviços de saúde. Quando estuda-se as desigualdades em saúde, todavia, para além das desigualdades sociais, identificam-se também as desigualdades por sexo, por grupo etário e ainda as geográficas, ou seja, determinantes sociais de saúde para grupos vulneráveis que podem influenciar em taxas mais altas, por exemplo, de infeção pela COVID-19, que por si tendem a aumentar o risco de piores resultados em saúde reduzindo a capacidade de adesão à medidas sociais e de saúde pública (Moniz, 2019; Paula *et al.*, 2008).

No Rio de Janeiro, Brasil, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) realizada de 19 a 21 de outubro de 2011, representou um

importante avanço no atual movimento global sobre os DSS iniciado em 2005 com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) da OMS, e reafirmou os três princípios de ação:

1. Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais.
3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema.

As atividades da CMDSS têm como referência o conceito de saúde, tal como a concebe a OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2014, pg 1) e o preceito constitucional de reconhecer a saúde em Portugal, considerando o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, estabelece que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Este artigo, complementado pelo artigo 15.º da Constituição, onde se enquadra que “todos os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português” (Portuguesa, 1976, p 13), confere o direito à proteção da saúde como um direito universal de todos os imigrantes, portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais de saúde significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações multissetoriais que, muitas vezes, não têm relação somente com o setor da saúde.

3. Literacia em Saúde

3.1. Conceito e definição de Literacia em Saúde

O conceito de Literacia em Saúde (LS) foi utilizado pela primeira vez por Scott Simonds, em 1973, com uma abordagem relacionada às questões de promoção da saúde durante uma conferência interdisciplinar, no estado de Nova Iorque, na qual era discutido o futuro da educação para a saúde enquanto política social, nos Estados Unidos da América (Morgado, Loureiro e Botelho, 2021).

A LS é uma conceção que tem ganhado importância ao longo dos anos nos domínios da saúde pública e cuidados de saúde: a importância de dotar as pessoas de informação e competências sobre tópicos relacionados com a saúde é uma atividade de serviço social e de saúde pública, de responsabilidade nacional que se destina ao bem-estar da população.

Na década de 90, a OMS, através do trabalho desenvolvido por Don Nutbeam, definiu a LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998).

A literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos fundamentais, as tarefas (*tasks*), referindo-se à medida de acordo com a qual o indivíduo consegue realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico ou escrever frases simples, e as competências (*skills*), que se centra no nível de conhecimento e capacidades que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas (Nutbeam, 2009).

O método proposto por Nutbeam em 2000 ainda é utilizado como uma das referências para classificação quanto ao grau de LS de um indivíduo e considera três tipos ou níveis de literacia, designadas de funcional (ou básica), interativa (comunicacional) e crítica.

1. Literacia funcional/básica – competências suficientes para ler e escrever permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia-a-dia;
2. Literacia interativa/comunicacional – competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar nas atividades no dia-a-dia, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação;
3. Literacia crítica – competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar criticamente a informação usando-a para exercer maior controlo sobre as situações do

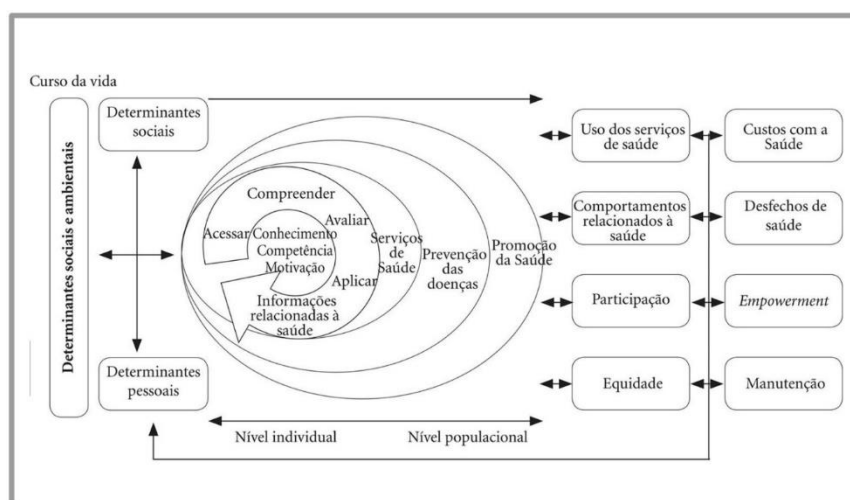
quotidiano.

Apesar da existência de vários quadros conceituais da LS, torna-se necessário à sua redefinição, adaptando-os e colocando-os em linha com a evolução no seu conceito, definição e competências associadas (Nutbeam, 2009). Os modelos existentes não são suficientemente alicerçados em teoria, com noções e conceitos associados, para além de que poucos modelos conceituais integram os componentes presentes em modelos de literacia médica e de saúde pública. Quase todos eles são estáticos e não leva em conta que a LS é um processo que envolve passos consecutivos de acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação (Gonçalves, 2015; Pedro, 2018; Silva, Jolluskin García e Carneiro, 2017).

Com o objetivo de completar as lacunas existentes e contemplar a amplitude do tema Sørensen e colegas propuseram um modelo conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde (Sørensen *et al.*, 2012). Este modelo foi adaptado e traduzido e revelou-se muito útil para fornecer uma visão a nível macro dos domínios e contextos no qual a literacia em saúde atua, conforme pode ser visto na figura 2 (Saboga-Nunes, 2014).

Este modelo destaca “as principais dimensões da LS (dentro da forma oval), mostrando os fatores proximais e distais que nela têm impacto, que afetam a alfabetização em saúde, bem como os caminhos que ligam a alfabetização em saúde aos resultados em saúde. O núcleo do modelo mostra as competências relacionadas ao processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações relacionadas à saúde, bem como a sua ligação com resultados em saúde.” (Saboga-Nunes, 2014).

Figura 2: Modelo conceitual da literacia em saúde



Fonte: Modelo estruturante para a conceptualização e operacionalização da literacia para a saúde. Adaptado de "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models" de K. Sorensen *et al.*, 2012, BMC Public Health,

12, 80, p. 9.

Este modelo estruturante para a conceptualização e operacionalização da literacia para a saúde de Sørensen, foi inicialmente aplicado em 2012 em 8 países da UE (Alemanha, Bulgária, Áustria, Grécia, Espanha, Irlanda, Holanda e Polónia) e envolveu cerca de 8.100 participantes, pretendendo ser uma ferramenta inovadora e abrangente de avaliação da literacia em saúde. Trata-se de 47 questões relacionadas com as quatro dimensões de processamento da informação, a motivação e as competências dos indivíduos para acessarem (*to access*), compreenderem (*to understand*), avaliarem (*to appraise*) e aplicarem (*to apply*) as informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos, tomar decisões na vida diária, aumentar a autonomia pessoal e o *empowerment*, relacionados aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças e à promoção de saúde, como também pode ser visto na figura 3 (Saboga-Nunes, Luis et al., 2019, p. 68).

Figura 3: Matriz das quatro dimensões de literacia em saúde com três domínios

Literacia em saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da doença	5) Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8) Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da saúde	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Fonte: Adaptado de Sørensen et al., 2012: pp.10.

Os resultados do referido estudo realizado em 2012 nos 8 países da UE indicou que um em cada dez entrevistados (12%) apresentou um nível de literacia em saúde insuficiente e 47% dos entrevistados um nível limitado, caracterizado como insuficiente ou problemático. Os subgrupos definidos como grupos vulneráveis, caracterizados pela privação financeira, o baixo estatuto social, a baixa escolaridade ou a idade avançada, corresponderam em maiores proporções a pessoas com literacia em saúde limitada, sugerindo a existência de uma desigualdade social (Jordan et al., 2010).

É importante reconhecer que os perfis de literacia em saúde de uma população têm um caráter dinâmico ao longo da vida de cada indivíduo, dependendo do contexto e da influência das relações entre a pessoa e o meio. As desigualdades em literacia em saúde persistem, sendo mais acentuadas nas mulheres, nos imigrantes com mais de 45 anos, os menos escolarizados, e as pessoas com menor nível de rendimento. Salienta-se que os imigrantes em situação irregular e os recém-chegados são as pessoas que apresentam maiores desafios no que diz respeito a conhecer os serviços de saúde (Dias

et al., 2021).

Além disso, a literacia em saúde pode ser um elemento preditor de desigualdade social e desempenhar um importante papel na manutenção ou melhoria da condição de saúde (Gonçalves, 2015). Os fatores preditores dos níveis de literacia em saúde são: a privação financeira e condição socioeconómica (pessoas com baixos rendimentos e com dificuldades económicas possuem menor literacia); escolaridade (tendencialmente, quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de literacia em saúde); a idade (à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir) e a utilização dos serviços de saúde, em especial os de urgência (são os que utilizam com maior regularidade os serviços de saúde que apresentam as taxas mais baixas de literacia em saúde) (Paula *et al.*, 2008).

Para que a literacia em saúde aumente é necessário desenvolver mecanismos que permitam ao cidadão tornar-se parte integrante do processo de cuidados de saúde. Estes mecanismos podem traduzir-se em ferramentas de ordem instrumental, por exemplo, como sistemas de informação pessoais que facilitam o acesso à informação e saúde e apoiam na decisão (Gonçalves, 2015), ou também em ferramentas de processo, como a decisão partilhada em cuidados de saúde, que se define como um processo colaborativo que permite ao cidadão participar ativamente nas decisões que lhe dizem respeito e na recolha de informação partilhada, o que potencia a literacia em saúde.

Considerando a importância e complexidade do tema da literacia em saúde, o presente estudo adotará, como referencial teórico, a matriz das quatro dimensões de literacia em saúde (adaptada de Sørensen 2012) relativas ao acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação em saúde no âmbito dos cuidados de saúde, da prevenção da doença e promoção da saúde, como visto anteriormente. As quatro referidas dimensões foram consideradas como “Categorias” de análise, que foram então alocadas dentro de duas outras “Dimensões”, criadas para atendimento dos objetivos deste estudo, sendo elas: “Necessidades em literacia em saúde” e “Recursos em literacia em saúde”, do migrante internacional durante a pandemia de COVID-19.

3.2. Literacia em Saúde de Populações Migrantes durante a pandemia da COVID-19

Em 2019, na China, surgiu uma ameaça em nível global à saúde humana, o vírus SARS-CoV-2, um tipo de coronavírus que transmite a COVID-19 que atingiu os cinco continentes. Após o surgimento da doença, a rápida dispersão para outros países

asiáticos e para a Europa fez com que a OMS declarasse pandemia no dia 11 de março de 2020, caracterizando-a como um problema de saúde pública (WHO, 2020). Iniciou-se assim um processo de pandemia mundial e palavras como *lockdown* e uso de máscaras em locais públicos se tornaram o “novo normal”, exigindo muitas vezes quarentena, confinamento e distanciamento social, como formas de mitigação do contágio (Duan & Zhu, 2020).

Uma das dimensões potencialmente mais afetadas pela pandemia é a dos fluxos migratórios e das condições de vida dos migrantes (Cavalcanti e Oliveira, 2020). Neste contexto, pode-se dizer que a pandemia de COVID-19 acentuou as dificuldades vivenciadas por essas pessoas no que se refere principalmente, às condições de saúde, incluindo saúde mental e acesso aos serviços. As evidências demonstraram que as populações em situações socioeconômicas mais desfavoráveis e com menos acessibilidade aos serviços de saúde sofreram de forma desproporcional os efeitos adversos da pandemia. Antes da pandemia os migrantes já possuíam uma situação bastante difícil, pois sempre foram alvo de preconceitos, discursos de ódio, exclusão e diversas outras desigualdades, que acabaram sendo reforçadas por atores institucionais que tomam decisões políticas e constroem políticas públicas que mais segregam do que acolhem, que mais gera conflitos e desigualdades do que soluciona a questão (Jorge et al., 2021).

O profundo impacto econômico das medidas restritivas implementadas pelos governos de cada país afetou principalmente aqueles migrantes com status sem documentação, que trabalham no setor terciário em comércios como restaurantes, hotéis ou trabalho informal, sendo assim, observa-se que os migrantes indocumentados e suas famílias, estão mais sujeitos a diversas doenças físicas, emocionais e transmissíveis e com a pandemia houve um agravamento da situação já existente (Irvine et al., 2020).

A magnitude e a incerteza na evolução desta pandemia constituem grandes desafios para a saúde, sobretudo pela necessidade de transmitir à população informações acerca dos comportamentos adotados, quer a nível individual, quer a nível populacional, e do cumprimento das medidas e recomendações (de prevenção e controlo da COVID-19) transmitidas pelas Autoridades de Saúde.

Um estudo realizado em 2020, nos distritos de Lisboa e Porto, pelo Ministério da Saúde de Portugal e pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, sobre os imigrantes e a pandemia, concluiu que a vulnerabilidade da população imigrante estava, sobretudo, relacionada com as condições socioeconômicas e habitacionais em que vivem. Os imigrantes estavam expostos a mais riscos de infeção relativamente aos

nacionais. Cerca de um quarto dos infetados pela COVID-19 no distrito de Lisboa correspondia a migrantes principalmente de origem africana, enquanto no distrito do Porto, região do norte de Portugal, 16% dos casos registados foram verificados em imigrantes do continente sul-americano, sobretudo do Brasil (Ennes, Goes e Meneses, 2021).

Em termos políticos em Portugal, as políticas e estratégias desenvolvidas para apoio aos migrantes em tempos de pandemia da COVID-19 e o trabalho do Alto Comissariado para as Migrações (ACM) e dos Gabinetes de Assuntos Sociais dos Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM), tiveram um papel importante na atuação rápida e conjunta face à pandemia (Ennes, Goes e Meneses, 2021).

Em relação às Associações de Imigrantes, o ACM tem acompanhado as necessidades destas associações, disponibilizando-lhes apoios e acompanhamento técnico e financeiro – tomou algumas medidas no sentido de “garantir os direitos sociais e laborais dos imigrantes, acautelar e informar sobre as questões de saúde pública decorrentes da Covid-19 e garantir as respostas para o aumento de situações de emergência social”.

Contudo, é ainda escassa a literatura que analisa o impacto da pandemia na LS, diante do exposto considerando a insurgência da COVID-19 e como afetou as populações migrantes, espera-se, portanto, com este trabalho, buscar uma reflexão, que é uma mais-valia, investigando e contribuindo para a visibilidade das necessidades e recursos em literacia em saúde identificados no discurso do migrante, grupo que tende a ser vulnerável e que no contexto da pandemia tornou-se ainda mais frágil.

4. Questão de investigação

No presente estudo pretende-se responder à seguinte questão investigativa: “Quais são as necessidades e recursos em literacia em saúde de migrantes no contexto da pandemia da COVID-19?”

5. Objetivos

O objetivo geral do estudo é o de conhecer as necessidades e recursos em literacia em saúde de migrantes no contexto da pandemia da COVID-19

5.1. Objetivos específicos

- Compreender as necessidades em literacia em saúde e dificuldades ao nível do acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação em saúde, vivenciadas por migrantes durante a pandemia.
- Conhecer os recursos em literacia em saúde e facilitadores do acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação em saúde durante a pandemia, percecionados por migrantes.

6. Metodologia

Este estudo é parte de um projeto intitulado “*Vo(i)ces*: Promover a saúde das populações migrantes em tempos de pandemia”, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (NOVA), que, de forma global, pretende analisar os impactos da pandemia na saúde (e saúde mental), no acesso e utilização de serviços de saúde por Nacionais de Países Terceiros (NPT) e fatores individuais e contextuais associados, bem como compreender as necessidades e recursos em saúde, com enfoque na literacia em saúde (e digital), sobretudo em grupos mais vulneráveis.

6.1. Desenho de estudo

O presente estudo configura-se como um estudo de abordagem metodológica qualitativa, dado que esta se considera a mais adequada para o estudo de processos dinâmicos que incluam as interpretações, e que examinam as perspetivas dos entrevistados, ao invés do pesquisador (Aires, 2015). Nesse sentido, foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas com migrantes NPT residentes em Lisboa. A entrevista, como forma de interação social, pode ser entendida como diálogo, em que o entrevistador procura fazer a colheita de dados e o outro é a fonte de informação, buscando verificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento. Serve ainda para casos em que o objetivo é a “demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos” (Mendes, 2006, p. 11).

6.2. Participantes

Os participantes do estudo consistiram em migrantes NPT, ou seja, cidadãos que possuem naturalidade estrangeira de um país terceiro à União Europeia, a residir em Lisboa e área metropolitana, com diversos perfis demográficos e vulnerabilidades sociais (género, idade, origem, estatuto de migração, domínio da língua portuguesa, período de residência, nível socioeconómico, doença crónica, entre outros).

6.3 Recrutamento dos participantes

O processo de recrutamento dos participantes contou com a colaboração de entidades que atuam em contexto de proximidade de comunidades migrantes (organizações não-governamentais, associações de imigrantes, entre outras), no que tange a divulgação do estudo, bem como a identificação de utentes potencialmente elegíveis e o seu encaminhamento para os entrevistadores.

Foram recrutados participantes que atenderam os seguintes critérios de inclusão:

- Ter 18 anos ou mais;
- Nacionais de Países Terceiros;
- Falar o mesmo idioma/ou múltiplos idiomas;
- Consentir com a realização da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento.

6.4. Entrevistas e instrumentos de recolha de dados

As entrevistas foram realizadas face a face entre fevereiro de 2022 e maio de 2022, em local definido, de acordo com disponibilidade e preferência dos participantes, ou num espaço das referidas entidades, que fosse acolhedor, confortável e que garantisse a privacidade dos entrevistados.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um guião com questões, cujo enfoque perpassou as perceções e vivências sobre os impactos da pandemia e necessidades e recursos em saúde, com foco na literacia em saúde. Além disso, foi solicitado a cada participante o preenchimento de um breve questionário de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, país de origem, nível de escolaridade, estado civil e tempo de residência em Portugal).

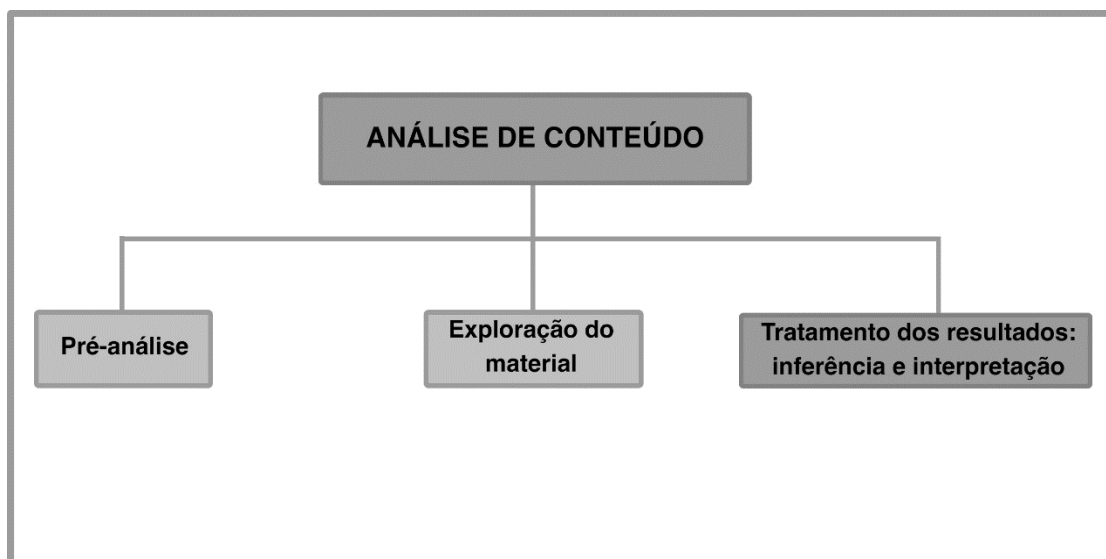
As entrevistas duraram cerca de 45 minutos e foram audiogravadas e posteriormente transcritas.

6.5. Análise dos dados

Utilizou-se a técnica da análise temática para tratamento dos dados. Essa técnica é composta por três fases fundamentais segundo Bardin, conforme o esquema apresentado na figura 4, a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos

resultados (Bardin, 2011, p.125).

Figura 4: Fases da análise de conteúdo de Bardin



Fonte: Adaptado de Bardin, 2011.

A primeira fase é a pré-análise, em que inicialmente realiza-se uma leitura “flutuante”, com o propósito de estabelecer o contato com todo o material coletado. Essa é uma forma de buscar apreender, de modo mais global, as ideias principais e seus significados gerais. Partiu-se, posteriormente, dentro de todo material coletado selecionar quais seriam submetidos aos procedimentos analíticos. Após constituir o corpus é possível fazer a referenciação dos índices, que consiste na organização do material para, em um segundo momento, ser analisado (Volta, Borges e Cappelle, 2022).

A segunda fase constitui-se da exploração do material, que nada mais é que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Nesse momento é possível selecionar as unidades de análise, através de recortes textuais que apresentam relação com a estrutura teórica do trabalho (Volta, Borges e Cappelle, 2022).

Por fim, o tratamento dos resultados, que envolve o processo de criação de categorias de análise. Segundo Bardin (2011, p.147), “As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”.

Ressalta-se que no presente estudo utilizou-se o processo de categorização apriorística, que é quando o pesquisador já possui, segundo experiência prévia, ou interesses, categorias pré-definidas. A categorização apriorística, tem larga abrangência e pode comportar subcategorias que emergem do texto, de forma a se obter um maior alinhamento com os objetivos e propósitos da pesquisa. Nesse sentido e com vistas ao

atendimento dos objetivos desta pesquisa, foram definidas de antemão duas dimensões, conforme dito anteriormente, a saber: “Necessidades em literacia em saúde” e “Recursos em literacia em saúde”, com enfoque em quatro categorias provenientes do modelo conceitual adaptado de Sorensen 2012: acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação em saúde, no contexto da COVID-19.

6.6. Considerações éticas

Ao ser desenvolvido um estudo de investigação deve, com o maior zelo, ater-se às considerações éticas, pois ao investigador deve exigir-se uma conduta ética em todo o tempo da investigação, alicerçada sempre nos princípios do respeito pela dignidade humana, da justiça e da beneficência (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

A esse respeito, ressalta-se que a todos os participantes foi assegurada a confidencialidade dos dados e o seu anonimato, tendo sido obtidos os termos de consentimentos e esclarecidos os propósitos do estudo por meio do fornecimento de todas as informações necessárias.

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CEENSP nº8/2021).

7. Resultados

7.1. Características Sociodemográficas dos participantes

Com relação ao perfil sociodemográfico dos 18 participantes, observou-se que a maioria é respetivamente de brasileiros (n=3), indianos (n=3) e guineense (n=3), com idade média de 40 anos, do sexo masculino (n=10), solteiros (n=8), com nível de educação superior (n=9) e empregado (n=13), conforme o quadro 1. A maior parte dos participantes reside entre um e cinco anos em Portugal

Quadro 1: Síntese das variáveis sociodemográficas dos entrevistados

Entrevistado (E)	País de Origem	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Situação Profissional	Tempo de residência em Portugal	Situação Conjugal	Coabitação
E1	Angola	F	34	11º ano	Empregada	6 anos	Solteira	Reside com irmão
E2	Brasil	F	50	12º ano	Desempregada	3 anos	Divorciada	Reside com filhos
E3	São Tomé e Príncipe	M	51	Licenciatura	Desempregado	2 anos	Casado	Reside com mulher e 3 filhos
E4	Ucrânia	F	36	11º ano	Empregada	9 anos	Casada	Reside com 2 filhos
E5	Colômbia	M	34	Licenciatura	Empregado	2 anos	Solteiro	Reside com 3 pessoas sem relação
E6	Nepal	F	28	Bacharelato	Empregado	2 anos	Casada	Reside com o marido
E7	Guiné Bissau	M	31	Licenciatura	Desempregado	Quase 1 ano	Solteiro	Reside com irmãos e familiares
E8	Brasil	M	42	Ensino técnico/ Bacharelato	Empregado	4 anos	Divorciado	Reside com 5 pessoas sem relação
E9	Angola	F	34	Mestrado	Desempregada	5 anos	Solteira	Reside com uma prima e 2 pessoas sem relação
E10	Índia	M	28	Bacharelado	Desempregado	Quase 2 anos	Solteiro	Reside com pessoas sem relação
E11	Palestina	M	39	Curso de documentário/ Fotografia	Empregado	Quase 5 anos	Solteiro	Reside com namorada
E12	Brasil	F	56	1º ciclo incompleto	Empregado	8 meses	Viúva	Reside com filha e neta
E13	Cabo Verde	F	44	10º ano	Empregado	6 anos	Solteira	Reside com irmã e 3 sobrinhos, durante a semana é interna
E 14	Índia	M	58	Licenciado	Empregado	23 anos	Casado	Reside com mulher e filha

E 15	Índia	M	38	Mestrado	Empregado	--	Casado	Reside com a mulher e filho
E16	Venezuela	F	55	12º ano/ Curso técnico contabilidade	Empregado	--	Casada	Reside com o marido e o filho
E17	Guiné Bissau	M	39	11º ano	Empregado	--	Casado	Reside com companheiros de trabalho
E18	Guiné Bissau	M	28	12º ano	Empregado	--	Solteiro	Sozinho

7.2.Necessidades e recursos em literacia em saúde no contexto da pandemia da COVID-19

Os resultados apresentados foram analisados e categorizados de acordo com duas dimensões – “Necessidades em literacia em saúde” e “Recursos em literacia em saúde”, com enfoque em quatro categorias: acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação em saúde.

7.3.Necessidades em Literacia em Saúde

As necessidades dos migrantes em literacia em saúde durante a pandemia da COVID-19 estão relacionadas, sobretudo, com dificuldades ao nível do acesso e compreensão da informação, em função das limitações das interações com os profissionais de saúde, das limitações do acesso a informação (pela perceção de insuficiência de informação veiculada) e as barreiras linguísticas.

7.3.1. Acesso a informações em saúde

Foram observadas dificuldades, por parte dos migrantes, no que se refere a aceder as informações relativas a COVID-19 em função das limitações e dificuldades na interação com os profissionais de saúde e prestadores de cuidados bem como no agendamento de consulta.

Limitações na interação com os profissionais de saúde e prestadores de cuidados:

“Achei um pouco estranho [o fato do SNS não ter ligado], se doente está com covid e tem sintomas graves né, acho que devia ligar, perguntar como está o doente, se está tudo bem, é um bocado estranho isso, quer dizer que só dá atenção aos doentes que vão para o hospital e mais nada, não tenha sintomas maiores ou grave não (E1-Angola).”

“Aí de repente a mulher fala assim: “Ai não, você tem que mandar para o e-mail.”. “Que e-

mail?” – eu falei. “Eu ‘tô precisando, ‘tô com dor no braço, não sei o quê.” Então, aí ela...pronto marcou para mim. Segunda-feira eu já aproveitei e fiz uma coisa só, entendeu? (E2-Brasil).”

Limitações e dificuldades no agendamento de consultas:

“Mas como ia ao médico se não existia medico, as pessoas que tinham que se ajudar, entendeu, e agora que as coisas estão se normalizando, penso eu, né. A economia está voltando ficar normal, foi isso que aconteceu aqui em Portugal (E8-Brasil).”

“Porque nas primeiras fases do Covid, principalmente no primeiro confinamento eu me sentia, parecia uma pessoa que está a entrar em depressão. Que eu entrei em contato com a minha médica, pedi que era pra marcar uma consulta de psicologia, mas, como sabe, nessas altura os psicólogos estavam raros (E9-Angola).”

“I tried to do an appointment but because I do not have médico de família ... I cannot make appointments, so they said ` - You go there` and I go there and I try to see someone but it does not always work, because they don't always have available doctors (E11-Palestina).”

“I did send I think two or three e-mails, I can't remember, two times and... It did not work. I think... The all Covid thing, I know it has made things worst. And this is not only in Portugal. This is everywhere. The all world is suffering from this (E11-Palestina).”

“Não, não, Não fui não. Não fui, que a gente não conseguiu. A minha filha até ligou. Aí, ligou e aí conversou com a atendente, a atendente atendeu, conversou e aí... Mas não foi atendida pelo médico. Não, não, não passou pelo médico. Não (E12-Brasil).”

Para alguns participantes, a dificuldade na obtenção da informação foi também observada em decorrência da insuficiência de informações veiculadas em canais de comunicação:

“Ahhh!... Aquilo ali no começo foi um pesadelo! [risos]. A gente não sabia o que esperava pela gente. Cada um dos...ehhh... os jornais falavam as coisas diferente, andava tudo perdido, né? Por aí não foi nada de fácil. Tive muito medo. Era uma lavagem de mão e todo o mundo com medo (E1-Angola).”

“É... com essa pandemia, eu acho. Com essa pandemia, acho que juntou uma coisa, com os menino longe, esse medo desse vírus, você não sabia. Eu tinha medo de perder os meus filhos, eu tinha medo, eu tinha medo de acontecer alguma coisa e eu não vê-los (E2-Brasil).”

“Digo que faltou informação, porquê? Porque a cada dia, ou digo, a cada semana havia uma informação nova. Então isso deixava as pessoas.... no meu caso, não é? Deixava meio confusa, nunca sabia o que é certo e o que é errado. A única coisa que dizia é ` - Vou-me cuidar! Evitar ao máximo ter contato com as pessoas, usar a máscara, lavar as mãos frequentemente, eram essas coisas, mas a cada dia um vai dizer que o vírus está no... É pá mas eu ouvi que pelas mãos... nas superfícies tu não... acabas não apanhando,

mas há quem diz que sim, então era muita contradição nas informações e (E9-Angola)."

"For example, I don't think we know our rights, to be honest with you... I think immigrants need to know what's their rights. Entrevistador: For example, it is my right to complain, it is my right to go and do a queixa, does this queixa change? Entrevistada: Maybe not one, not two but if there is a lot, maybe it would change (E11-Palestina)."

"Ah... Eu acho que faltou, faltou. Sim, sim. Eu acho que faltou informação, claro. Eu acho que sim (E12-Brasil)."

"Sim. Apenas acerca do distanciamento social, o uso de máscaras sempre... Mas nunca nos disse como controlar o que comemos, bebemos e por aí adiante... Sim. O governo não nos deu informação acerca da nossa alimentação e que talvez nos ajudaria na pandemia (E14-Índia)."

"...O vírus era perigoso e ninguém sabia o que fazer, as únicas guidelines que tínhamos era acerca da lavagem das mãos, uso de máscaras e o distanciamento social e não informação acerca de como protegemos a nossa saúde. Acerca da mudança dos hábitos alimentares (E14-Índia)."

Alguns migrantes manifestaram que a barreira linguística teve grande impacto no acesso a informação dos cuidados de saúde, principalmente a respeito da prevenção da doença e durante o atendimento clínico:

"Ao princípio, quando fui pela questão da hérnia que foi recém-chegado, eles ofereceram um serviço em inglês porque no tinham em espanhol también no e então consegui fazer em inglês, o atendimento físico, quero dizer, lá mesmo no Centro de Saúde e assim, tiene de ser em português, mas acho com portunhol consegui safar a maior... ainda agora consegui safar a maioria do tempo com o portunhol (E5-Colômbia)."

"I can translate. So, it's good but they need to improve some things. Sometimes they had to ... like you didn't get the news from... like... from English and everything. So, for this, they need to improve (E6-Nepal)."

"I want to ask them about ... I am not able to go to the hospital because of the Covid, so... It was difficult because I want to ask ... they didn't answer and I want to get some information from there, they didn't answer (E6-Nepal)."

"Meu lado, eu procuro o máximo me informar. Se há alguma coisa da saúde que eu não saiba, não sei, não é? Eu procuro o máximo me informar. Mas digo... às vezes eu... não eu, digo Ministério, os governantes, que têm só que passar informação. Porque eu converso com muita gente aqui, né, e muita gente nem são portugueses que nasceram aqui... e não têm muita informação. Eu procuro o máximo me informar acerca disso, que há pessoas que estão aqui anos e anos, pessoas que nasceram aqui, que não sabem como é que é a pessoa pode ser isenta, saber (E9-Angola)."

"But I am totally aware, a one hundred percent, that I should see a therapist, I should invest

on it! Find a way.... pá, maybe with the public even. Like try to apply for it and see if I can get it, the only thing with the public, could be the language (E11-Palestina)."

"So, I arrive to the reception, then there was the enfermeira, actually she was the chief of the enfermeira, she was actually the chefe of the enfermeira, and she started to ask me questions, unfortunately in Portuguese, I was answering. And she ask me some questions where I couldn't understand and I said '-Could you repeat? I did not understand' She started to get annoyed (E11-Palestina)."

7.3.2. Compreensão de informações em saúde

Muitos migrantes relataram encontrar dificuldades de compreensão, nomeadamente sobre a doença, o funcionamento do sistema e as orientações recebidas durante a pandemia da COVID-19.

"É... com essa pandemia, eu acho. Com essa pandemia, acho que juntou uma coisa, com os menino longe, esse medo desse vírus, você não sabia. Eu tinha medo de perder os meus filhos, eu tinha medo, eu tinha medo de acontecer alguma coisa e eu não vê-los! (E2-Brasil)."

"Ehh... eu acho que agora... 'tá complicado de explicar né, porque nem os médicos conseguem. Eu acho que 'tá todo o mundo imunizado, tem uns que resiste e não pega...Ninguém sabe explicar. Eu sei que ela...ela não pegou, eu também não peguei a segunda vez, mas ele pegou (E2-Brasil)."

"O mundo não está muito bem. As coisas não estão muito boas. Com esta pandemia surgiram outras doenças que eu não consigo debelar (E3-São Tomé e Príncipe)."

"I don't know. So I went to Centro de Saúde, waited for... let's say... waited for 6 hours and they said '- No, it is not here! You have to go somewhere else! See someone special' '- But whose the specialist? '- We don't know, you have to find out.' But if I don't know how the system work (E11-Palestina)..."

"Não, eu não sei como é que posso fazer. Tenho que marcar uma consulta lá no Centro pra vir falar... como é que eu posso conseguir (E13-Cabo Verde)."

"Não, não. Quem faz isso é sempre a minha filha, que faz isso pra mim [...] Essas coisas, eu não sei. Nunca, nunca mexi, nunca. Não, não. Eu sou mesmo leiga (E12-Brasil)."

Alguns dos migrantes também encontraram barreiras linguísticas durante o atendimento clínico e ainda no que se refere à compreensão das instruções de saúde divulgadas:

"Eu tenho percebido que para as pessoas que não são brasileiras ou que não têm um relacionamento com o português tão fácil como pode ter o espanhol que não é tão desconhecido se complica muito, muito mais e eu acho que eles mesmo têm mais, mesmo

mais dificuldades de que eu pode ter. Acho que tenho certa vantagem, com respeito... Mesmo que estamos en la mesma... en la mesma situação, que foi a imigração pobre e ilegal, eles por no conhecer português ou por ter mais dificuldade aceder português e por mesmo os certo servicios que estão a oferecer, no ter a preparação para atender essas populações, mesmo outros africanos que não falam (E5-Colômbia)."

"Ao princípio, quando fui pela questão da hérnia que foi recém chegado, eles ofereceram um sevicio en inglês porque no tinham en espanhol también no e então consegui fazer en inglês, o atendimento físico, quero dizer, lá mesmo no Centro de Saúde e assim, tiene de ser em português, mas acho com portunhol consegui safar a maior... ainda agora consegui safar a maioria do tempo com o portunhol (E5-Colômbia)."

"Ya. Translated is the problem [...] The health system improve... is everything good. Just... because some people don't know health instructions, I know the health instructions but some people don't because they can't speak English or Portuguese, only speak Indian language (E10-Índia)."

"So, I arrive to the reception, then there was the enfermeira, actually she was the chief of the enfermeira, she was actually the chefe of the enfermeira, and she started to ask me questions, unfortunately in Portuguese, I was answering. And she ask me some questions where I couldn't understand and I said '-Could you repeat? I did not understand' She started to get annoyed (E11-Palestina)."

7.3.3. Avaliação de informações em saúde

Alguns migrantes ainda avaliaram o impacto negativo da COVID-19 na saúde mental:

"Várias coisas negativas é aquele como é que se diz, essas vou citar nome que eu sempre ouvisse nos jornais eu fico sempre preocupado, são as coisas negativas que eu oiço. Sempre fico com peso na minha cabeça que as vezes sai como é que se diz, para relaxar (E7-Guiné-Bissau)."

"Olha no meu pensamento, eu acho que era com medo da pandemia, porque o governo Português fez muito terror, fizeram muito terror em cima das pessoas, voce é portuguesa, voce viu, trancaram as pessoas, proibiram as pessoas de viver, também ninguém sabia o que estava acontecendo, a mim nem tanto pela minha formação que eu tive, com a educação que eu tive, a mim nao afetou tanto não (E8-Brasil)."

"Principalmente quando começou os casos na Itália. Aquilo estava a mexer muito com o meu emocional, então preferi parar mesmo de ver TV porque não tinha outra notícia senão esta. Deixei automaticamente. Eu mesmo aqui em casa a TV está sempre desligada (E9-Angola)."

"Não, em termos de saúde mental, como estivemos muito tempo a ver notícias e a

comunicar com pessoas de outros países, senti medo e insegurança face ao futuro, face à saúde. Neste momento perdi os meus amigos (E15-Índia)."

7.3.4. Utilização de informações em saúde

Alguns migrantes encontraram dificuldades para utilizar a informação e tomar decisões, dada a perceção da insuficiência de informação veiculada e do acompanhamento médico durante o período de recuperação da doença:

"A evidência dizia só para haver distância, máscaras... Mas nós precisamos de conhecimentos para nos ajudar para além dos medicamentos (E14-Índia)."

"...O vírus era perigoso e ninguém sabia o que fazer, as únicas guidelines que tínhamos era acerca da lavagem das mãos, uso de máscaras e o distanciamento social e não informação acerca de como protegemos a nossa saúde. Acerca da mudança dos hábitos alimentares (E14-Índia)."

Não, fizeram, resultado positivo, vim para casa, liguei para Saúde 24, SNS24, me atenderam, fizeram algumas perguntas e respondi e só mandou a mensagem a dizer do confinamento durante 7 dias, depois mandam certificado, não sei que e mais nada (?). Fui tomando chá, acompanhamento nenhum mesmo (E1-Angola)."

7.4. Recursos em Literacia em Saúde

O verbo facilitar significa tornar fácil, colocar-se à disposição ou ao alcance. Dessa forma, a dimensão relativa aos recursos de literacia em saúde visa abordar as diversas estratégias e fatores facilitadores que contribuíram positivamente para ampliação/melhoria da literacia em saúde dos migrantes no contexto da pandemia da COVID-19. Estes fatores estão relacionados com as diversas situações subjetivas, as quais ressaltam-se as vontades, consciência, conhecimento, relacionamento interpessoal, conforme se observa nos excertos apresentados nas diferentes categorias abaixo.

7.4.1. Acesso a informações em saúde

Alguns dos migrantes entrevistados manifestaram facilidade de aceder a informação em saúde por meio dos canais de comunicação como: televisão, internet, cartazes, canais de telefonia, dentre outros.

"Às vezes, às vezes, eu leio, leio e também vejo televisão porque há mais televisão. Pronto, essa é a minha vida (E3-Brasil)."

“Não, ele ficou com dor de garganta e quando eu tenho um bocadinho dor ele logo teve febre, febre 39 e nos ligamos o SNS24 e como esses sintomas que elas pedirem ir para centro de saúde fazer teste de COVID (E4-Ucrânia).”

“Hoje algumas coisas já abriram, a pessoa já consegue estar mais com outras pessoas mas era... a pessoa tava muito fechada em casa. Numa rotina muito... só pra casa. E o meu grande refúgio, foi quê? Estudar! Estudar (E9-Angola).”

“Where is the Covid Centers. I go there and ask them (E10-Índia).”

“Na internet nós encontramos tudo (E15-Índia).”

“[...] cartazes espalhados, que dizem, têm de fazer isto, têm de fazer aquilo, usar a máscara [...] (E17-Guiné-Bissau).”

Muitos consideram inclusive que já possuíam informações suficientes para lidar com as questões de saúde e o autocuidado em tempos de pandemia:

“(Quando questionada sobre ter informações suficientes da pandemia e se sentir perdida a esse respeito) Não, até estava sempre ligada a televisão ao telejornal o COVID o que era, o que era necessário, cenas todas, foi tranquilo (E1-Angola).”

O suporte social, de parentes/conhecidos, dos profissionais de saúde e das associações de migrantes foi identificado como outro fator facilitador da obtenção de informação pelos migrantes:

“Desde que tive número de saúde, número de utente, fiz marcação pela internet, não pelo telefone, eles mandaram uma data para escolher, escolhi, a data e fui logo fazer vacina, fui bem rápido, fui bem atendida até (E1-Angola).”

7.4.2. Compreensão de informações em saúde

Em algumas situações os migrantes manifestaram entendimento das informações, dada a suficiência do conteúdo veiculado nos diversos canais de comunicação:

“Acho que foi bem informado, porque a informação foi no geral, para todos, a informação que foi passada, acho que foi igual para todos, aqui em Portugal eu não senti dificuldade nenhuma, com informação, pelo menos eu né (E8-Brasil).”

“Sim, até ao momento estou bem informada. Sei que posso ir ao centro médico me vacinar, pedir uma consulta, é claro que há situações que têm prioridade, mas sei o que posso fazer[...] (E16-Venezuela).”

Para outro entrevistado, a compreensão da informação foi também facilitada pelo contato com profissionais de saúde e de outras áreas:

“Não, ansiosa, não digo 100%, mas, nós, humanos, temos sempre uma pequena

ansiedade, um certo nível de ansiedade. Mas eu digo que a mentoria e essa formação de análise comportamental tem me ajudado muito porque eles ensinam técnicas pra controlar a ansiedade e tudo mais. Tem me ajudado bastante (E9-Angola)."

"Sim. Fui. Mas cheguei. Eu apanhei num domingo. Na segunda-feira fui à aula de pilates normalmente. A única coisa... A enfermeira lá disse '- Se tiveres alguma... ou febre ou dor de cabeça que era pra tomar um paracetamol', mas não foi necessário, simplesmente repousei os trinta minutos que ele pediu lá, vim pra casa e normalmente. Nada de braço inflamado, nem nada. E na segunda foi a mesma coisa. Apanhei e não aconteceu absolutamente nada (E9-Angola)."

7.4.3. Avaliação de informações em saúde

Em determinado momento alguns dos participantes manifestaram ter facilidade em interpretar e avaliar informações médicas, de prevenção de doenças e promoção da saúde. A experiência com o processo de vacinação, durante a pandemia, por exemplo, foi relatada como positiva para alguns migrantes:

"Desde que tive número de saúde, número de utente, fiz marcação pela internet, não pelo telefone, eles mandaram uma data para escolher, escolhi, a data e fui logo fazer vacina, fui bem rápido, fui bem atendida até (E1-Angola)."

"Eu, eu acho que hoje em dia a facili, a facilidade de a gente ter uma boa informação, a gente tem que seguir né, tem que seguir, mas a gente tem sim informação (E2-Brasil)."

"[...]Jo negócio lá do governo me mandou a mensagem, o local, e eu fui lá e tomei a vacina, foi normal, tomei a vacina tranquilamente (E8-Brasil)."

"Acho que foi bem informado, porque a informação foi no geral, para todos, a informação que foi passada, acho que foi igual para todos, aqui em Portugal eu não senti dificuldade nenhuma, com informação, pelo menos eu né (E8-Brasil)."

"Eu tenho uma aplicação SNS 24 que me enviavam mensagens de resposta sim/não.. É um bom plano, é fácil (E14-Índia)."

"Nós usamos a telemedicina nesta situação. Quando fomos à vacinação tivemos um bom atendimento e perguntámos o que podíamos tomar (E15-Índia)."

Alguns migrantes avaliaram a informação divulgada como suficientes, a ponto de promover a autonomia:

"Sim, até ao momento estou bem informada. Sei que posso ir ao centro médico me vacinar, pedir uma consulta, é claro que há situações que têm prioridade, mas sei o que posso fazer[...] (E16-Venezuela)."

7.4.4. Utilização de informações em saúde

Alguns entrevistados encontraram facilidade para tomar decisões informadas no que se refere às questões médicas, de prevenção de doença e de promoção da saúde. Observou-se uma proatividade a partir do momento em que obtiveram informação e esclarecimentos em assuntos relativos à saúde:

“Exatamente, eu como não tinha, tinha que ir para Odivelas, centro de saúde Odivelas, perguntei para tomar vacina, e a senhora me deu um e-mail, eu enviei os documentos para esse e-mail, e enviei os documentos que eles pediram que era coisa da freguesia, atestado da junta de freguesia...Fui lá pedir isso, depois enviei tudo por e-mail e foi rápido, foi bem rápido (E1-Angola).”

“Aí eu fiquei cuidando deles, dando alimentação, tipo muito sumo, alimentação de caldo, essas coisas né e o... pessoal do COVID ligando (E2-Brasil).”
“No começo, eu tentei fazer, mas não deu muito certo. Eu pedi ajuda e pronto peguei o certificado pela internet, pelo celular (E2-Brasil).”

“A enfermeira lá disse ‘- Se tiveres alguma... ou febre ou dor de cabeça que era pra tomar um paracetamol’, mas não foi necessário, simplesmente repousei os trinta minutos que ele pediu lá, vim pra casa e normalmente. Nada de braço inflamado, nem nada. E na segunda foi a mesma coisa. Apanhei e não aconteceu absolutamente nada (E9-Angola).”

“A minha experiência com a vacinação... bem, eu tinha medo até saber a verdade, depois colegas meus estavam a tomar e nada aconteceu e eu também fui tomar (E17-Guiné-Bissau).”

8. Discussão

Os resultados deste estudo permitiram, após as devidas análises, obter noções sobre as necessidades/fatores dificultadores e recursos/fatores facilitadores em literacia em saúde (ao nível do acesso, compreensão, avaliação e utilização de informações em saúde), percebidos por migrantes, durante a pandemia da COVID-19.

Com base na literatura internacional, assim como no estudo em questão, os aspetos dificultadores foram os mais identificados nas entrevistas. Dentre as barreiras que limitam o acesso dos migrantes às informações em saúde, encontram-se vários fatores dificultadores que concorrem para o acesso e utilização dos serviços de saúde disponíveis. De modo geral, a evidência mostra que, apesar das necessidades em saúde, frequentemente, alguns migrantes têm grande dificuldade em aceder e usar os serviços de saúde disponíveis (Estrela, 2009), em função do desconhecimento das formalidades do sistemas, da ausência de competências e do desconhecimento sobre o enquadramento legal do acesso aos serviços. Considerando a enorme diversidade de migrantes, ressalta-se que só é possível obter melhorias se atendidas as necessidades em saúde das diferentes culturas.

O processo migratório, segundo alguns autores, constitui em si, um fator de risco e as dificuldades no acesso contribuem, em parte, para que a população migrante possa estar em maior risco de ter saúde débil. No que se refere a aceder as informações relativas à COVID-19, tanto em função das limitações na interação com os profissionais de saúde e prestadores de cuidados, como no agendamento de consultas durante a pandemia, a existência de sistemas legais e administrativos diferentes aos do país de origem podem funcionar como estressores, causando problemas físicos e psicológicos que condicionam a adaptação e a integração à nova sociedade (Dias *et al.*, 2011; Padilla, 2013).

Sem dúvida, a fragilidade destes grupos não é somente devida à experiência da migração, mas especialmente ligada à sua situação socioeconómica mais precária, à marginalização, à ilegalidade e à falta de um apoio social adequado. A dificuldade na obtenção da informação foi também relatada em decorrência da insuficiência das informações veiculadas em canais de comunicação e em meios de maior acessibilidade da grande massa e nos de rápida disseminação de informações, como por exemplo, internet, televisão e rádio. Por não encontrarem informações adequadas, os migrantes tendem a procurar menos os serviços de saúde que os nativos, apresentando potencialmente necessidades médicas não satisfeitas. Apesar da maioria dos entrevistados apresentarem uma escolaridade ao nível de licenciatura, os níveis de

literacia em saúde relacionada com informações dessa natureza mostram não serem esses índices tão elevados (Aladova, 2019; Dias, 2018; Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Também nesse presente estudo observou-se relatos importantes das dificuldades e barreiras de acesso à informação

Observa-se também que algumas barreiras específicas na acessibilidade aos cuidados de saúde, por parte da população migrante, estão diretamente relacionadas à barreira linguística. Como evidenciado nos resultados do presente estudo, muitos dos entrevistados manifestaram ter sido este um fator de grande impacto no acesso a informação dos cuidados de saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde. A falta de conhecimento da língua portuguesa, escrita e falada por parte de alguns dos migrantes entrevistados, nomeadamente da Ucrânia, Colômbia, Índia e Nepal, e o total desconhecimento por parte dos técnicos de saúde e funcionários dos hospitais da língua, das competências para o tratamento multicultural, torna mais difícil para o migrante internacional aceder à informação aos cuidados de saúde, dificultando a relação terapêutica (Sousa, 2003).

Nesse sentido, alguns autores apoiam certas medidas, em especial o reforço de intérpretes qualificados, fator esse que pode potenciar a comunicação e até promover o acesso aos serviços de saúde (Padilla et al, 2016). A falta de intérpretes cria problemas devido à má tradução, à falta de sensibilidade da comunicação e o stress psicossocial para os membros da família, em particular para as crianças, que são frequentemente usados como intérpretes nessas situações. Na verdade, muitos migrantes descreveram encontrar dificuldades de compreensão, nomeadamente de informação sobre a pandemia da COVID-19. Como o problema está principalmente relacionado às dificuldades de comunicação, as intervenções, como a partilha de informação por meio de manuais para os imigrantes, enquanto veículo, dentre outros, podem ser insuficientes para responder às necessidades reais dessa população, bem como dos agentes de saúde e da comunidade em geral (Bischoff et al. 2003; Bischoff e Hudelson 2010).

Alguns migrantes ainda avaliaram o impacto negativo da COVID-19 na saúde mental. Nesse sentido, a evidência científica tem demonstrado que a pandemia global não só colocou um enorme desafio à saúde humana, como também levou a uma recessão económica mundial, sendo considerada a pior crise mundial desde a Segunda Guerra Mundial (João, 2013). Infelizmente, os migrantes estão sempre entre os grupos mais vulneráveis numa crise económica, sendo os mais propensos a perder o emprego e enfrentar um declínio assinalável no rendimento (Mamede, Pereira e Simões, 2020). Portanto, revela-se fundamental o reforço de medidas e condições de inclusão social, de proteção e qualidade de vida da população em situação mais vulnerável, bem como

ter em conta os impactos da pandemia, os quais poderão originar alterações nos estilos de vida, no bem-estar e na saúde mental das populações, nomeadamente no que se refere a provocar medos, sofrimento psicológico, estresse, depressão, ansiedade, burnout e stress pós-traumático.

Estes resultados reforçam a pertinência do desenvolvimento de estratégias que promovam o *empowerment* das comunidades imigrantes. O empoderamento é o reforço das capacidades de um indivíduo ou grupo para realizar escolhas e transformá-las em ações e resultados desejados (Alsop e Heinsohn 2005). O termo pode referir-se tanto a um processo como a um resultado, na medida em que se um indivíduo ou grupo é empoderado significa que possui a capacidade de fazer escolhas efetivas e de traduzir as suas escolhas em resultados desejados.

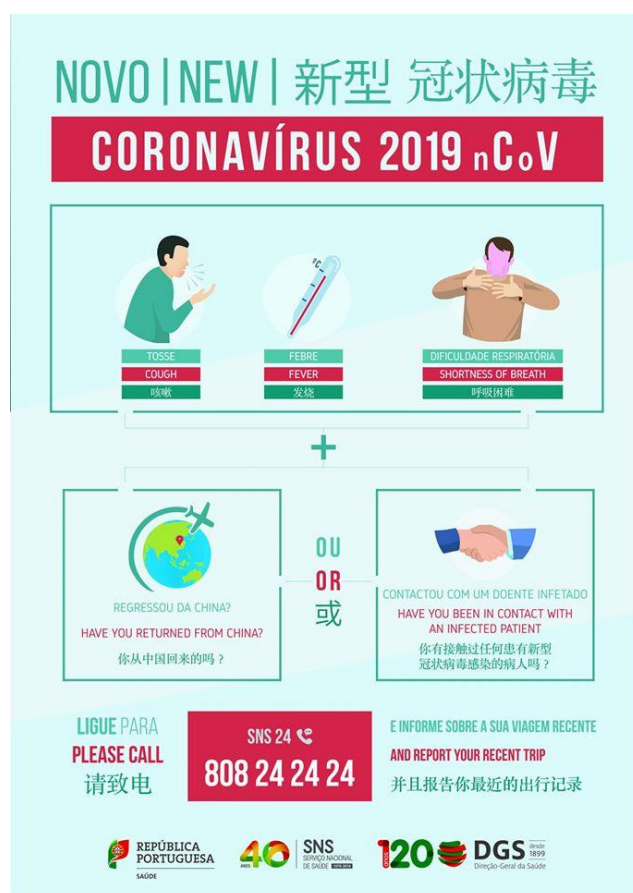
Este estudo também teve como finalidade conhecer os recursos em literacia em saúde quanto aos facilitadores do acesso, da compreensão, avaliação e utilização de informações em saúde durante a pandemia, percecionados por migrantes. A esse respeito, alguns dos entrevistados manifestaram facilidade de aceder a informação em saúde por meio dos canais de comunicação como: televisão, internet, cartazes, canais de telefonia, dentre outros.

Contudo, os comportamentos perante os serviços de saúde dependem, igualmente, de fatores que podem favorecer a sua utilização e que poderão permitir aos migrantes adquirir as competências necessárias para ultrapassar as dificuldades com que se podem deparar, tais como elevado nível de escolaridade e qualificação profissional, elevado estatuto socioeconómico, maior grau de integração no país recetor. Neste sentido tem sido progressivamente reconhecido que a prestação de cuidados de saúde aos imigrantes requer, por parte dos profissionais, um conjunto de competências específicas e sensibilidade para identificar, interpretar e respeitar as diferenças socioculturais (Padilla, 2013).

Torna-se importante ressaltar que alguns participantes deste estudo avaliaram a informação divulgada como suficiente a ponto de promover a autonomia na tomada de decisões informadas no que se refere as questões médicas, de prevenção de doença e de promoção da saúde. A esse respeito, a difusão de informações traduzidas em outros idiomas pode ter colaborado nesse sentido. O ACM promoveu, por exemplo, a divulgação de informações sobre a COVID-19, em chinês e inglês, conforme pode ser visto na figura 5, através de mensagens regulares e de uma rede de parceiros e associações de migrantes, bem como em articulação com outros serviços, designadamente a Direção Geral da Saúde (DGS) e o Instituto de Segurança Social

(ISS).

Figura 5: Material de Divulgação COVID-19 do SNS



Fonte: ARS Alentejo

Observa-se ainda que no site da DGS encontram-se várias respostas às questões relativas à pandemia da COVID-19, havendo igualmente por parte deste órgão um reforço no âmbito de tradutores no Serviço de Tradução Telefónica, em articulação com a Linha SNS24 do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para apoio linguístico e nas traduções. No que concerne à Linha de Apoio ao Migrante, esta é considerada pelo ACM um instrumento fundamental, no sentido de garantir o trabalho de atendimento e acompanhamento telefónico aos indivíduos e famílias migrantes e refugiados, sendo as questões mais colocadas pelos utilizadores da linha relacionadas, sobretudo, com questões sociais, jurídicas e de acesso à saúde.

A experiência com o processo de vacinação e de manuseio das informações veiculadas a esse respeito, durante a pandemia, foram relatados como positivo por alguns dos entrevistados. Conforme estipulado no Plano Nacional de Vacinação (PNV) contra a COVID-19, a vacinação tem um carácter universal, ou seja, destina-se a qualquer pessoa residente em Portugal, independentemente do seu estatuto jurídico. Para cidadãos migrantes com número de utente do SNS a inscrição foi feita por meio da plataforma

disponibilizada para pedidos de autoagendamento. Já aqueles que não possuíam o número de utente do SNS também foi disponibilizada a inscrição na plataforma criada pela Direção Geral da Saúde, que visava a identificação dos cidadãos sem número de utente e o seu registo no PNV contra a COVID-19.

Num contexto de preocupação crescente em compreender a relação complexa entre saúde e migração e de existência de lacunas de conhecimento nesta área, tem sido reconhecida a necessidade de obter mais informação sobre as especificidades das populações migrantes de maior integração entre os diferentes órgãos para abordagem das questões de literacia em saúde e construção de políticas públicas mais inclusivas, com fortalecimento das competências culturais dos profissionais de saúde, sensibilização das autoridades governamentais e não governamentais para a temática e foco no empoderamento do utente, como potente estratégia da gestão do autocuidado em saúde, dentre outros. Este conhecimento pode auxiliar na compreensão das disparidades em saúde e na identificação de necessidades e estratégias de atuação que contribuam para melhorar a saúde destas populações (Oliveira e Gomes, 2018).

Este estudo visa promover a sensibilização e a informação sobre as necessidades e a importância da adoção de estratégias e políticas de prevenção e intervenção em resposta à pandemia, através de medidas sociais e de saúde e de materiais e meios informativos adaptados em termos linguístico, comunicacional e cultural que diminuam as vulnerabilidades e promovam o suporte social, a resiliência, a saúde física e mental e o bem-estar geral, em particular das populações migrantes.

Assim sendo, torna-se relevante reforçar respostas baseadas na evidência, de forma a aumentar a eficácia, a eficiência e a equidade dos serviços disponibilizados e prestados, investindo mais e melhor na formação dos agentes da área da saúde para a adoção de práticas integradoras e multiculturais (Estrela, 2009).

Adicionalmente, é imperativo que os atores sociais, agentes de saúde e os meios de comunicação social contribuam para reforçar/estabelecer imagens positivas e acolhedoras, aumentando a articulação entre os diferentes setores, bem como diminuindo a desinformação, a morosidade, a burocracia, a discriminação, o ódio e o estigma.

O estudo teve algumas limitações iniciais no que se refere a busca de informações científicas do impacto da COVID-19 nas populações de migrantes. Importa ressaltar que a pandemia ainda está em curso no presente momento da conclusão desse estudo.

As limitações metodológicas, se prendem com o desafio de reunir um grupo de participantes diverso e heterogéneo, e de agendamento das entrevistas, o que resultou

num processo de recolha de dados demorado, mas que também teve frutos em termos de diversidade de entrevistados e riqueza dos dados recolhidos.

Como recomendações para investigações futuras nesta mesma temática, salientamos a importância de ampliar os estudos de abordagem qualitativa, mas também quantitativa que possibilitem expandir o conhecimento sobre as necessidades e recursos em literacia em saúde, mas também dos níveis de literacia em saúde nas populações migrantes.

9. Considerações finais

Este estudo pretendeu explorar as necessidades e recursos em literacia em saúde de migrantes no contexto da pandemia da COVID-19, que mudou repentinamente o modo de vida da população mundial e tem-se repercutido em desafios sem precedentes.

Dada a importância da temática relativa à literacia em saúde da população migrante, este estudo pretende ser um contributo para novas perspetivas e ações a esse respeito, sem, contudo, deixar de enfatizar a necessidade de futuras investigações, que explorem em maior profundidade particularidades outras que não foram abordadas nesse estudo.

Os resultados nos permitiram analisar as múltiplas formas como os migrantes perceberam as necessidades/fatores que dificultaram e os recursos/fatores que facilitaram o acesso, a compreensão, a avaliação e utilização de informações em saúde no contexto da pandemia, influenciando diretamente no contexto da literacia em saúde, no que tange a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Conforme se sabe, a baixa literacia em saúde está diretamente associada a piores resultados em saúde, desde os reflexos nas desigualdades sociais, como o risco acrescido de mortalidade, maiores taxas de utilização dos serviços de saúde e, por conseguinte, custos mais elevados para a economia. De forma geral, os entrevistados encontraram mais dificuldades no manuseio da informação, por questões diversas, seja por insuficiência na veiculação do conteúdo, por barreiras linguísticas, dificuldade de interação entre utentes e profissionais de saúde, dentre outros, ou seja, torna-se assim imperativo conhecer as especificidades das populações migrantes, com o intuito de adequar processos para as suas necessidades em literacia em saúde.

Fato é que a forma como os indivíduos interagem com as informações de saúde tem grande impacto na capacidade de melhoria da sua saúde, mas isso exige uma multiplicidade de capacidades que vão desde o consentimento informado, a interação com os profissionais de saúde, a capacidade de julgamento e utilização de informação proveniente das mais diversas fontes e todas as situações que vão surgindo nos diferentes processos da vida.

Compreender os principais aspetos da literacia em saúde durante a crise pandémica ajuda as organizações de saúde e gestores públicos a projetar programas baseados em evidências e em competências para ganhos reais em saúde, ao que enfatiza-se fortemente a importância de que haja, dentre outros, um investimento na formação dos profissionais de saúde e no planeamento adequado da rede de serviços, com disponibilização de profissionais multilíngues, permitindo assim facilidade de acesso aos

serviços e melhor trato em respeito aos seus valores, suas atitudes e sua cultura.

Por último, mas não menos importante, em tempos de pandemia, em que se observa o aumento das desigualdades sociais e de saúde e a exclusão de grupos mais vulneráveis, nos quais incluem-se alguns migrantes, este estudo vem reforçar a importância e a necessidade de que sejam desenvolvidas continuamente medidas de inclusão social, de proteção, de combate à discriminação e racismo, de sensibilização, de criação de materiais e meios adaptados em termos linguístico, comunicacionais, culturais e tecnológicos, fomentados pelo fortalecimento de parcerias, da coordenação intersetorial e interinstitucional, da cooperação das redes associativas e comunitárias de imigrantes e de toda a rede de saúde.

10. Referências bibliográficas

AIRES, Luísa - **Paradigma qualitativo e Práticas de Investigação Educacional e Práticas de Investigação Educacional**. ISBN 978-989-97582-1-6.

ALADOVA, Liubov - Acesso à saúde pública: principais dificuldades na perspectiva dos imigrantes em Portugal. **Instituto Universitário de Lisboa**. 2019) 88.

ALMEIDA, João *et al.* - Migrações, urbanização e terciarização. Em **Introdução à sociologia**. 66. ed. Lisb : Textos de Base, 1995. ISBN 978-972-674-137-4. p. 83–101.

ALSOP, R.; HEINSOHN, N. (2005) Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators. World Bank Policy Research Working Paper 3510.

BARDIN, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

BÄCKSTRÖM, A Carvalho, U Inglês - Revista Migrações, 2009

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini - A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**. . ISSN 0300-9092. 17:1 (2007) 77–93.

CAVALCANTI, LEONARDO, OLIVEIRA, TADEU, TONHATI, TANIA (2020) **A pandemia de COVID-19 e as migrações internacionais: impactos e desafios**. Em: BAENINGER, Rosana, FERNANDES, Duval (coord.). Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2020, p. 373-380.

CHANG, Cindy - Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**. . ISSN 15385442. 49:1 (2019) 23–30. doi: 10.1016/j.cppeds.2018.11.009.

CONILL, Eleonor Minho *et al.* - Social determinants, conditions and performance of health services in Latin American countries, Portugal and Spain. **Ciencia e Saude Coletiva**. . ISSN 16784561. 23:7 (2018) 2171–2186. doi: 10.1590/1413-81232018237.07992018.

DIAS, Sónia. - **Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes**. ISBN 9789896850937.

DIAS, Sónia *et al.* - Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. **Acta Medica Portuguesa**. . ISSN 16460758. 24:4 (2011) 511–516.

DIAS, Sónia; GAMA, Ana; MARTINS, Maria O. - O Estado De Saúde Dos Imigrantes E Seus Determinantes: Resultados De Um Estudo Realizado Na Zona Metropolitana De Lisboa. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**. 11:Query date: 2021-03-

15 15:17:33 (2012) 115–125.

Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):300-302. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085840; PMCID: PMC7128328.

ENNES, Marcelo; GOES, Allisson; MENESES, Cleber - Migrações Internacionais sob Múltiplas Perspetivas. v. 5:2021).

Esteves, Maria do Céu (org) (1991), **Portugal, País de Imigração**, Caderno 22, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Acesso a cuidados de saúde por imigrantes. 2015) 1–93.

ESTATÍSTICA, Instituto Nacional De - **Inquérito Nacional de Saúde 2014**. ISBN 9789892503561.

ESTRELA, Joaquim *et al.* - Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021. 2021) 170.

ESTRELA, Paulo - A saúde dos imigrantes em Portugal. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 25:1 (2009) 45–55. doi: 10.32385/rpmgf.v25i1.10590.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter - Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciencia e Saude Coletiva**. . ISSN 14138123. 17:1 (2012) 123–133. doi: 10.1590/S1413-81232012000100015.

GONÇALVES, Ana Margarida - Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde. **Associação de politécnicos do Norte**. 2015) 92.

GRANADA, Daniel *et al.* - Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. **Horizontes Antropológicos**. . ISSN 0104-7183. 27:59 (2021) 207–226. doi: 10.1590/s0104-71832021000100011.

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021: resultados definitivos: região Lisboa. Lisboa: INE, 2022.

IOM - **World migration report 2020**. Geneva : [s.n.]

IRVINE, Michael *et al.* Modeling COVID-19 and its impacts on U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE) detention facilities, 2020. *Journal of Urban Health* [Internet], 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00441-x>. Acesso em: 27 out 2022.

JOÃO, Maria Isabel - Breve panorama da imigração na Área Metropolitana de Lisboa (1980-2010). **População e Sociedade**. 21:2013) 197–215.

JORGE, Kelly Lima *et al.* - A imigração em tempos de COVID-19. 11(2):2021) 290–305. doi: 10.11606/rgpp.v11i2.189255.

LOURDES SILVA MORO, Eliane DA - Literacia em saúde: Possibilidades de desenvolvimento a partir de ações de letramento informacional. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**. 17:2358–2332 (2021).

Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):366-79.

MAMEDE, Ricardo Paes; PEREIRA, Mariana; SIMÕES, António - Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho. **Organização Internacional do Trabalho**. 2020) 1–26.

MARTINS, Thiago Gonçalves Dos Santos - Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. **Acta Médica Portuguesa**. . ISSN 0870-399X. 33:9 (2020) 631. doi: 10.20344/amp.14490.

MONIZ, Ana Marta Feliciano - Healthy Immigrant Effect em Portugal: Estudo sobre os imigrantes extra UE presentes no Inquérito Nacional de Saúde 2014. **BMC Health Services Research**. . ISSN 11011262. 38:2 (2019) 1–55.

MORGADO, Tânia; LOUREIRO, Luís; BOTELHO, Maria - Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. **Revista de Enfermagem Referência**. . ISSN 21822883. V:6 (2021). doi: 10.12707/RV20133.

Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54(5):303-5.

OCDE - **A global profile of emigrants to OECD countries: Younger and more skilled migrants from more diverse countries**

OIM - Glossário sobre Migração. **Direito Internacional da Migração**. 22:2009) 92.

OLIVEIRA, C. & GOMES, N. - **Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico**. ISBN 9789896850968.

OLIVEIRA, Catarina; GOMES, Natália - **Indicadores de Integração de Imigrantes Relatório Estatístico Anual 2019**

OLIVEIRA, Catarina Reis.; GOMES, Natália. - **Migrações e saúde em números : o caso português**. ISBN 9789896850944.

OLIVEIRA, Daniela Gonçalves Félix De - Determinantes do estado de saúde dos portugueses. **Universidade Nova de Lisboa. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação.** 2009) 114.

OLIVEIRA, Daniela Gonçalves Félix De - Determinantes do estado de saúde dos portugueses. **Universidade Nova de Lisboa. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação.** 2009) 114.

OLIVEIRA, Natália; GOMES, Catarina - **Imigração em Números - Estatísticas de Bolso da Imigração** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179573/Estatísticas+de+Bolso+da+Imigração+2019_web.pdf/2babc4c6-0ae0-48d2-bfb3-e2f28447089f>. ISBN 9789896851019.

OMS - Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - Relatório Final.** 1218:31 (2010) 276.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Documentos básicos. **Organización Mundial De La Salud.** . ISSN 2070-8211. 2014) 1–217.

PADILLA, Beatriz - Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana.** 21:40 (2013) 49–68. doi: 10.1590/s1980-85852013000100004.

PADILLA, Beatriz - Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana.** . ISSN 1980-8585. 21:40 (2013) 49–68. doi: 10.1590/S1980-85852013000100004.

PAULA, Ana *et al.* - Migração e Saúde Mental: Vulnerabilidade ao stress, apoio social e mental em imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal. 2008) 363.

PEDRO, Ana Rita - Literacia em saúde: da gestão de informação à decisão inteligente. [Tese de doutoramento]. **RUN /Escola Nacional de Saúde Pública.** . ISSN 08702551. 2018) 1–309.

PORTUGUESA, Blica - Constituição da República Portuguesa. DR 1º série n.º 86 (1976-04-10). 1976).

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B.– Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROBERTO, Marinucci; MILESI, Rosita - Migrações Internacionais Contemporâneas.

Materials Science and Engineering A. . ISSN 0010938X. 16:6 (2010) 1–19.

ROCHA-TRINDADE, MARIA BEATRIZ (1988), "**Espaços de Herança Cultural Portuguesa**" in *Análise Social*, Vol. XXIV (100), pp. 313-351, (Cap. 5). Saboga-Nunes L, Sørensen K, Pelikan J, Cunha M, Rodrigues E, Paixão E. **Cross-cultural adaptation and validation to portuguese of the European health literacy survey (HLS-EU-PT)**. *Aten Primaria* 2014; 46 (Espec.Cong):13.

SÁ, Patrícia Rodrigues Costa De; FERNANDES, Duval Magalhães - **A vulnerabilidade social de migrantes: uma análise qualitativa dos haitianos e sírios residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte a partir dos critérios da CEPAL** Patrícia. 1 (2019).

SILVA, Isabel; JOLLUSKIN GARCÍA, Gloria; CARNEIRO, Vânia - Escala de Literacia em Saúde (ELS): Construção e estudo psicométrico. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**. October 2018 (2017) 147–152. doi: 10.17979/reipe.2017.0.14.2611.

SØRENSEN, Kristine *et al.* - Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. . ISSN 1471-2458. 12:1 (2012) 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

VOLTA, Carolina Lescura Carvalho De Castro; BORGES, Alex Fernando; CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves - Os significados do processo sucessório em uma organização familiar: uma análise a partir do conceito bourdieusiano de conatus. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**. 21:1 (2022) 91–123. doi: 10.21529/recadm.2022004.

World Health Organization. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO; 1998.