

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Literacia do Serviço Social na Saúde

Sofia Almeida Gameiro de Albuquerque e Sousa

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Jorge Ferreira, Professor Associado,  
iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

# iscte

SOCIOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS

---

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Literacia do Serviço Social na Saúde

Sofia Almeida Gameiro de Albuquerque e Sousa

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Jorge Ferreira, Professor Associado,  
iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2020

## **Agradecimentos**

Ao iscte- Instituto Universitário de Lisboa, em particular ao Professor Doutor Jorge Ferreira pela disponibilidade e apoio demonstrados.

À minha mãe pela paciência e apoio.

A todas as pessoas que me apoiaram neste caminho.



## Resumo

O projeto de intervenção em Serviço Social, que apresentamos, utiliza o tema da alimentação de forma a contribuir para o desenvolvimento de literacia em saúde. O projeto centra-se nos assistentes sociais que trabalham na área da saúde e tem como objetivo promover a importância de uma prática profissional incentivadora da literacia do Serviço Social na Saúde, enquanto estratégia facilitadora do diálogo interdisciplinar e da promoção da humanização dos serviços prestados. Desenvolvemos uma revisão de literatura para enquadrar o tema da literacia em saúde e Serviço Social, clarificando o conceito de saúde e o saber profissional do assistente social na saúde. Com base nas informações recolhidas, e tendo em conta o momento social que vivemos, foi elaborado o diagnóstico.

Neste projeto propomos atividades de educação alimentar enquanto estratégia de promoção da literacia em saúde, tendo em conta as condicionantes socioeconómicas da população. As atividades serão realizadas pelos sujeitos de intervenção do Serviço Social e mobilizadas pelos assistentes sociais. Pretendemos que o projeto seja avaliado durante e após a sua aplicação, para que se adeque ao contexto de aplicação com vista a uma maior eficácia dos resultados pretendidos. Pretendemos ainda, promover uma reflexão prática em torno de problemas ligados à insuficiência alimentar e de como estes podem ser ultrapassados, tendo em vista o objetivo de estabelecer canais de comunicação preferenciais entre agregados familiares e assistente social com vista ao desenvolvimento da literacia em saúde. Espera-se que após a implementação deste projeto algumas famílias adotem na sua prática diária alguns conhecimentos adquiridos.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Saúde, Literacia



## **Abstract**

The Social Work intervention project presented employs the theme of food in order to contribute to the development of health literacy. The project focuses on social workers working in the health field and aims to promote the importance of a professional practice promoting Social Work in Health literacy, as a strategy to facilitate interdisciplinary dialogue and promote the humanization of the services. We did a literature review with the aim of framing the theme of health and Social Work literacy, clarifying the concept of health and the professional knowledge of the social worker in health. Based on the information collected and considering the social moment in which we live, the diagnosis was made.

In this project we propose food education activities as a strategy to promote health literacy, considering the socio-economic constraints of the population. The activities will be carried out by the intervention subjects of the Social Work and mobilised by the social workers. In this way, we intend the project to be evaluated during and after its implementation, so that it is adapted to the context of application with a view to greater effectiveness of the intended results. We also intend to promote a practical reflection around problems linked to food shortages and how these can be overcome, with the aim of establishing preferential communication channels between households and social workers for the development of health literacy. It is expected that after the implementation of this project some families will adopt in their daily practice some acquired knowledge.

**Key words:** Social Work, Health, Literacy





# Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice de tabelas.....	xi
Glossário de siglas.....	xiii
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	15
1.1. Serviço Social.....	15
1.2. Conceito de Saúde.....	17
1.3. Serviço Social na Saúde.....	18
1.3.1. O profissional.....	21
1.4. Literacia em saúde.....	22
1.4.1. Fatores determinantes da literacia em Saúde.....	24
1.5. Diagnóstico.....	26
Capítulo II – Projeto “Alimento a Saúde”.....	29
2.1. Destinatários.....	29
2.2. Objetivos gerais e específicos.....	29
2.3. Ações a desenvolver.....	29
2.4. Metodologia.....	30
2.5. Resultados esperados.....	34
2.6. Orçamento.....	36
2.7. Indicadores de avaliação do projeto.....	37
2.8. Análise crítica.....	38
Referências Bibliográficas.....	41



## Índice de tabelas

Tabela 1: Orçamento planejado.....	36
------------------------------------	----



## **Glossário de siglas**

DGS – Direção Geral da Saúde

HLS-EU - European Health Literacy Survey

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica



## Capítulo I – Enquadramento teórico

### 1.1. Serviço Social

O Serviço Social surgiu nos finais do século XIX e início do século XX em Inglaterra, e foi influenciado, mas sobretudo uma consequência da conjuntura social, económica e ideológica específica dessa época e desenvolveu-se no sentido de dar resposta aos problemas sociais derivados da Revolução Industrial, do capitalismo económico e do liberalismo político.

Todas as questões relacionadas com o novo modelo de organização social, resultantes da industrialização, tais como a urbanização, a pobreza, a exploração do trabalho, o trabalho infantil, as más condições de habitabilidade e o surgimento de doenças como a tuberculose contribuíram para a origem do Serviço Social enquanto profissão, e mais tarde enquanto disciplina científica (Núncio, 2015:45-46).

Desde a sua origem o Serviço Social teve como objetivo a promoção da qualidade de vida das populações mais pobres, através de políticas sociais de carácter individual e coletivo (Núncio, 2015:66). Amaro acrescenta que a criação das sociedades democráticas assenta na transformação social que se deu através dos ideais da Revolução Francesa, assim como por meio da mudança social causada pela *“Revolução Industrial através do capitalismo, urbanização e a criação de uma classe trabalhadora”* (Amaro, 2015:51).

O Serviço Social baseia-se e defende os princípios dos direitos humanos, equidade e justiça social. É uma disciplina das ciências sociais e humanas e uma profissão com competências científicas e técnicas próprias, que está vocacionada para a intervenção social e que tem uma responsabilidade social (Carvalho & Pinto, 2015:67). De acordo com Amaro, a relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio social deve ser uma preocupação do assistente social, uma vez que a garantia e promoção dos direitos humanos *“são inseparáveis da teoria, valores, deontologia e prática do Serviço Social”* (Amaro, 2015:203-204).

Para alcançar este objetivo, é necessário haver uma grande vontade política mas também *“uma grande capacidade técnica orientada para um pensar e agir diferenciado, em matéria de direitos sociais, de garantias e da própria atuação do Estado democrático de direito”* (Schwarz & Thomé, 2015:5).

Relativamente à questão dos direitos humanos, Pequeno, refere que estes têm como finalidade assegurar ao Homem o exercício da liberdade, a preservação da dignidade e a proteção da sua existência. *“Trata-se, portanto, daqueles direitos considerados*

*fundamentais que tornam os homens iguais independentemente do sexo, nacionalidade, etnia, classe social, profissão, opção política, crença religiosa ou convicção moral*” (Pequeno, 2014:2). A percepção de dignidade deve garantir a liberdade e a autonomia do indivíduo, o que significa o *“reconhecimento de que todo ser humano tem um valor único, independentemente da sua vida particular ou de sua posição social”* (Pequeno, 2014:4). Estes direitos colocam a Cidadania Social enquanto princípio e valor do Serviço Social, e compete aos profissionais de Serviço Social questionarem-se sobre as condições sociais que conduzem à exclusão social e à estigmatização, cooperando assim para uma sociedade mais inclusiva.

Nas sociedades modernas, o Serviço Social enquanto profissão aparece ligado ao aparecimento de *“formas científicas de produzir análise sobre as sociedades, e à ideia de que as condições sociais podem e devem transformar-se a partir de modelos e teorias científicas”* (Amaro, 2015:53).

O Serviço Social português surgiu numa conjuntura ditatorial e a sua formação incluía três temas centrais: *“educação social, medicina social e o exercício da prática em instituições sociais”* (Carvalho & Pinto, 2015:69). Era uma profissão destinada às mulheres de classes burguesas as quais tinham que partilhar os padrões morais do Estado Novo e da Igreja Católica, e para exercerem a profissão era necessário que as mulheres fossem solteiras ou que tivessem o consentimento do marido (Carvalho & Pinto, 2015:69). Neste contexto o Serviço Social tornou-se um meio de aplicação das *“ideias reformistas do projeto político de educação nacional – Deus, pátria e família”*, tendo sido reconhecido como profissão em 1939 (Carvalho & Pinto, 2015:69).

Contudo, foi anos 50 que o Serviço Social se afirmou em Portugal, com a tradução do livro Diagnóstico Social de Mary Richmond e a criação do Sindicato de Assistentes Sociais. O ensino e intervenção começaram a focar-se nos problemas sociais e na metodologia relacionada com o diagnóstico social e Serviço Social de caso, embora os currículos académicos mantivessem a valorização dos costumes e das tradições (Carvalho & Pinto, 2015:69-71).

Entre 1960 e 1974 o curso de Serviço Social sofreu uma reestruturação no plano de estudos ficando orientado pelas ciências sociais e foi permitido o acesso dos homens à formação de Serviço Social. Assistiu-se ainda, a alterações nas políticas de assistência e previdência (Carvalho & Pinto, 2015:73-76).

Com o fim do regime ditatorial em Portugal, houve um fortalecimento do Serviço Social através do surgimento de *“associações profissionais, carreiras, definição de conteúdos*



*funcionais, reconhecimento e valorização da formação académica, assim como a reconfiguração dos diplomas para o grau de licenciatura em 1989 e o acesso a outras formações pós-graduadas, como mestrados e doutoramentos” e surge em 1978 a Associação de Profissionais de Serviço Social. Entre 1990 e 2006 “as ciências sociais expandiram-se, e o conhecimento do Serviço Social aproximou-se das mesmas, constituindo-se enquanto ciência prática” (Carvalho & Pinto, 2015:77-80).*

A definição de Serviço Social implica os assistentes sociais na responsabilidade de promover a mudança social em relação à sociedade em geral e em relação às pessoas com quem trabalham, o que significa contrariar a discriminação negativa e promover a autonomia das pessoas com as quais trabalham, nas diversas esferas da sua vida, incluindo na saúde (Associação de Profissionais de Serviço Social, 2018). A saúde tem sido uma das áreas de intervenção do Serviço Social, e neste contexto os assistentes sociais são responsáveis pela elaboração do diagnóstico social e intervêm em problemas psicossociais que possam estar a condicionar a saúde dos indivíduos, evitando que estes se disfarçam de problemas físicos ou clínicos. A advocacia social é outra função desempenhada pelos assistentes sociais na área da saúde, promovendo e defendendo os direitos dos utentes que a eles recorrem (Branco & Farçadas, 2012:3-6).

## **1.2. Conceito de Saúde**

O conceito de saúde pode ser entendido de diferentes formas por cada indivíduo, uma vez que é influenciado pelo contexto social, económico, político e cultural de cada época. Para além disto, a classe social e os valores individuais condicionam a perceção que os indivíduos têm de saúde e doença (Scliar, 2007).

O conceito de saúde evoluiu e modificou-se ao longo do tempo. Enquanto no início era considerado um conceito apenas biomédico, que estava relacionado com a ausência de doença, atualmente engloba as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual dos indivíduos (Saúde, 2018). A evolução da Medicina e do que se entende por saúde contribuíram para a implementação do Serviço Social na saúde, uma vez que se passou a valorizar a dimensão biopsicossocial, para além da dimensão biomédica. Para além disto, a saúde é um dos principais direitos da população portuguesa e encontra-se consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (Santos, 2017:34).

O contexto sociodemográfico português está marcado pelo envelhecimento da população o que tem impacto na saúde, principalmente com o aumento de doenças crónicas como a diabetes *mellitus*. Contudo, é possível modificar alguns fatores de risco que se encontram na origem de algumas doenças que causam a morte ou a perda de qualidade de vida, através da promoção de literacia em saúde e estilos de vida saudável (Saúde M. d., 2018:7). Desta forma, e sendo a saúde um conceito influenciado não apenas por fatores biomédicos, mas também sociais, o assistente social da saúde tem como objeto de intervenção os determinantes sociais da saúde que podem ser comportamentais, sociais, económicos e ambientais (Nogueira, 2011).

Na atualidade, o estado de saúde inclui não apenas o bem-estar físico, mas também a perceção que a pessoa tem acerca da sua saúde física, mental e social. Sendo a saúde uma das principais áreas que permite avaliar a qualidade de vida, a perceção que cada pessoa tem relativamente à sua situação, é de grande utilidade e importância para compreender quais as dificuldades sentidas e, desta forma planear intervenções mais adequadas e eficazes (Direção Geral da Saúde, 2019). Qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que é afetado por dimensões como a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Assim, por qualidade de vida entende-se *“a perceção que as pessoas têm da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (Direção-Geral da Saúde, 2019).

### **1.3. Serviço Social na Saúde**

O Serviço Social na saúde surgiu em 1905, ano em que o médico Richard Cabot estabeleceu o Serviço Social no Massachusetts General Hospital (Santos, 2017:34).

Tanto em Portugal como noutros países, o Serviço Social na saúde está muito ligado às instituições hospitalares, tendo sido na década de 40 que se estabeleceu essa prática em Portugal (Martins, 1995:32). O Serviço Social nos hospitais surgiu num momento de mudanças socioeconómicas e devido à necessidade de complementar a prática médica com a relação existente entre as condições sociais do doente e a doença, por forma a aumentar a eficácia do tratamento e a manutenção da saúde (Santos, 2017:34). Desta forma, o Serviço Social na saúde pretende tornar possível que a população que se encontra em situação de exclusão e/ou vulnerabilidade social, tenha possibilidade de aceder aos serviços e cuidados

de saúde dos quais necessita. Para além disto, o Serviço Social na Saúde tem como objetivo potenciar a criação de condições que permitam uma otimização de recursos e uma melhoria do processo de trabalho em saúde, procurando ser um elemento acessível para as pessoas que às unidades de saúde.

Apesar de estar presente nos hospitais desde a década de 40, o Serviço Social só se estendeu aos cuidados de saúde primários na década de 70. Aos assistentes sociais cabia: 1) definir, planear e avaliar a política de saúde da área geográfica abrangida; 2) colaborar com outros profissionais e serviços do Centro de Saúde; 3) elaborar ou participar na elaboração de projetos ligados ao planeamento familiar, alcoolismo, droga e alimentação; 4) coordenar a equipa de voluntários; 5) participar na recuperação e acompanhamento dos utentes (Santos, 2017:35). A criação e existência do gabinete do cidadão nas unidades de saúde está relacionada com a função de advocacia social do Serviço Social.

A saúde tem sido um dos principais campos de atividade profissional do Serviço Social, sendo uma das suas áreas de fundação enquanto profissão. Trata-se de uma relação histórica que tem sido influenciada tanto pela evolução da medicina como pela evolução do conceito de saúde (Branco & Farçadas, 2012:3-6).

Os profissionais do Serviço Social contribuem para melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde de forma a promover melhores condições de vida, e podem ajudá-las a utilizar essa informação de forma eficaz contribuindo para o aumento da literacia em saúde. Os portugueses tendem a procurar informação sobre saúde através do contacto interpessoal, recorrendo a especialistas e também a amigos e familiares. A televisão e a leitura de folhetos ou bulas de medicamentos são outros recursos utilizados. *“O recurso a redes, tais como associações de doentes é, em média, bastante menos frequente, assim como a leitura de artigos ou livros”* (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016).

A pesquisa de informação através da internet é o meio menos utilizado, talvez por estar mais relacionado com a idade e com a escolaridade. Quanto maior é o nível de literacia em saúde, maior é a procura e utilização dos diversos meios disponíveis, tal como o contacto com profissionais de saúde (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016).

O Serviço Social na saúde surge como um meio de criação de condições objetivas para a realização do processo coletivo de trabalho em saúde e também como agente facilitador do acesso da população mais vulnerável e/ou em situação de exclusão social aos serviços existentes, procurando ser um elemento acessível, de contacto e referência para os indivíduos e famílias que recorrem às unidades de saúde (Almeida, 2012:154).

A intervenção do Serviço Social na Saúde é realizada através: a) do acompanhamento psicossocial ao indivíduo e família e outras pessoas que façam parte da sua rede de ajuda; b) da articulação com as redes formais e informais de apoio, tanto a nível individual como coletivo; c) do contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde; d) da supervisão técnica e orientação; e) da investigação, estudo e elaboração de processos, métodos e técnicas de intervenção; f) da participação na definição e promoção dos cuidados de saúde. Deste modo, pensar o Serviço Social enquanto “*meio de mediação social reforça o seu papel de construção de laços sociais, ao mesmo tempo que valoriza a prática reflexiva em torno dos elos estabelecidos entre ações-meios-fins no qual a inserção social e a qualidade de vida dos cidadãos se regulam por critérios de equidade e justiça social*” (Almeida, 2012:154).

Reconhecendo que qualquer situação de doença representa uma crise para o indivíduo e família e que pode afetar de forma mais ligeira ou mais acentuada os contextos familiar, social, laboral e económico, o assistente social é um dos profissionais que melhor conhece o doente no seu todo, uma vez que conhece o diagnóstico clínico da pessoa, o seu prognóstico, o seu contexto familiar, social, económico e laboral. Os assistentes sociais têm por objetivo transformar realidades, modificar perceções e promover a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo e família, assim como conhecer as suas potencialidades, limitações e necessidades, pelo que podem ser agentes promotores de literacia em saúde estimulando a adoção de comportamentos protetores do estado de saúde, tais como incentivar à alimentação cuidada e adequada à situação clínica, promover atividade física, reforçar a importância do controle da doença através de um adequado acompanhamento médico e não apenas numa situação de descompensação ou urgência, como no caso de doenças crónicas como por exemplo a diabetes *mellitus*. O assistente social pode ser também um agente promotor de literacia em saúde, através de práticas promotoras de cidadania social e de saúde tais como, explicando como fazer um uso adequado dos sistemas de saúde disponíveis, aconselhando à vacinação e ao planeamento familiar enquanto estratégias de prevenção de saúde individual e coletiva e através da realização de atividades lúdicas educativas, adequadas à população a que se dirigem, que sensibilizem tanto os mais jovens como os mais velhos para hábitos de vida saudável, promovendo assim o bem-estar desde as camadas mais jovens às mais envelhecidas da sociedade (Santo, 2019).

### 1.3.1. O profissional

O assistente social pode atuar na sensibilização de profissionais e serviços, o que implica ter em conta o papel que os fatores psicossociais têm na saúde e na doença, dedicando-se à intervenção com o utente, procurando respostas que resolvam ou atenuem as consequências causadas pelos problemas psicossociais e contribuindo para um diagnóstico multidisciplinar (Branco & Farçadas, 2012:8).

A relação entre profissional e utente é importante na prática dos assistentes sociais, embora dependendo da perspetiva teórica que adotem, esta esteja presente em maior ou menor grau na intervenção. *“As abordagens centradas na pessoa e humanista são as que atribuem maior importância à relação enquanto boa prática na intervenção”* (Pena, 2012:53).

Na saúde, o assistente social pode ser considerado um humanizador dos serviços, pois tem em conta a influência que os fatores psicossociais têm na saúde dos indivíduos (Branco & Farçadas, 2012:8). Deste modo, o assistente social intervém junto dos utentes que procuram cuidados de saúde por problemas clínicos, procurando reduzir os efeitos das condicionantes sociais na saúde individual ou no controle e recuperação da doença.

O assistente social na saúde trabalha em contextos profissionais nos quais estão presentes várias áreas científicas e onde o modelo biomédico é uma referência, assim e tendo em conta a diversidade de funções que os assistentes sociais desempenham, bem como a fragilidade da organização da classe profissional, tem sido difícil, para estes profissionais, assumir uma posição no contexto profissional, o que coloca dificuldades e barreiras à sua ação e autonomia profissional (Branco & Farçadas, 2012:13).

Os assistentes sociais desempenham funções ao nível da elaboração do diagnóstico social através da avaliação de fatores psicossociais que têm consequências na saúde individual, de grupo e comunitária, em especial nos grupos e situações de risco e vulnerabilidade. É também função do assistente social avaliar os fatores psicossociais que estão relacionados com o tratamento da doença e sua recuperação, adaptando a resposta às necessidades específicas de cada situação. O assistente social intervém com indivíduos, famílias e grupos e desempenha funções de aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais e tem como objetivo prestar serviços de qualidade centrados no doente (Direção Geral da Saúde, 2006). Para além destas, o assistente social tem uma função de advocacia social, no sentido em que deve defender e assegurar os direitos do doente e família, assim como deve participar na implementação de projetos de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária, e contribuir para a educação e informação

em saúde (Direção Geral da Saúde, 2006). Deste modo, a atuação do assistente social visa empoderar indivíduos e famílias, através da transmissão de conhecimentos que promovam mudanças tanto a nível individual como coletivo, com o objetivo de desenvolver a autonomia da população.

#### **1.4. Literacia em saúde**

O conceito de literacia em saúde surge em 1974 num artigo intitulado “*Health education as social policy*”, e estava muito relacionado com as questões de promoção de saúde. Contudo, foi apenas no final da década de 90 que surgiram as primeiras definições de literacia em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). O conceito de literacia em saúde evoluiu de uma definição que se referia apenas ao conhecimento adquirido pelo indivíduo, para uma definição que agrega as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu quotidiano.

De acordo com o Consórcio Europeu para a Literacia na Saúde, o conceito de literacia na saúde implica que os indivíduos tenham conhecimentos, competências e motivação para adquirirem informação de forma a compreender e avaliar quais as melhores decisões sobre prevenção de doenças, promoção e cuidados de saúde de forma a manter e/ou melhorar a qualidade de vida (Arriaga, 2019:11). O aumento da literacia na saúde promove um desenvolvimento e aumento de competências pessoais, com a finalidade de obter um maior bem-estar e controlo sobre a sua saúde (Kickbusch, 2008).

O percurso de vida da pessoa tem influência no nível de literacia, pelo que as políticas de saúde devem ser pensadas para responder às necessidades das pessoas, bem como estarem adequadas ao seu estágio de desenvolvimento. Desta forma, “*a intervenção em literacia na saúde deve ser realizada a nível individual e comunitário, e ao nível dos sistemas e políticas de saúde*” (Arriaga, 2019:13).

Nutbeam identifica três níveis de literacia: 1) funcional ou básica que se refere às competências suficientes para ler e escrever; 2) interativa ou comunicativa “*que diz respeito às competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar nas atividades quotidianas, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação*”; 3) crítica “*que inclui competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar criticamente a*

*informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre as situações da vida”* (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A literacia em saúde pode ter um importante papel na manutenção ou melhoria das condições de saúde dos indivíduos e pode ajudar a prever desigualdades em saúde. Para além de que pode ter impacto *“num melhor estado de saúde, na redução dos custos de cuidados de saúde, no aumento do conhecimento em saúde e numa utilização mais correta dos sistemas de saúde”* (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Os autores referem ainda que vários estudos têm evidenciado que um nível reduzido de literacia na saúde pode comprometer a saúde individual e coletiva, bem como ter impacto na gestão dos recursos e gastos em saúde.

A literacia na saúde engloba tanto os cuidados com a prevenção de doenças, como a promoção e proteção da saúde e pode ser estudada a nível individual, coletivo, local e global (Sørensen, 2019:27). Assim, investir na literacia na saúde requer um esforço a nível individual, no qual a literacia pode ser promovida através da educação e formação de adultos e do reforço da saúde ocupacional no trabalho. Mas requer também a transformação do sistema de saúde de modo a promover o atendimento centrado nas pessoas, através da compreensão das condições de vida e contexto social em que os indivíduos se encontram (Sørensen, 2019:29). Sørensen refere ainda que, a literacia em saúde é uma competência profissional fundamental para a saúde no século XXI, pois é *“mensurável, viável e pode fazer a diferença para as pessoas, comunidades e sociedades”* (Sørensen, 2019:29).

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) foi um estudo multicêntrico realizado em oito países da União Europeia (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha). Em Portugal foi realizado um estudo transversal analítico que teve como objetivo traduzir e validar para a população portuguesa o questionário utilizado no HLS-EU. Este inquérito foi aplicado em todo o território nacional, incluindo as regiões autónomas. A recolha de dados foi realizada por entrevista presencial. A amostra final incluiu 1.004 indivíduos com idades  $\geq 16$ anos. (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Este estudo mostrou que em Portugal, 61% da população inquirida apresentava um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado. Relativamente à dimensão “cuidados de saúde”, apenas 44,2% apresentava um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde. No que respeita à prevenção da doença, cerca de 45% dos inquiridos revelou ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde, comparativamente com a média europeia, que nesta dimensão apresentou o valor de 54,5%. Na dimensão promoção da

saúde, 60,2% da população auscultada apresentou um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, sendo que a média se situa nos 52,1%.

Na sociedade atual, verificam-se grandes alterações socioeconómicas pelo que é relevante a definir e desenvolver metodologias de trabalho interdisciplinar, de forma a promover a qualidade e melhoria dos cuidados de saúde prestados aos utentes (Santo, 2019). O assistente social é um dos profissionais que melhor conhece o doente como um todo, pois acompanha-o desde o momento do acolhimento até ao momento de alta. Durante a intervenção, os profissionais procuram ter uma abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades o que permite conhecer a realidade da pessoa e família, bem como as condicionantes sociais do agregado familiar. Desta forma procura-se monitorizar adequadamente e diminuir as interrupções do plano terapêutico (Espírito Santo & Ferreira, 2018).

A literacia em saúde é uma prática que se desenvolve ao longo da vida. Os assistentes sociais têm a oportunidade de contactar com os indivíduos em diferentes momentos e têm a possibilidade de os utilizar para promover a literacia em saúde quer na escola, na comunidade ou nos estabelecimentos de saúde (Direção Geral da Saúde, 2019). A promoção da literacia em saúde favorece uma abordagem global e a utilização de uma linguagem clara, na qual, as mensagens sejam acessíveis e possam ser compreendidas por todos de forma a fomentar a qualidade de vida, a capacidade para lidar com situações de doença e a utilização dos serviços de saúde de forma adequada.

Diversos estudos mostram que o aumento da literacia em saúde tem benefícios pois as populações com níveis mais elevados de literacia em saúde têm um conjunto de indicadores positivos, tais como: a) melhor utilização dos serviços de saúde; b) participação ativa e informada nos cuidados de saúde; c) diminuição dos gastos com a saúde; d) redução das desigualdades; e) melhores resultados de saúde, assim como o aumento do bem-estar. Contudo, é importante que o planeamento para além de promover a literacia na população considere também a intervenção junto dos profissionais de saúde, de modo a possibilitar uma abordagem consistente e compreensiva (Arriaga, 2019:12).

#### **1.4.1. Fatores determinantes da literacia em Saúde**

A literacia em Saúde deve ser promovida nos diferentes contextos de vida das pessoas, pelo que é importante disponibilizar instrumentos que facilitem a compreensão da informação fornecida



e que permitam a tomada de decisões de forma consciente, visto que os diferentes contextos de vida influenciam as decisões sobre saúde que as pessoas tomam diariamente, de forma consciente ou não (Direção Geral da Saúde, 2019).

A literacia em saúde deve ser uma prática da vida diária e passa por áreas como a alimentação, atividade física, adições, saúde mental, vacinação, acidentes, uso de medicação e envelhecimento ativo e saudável, pelo que é importante disponibilizar instrumentos aos profissionais de saúde, entre os quais os assistentes sociais, para que estes sejam agentes de promoção da literacia em saúde através de intervenções temáticas com a população que acompanham, seja na escola, comunidades terapêuticas, residências sénior, estabelecimentos prisionais, Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados ou outras onde exerçam funções (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A promoção da literacia em saúde pode ajudar a prevenir que os indivíduos recorram aos hospitais sem indicação clínica, contribuindo assim para a diminuição de custos com serviços de saúde. A literacia em saúde potencia a educação para a saúde e a compreensão e adesão a esquemas terapêuticos. O assistente social tem como principal função identificar os problemas sociais, definindo um plano de intervenção adequado à realidade e necessidades do utente e família, de modo a garantir que estes recebem os cuidados necessários e de forma a encontrar a resposta social que melhor se adequa à especificidade de cada situação (Espírito Santo & Ferreira, 2018). Espírito Santo & Ferreira acrescentam que o assistente social na saúde é confrontado na sua prática profissional com um conjunto de constrangimentos internos e externos. Estes podem ir desde a pressão das altas hospitalares por parte da equipa médica, dos gestores hospitalares e da própria família, como também à limitação de recursos humanos e de respostas disponíveis para fazer face às especificidades de cada caso.

*“Num contexto de promoção da saúde, a literacia em saúde difere da literacia médica na medida em que as diferentes abordagens não se focam apenas na doença ou no uso adequado dos serviços médicos, mas em compreender as condições que determinam a saúde e saber como mudá-las”* (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A promoção da literacia em saúde e o conseqüente contributo para o aumento da qualidade de vida das populações podem relacionar-se com alguns dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), definidos pelas Nações Unidas, nomeadamente com o 3º que se prende com a Saúde de Qualidade, especialmente no que refere à redução em um terço da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por via da prevenção e tratamento; a promoção da saúde mental e do bem-estar; o reforço da prevenção e o tratamento do

abuso de substâncias psicoativas; assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais; a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais para todos de forma segura, eficaz, de qualidade e a preços acessíveis; e reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos nacionais e globais de saúde (Nações Unidas, 2020). Para além deste, relacionam-se com a temática deste trabalho o ODS 10º - redução das desigualdades; ODS 11º que se refere a cidades e comunidades sustentáveis; e ODS 16º - Paz, Justiça e Instituições eficazes através do desenvolvimento de instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis; e da garantia de tomada de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis (Nações Unidas, 2020).

## **1.5. Diagnóstico**

Em Dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou uma doença que viria a ser designada por COVID-19 causada por um vírus pertencente à família dos coronavírus que era completamente novo para a espécie humana denominado SARS Cov-2 ou novo coronavírus. Este vírus mostrou ter elevado grau de infecciosidade e, não obstante as medidas implementadas mais ou menos em todo o mundo, rapidamente se disseminou dando origem a uma pandemia. Em consequência desta pandemia, assistimos em todo o mundo a uma modificação súbita e à suspensão de hábitos até aí considerados habituais, tais como viajar ir ao teatro ou ao cinema, realização de eventos culturais, sociais e desportivos. Os diversos governos introduziram medidas de limitação de movimentos e contactos entre pessoas, suspensão de atividades económicas consideradas não essenciais, chegando mesmo a instituição mais ou menos total de um estado de emergência, e Portugal não foi exceção.

Em Portugal, o aparecimento dos primeiros casos de infeção por SARS Cov-2 ocorreu no início de Março de 2020 e o estado de emergência foi instaurado em Abril, por um período de 45 dias. Seis meses após o início da infeção em Portugal é reconhecido por todos a existência de uma crise económica de grandes dimensões.

Quando as sociedades atravessam situações adversas, seja uma crise económica ou uma crise sanitária, a literacia em saúde assume um papel relevante e que é necessário para aumento da resiliência individual e social. A diminuição de recursos disponíveis obriga a

uma gestão complexa de forma a fazer face às diversas solicitações e compromissos necessários. De acordo com a OMS, nestas situações críticas aumentam, não só os consumos de substâncias nocivas como álcool, tabaco e substâncias ilícitas, mas também de alimentos. No caso dos alimentos é frequente não só a variação na quantidade ingerida mas também na qualidade. Por outro lado, algumas das doenças mais prevalentes estão associadas a perturbações dos hábitos alimentares.

Como em tantas outras situações estes consumos de baixa qualidade nutricional atingem sobretudo os mais desfavorecidos. Pessoas de baixo nível de literacia com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si e fazem mais uso dos serviços de saúde. Por outro lado, pessoas com escassos recursos económicos têm frequentemente um nível de literacia mais baixo. Forma-se assim um ciclo que é difícil de interromper, pelo que o assistente social tem um papel fundamental junto destas populações (Direção Geral da Saúde, 2019). Ferreira refere que a formação dos assistentes sociais deve ter uma componente humana, que lhes proporcione competências para se relacionarem com outros, sejam pares ou utentes; uma dimensão teórica que lhes proporcione conhecimentos que lhes permitam elaborar e planear uma intervenção adequada a cada situação; e uma componente técnica, que visa a capacitação e empoderamento das pessoas que recorrem ao Serviço Social, através da aplicação de metodologias e conhecimentos específicos que possibilitem encontrar soluções para os problemas apresentados (Ferreira, 2014:338). O assistente social deve ter também conhecimento científico sobre teorias, modelos, métodos e técnicas de investigação, uma vez que *“é necessário que consiga moldar os instrumentos de trabalho às necessidades e fenómenos sociais, ser criativo e criar novos métodos de trabalho, de forma a contrariar a burocratização da ação profissional”* (Ferreira, 2014:338).

A crise económica tem efeitos nos hábitos alimentares das famílias, uma vez que a insegurança alimentar condiciona também a deterioração das condições de vida e da qualidade de vida. Neste sentido, o assistente social desempenha um papel fundamental tanto a nível da sinalização, como na elaboração do diagnóstico e no acompanhamento das famílias, bem como no desenho de programas e outras iniciativas junto das entidades de saúde, da Segurança Social, das Juntas de Freguesia e da Sociedade Civil.

A Rede de Emergência Alimentar é uma resposta organizada a partir dos Bancos Alimentares, assente nas Instituições de Solidariedade Social, nas Juntas de Freguesia e outras entidades que prestam apoio, e tem como finalidade fornecer alimentos a quem precisa, e assim dar apoio a pessoas que se encontrem vulneráveis e que não sejam capazes de fazer face às despesas de

alimentação. Esta resposta social, é limitada no tempo e vigora até que a situação de emergência que se vive no país seja ultrapassada (Banco Alimentar, 2020).

Assim, considera-se que a utilização do tema “alimentação” seria um tema adequado e atual para chegar mais próximo destes agregados familiares mais desfavorecidos e, utilizando um recurso do dia-a-dia, criar momentos que por um lado possam ajudar a resolver os problemas de todos os dias e por outro possam criar momentos de proximidade que permitam a aquisição de novas competências, de fornecimento e de troca de informação, e de esclarecimento de dúvidas que no final resultem num aumento da literacia em saúde, mas sobretudo de qualidade de vida destas famílias. Sendo a alimentação um aspeto fundamental da vida de todos nós, pretende-se utilizar os recursos do assistente social em todos os momentos de contacto com as pessoas utilizando este tema para estabelecer pontes, oportunidades de diálogo e de aprendizagem de forma a aumentar a literacia em saúde e promovendo não só uma boa alimentação, equilibrada e nutricionalmente adequada, mas também identificar situações que necessitem da intervenção mais aprofundada da equipa. Sabe-se que existem inúmeros recursos publicados sobre o tema, mas tendo por base o estudo que aplicou o inquérito de literacia em saúde europeu, que mostra que entre os portugueses é o contacto direto a forma preferencial para aquisição de informação, decidiu-se propor um projeto que integre momentos de interação pessoal entre assistentes sociais e famílias. Desenha-se por isso um projeto piloto denominado “Alimento a Saúde”. A escolha do nome do projeto pretende traduzir o caminho e as escolhas que “eu faço quando uso o alimento e me alimento de forma adequada para obter saúde”.

## **Capítulo II – Projeto “Alimento a Saúde”**

### **2.1. Destinatários**

O projeto é dirigido aos assistentes sociais e aos agregados familiares de pessoas com ajuda alimentar. Trata-se de um projeto piloto que será realizado em colaboração com as equipas de Assistentes Sociais de várias Juntas de Freguesia

### **2.2. Objetivos gerais e específicos**

O objetivo geral é o de desenvolver a literacia em saúde das populações servidas pelas Juntas de Freguesia utilizando o tema alimentação.

Os objetivos secundários incluem: a partilha de informação relacionada com a alimentação e saúde utilizando todos os momentos de contacto com o agregado familiar para estabelecer pontes e confiança ente o assistente social e a família; desenvolver as capacidades de análises crítica dos agregados familiares face a diferentes cenários utilizando todos os momentos de contacto em diálogo construtivo que permita a identificação e a transformação de crenças e comportamentos errados em comportamentos menos errados; aumentar os conhecimentos práticos e teóricos do agregado familiar em alimentação melhorando a qualidade da alimentação e assim aumentando o potencial de saúde de cada um dos seus elementos; desenvolver uma rede de partilha de experiências entre assistentes sociais de Juntas de Freguesia; valorizar as competências dos assistentes sociais no âmbito da literacia em Saúde.

### **2.3. Ações a desenvolver**

Para a prossecução do objetivo do projeto foram planeados os seguintes passos: (1) constituição da equipa de projeto. Optou-se por uma equipa multidisciplinar constituída por pelo menos seis assistentes sociais que incluem um assistente social inteiramente dedicado ao projeto e que coordena os diferentes momentos do projeto piloto e que se desloca a todas as Juntas de Freguesia participantes (no máximo de cinco), médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo (em tempo parcial e variável ao longo do projeto, que trabalhem nas ou em ligação com as Juntas de Freguesia) de forma a abordar diversas vertentes do problema e trazer perspetivas e

experiências diferentes. (2) Definição do programa. Uma vez que se trata de um projeto focado na promoção de hábitos alimentares saudáveis, o programa inclui uma explicação do que é a roda dos alimentos, como fazer refeições equilibradas, necessidades nutricionais diárias em função de diversos fatores como idade e atividade física; sugestões para substituir um alimento por outro e dicas para promover uma alimentação equilibrada. (3) Criação de conteúdos - Inclui os conteúdos do programa e a adaptação em conteúdos multimédia potenciadores de divulgação do conhecimento, tais como conteúdos vídeo e texto sobre os temas do programa. (4) Trabalho de campo com implementação das interações presenciais com as famílias, que será realizado pelos assistentes sociais e contará com o apoio da equipa multidisciplinar. (5) Criação de plataformas de contacto, como número de telefone, *e-mail* e redes sociais e de conteúdos do projeto, como folhetos informativos. (6) Realização de *workshop* de encerramento do projeto, que contará com a presença das famílias que participaram no projeto e que promoverá a partilha de experiências. (5) Realização de reunião da equipa multidisciplinar no final do projeto. (6) Avaliação dos objetivos e métricas alcançadas e elaboração do relatório final. Da mesma forma foi definido um horizonte temporal para a realização das várias etapas.

## **2.4. Metodologia**

Existem diferentes modos de aprendizagem de competências de literacia em saúde: (1) aprendizagens que decorrem na ação, através da realização de tarefas quotidianas; (2) aprendizagens que resultam de processos de resolução de problemas; (3) aprendizagens que decorrem de forma não planeada, resultantes do acaso e, em alguns casos, desprovidas de intencionalidade. As três formas de aprendizagem, enumeradas anteriormente, não são mutuamente exclusivas ou excludentes, uma vez que as aprendizagens sociais são muito abrangentes, englobando domínios de desenvolvimento pessoal, social e cultural no contexto da vida quotidiana (Calha, 2014). O autor refere que a ideia é que se pode aprender através da participação em atividades da vida em sociedade, existindo assim, uma forte ligação entre a ação e a aprendizagem em contextos informais.

Duração do projeto: este projeto foi planeado para ter a duração de três meses. Durante este estudo piloto o tempo do assistente social coordenador estará completamente dedicado a várias ações.

No primeiro mês haverá a preparação de todos os materiais a serem divulgados e será realizado o planeamento das ações seguintes. Este trabalho inclui reuniões com os vários elementos da equipa multidisciplinar, sendo que compete ao assistente social coordenador

a organização e agendamento destas reuniões, bem como divulgar os resultados das reuniões aos restantes assistentes sociais que colaboram no projeto.

Nos dois meses seguintes será realizado o trabalho de campo pelos assistentes sociais, sendo supervisionado pelo assistente social coordenador. Cabe também ao assistente social coordenador a definição de tempos e datas limite para a conclusão de cada fase de preparação e implementação do projeto, bem como a supervisão da articulação dos vários parceiros sociais.

Esta primeira etapa de preparação do projeto inclui revisão biográfica, planeamento das ações a desenvolver ao longo do tempo, contacto com as estruturas (instituições, Juntas de Freguesia, Centro de Saúde) e atribuição de um espaço físico para interação presencial. O contacto com as estruturas será feito pelos assistentes sociais, de acordo com uma identificação prévia das estruturas que possam vir a colaborar com o projeto. Esta identificação deverá ser feita pelo assistente coordenador e restantes assistentes sociais.

O trabalho conjunto de pesquisa bibliográfica, decisão de ações a desenvolver e de planeamento das mesmas servirá para os diversos assistentes sociais contribuírem com os seus saberes, fomentará a troca de experiências pessoais e profissionais e proporcionará a adequação de estratégias, desenvolvendo e reforçando a rede entre profissionais e famílias/utentes.

A revisão bibliográfica permite identificar diversos pontos que podem ser implementados no sentido de fornecer informação simples, adequada, compreensível e facilmente acolhida de forma a empoderar os agregados familiares com carências alimentares. Na alimentação existe um forte padrão cultural e crenças muito fortes que requerem acompanhamento regular e muita disponibilidade para o diálogo franco. Será fundamental o fornecimento de alternativas para que esses hábitos possam ser modificados e melhorados. A interação entre assistente social e agregado familiar irá simultaneamente permitir o acompanhamento da família *in loco* e eventualmente sinalizar qualquer situação, mas sobretudo poderá transformar-se num elemento decisivo para o diálogo no que respeita às situações de saúde e de doença.

Neste período de pandemia houve a necessidade de reduzir os contactos sociais e também familiares de forma brutal e brusca, o que conduz a uma maior incerteza nos agregados familiares pois perde-se a rede de contacto social habitual. Particularmente nas famílias de menores rendimentos não existem recursos para manter formas alternativas de rede social e neste contexto, o assistente social poderá ajudar esses agregados familiares através do encaminhamento para respostas sociais adequadas à realidade social específica de cada

agregado, mas também enquanto mediador de possíveis conflitos que possam surgir derivados de uma situação de limitação de recursos e apoios disponíveis.

Por outro lado a Direção Geral da Saúde (DGS) disponibilizou várias informações relativas à alimentação, mas sobretudo dirigidas a crianças. Este projeto piloto propõe-se assim a adaptar alguns desses materiais para adultos com grau de literacia baixo, de forma a permitir que sejam passadas mensagens simples, claras e úteis. Todos os momentos planeados serão realizados tendo em conta a pandemia e obedecendo a todos os critérios de segurança. Os folhetos a fornecer deverão ser plastificados, e outros, impressos no momento para que apenas o contacto físico seja com o destinatário. Os momentos presenciais serão realizados em espaços com dimensões adequadas, arejados e sempre com a utilização de máscara. Haverá em todos os momentos ou solução desinfetante ou a possibilidade de lavagem das mãos.

Para a realização e adaptação dos folhetos existe a colaboração de nutricionista, enfermeiro, médico e psicólogo de forma a adequar e rever conteúdos (linguagem, informação, grafismo, imagens, entre outros). A colaboração destes profissionais será fundamental, não só nas fases iniciais do projeto, mas também ao longo deste, se e sempre que, se identifiquem situações que requeiram a intervenção desses profissionais.

Durante o trabalho de campo o assistente social coordenador distribuirá o seu tempo por diferentes locais. Existirão locais em que haverá presença física do assistente social: (1) ponto de recolha de alimentos – onde as pessoas serão convidadas a participar no projeto, onde será feito a apresentação do projeto e onde serão fornecidos os materiais iniciais. O assistente social fará o registo dos agregados familiares que vão entrando no projeto e as ações que estão a ser desenvolvidas com cada agregado com quem teve contacto, o material fornecido e as ações que se planeiam de seguida. (2) Espaço “Alimento a Saúde” no Centro de Saúde respetivo e (3) Espaço “Alimento a Saúde” na Junta de Freguesia. De forma a manter um seguimento que facilite a interação com as famílias, cada dia da semana será dedicada a uma determinada Junta de Freguesia, num total de cinco. Dada a limitação de recursos humanos dedicados a este projeto e o estado de pandemia, estes espaços terão um horário de atendimento. Será possível fazer inscrições através de *e-mail* (alimentoasaude@gmail.com) e de linha telefónica. Se o contacto for telefónico, o agendamento deve ser realizado no próprio dia para um intervalo de tempo não superior a uma semana. As respostas aos *e-mail* devem ser dadas no intervalo de tempo não superior a dois dias e os agendamentos realizados para a vaga mais próxima, num intervalo nunca superior a uma semana, ou para a data solicitada. Haverá uma agenda de tempos disponíveis



para o contacto presencial na Junta de Freguesia e no Centro de Saúde. Antecipamos que o número de solicitações de agendamentos e de ocupação desses tempos não ultrapasse os 50%.

Plano de comunicação: Inclui a interação pessoa-a-pessoa e a disponibilização de material em formato físico (exemplo folhetos) e digital que foram preparados pelos assistentes sociais com apoio da equipa multidisciplinar. Serão adaptados e produzidos folhetos que abordem as questões frequentes e outras menos frequentes. Pretende-se utilizar momentos lúdicos, jogos, abordagens e reflexões diferentes. Por exemplo:

- Os alimentos. O que é necessário em cada dia.
- Como posso substituir um alimento por outro?
- Onde está a carne?
- Chocolate ou iogurte?
- O que devo fazer para ter menos fome e vontade de comer?
- Se eu comer pouco sou saudável?
- Não tenho forças, preciso de comer!
- A minha mãe dizia... - mitos e crenças frequentes

A interação entre o agregado familiar e assistente social no âmbito do projeto “Alimento a Saúde” está planeada para acontecer, no mínimo uma vez por semana. Estima-se que em algumas famílias seja possível estabelecer um contacto mais próximo e mais duradouro e que inclua contacto com vários elementos do agregado familiar (exemplo mãe e crianças ou avós) tanto nos espaços dedicados ao projeto, como também em visitas domiciliárias de acompanhamento a estes agregados familiares pelo que será possível fazer o diagnóstico social e adequar outras ações às necessidades detetadas.

No final está planeado a realização de um evento no qual as famílias teriam a oportunidade de comunicar entre si durante a realização de um *workshop*. Neste evento haverá lugar à comunicação das razões da participação, das dificuldades que foram sentindo ao longo do tempo, como as foram ultrapassando e das aprendizagens mais relevantes que foram feitas em cada agregado familiar. No final deste *workshop* será entregue um prémio-recordação a cada família que participou no projeto. Se for possível ter patrocínios e o consentimento informado dos participantes, gostaríamos que houvesse filmagem do *workshop* para que no futuro fosse possível a divulgação dos excertos mais significativos.

O programa proposto para o *workshop* inclui:

**Projeto “Alimento a Saúde”**

- Receção dos participantes
- Mensagem de boas vindas
- Apresentação do projeto

- Programa**
- Apresentação dos Campeões do Projeto (as famílias que aderiram)
  - Relatos em nome próprio das experiências de cada família com a participação de um moderador
  - Perguntas e respostas
  - Entrega de prémio-recordação

Após a realização de todas estas etapas haverá lugar à reunião da equipa multidisciplinar. Pretende-se que todos os profissionais possam contribuir de forma partilhada não só as dificuldades que foram sentindo ao longo dos três meses do projeto, mas também das aprendizagens realizadas e de sugestões para projetos futuros. A finalização do projeto inclui o relatório final com o contributo de toda a equipa multidisciplinar.

Se o projeto piloto tiver sucesso poderá ser utilizado como modelo de outros projetos e as famílias que o completaram e que nele participaram poderão ser recrutadas como elementos ativos dos projetos seguintes.

## **2.5. Resultados esperados**

Aumentar os cuidados sociais durante a pandemia da Covid-19, não apenas em resposta a necessidades urgentes e/ou inevitáveis, mas também relativamente a efeitos indiretos da pandemia e da crise socioeconómica daí decorrente. Tanto os assistentes sociais, como outros profissionais estão focados no impacto da Covid-19 e ao mesmo tempo no bem-estar das pessoas. Enquanto profissão, o Serviço Social está associado “à função histórica de assegurar o acesso aos cuidados de saúde sob uma perspetiva higienista e sanitária” (Santo, Alexandre, & Borges, 2020). A evolução dos cuidados e dos direitos em saúde, a qualidade da profissão, a humanidade nos cuidados, a colaboração com outros serviços e estruturas da comunidade tornaram-se no modelo de intervenção do Serviço Social na Saúde, refletindo uma abordagem integrada às necessidades da pessoa com doença (Santo, Alexandre, & Borges, 2020). Após seis meses a viver com a pandemia Covid-19, são visíveis os impactos negativos que esta causa na vida das pessoas, especialmente nas mais vulneráveis tanto em termos sociais como de saúde,

relacionadas a questões ligadas à insalubridade do ambiente e meio habitacional, às necessidades nutricionais, baixa literacia em saúde e isolamento social (Santo, Alexandre, & Borges, 2020).

Com este projeto pretende-se promover uma reflexão prática em torno de problemas ligados a insuficiência alimentar e de como estes podem ser ultrapassados, tendo em vista o objetivo de estabelecer canais de comunicação preferenciais entre agregados familiares e assistente social com vista ao desenvolvimento da literacia em saúde. Espera-se que após a implementação deste projeto algumas famílias adotem na sua prática diária alguns conhecimentos adquiridos.

O projeto foi desenhado de forma a captar a atenção de famílias com insuficiência alimentar e de lhes permitir momentos de reflexão ao longo de dois meses de interação. Existe uma forte ligação entre a ação e a aprendizagem em contextos informais: os indivíduos aprendem pelo simples facto de agirem; não é possível agir sem que daí não resulte experiência, logo aprendizagem. A atividade é percebida tanto como produtora quanto construtora, os indivíduos causam transformação nos objetos do mundo exterior e ao mesmo tempo enriquecem o seu conhecimento de recursos. No conceito de aprendizagem através da ação, para além dos conhecimentos teóricos existem também os conhecimentos processuais e o saber fazer. O lugar e o tempo que contextualizam a ação conferem significado à aprendizagem. A realização de tarefas comuns e quotidianas em contextos sociais específicos dá aos indivíduos um maior conhecimento que pode ser reutilizado em outras situações e noutros contextos. O potencial pedagógico das aprendizagens em contextos informais depende da capacidade do indivíduo em interpretar o sentido da sua experiência e, ao fazê-lo, ajustar a sua ação a práticas promotoras da saúde (Calha, 2014). A aprendizagem para a saúde não pode ser separada das aprendizagens que decorrem dos contextos da vida quotidiana. Os recursos e os meios que cada indivíduo detém para desenvolver competências que permitam alcançar o seu bem-estar físico, psíquico e social é variável em função dos contextos sociais de proveniência, pelo que a potencialidade dos processos de aprendizagem em contextos informais não pode ser acriticamente generalizada, uma vez que nem todos os contextos e experiências de vida são equivalentes (Calha, 2014). Assim, os contextos informais de aquisição de conhecimentos em saúde encerram em si diferenças e desigualdades sociais no acesso à informação e à qualidade da mesma. A intervenção dos técnicos de saúde, em particular do assistente social, na sua vocação de capacitação dos cidadãos para a determinação do seu projeto de saúde, deve

tomar em consideração os processos informais de aprendizagem de competências de literacia em saúde.

Espera-se com este projeto ter oportunidades de diálogo semanal com os agregados familiares que aceitarem participar (oito interações planeadas).

Durante este tempo estima-se que seja possível interagir num primeiro momento com cerca de trinta agregados familiares. Dada a natureza do projeto e a dificuldade que se antecipa, estima-se que apenas 50% dos contactos iniciais sejam seguidos de interações mais ou menos duradoras. As quais, por sua vez, também se irão diluir à medida que o tempo passa. Antevemos que no final consigamos ter estabelecido interações de contacto próximo com cerca de dez famílias.

## 2.6. Orçamento

Dadas as características do projeto, o orçamento planeado inclui despesas fixas ao longo dos três meses de realização do projeto, relacionadas com recursos humanos e custos pontuais relacionados com atividades específicas. Os valores apresentados traduzem os custos estimados dessas ações.

*Tabela 1: Orçamento planeado*

<b>Recursos materiais</b>	<b>Custo total</b>
Material pedagógico	500,00 €
Material de consumo	100,00 €
<b>Recursos humanos</b>	
Assistente social	3 600,00 €
Apoio secretariado (inclui plataformas)	7 500,00 €
Atividades de consultoria (médico, psicólogo, nutricionista, enfermeiro)	1 500,00 €
<i>Workshop</i>	3 000,00 €
<b>Custo total</b>	<b>9 450,00 €</b>

Fonte: Elaboração própria

## 2.7. Indicadores de avaliação do projeto

Os programas de desenvolvimento de literacia em saúde não podem negligenciar os aspetos psicológicos, socioculturais, interpessoais e as reais necessidades das pessoas. É necessário fomentar a implementação de diferentes estratégias de intervenção que contribuam para a promoção da autonomia das pessoas e a qualidade de interações entre elas e os profissionais de saúde. As especificidades de cada intervenção devem considerar as crenças individuais de cada pessoa e permitir o processo de adaptação de forma a levar a uma mudança comportamental, isto é, dar tempo para que as pessoas exponham as suas dúvidas, medos e expectativas e ter tempo e disponibilidade para responder, esclarecer e permitir que a pessoa seja o agente ativo no que concerne à escolha dos cuidados de saúde. A melhoria da comunicação com a pessoa, isto é, uma comunicação “feita à medida” irá contribuir para melhorar a adesão e por conseguinte, a obtenção de comportamentos desejados.

Ao planear este projeto antecipámos momentos – chave que podem ser utilizados como métricas quantitativas de avaliação. É o caso de: (1) número de contactos iniciais aquando da receção de ajuda alimentar (pessoas que se interessam pelo projeto, que querem saber mais e que num primeiro momento aceitam participar) (2) número de agregados familiares que têm 3 ou mais contactos com a equipa (centro de recolha de ajuda alimentar na Junta de Freguesia e/ou Centro de Saúde). (3) número de agregados familiares que aderem ao projeto no seu todo. (4) número de agregados familiares que aderem à participação no workshop e aceitam falar da sua experiência. (5) divulgação de materiais em plataformas que inclui o número de seguidores no *Facebook* e no *Instagram* (>20); número de *likes* nas plataformas. (6) quantidade de materiais divulgados em suporte físico (papel n= 100 folhetos distribuídos). (7) número de resposta a solicitações para reunião no espaço dedicado “Alimento a Saúde” no Centro de Saúde e na Junta de Freguesia.

As famílias mais desfavorecidas tendem a ser mais gregárias e a conviver de perto com diversas gerações. Esta proximidade é também fundamental para o assistente social poder realizar o diagnóstico social das situações que encontra. A interação com o agregado familiar poderá permitir identificar situações de possível doença que o assistente social poderá pedir a colaboração do enfermeiro, do médico ou do psicólogo no Centro de Saúde. Também poderá haver casos de pessoas do agregado familiar que tenham dificuldade na gestão da sua doença crónica, dúvidas na toma de medicação, na realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) que o assistente social poderá pedir a colaboração do enfermeiro e do médico de Centro de Saúde. Também poderá haver

dúvidas em relação a procedimentos junto da Junta de Freguesia nas quais o assistente social poderá ajudar e encaminhar para resolução.

## **2.8. Análise crítica**

A promoção da literacia em saúde permite: solucionar problemas de saúde; promover estilos de vida saudável e prevenir a doença e promover a saúde. As pessoas podem aumentar o seu nível de literacia em saúde através de diferentes formas, por exemplo, formação, interação com os serviços e experiência adquirida na procura de resposta às exigências dos problemas de saúde que surgem durante o ciclo de vida. A literacia em saúde é um conceito dinâmico e que evolui em função da experiência, evolução da organização dos sistemas de saúde ou avanços científicos e tecnológicos da própria sociedade. A literacia em saúde é determinada por uma grande diversidade de fatores entre os quais se salientam as características das pessoas (idade, género, problemas de saúde, literacia linguística, numérica...), a influência dos sistemas de cuidados de saúde em que está inserido e também fatores sociais e culturais. As aprendizagens sociais são muito abrangentes, englobando domínios de desenvolvimento pessoal, social e cultural no contexto da vida quotidiana. O profissional de saúde, para além das competências técnicas, poderá, através de um bom processo de comunicação verbal e não-verbal, orientar e influenciar as decisões da pessoa, sobretudo nos casos de baixo nível de literacia em saúde. Não se pretende que seja feita uma substituição da tomada de decisão por parte da pessoa, mas sim permitir e potenciar o seu processo de decisão crítica. A melhoria da comunicação com a pessoa, isto é, uma comunicação “feita à medida” irá contribuir para melhorar a adesão e por conseguinte, a obtenção de comportamentos desejados. Os contextos informais de aquisição de conhecimentos em saúde encerram em si diferenças e desigualdades sociais no acesso à informação e à qualidade da mesma. A intervenção dos técnicos de saúde, em particular do assistente social, na sua vocação de capacitação dos cidadãos para a determinação do seu projeto de saúde, deve tomar em consideração os processos informais de aprendizagem de competências de literacia em saúde.

Sendo a alimentação um pilar da nossa vida de todos os dias e da nossa vida de relação com os outros, ela é ainda mais central em tempos de pandemia e crise económica. Neste projeto utilizamos a alimentação como “a desculpa” para o início do contacto com o assistente social de forma a permitir um contacto próximo com agregados familiares sinalizados e com insuficiência alimentar de forma a ajudar o desenvolvimento individual através da

resolução de problemas e dar resposta a questões do quotidiano no sentido de conseguir uma alimentação mais saudável. Este trajeto pelas interações planeadas tem como finalidade o desenvolvimento da literacia em saúde. Dado que o assistente social tem uma visão global da história social dos agregados familiares e que sendo um técnico de saúde, pode constituir uma ponte para um acesso mais fácil dos cidadãos com maior dificuldade a informação sobre a saúde e a cuidados de saúde. Tal como diz a DGS, literacia em saúde desse ser promovida, preferencialmente, nos diferentes contextos do quotidiano das pessoas. É importante que sejam disponibilizadas ferramentas que facilitem a informação que lhes é fornecida ajustada aos seus contextos. Durante este projeto tentámos desenvolver a literacia em saúde no quotidiano das famílias, utilizando um recurso fundamental e usando meios de comunicação que são compreendidos por todos, com imagens e linguagem apelativa na tentativa de ajudar as famílias a resolver problemas e em simultâneo adquirir conhecimentos e competências que possam ser reutilizadas em situações futuras.

Na atual situação de crise, o ambiente social modifica-se diariamente, com os problemas sociais a modificarem-se a terem novas variáveis, contribuindo para o agravamento da pobreza e das desigualdades sociais. Neste sentido, os assistentes sociais são desafiados a encontrar novas soluções e a modificar e adaptar a sua prática profissional, recorrendo a novas estratégias de contacto com os indivíduos e famílias, mas também ao nível do planeamento das ações concretas. Desta forma assistimos a uma tentativa de promover os direitos dos indivíduos a vários níveis, tais como o acesso a cuidados de saúde condignos e humanos.

O Serviço Social pode atuar como mediador de situações de risco, não apenas na relação de equipas multidisciplinares, mas também no diálogo interdisciplinar e na relação que os utentes estabelecem com os serviços a que recorrem, principalmente no atual contexto de pandemia que se vive atualmente e no qual a intervenção passou a ser feita num contexto de crise não apenas de saúde pública, mas também com as problemáticas sociais a agravarem e a assumirem novas dinâmicas e dimensões. Para além de que o agravamento das condições socioeconómicas das populações faz com que a sua capacidade de resposta e reação aos problemas que vão surgindo sejam limitadas e acarretem maior tensão e tenham mais impactos na vida familiar, nomeadamente ao nível da alimentação e da capacidade das famílias fazerem as escolhas mais corretas e saudáveis para a manutenção da saúde de cada um dos seus elementos.





## Referências Bibliográficas

- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. Em C. Lopes, C. V. Almeida, & (Coords), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Edições ISPA (ebook).
- Almeida, H. N. (2012). *Serviço Social na Saúde (Coord. Carvalho, M. I.) - Capítulo 6*. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.~
- Amaro, M. I. (2015). *Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. Em C. Lopes, & C. V. Almeida, *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Lisboa: Edições ISPA (Ebook).
- Associação de Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais*. Lisboa: APSS.
- Banco Alimentar. (2020). *Rede de Emergência Alimentar*. Obtido de Rede de Emergência Alimentar - Banco Alimentar: <https://emergencia.bancoalimentar.pt/> - consultado a 03 de novembro de 2020
- Branco, F., & Farçadas, M. (2012). *Serviço Social na Saúde (Coord. Carvalho, M. I.) - Capítulo 1*. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Calha, A. G. (dezembro de 2014). *Modos de desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais de aprendizagem*. Obtido de Revista da Escola de Enfermagem da USP - vol 48: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800016> - aceso a 24 de outubro de 2020
- Capucha, L. M., Pinto, J., & Evaristo, T. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projetos - Guia Prático*. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Capucha, L., Almeida, J., Pedroso, P., & Silva, J. (1996). Metodologias de avaliação: o estado da arte em Portugal. *Sociologia - Problemas e Práticas* n°22, pp. 9-27.
- Carvalho, M. I., & Pinto, C. (2014). *Serviço Social Teorias e Práticas*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I., & Pinto, C. (jan./mar. de 2015). Desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal. *Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 121*, pp. 66-94.
- Direção Geral da Saúde. (07 de julho de 2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI*.

- Obtido de [http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci\\_boas\\_praticas\\_assistentes\\_sociais\\_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555](http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555) - consultado a 02 de novembro 2020
- Direção Geral da Saúde. (18 de outubro de 2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx> - Consultado a 01 de março de 2020
- Direção-Geral da Saúde. (março de 2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> - Consultado a 14 de janeiro de 2020
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Espírito Santo, M. I., & Ferreira, F. (2018). *Planeamento de Alta Hospitalar: Perspectivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal*. Obtido de Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, nº 25, pp. 33-50: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19772/1/Alternativas\\_25\\_02.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19772/1/Alternativas_25_02.pdf) - Consultado a 14 de abril de 2020
- Ferreira, J. (2014). Serviço Social: profissão e ciência - Contributos para o debate científico nas ciências sociais. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (2), pp. 329-341 - obtido de <https://ciencia.iscte-iul.pt/public/pub/i> e consultado em 05 de novembro de 2020.
- Gabinete de Avaliação e Auditoria . (2014). *Guia de avaliação*. Gabinete de Avaliação e Auditoria : Gabinete de Avaliação e Auditoria Camões, Instituto da Cooperação e da Língua - Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Jesus, C. d., Conceição, J. L., & Espanadeira, S. (2019). Literacia em saúde do sono de crianças em idade pré-escolar: Instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais. Em C. Lopes, C. V. Almeida, & (Coords), *Literacia em saúde na prática* (pp. 75-96). Edições ISPA (ebook).
- Kickbusch, I. (maio de 2008). *Healthy Societies: addressing 21st century health challenges*. Obtido de Adelaide: Department of the Premier and Cabinet: [http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch\\_Final\\_Report.pdf](http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_Final_Report.pdf) - Consultado a 15 de abril 2020

- Lopes, F. L. (2015). *A relação no Serviço Social: Perspectivas sobre a sua pertinência e expressão na prática - Tese de mestrado*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Martinelli, M. L. (2003). *Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*. Obtido de INTERVENÇÃO Social, 28, 2003: 9-18: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181> - Consultado a 20 de abril 2020
- Martins, A. (1995). *Génesis, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Obtido de Intervenção Social (11/12): [http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1265/pdf\\_1](http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1265/pdf_1) - Consultado a 25 de abril 2020
- Matias, A. (2020). *Condições do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde*. Obtido de Centro Português De Investigação em História e Trabalho Social - CPIHTS: <http://www.cpihts.com/PDF/AutoraM.pdf> - Consultado a 25 de abril 2020
- Nações Unidas. (2020). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Obtido de <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/> - consultado a 01 de junho de 2020
- Nogueira, V. M. (dezembro de 2011). *Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais - Um debate necessário*. Obtido de Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12: <https://www.bibliotecadigital.unicamp.br> - Consultado a 13 de abril 2020
- Núncio, M. J. (2015). *Introdução ao Serviço Social, História Teoria e Métodos*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais e Políticas.
- Oliveira, L. G. (2016). *Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5398/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Larissa\\_Gomes.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5398/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Larissa_Gomes.pdf) - Consultado a 13 de abril de 2020
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). *Literacia em saúde, dos dados à acção: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. Obtido de Revista de Saúde Pública 34 (3) Pág 259-275.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (19 de outubro de 2016). *Literacia em saúde, dos dados à acção, tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey*

- em Portugal*. Obtido de Revista Portuguesa de Saúde Pública nº 34 (3) pp. 259–275: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002> - Consultado em 13 de janeiro de 2020
- Pena, M. J. (2012). *Relação profissional: utopia ou realidade?* Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6348?mode=full> - Consultado a 10 de abril 2020
- Pequeno, M. (2014). O Fundamento dos Direitos Humanos. *Educação em Direitos Humanos: fundamentos histórico-filosóficos*. Brasil: Universidade Federal de Paraíba.
- Rivero, C., Sousa, L., Grilo, P., & Rodrigues, S. (dezembro de 2013). *Manual - Práticas Colaborativas e Positivas na Intervenção Social*. Obtido de <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2016/01/Maual-Pr%C3%A1ticas-Colaborativas-e-Positivas-na-Interven%C3%A7%C3%A3o-Social.pdf> - Consultado a 25 de abril 2020
- Santo, I. E. (abril de 16 de 2019). *A intervenção do assistente social na saúde: «um fator preponderante»*. Obtido de <https://justnews.pt/artigos/a-intervencao-do-assistente-social-na-saude-um-fator-preponderante#.XsL5-0RKjIU> - consultado a 11 de novembro 2019
- Santo, I. E., Alexandre, M., & Borges, M. (13 de abril de 2020). *Ser Assistente Social num Estado de Emergência - Relação colaborativa entre Saúde e a Rede Social*. Obtido de <https://justnews.pt/artigos/ser-assistente-social-num-estado-de-emergencia-relacao-colaborativa-entre-saude-e-a-rede-social#.X5fHg1j7TIU> - acedido a 24 de outubro de 2020
- Santos, M. F. (dezembro de 2017). *A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de cuidados de saúde primários infantojuvenis*. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22393/1/Marta%20Filipa%20de%20Jesus%20Ferreira%20dos%20Santos.pdf> - Consultado a 11 de abril 2020
- Saúde, M. d. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Obtido de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf) - consultado a 30 de outubro de 2019
- Schiefer, U., & Döbel, R. (2001). *MAPA PROJECT - A Practical Guide to Integrated Project Planning and evaluation*. Budapeste: OSI - IEP Publications.
- Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dobel, R., & Nogueira, J. (2007). *MAPA - Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. Estoril: Príncipia.
- Schwarz, R. G., & Thomé, C. F. (Dezembro de 2015). A concretização dos direitos sociais como direitos humanos fundamentais: alguns elementos para um pensar e agir garantistas e democráticos. *Julgar Online*, pp. 1-33.

- Scliar, M. (2007). *História do conceito de Saúde; Physis vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007*. Obtido de Physis: Revista de Saúde Coletiva: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_arttext&tIng=pt) - Consultado a 23 agosto de 2020
- SICAD. (2014). *Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinsertão de pessoas com comportamentos aditivos e dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. Em C. Lopes, C. V. Almeida, & (Coords), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27-32). Edições ISPA (ebook).
- Sousa, M., & Baptista, C. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios - segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Vale, S. O. (2018 de novembro de 2018). *Literacia em Saúde*. Obtido de Jornal Médico: <https://www.jornalmedico.pt/opiniao/36587-literacia-em-saude.html> - Consultado a 03 de janeiro de 2020