

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## Promoção da Literacia Crítica em Saúde numa Comunidade Rural: Um Diagnóstico Participativo

*Critical Health Literacy Promotion in a Rural Community: Findings from a Participatory Approach*

*Promoción de la Alfabetización Crítica en Salud en una Comunidad Rural: Un Diagnóstico Participativo*

Odete Maria Azevedo Alves <sup>1, 2, 3</sup>
 <https://orcid.org/0000-0002-1294-3407>
Alexandrina Marques Rodrigues <sup>2</sup>
 <https://orcid.org/0009-0009-5011-7980>
Sara Rufo <sup>2</sup>
 <https://orcid.org/0009-0006-3651-1517>
Bárbara Vilela <sup>4</sup>
 <https://orcid.org/0009-0004-7500-0934>
Lídia Soares <sup>1</sup>
 <https://orcid.org/0000-0001-6156-7869>
Carminda Morais <sup>3, 5, 6</sup>
 <https://orcid.org/0000-0001-8995-9012>
Pedro Miguel de Almeida Melo <sup>7</sup>
 <https://orcid.org/0000-0002-0005-6384>

<sup>1</sup> Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, Viana do Castelo, Portugal

<sup>3</sup> Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal

<sup>4</sup> Instituto São João de Deus, Casa de Saúde de S. José, Unidade de Saúde da Gelfa, Viana do Castelo, Portugal

<sup>5</sup> Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

<sup>6</sup> Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CEISUC/CIBB), Coimbra, Portugal

<sup>7</sup> Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, RISE Health, MAIEC Lab, Porto, Portugal

**Autor de correspondência**

Odete Maria Azevedo Alves

E-mail: [odete.alves@ulsam.min-saude.pt](mailto:odete.alves@ulsam.min-saude.pt)

Recebido: 10.02.25

Aceite: 23.09.25

**Resumo**

**Enquadramento:** A literacia em saúde (LS) é essencial para capacitar comunidades na adoção de comportamentos saudáveis e utilizar serviços de saúde de forma informada. Em contextos rurais, fatores sociodemográficos e ambientais condicionam os níveis de LS, especialmente, dada a limitação no acesso à informação e cuidados.

**Objetivo:** Analisar os níveis de literacia numa comunidade rural e identificar, segundo o modelo PRECEDE, fatores determinantes e áreas prioritárias para intervenção participativa.

**Metodologia:** Estudo de abordagem mista. A componente quantitativa incluiu 381 participantes, com aplicação do Portuguese version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-PT). A qualitativa integrou dois grupos focais e um painel Delphi, com representantes comunitários, baseados no modelo PRECEDE-PROCEED.

**Resultados:** Verificou-se que 81,1% apresentaram níveis inadequados/problemáticos de LS, com associação significativa à idade, escolaridade e condição profissional. A análise qualitativa permitiu identificar fatores predisponentes, de reforço e facilitadores, priorizar intervenções centradas na acessibilidade à informação, capacitação digital e envolvimento dos parceiros locais.

**Conclusão:** Promoção da LS exige estratégias participativas contextualizadas, que favoreçam o empoderamento, equidade e sustentabilidade, demonstradas pela identificação de níveis baixos de LS.

**Palavras-chave:** literacia em saúde; enfermagem em saúde comunitária; serviços de saúde comunitária; pesquisa participativa baseada na comunidade; promoção da saúde

**Abstract**

**Background:** Health literacy is essential for empowering communities to adopt healthy behaviors and utilize health services effectively. In rural areas, however, limited access to information and healthcare can significantly affect health literacy levels due to sociodemographic and environmental factors.

**Objective:** To assess health literacy levels in a rural community and, using the PRECEDE dimension, identify determinants and priority areas for a participatory intervention.

**Methodology:** A mixed-methods study was conducted. The quantitative component included 381 participants and used the Portuguese version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-PT). The qualitative component comprised two focus groups and a Delphi panel with community representatives based on the PRECEDE-PROCEED model.

**Results:** A large proportion of participants (81.1%) demonstrated inadequate/ problematic health literacy levels, which were significantly associated with age, education, and employment status. The qualitative analysis identified predisposing, reinforcing, and enabling factors and prioritized interventions focused on improving accessibility to information, strengthening digital skills, and engaging local partners.

**Conclusion:** Promoting health literacy requires contextualized, participatory strategies that foster empowerment, equity, and sustainability, as evidenced by the identification of low health literacy levels in this community.

**Keywords:** health literacy; community health nursing; community health services; community-based participatory research; health promotion

**Resumen**

**Marco contextual:** La alfabetización en salud (LS) es esencial para capacitar a las comunidades en la adopción de comportamientos saludables y el uso informado de los servicios de salud. En los contextos rurales, los factores sociodemográficos y ambientales condicionan los niveles de LS, especialmente debido a las limitaciones en el acceso a la información y la atención sanitaria.

**Objetivo:** Analizar los niveles de alfabetización en una comunidad rural e identificar, según el modelo PRECEDE, los factores determinantes y las áreas prioritarias para la intervención participativa.

**Metodología:** Estudio de enfoque mixto. El componente cuantitativo incluyó a 381 participantes, con la aplicación del cuestionario HLS-EU-PT. La investigación cualitativa integró dos grupos focales y un panel Delphi, con representantes comunitarios, basados en el modelo PRECEDE-PROCEED.

**Resultados:** Se observó que el 81,1 % presentaba niveles inadecuados/problemáticos de LS, con una asociación significativa con la edad, el nivel educativo y la condición profesional. El análisis cualitativo permitió identificar factores de predisposición, refuerzo y facilitación, y priorizar intervenciones centradas en la accesibilidad a la información, la capacitación digital y la participación de los colaboradores locales.

**Conclusión:** La promoción de la LS exige estrategias participativas contextualizadas que favorezcan el empoderamiento, la equidad y la sostenibilidad, demostradas mediante la identificación de niveles bajos de LS.

**Palabras clave:** alfabetización en salud; enfermería comunitaria; servicios de salud comunitarios; investigación participativa basada en la comunidad; promoción de la salud.



**Como citar este artigo:** Alves, O. M., Rodrigues, A. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C., & Melo, P. M. (2025). Promoção da Literacia Crítica em Saúde numa Comunidade Rural: Um Diagnóstico Participativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e40270. <https://doi.org/10.12707/RVI25.19.40270AI>



## Introdução

A literacia em saúde (LS) é reconhecida como um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde (PS), com impacto direto na qualidade de vida e na redução das desigualdades em saúde (Nutbeam, 2000; Sørensen, 2023). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção da LS exige não apenas o desenvolvimento de competências individuais, mas também o fortalecimento de políticas, sistemas de saúde e parcerias comunitárias que respondam às necessidades da população (Sørensen, 2023; WHO, 1986). Em Portugal, o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 reforça este compromisso dando prioridade à intervenção junto de grupos vulneráveis, com base em evidência científica (Arriaga et al., 2023). Nas comunidades rurais, as dificuldades socioeconómicas e o acesso limitado aos serviços de saúde acentuam desigualdades (Alves et al., 2019) sendo o fortalecimento da LS essencial para o empoderamento da população e a promoção de comportamentos saudáveis (Alves et al., 2019; Espanha et al., 2016; Madeira, 2016). Há evidência de que a LS é influenciada por fatores sociais, demográficos, culturais e ambientais, que exigem abordagens integradas e contextualizadas (Madeira, 2016; Nutbeam, 2000). Este estudo investiga os níveis de LS numa comunidade rural do Alto Minho, em Portugal, parte do modelo PRECEDE-PROCEED (Gielen et al., 2022) em articulação com o paradigma misto, para aprofundar a análise da relação entre LS e determinantes sociodemográficos e fundamentar estratégias participativas de PS. O objetivo deste estudo é analisar os níveis de literacia numa comunidade rural e identificar, com base no modelo PRECEDE, os principais fatores determinantes e áreas prioritárias para intervenção participativa.

## Enquadramento

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) tem as suas competências regulamentadas na legislação portuguesa (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este perfil de competências confere-lhes a capacidade de decisão clínica diferenciada para o planeamento em saúde, a capacitação de grupos e de comunidades, a vigilância epidemiológica e a coordenação de programas comunitários. Desde a Carta de Ottawa, que a PS é reconhecida como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades a controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar e elenca cinco eixos orientadores: construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e orientar os serviços de saúde (WHO, 1986), articulando assim as pessoas individualmente, grupos, comunidades e o ambiente sociopolítico para o seu desenvolvimento. Na conferência de Nairobi, em 2009, reafirma-se a importância da PS e acrescenta-se o valor do empoderamento comunitário e da LS como ferramentas essenciais, alicerçadas nos determinantes sociais e de saúde (WHO, 2009).

O modelo de Nutbeam (2000) foi um dos primeiros a ser adotados pela OMS, que assenta nas competências sociais e cognitivas para aceder, compreender e utilizar a informação para promover e manter a saúde ao longo das suas vidas. Neste modelo, foram identificados três tipos ou níveis da LS: básica ou funcional; comunicativa ou interativa; e, crítica, para promover um empoderamento progressivo (Nutbeam, 2000). O modelo assumido pela OMS, em 2013, o modelo de Sørensen et al. (2012) expande o conceito de LS com base na influência dos fatores pessoais (idade, sexo, etnia, status socioeconómico, educação, ocupação, emprego, rendimento e literacia, entre outros), dos fatores sociais e ambientais (situação demográfica, cultura, linguagem, orientação política e sistemas sociais e de saúde) e dos fatores situacionais (apoio familiar, influências da família e dos pares, utilização dos media e ambiente). Em Portugal, a aplicação do inquérito HLS-EU-PT tem demonstrado níveis preocupantes de LS, com disparidades significativas entre diferentes grupos sociodemográficos (Pedro et al., 2016), reforça a importância de estratégias ajustadas localmente. Este conceito foi integrado em diversos instrumentos de política pública, como o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030. Estes documentos reconhecem a LS como uma das prioridades estratégicas para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, bem como assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde (Arriaga et al., 2019; Arriaga et al., 2023; DGS, 2022). Assim, o modelo PRECEDE-PROCEED (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation e Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) é amplamente utilizado na PS com base em metodologias participativas (Gielen et al., 2022). Este modelo tem duas dimensões – Planeamento (PRECEDE) e Avaliação (PROCEED). A primeira constrói um diagnóstico participado, tendo por base a auscultação das comunidades, permitindo aos envolvidos a compreensão dos problemas, a identificação dos recursos para lhes fazer face e dos objetivos das pessoas nas diferentes perspetivas, nomeadamente social, económica, cultural e ambiental. Esta dimensão é constituída por cinco fases de Diagnóstico: (1) Social: envolve a comunidade na identificação das necessidades e definição da qualidade de vida desejada; (2) Epidemiológico: caracteriza os problemas de saúde e identifica comportamentos e fatores ambientais associados; (3) Comportamental e ambiental: prioriza os fatores de risco comportamentais e ambientais que impactam a saúde; (4) Educacional e organizacional: analisa fatores predisponentes, facilitadores e de reforço que influenciam comportamentos e condições de vida e (5) Político e administrativo: identifica recursos disponíveis e políticas necessárias para implementar programas. A segunda baseia-se na dimensão anterior e compreende a implementação de ações e estratégias e a respetiva avaliação (Gielen et al., 2022). As abordagens participativas, como as preconizadas pelo *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR) (Wright, 2015)

envolvem comunidades, líderes comunitários e *stakeholders*, desde o início do projeto até à sua avaliação, o que promove processos colaborativos na definição de soluções. Esta prática favorece uma compreensão crítica dos determinantes sociais e ambientais que afetam a saúde e fomenta o empoderamento comunitário (Freire, 2018). Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública desempenham um papel fundamental nestes processos, pela sua proximidade às comunidades e competências técnicas e humanas (Enriquez, Remy, & O'Connor, 2018; Melo & Alves, 2019). A aplicação de abordagens participativas, como o modelo PRECEDE-PROCEED, demonstra-se eficaz na resolução de problemas de saúde complexos, que promovem mudanças sociais e políticas, especialmente quando integrada em contextos comunitários (de Araújo et al., 2023; Gielen et al., 2022; Laverack, 2006), em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU; UN, 2023) e com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022). Assim, a PS, a LS e as estratégias participativas representam pilares fundamentais para melhorar os níveis de saúde, reduzir desigualdades e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

## Questões de investigação

Quais os níveis de LS identificados na comunidade rural estudada? Qual o efeito dos determinantes sociodemográficos nos níveis de LS? Da dimensão PRECEDE, que diagnósticos emergem da comunidade rural em estudo? Quais as áreas prioritárias para a intervenção participada na promoção da LS nesta comunidade rural, após a realização dos diferentes diagnósticos?

## Metodologia

O presente estudo adotou uma abordagem de natureza mista (quantitativa e qualitativa). A investigação quantitativa foi exploratória, descritivo-analítica, correlacional e transversal, enquanto a qualitativa foi explicativa, com foco na compreensão diagnóstica da comunidade no seu contexto natural, dando ênfase aos significados, experiências e práticas.

A investigação quantitativa decorreu numa comunidade do Alto Minho, norte de Portugal. A amostra foi não probabilística, constituída por 381 indivíduos (15-90 anos), estratificada por sexo e idade, com base na distribuição populacional da comunidade, segundo os Censos 2021. A amostra foi definida com base na representatividade mínima por estratos etários e na população da área geográfica, com o objetivo de assegurar uma cobertura adequada para análise exploratória da LS no contexto rural. Os indivíduos com diagnóstico clínico de doença mental incapacitante ou alterações profundas de comunicação foram excluídos com base na avaliação efetuada pela equipa de saúde local, durante o processo de recrutamento. No caso dos participantes entre os 15 e os 17 anos, foi assegurado o

consentimento informado pelos respetivos encarregados de educação. O recrutamento foi facilitado pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em articulação com instituições comunitárias. Não se registaram perdas relevantes ou recusas após o recrutamento inicial. Para a recolha de dados quantitativos recorreu-se ao inquérito HLS-EU-PT (Nunes et al., 2014; Pedro et al., 2016), com 47 questões agrupadas em três dimensões e quatro níveis de processamento. A LS foi classificada em quatro níveis: comprometida ( $\leq 25$  pontos), *problemática* (25-33 pontos), *suficiente* (33-42 pontos) e *excelente* (42-50 pontos), posteriormente agrupados em dois: *inadequada/problemática* (comprometida + problemática) e *suficiente/excelente* (suficiente + excelente) para fins de análise. O questionário foi aplicado presencialmente, através de entrevista individual, conduzida pelos investigadores. O apoio de facilitadores locais das juntas de freguesia, que colaboraram na identificação e contacto com os participantes, promoveu o acesso a diferentes segmentos da população. Esta estratégia favoreceu o controlo do preenchimento, a compreensão dos itens e a acessibilidade da aplicação, especialmente junto de indivíduos com baixa escolaridade ou limitada literacia digital.

Definiu-se um erro amostral máximo de 1% e um nível de significância de 5%. Os dados em falta (*missing data*) foram analisados quanto à sua frequência e padrão. Como os valores omissos foram mínimos ( $< 5\%$ ) e se distribuíram aleatoriamente, optou-se pela exclusão de casos com dados incompletos apenas nas análises específicas em que ocorreram (por variável). Esta abordagem foi aplicada, por exemplo, às variáveis sociodemográficas, nas quais os totais podem variar ligeiramente em relação ao  $n$  da amostra ( $n = 381$ ). Não se recorreu a imputação estatística. Na caracterização da amostra, foram estudadas as frequências absolutas e relativas, a média e o desvio-padrão (representados por média  $\pm$  desvio-padrão) e a associação entre variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e condição perante o trabalho) e LS. As variáveis foram recodificadas para maior consistência analítica. Na investigação qualitativa participaram sete elementos da equipa multidisciplinar da UCC e 11 representantes da comunidade e parceiros. A seleção dos participantes assentou na sua representatividade e conhecimento do território, estado de saúde da comunidade, prioridades do Plano Local de Saúde e acesso a serviços bem como a motivação e disponibilidade para participar em processos participativos. Os representantes apresentavam diferentes níveis de escolaridade, sexo e papéis sociais. Para tal constituíram-se dois grupos focais, que permitiram explorar experiências, práticas e perceções, complementadas por documentos, como o Diagnóstico Social do concelho, dados do Instituto Nacional de Estatística e do Plano Local de Saúde. Foi utilizado um guião semiestruturado para orientar os grupos focais, desenvolvido com base nos domínios do modelo PRECEDE, contendo questões abertas sobre perceções de saúde, barreiras ao acesso, práticas de autocuidado e prioridades locais. O guião foi previamente testado com profissionais da UCC para adequação à linguagem e contexto local. Recorreu-se à análise de conteúdo proposta por Bardin para tratar os

dados qualitativos dos grupos focais, com codificação temática indutiva. Dois investigadores realizaram a codificação de forma independente, seguida de discussão para consenso. A saturação dos dados foi considerada atingida quando deixaram de emergir novas categorias. Para reforçar a credibilidade, foi feita triangulação com dados secundários e partilha de resultados com participantes-chave. As citações dos participantes, embora não incluídas neste artigo, foram consideradas na construção das categorias. A equipa refletiu continuamente sobre potenciais vieses. As sessões com os grupos focais ocorreram em ambiente familiar para promover conforto e espontaneidade. Estas sessões foram conduzidas por duas investigadoras com experiências em investigação qualitativa e formação especializada em Enfermagem Comunitária. Eram conhecedoras do território, mas sem relações pessoais ou hierárquicas com os participantes, para garantir a neutralidade na facilitação. A equipa possuía experiência prévia em metodologias participativas, o que contribuiu para uma abordagem sensível e ética, minimizando potenciais vieses. A formação em Enfermagem Comunitária revelou-se particularmente relevante na facilitação dos grupos focais, na mediação com os parceiros comunitários e na condução do processo participativo de diagnóstico, articulado com a UCC. A fase PRECEDE foi conduzida em proximidade com a comunidade e os parceiros locais com recurso ao painel de *Delphi*, envolvendo 21 peritos. Este painel foi conduzido em duas rondas, com análise de conteúdo das respostas dos peritos sobre as áreas prioritárias de intervenção. Procedeu-se à sistematização da informação tematicamente, o que permitiu maximizar consensos sobre prioridades com base na frequência, convergência e relevância dos contributos.

O estudo respeitou os princípios éticos e legais, com o consentimento informado, a confidencialidade e a destruição posterior dos dados. O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde, conforme o Parecer n.º 19-2018 e seguiu as recomendações do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational*

*Studies in Epidemiology*) para a apresentação de estudos observacionais.

## Resultados

Foram identificados dados relevantes quer pela via quantitativa quer pela qualitativa do estudo. O estudo quantitativo envolveu uma amostra de 381 indivíduos de uma comunidade rural, com idades entre 15-90 anos ( $= 49,93 \pm 1,03$  anos), dos quais 43,8% (167) tinham idade entre 35-64 anos, 28,1% (107) entre 15-34 anos e 28,1% ( $n = 107$ ) tinham  $> = 65$  anos. Do total, 52,2% (199) eram do sexo feminino e 47,8% (182) do sexo masculino, sendo a maioria a viver em coresidência (92,4%). Quanto à escolaridade, 42,1% (159) apresentaram escolaridade até ao 1.º ciclo, 45,5% (172) tinham escolaridade média (2.º, 3.º ciclos e secundário) e 12,4% (47) escolaridade superior (desde o bacharelato). Relativamente à condição perante o trabalho, 50,7% (190) eram ativos e 49,3% (185) não ativos. Como resultados do HLS-EU-PT (Pedro et al., 2016), relativamente ao Índice Geral de LS, verificou-se que 81,1% dos participantes ( $n = 339$ ) apresentaram níveis inadequados/problemáticos de LS geral e 18,9% níveis *suficientes/excelentes*. Na dimensão Cuidados de Saúde, 75,5% ( $n = 322$ ) apresentaram LS *inadequada/problemática* e 24,5% *suficiente/excelente*. Na Prevenção da Doença, 79% ( $n = 290$ ) tinham LS *inadequada/problemática* e 21% *suficiente/excelente*. Na PS 84,8% ( $n = 323$ ) revelaram LS *inadequada/problemática* e 15,2% *suficiente/excelente*.

Quer no Índice Geral de LS quer nas diferentes dimensões (Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e PS) verificou-se maioritariamente um nível de LS inadequado/problemático, sendo esta situação particularmente acentuada na dimensão da PS.

Quanto à associação entre LS e os determinantes socio-demográficos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis estudadas, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1***Níveis de LS por variáveis sociodemográficas (n = 381)*

Variáveis	<i>Inadequado/Problemático</i> % (n)	<i>Suficiente/Excelente</i> % (n)	X <sup>2</sup>	gl	p
Grupo etário (n = 381)			17,554	2	< 0,001
15-34 anos (107)	33,0 (n = 35)	67,0 (n = 72)			
35-64 anos (167)	37,7 (n = 63)	62,3 (n = 104)			
> = 65 anos (107)	60,4 (n = 65)	39,6 (n = 42)			
Sexo (n = 381)			4,423	1	0,035
Masculino (182)	37,0 (n = 67)	63,0 (n = 115)			
Feminino (199)	48,3 (n = 96)	51,7 (n = 103)			
Escolaridade (n = 378)			11,863	2	0,003
Baixa (159)	52,8 (n = 84)	47,2 (n = 75)			
Média (172)	32,9 (n = 57)	67,1 (n = 115)			
Superior (47)	41,9 (n = 20)	58,1 (n = 27)			
Condição profissional (n = 375)			7,399	1	0,007
Ativo (190)	35,5 (n = 67)	64,5 (n = 123)			
Não ativo (185)	50,3 (n = 93)	49,7 (n = 92)			

*Nota.* % = Percentagem; n = amostra; X<sup>2</sup> = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; p = nível de significância; Baixa = 1.º ciclo do ensino básico; Média = 2.º ou 3.º ciclo do ensino básico ou ensino secundário; Superior = Ensino superior.

\*Os totais por variável podem ser inferiores a n = 381 devido a dados em falta nas respostas de escolaridade (n = 378) e condição profissional (n = 375), com nível de significância de p < 0.05.

Relativamente à idade, os grupos até aos 64 anos apresentaram maioritariamente níveis de LS *suficientes/excelentes*, enquanto no grupo ≥ 65 anos, 60,4% apresentaram LS *inadequada/problemática*. Ambos os sexos apresentaram maioritariamente um nível *suficiente/excelente*. As mulheres apresentaram maior distribuição (48,3%) no nível de LS inadequado/problemático. No que se refere à escolaridade, os participantes com baixa escolaridade (até 1.º ciclo do Ensino Básico) apresentaram maior distribuição (52,8%) de LS *inadequada/problemática*, enquanto os grupos com escolaridade média e superior apresentaram níveis mais elevados de LS *suficiente/excelente* (67,1% e 58,1%, respetivamente). Na condição profissional, verificou-se que os participantes ativos apresentaram maior prevalência de LS *suficiente/excelente* (64,5%), enquanto os não ativos predominam nos níveis inadequados/problemáticos (50,3%). Em todas as variáveis (idade, sexo, escolaridade e condição profissional), as associações com os níveis de LS mostraram diferenças estatisticamente significativas. Os dados emergentes da investigação qualitativa foram organizados em cinco diagnósticos, conforme a dimensão PRECEDE. Em cada dimensão foram identificadas categorias temáticas com base na análise dos discursos dos participantes nos grupos focais. O diagnóstico social revelou temas como a dificuldade no acesso à informação sobre saúde (ex.: como agir em situações de emergência), baixa adesão a práticas de saúde; e, a persistência de mitos e crenças culturais. As doenças crónicas, como tumores malignos, AVC e doenças respiratórias associaram-se a comportamentos como o consumo excessivo de álcool, a

alimentação inadequada e ao sedentarismo. O isolamento social e a vulnerabilidades dos idosos, especialmente com doenças psicocognitivas surgiram como aspetos recorrentes. Também foram identificadas condições habitacionais adversas, saneamento incompleto, desigualdades socioeconómicas, o desemprego elevado e falta de redes de apoio como fatores críticos. A acessibilidade limitada e a sobrecarga das famílias cuidadoras foram associadas à ausência de políticas locais eficazes para a PS e envolvimento comunitário. O diagnóstico epidemiológico destacou temas como as doenças cardiovasculares, tumores malignos e doenças respiratórias, associadas a determinantes como o envelhecimento, o consumo excessivo de álcool e estilos de vida pouco saudáveis. O envelhecimento surgiu como fator transversal, que agrava a dependência de idosos e a sobrecarga dos cuidadores. O consumo de álcool foi considerado problemático, com impacto na mortalidade. Este panorama exige uma abordagem integrada e multisetorial que trate não apenas os sintomas, mas também as causas sociais e comportamentais subjacentes. No diagnóstico comportamental e ambiental emergiram comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool, a baixa adesão à vacinação e crenças erradas sobre saúde. Fatores ambientais como a exposição a fumos de queimadas, falta de infraestruturas, saneamento inadequado e redes viárias, foram referidos como determinantes no agravamento das condições de saúde, assim como o fácil acesso a produtos prejudiciais próximo das escolas como reflexo de legislação insuficiente. O diagnóstico educacional e organizacional evidenciou fatores predis-

ponentes como os baixos níveis de escolaridade, o analfabetismo e os mitos culturais, que dificultam a mudança de comportamentos saudáveis. A participação reduzida em programas de educação para a saúde, especialmente entre idosos e populações vulneráveis, refletiu fatores de reforço ausentes ou fracos, como a falta de motivação ou apoio social para adesão a comportamentos saudáveis. Fatores dificultadores como a escassez de infraestruturas adequadas, a falta de programas adaptados à comunidade e a subutilização de recursos locais, foram também referenciados. Alguns participantes reconheceram fatores facilitadores potenciais a maximizar, como redes locais existentes e a disponibilidade de profissionais de saúde. No diagnóstico político e administrativo destaca-se a fraca implementação de políticas locais, regulamentações inadequadas e iniciativas fragmentadas. As limitações administrativas, como centralização excessiva e financiamento insuficiente, foram considerados obstáculos estruturais à gestão de recursos, mas foi identificada a existência de estruturas políticas suscetíveis de mobilização em prol da PS e articulação interinstitucional mais efetiva. Com base nestes diagnósticos, foram definidas como áreas prioritárias para a intervenção participada: a acessibilidade à informação, o reforço da capacitação digital e a articulação entre serviços de saúde e estruturas locais. Estas prioridades foram sustentadas em critérios de urgência, impacto, viabilidade e recursos disponíveis, em articulação com o painel *Delphi*, o grupo comunitário e a UCC. O plano de intervenção será desenhado para responder às necessidades identificadas, para promover a LS e melhorar a qualidade de vida da comunidade.

## Discussão

O estudo utilizou uma metodologia mista, alinhada ao modelo PRECEDE-PROCEED, que facilitou uma análise participativa, desde o diagnóstico das necessidades à priorização das intervenções, no sentido de promover mudanças sustentáveis em contextos complexos (Kim & Utz, 2018; Laverack, 2006). A abordagem exploratória-descritiva permitiu uma visão abrangente dos níveis de LS e seus determinantes (Sørensen, 2023). A triangulação metodológica, que envolveu o HLS-EU-PT e grupos focais, assegurou a validade e fiabilidade (Nunes et al., 2014; Sørensen, 2023), uma estratégia eficaz em estudos de saúde pública (Hawe, Degeling, & Hall, 1990). Os resultados quantitativos apontam elevados níveis de LS *inadequada/problemática*, sobretudo na PS, valores superiores aos reportados nacionalmente (Arriaga et al., 2023). A baixa LS está associada a menor orientação no sistema de saúde e maior risco de comportamentos adversos, sendo imperativo o investimento em LS para melhorar a qualidade de vida e a eficiência dos serviços de saúde (Arriaga et al., 2023; Nunes et al., 2014). Grupos vulneráveis, como os idosos, os indivíduos com baixa escolaridade e não ativos profissionalmente, apresentaram os piores níveis de LS, à semelhança de estudos prévios (Arriaga et al., 2023; Espanha et al., 2016; Kim & Utz, 2018). A elevada proporção de indivíduos com baixa escolaridade

reflete a vulnerabilidade dos idosos, uma característica comum em áreas rurais (Alves et al., 2019; Espanha et al., 2016; MacLeod et al., 2017). Estes resultados corroboram estudos realizados em contextos rurais europeus que, com abordagens participativas, identificam como prioridades a proximidade aos serviços de saúde, a acessibilidade à informação e o papel das redes comunitárias no reforço da LS (Alves et al., 2019; MacLeod et al., 2017). Tais achados sustentam o uso do modelo PRECEDE como estrutura diagnóstica em contextos vulneráveis e reforçam o potencial da investigação qualitativa para captar fatores críticos não detetáveis em estudos exclusivamente quantitativos.

O envolvimento de facilitadores locais e o uso de métodos mistos revelaram-se eficazes na promoção da confiança, da adesão e na identificação de prioridades nos termos e sentidos da própria comunidade. Os determinantes ambientais, como o saneamento inadequado e a exposição à poluição aumentam os riscos de doenças respiratórias e cardiovasculares, destacados pela OMS (Prüss-Üstün, Wolf, Corvalán, Bos, & Neira, 2016) e corroborados pelos grupos focais. A aplicação do modelo PRECEDE-PROCEED permitiu identificar áreas prioritárias de intervenção em diferentes domínios, assim como a abordagem participativa, se mostrou essencial para mitigar mitos, crenças erradas e comportamentos desajustados, em consonância com estratégias recomendadas por organismos nacionais e internacionais (Arriaga et al., 2023; Marmot & Wilkinson, 2003). O método *Delphi* foi eficaz na priorização colaborativa das intervenções, o que contribuiu para a coesão entre os atores comunitários (Freire, 2018; Laverack, 2006). Os resultados destacam a necessidade de estratégias intersectoriais que abordem os determinantes sociais e ambientais da saúde. Políticas públicas devem promover a LS (Nutbeam, 2000) como ferramenta para a equidade em saúde, alinhada com os ODS (UN, 2023) e o Plano Nacional de Saúde (Arriaga et al., 2023; DGS, 2022). Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária têm um papel central na implementação de programas participativos que visem a capacitação de grupos e comunidades, conforme enquadramento regulatório das suas competências (República Portuguesa, 2018). Este estudo acrescenta evidência prática sobre a aplicabilidade do modelo PRECEDE em comunidades rurais, com articulação entre abordagens mistas, promotoras de diagnósticos sustentados na percepção da população. Apesar de fornecer *insights* significativos, o estudo apresenta limitações metodológicas, como a amostragem por conveniência e o foco numa única comunidade que restringe a generalização dos resultados. A categorização da variável Condição profissional como dicotómica (*ativo/não ativo*) implicou a inclusão dos participantes entre os 15 e os 17 anos na categoria “não ativos”, de forma a viabilizar a análise estatística por testes de associação. Embora este critério tenha seguido uma lógica estatística, reconhece-se que poderá introduzir limitações interpretativas, dado que estes participantes, ainda a frequentar o ensino obrigatório, apresentam perfis funcionais e de escolaridade distintos dos restantes *não ativos*. A análise separada entre idade e escolaridade não

permite captar a sua interdependência estrutural, o que poderá ter influenciado parte das associações encontradas. Estudos futuros poderiam incluir amostras probabilísticas e múltiplas comunidades, bem como adotar abordagens longitudinais. Recomenda-se aplicar o modelo PRECEDE-PROCEED noutros contextos comunitários para avaliar a replicabilidade das estratégias propostas. Embora não se trate de uma amostra representativa, a abordagem participativa e a estrutura metodológica descrita podem servir como guia para intervenções semelhantes em territórios vulneráveis com dinâmicas comparáveis.

## Conclusão

Os resultados deste estudo revelam níveis baixos de literacia em saúde (LS) na comunidade rural analisada, associados a vários fatores sociodemográficos. A análise qualitativa, através dos grupos focais, permitiu identificar fatores predisponentes, de reforço e facilitadores. O painel Delphi validou como áreas prioritárias de intervenção a acessibilidade à informação, o reforço da capacitação digital e a articulação entre serviços de saúde e estruturas locais. Os dados quantitativos e qualitativos convergiram para responder às questões de investigação e apoiar estratégias contextualizadas. Este trabalho reforça a utilidade do modelo PRECEDE em contextos rurais e evidencia o papel da Enfermagem Comunitária na análise participativa e na mediação com a comunidade. Estes resultados servem de base para o desenvolvimento de ações futuras com a comunidade e os métodos utilizados poderão ser adaptados e replicados noutros contextos rurais com características semelhantes.

## Tese/Dissertação

Este artigo deriva da dissertação intitulada “Parcerias comunitárias: desenvolvimento e validação da efetividade de uma intervenção clínica em Enfermagem”, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, em 2024.

## Agradecimentos

Aos parceiros envolvidos e à comunidade pela colaboração e apoio essenciais à realização deste estudo.

## Contribuição de autores

Conceptualização: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C.

Tratamento de dados: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C.

Análise formal: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L.

Investigação: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C.

Metodologia: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C.

Administração do projeto: Alves, O. M.

Recursos: Alves, O. M.

Software: Alves, O. M.

Supervisão: Alves, O. M., Morais, C., Melo, P. M.

Validação: Alves, O. M., Morais, C., Melo, P. M.

Visualização: Alves, O. M., Morais, C., Melo, P. M.

Redação - rascunho original: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C.

Redação - análise e edição: Alves, O. M., Rufo, S., Vilela, B., Soares, L., Morais, C., Melo, P. M.

## Referências bibliográficas

- Alves, O. M., Morais, M. C., Barreiras, C. C., Cruz, M. J., & Lima, A. M. (2019). Health literacy: The reality of a community in Alto Minho. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3), 157-163. <http://hdl.handle.net/10362/112897>
- Araújo, M. H., Daher, D. V., Brito, I. S., Teixeira, E. R., Morais, C. H., Pinto, A. A., Almeida, L. B., & Fecury, A. A. (2023). Modelo PRECEDE-PROCEED como ferramenta para a construção e avaliação de intervenções em saúde do trabalhador: Estudo metodológico. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(11), 26105-26123. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-079>
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., Freitas, G., Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde & Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030: Plano estratégico*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>
- Arriaga, M. T., dos Santos, B., Costa, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021: Portugal. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030 saúde sustentável: De tod@s para tod@s*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Enriquez, M., Remy, L. M., & O'Connor, J. J. (2018). CBPR and nursing: Are you ready? *Western Journal of Nursing Research*, 40(9), 1275-127. <https://doi.org/10.1177/0193945918780701>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Relatório síntese-literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-emsau-eme-portugal>
- Freire, P. P. (2018). *Pedagogia do oprimido*. Edições Afrontamento.
- Gielen, A. C., Ottoson, J., Green, L., & Kreuter, M. (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation: Creating behavioral, environmental, and policy change*. Johns Hopkins University Press.
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: A health worker's guide*. MacLennan & Petty Pty.
- Kim, S. H., & Utz, S. (2018). Association of health literacy with health information-seeking preference in older people: A correlational, descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 355-360. <https://doi.org/10.1111/nhs.12413>
- Laverack, G. (2006). Using a 'domains' approach to build community empowerment. *Community Development Journal*, 41(1), 4-12. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi038>
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., Bhattarai, G. R., Hawkins, K., & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003>
- Madeira, T. F. (2016). *Literacia para a saúde: O perfil de um conceito em construção* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/5211>



- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2<sup>nd</sup> ed.). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5d15a937-5558-4f72-8fbd-90381d6f8528/content>
- Melo, P., & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare*, 7(2), 76. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., & Paixão, E. (2014). Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Atencion Primaria*, 46(1), 12-13. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656714700691>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Prüss-Üstün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., & Neira, M. (2016). *Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/adec0e78-3ef0-4b12-95e6-7dd8a97db110/content>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: IIª série, nº 135*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-11>
- Wright, M. T. (2015). What is participatory health research? A position paper of the International Collaboration for Participatory Health Research. *European Journal of Public Health*, 25(Suppl. 3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv167.066>