

**Comportamentos de Procura de Saúde no Âmbito da Detecção
Precoce da Doença Oncológica em Docentes e Não Docentes
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Relatório de Estágio

Nuno Miguel Cunha Lopes Teixeira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública

COMPORTAMENTOS DE PROCURA DE SAÚDE NO ÂMBITO DA
DETEÇÃO PRECOCE DA DOENÇA ONCOLÓGICA EM DOCENTES E
NÃO DOCENTES - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

TEACHERS AND NON-TEACHING STAFF HEALTH-SEEKING
BEHAVIORS IN THE CONTEXT OF EARLY DETECTION OF
ONCOLOGICAL DISEASE - PROJECT FOR THE DEVELOPMENT OF
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY NURSING IN THE
SUBJECT OF COMMUNITY HEALTH NURSING AND PUBLIC HEALTH

Estágio profissional de natureza profissional orientado pela Professora
Doutora Manuela Teixeira e coorientado pela Professora Doutora Ana
Paula Cantante

Nuno Miguel Cunha Lopes Teixeira

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

O trabalho aqui apresentado termina um momento especialmente desafiante. Foram várias as pessoas que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento. Sem elas o caminho percorrido certamente não teria sido o mesmo.

Quero deixar o meu agradecimento a todos os professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e às Enfermeiras orientadoras que ao longo do curso contribuíram profundamente para o meu desenvolvimento de competências e permitiram melhorar a minha capacidade de prestar cuidados à comunidade.

Um agradecimento especial às Professoras Doutoras Manuela Teixeira e Ana Paula Cantante pela presença, apoio, motivação, ânimo, orientação e conhecimento ao longo destes tempos. Certamente sem elas não teria sido possível levar este trabalho a bom porto.

À Professora Doutora Rosa Maria Alves, pela disponibilidade, apoio e pelos momentos de reflexão proporcionados.

Ao Professor Carlos Pinto pelo apoio, orientação, motivação, confiança, experiência e sobretudo boa disposição que tornou tudo mais fácil, mesmo quando parecia que não seria capaz de concretizar os meus objetivos.

Um agradecimento muito especial à Orlanda e Catarina Moreira por tudo o que juntos fomos capazes de construir, pela vossa amizade, apoio, companheirismo, resiliência, motivação, animação e partilha. Foram fundamentais e sem vocês isto não teria sido de todo possível. À Catarina Guimarães pelo apoio, motivação e entreaajuda constantes ao longo destes últimos dois anos.

E por fim, mas não menos importante, a ti Andreia por tudo o que fizeste por mim nestes últimos anos, pela força, resiliência, motivação, ajuda e apoio nos momentos difíceis e pela alegria e orgulho nos momentos mais fáceis. Não teria sido capaz sem ti!

A todos o meu muito obrigado!

ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento De Centros De Saúde

ACS - *American Cancer Society*

ARS - Administração Regional De Saúde

CPBG - *Committee on Practice Bulletins - Gynecolog*

DGS - Direção-Geral Da Saúde

ENLCC - Estratégia Nacional De Luta Contra O Cancro

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

HPV - Vírus Do Papiloma Humano

OCDE - Organização Para A Cooperação E Desenvolvimento Económico

OE - Ordem Dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial Da Saúde

PES - Promoção e Educação em Saúde

PLS - Plano Local De Saúde

PNDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNS - Plano Nacional De Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

SAPEA - *Science Advice For Policy By European Academies*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC- Unidade De Cuidados Na Comunidade

ULS - Unidades Locais de Saúde

USP - Unidade De Saúde Pública

USPSTF - *United States Preventive Services Task Force*

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Saúde Comunitária e de Saúde Pública foi realizado um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto. O estágio teve a duração de 510 horas divididas em partes iguais entre as duas unidades.

O presente relatório teve como objetivo descrever o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e a forma como foram desenvolvidas as competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

De modo a desenvolver as competências relativas ao Planeamento em Saúde, procedeu-se à elaboração e implementação de um projeto de intervenção na população de docentes e não docentes dos agrupamentos de escolas da área de abrangência das unidades funcionais referidas. O diagnóstico de situação decorreu entre março e abril de 2023 e partiu da implementação de um questionário de avaliação de necessidades relativamente à deteção precoce no âmbito da doença oncológica. De forma a dar resposta às necessidades identificadas procedeu-se à elaboração e implementação do projeto Detetar para Viver. As atividades desenvolvidas tiveram por base a educação para a saúde e o *marketing* social e para desenvolver alguns materiais foi constituída uma parceria com uma Escola Profissional. A implementação das atividades decorreu entre novembro de 2023 e janeiro de 2024 em três agrupamentos de escola e numa escola não agrupada. No total foram abrangidos pelo projeto 1053 indivíduos entre docentes e não docentes, totalizando 23 escolas.

A avaliação do impacto do projeto foi planeada para maio e junho de 2026, contudo procedeu-se à avaliação dos indicadores de monitorização das atividades. No global houve satisfação dos participantes com as atividades desenvolvidas, todavia alguns indicadores como a adesão não foram alcançados, evidenciando a necessidade de continuidade.

Outras atividades foram desenvolvidas com vista à aquisição de competências, nomeadamente vigilância epidemiológica, coordenação de programas e capacitação de grupos vulneráveis.

Acredita-se que o trabalho desenvolvido contribuiu para o desenvolvimento de todas as competências do enfermeiro especialista e o presente relatório constituiu um espaço importante de reflexão.

Palavras-Chave: Comportamento de Procura de Saúde; Saúde Comunitária; Enfermagem

ABSTRACT

A professional internship was carried out in a Public Health Unit and in one Community Care Unit of a Group of Health Centers in OPorto, within the scope of the Master's degree obtention of the master's degree in Community Nursing in the specific area of Community Health and Public Health. There were 510 hours dedicated to the internship, who were divided equally between the two units.

This report aims to describe the work developed throughout the internship and how common and specific competencies inherent to the Specialist Nurse in Community Nursing in the subject of Community Health Nursing and Public Health Nursing were developed.

In order to develop skills related to Health Planning, a project intervention was designed and implemented, targeting the population of teachers and non-teaching staff in the School Clusters within the catchment area of the functional units aforementioned. The situational diagnosis took place between March and April 2023, starting with the implementation of a needs assessment questionnaire regarding early detection of oncological diseases. In response to the identified needs, it was designed and implemented the *Detetar para viver* project. The activities developed were based on health education and social marketing. To create some materials, a partnership was formed with a Vocational School. The activities were implemented between November 2023 and January 2024 in three school clusters and one non-clustered school. In total, the project covered 1,053 people, including both teachers and non-teaching staff, across 23 schools.

The assessment of the project's impact was scheduled for May and June 2026, however, the activity monitoring indicators were assessed. Overall, participants were satisfied with the activities carried out, nevertheless, some indicators such as adherence were not achieved, highlighting the need for continuity.

Other activities were developed with the aim of acquiring skills, namely epidemiological surveillance, program coordination and empowerment of vulnerable groups.

It is believed that the work developed contributed to the development of all the specialist nurse's competencies, and this report constituted an important space for reflection.

Keywords: Health-seeking Behavior; Community health; Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	15
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	18
2.1. Diagnóstico da Situação	19
2.2. Determinação de Prioridades	35
2.3. Fixação de Objetivos.....	36
2.4. Seleção de Estratégias	42
2.5. Preparação Operacional Do Projeto Detetar Para Viver	50
2.6. Execução, Monitorização e Avaliação do Projeto Detetar para Viver	61
2.7. Outros Contributos para o Desenvolvimento de Competências.....	65
2.8. Análise reflexiva do desenvolvimento de competências.....	68
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	86
Anexo 1 - Cronograma de atividades do estágio de natureza profissional com relatório - módulo I	
Anexo 2 - Cronograma de atividades do estágio de natureza profissional com relatório - módulo II	
Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados	
Anexo 4 - Plano de Sessão da Atividade <i>World Café</i> “Por uma Melhor Saúde”	
Anexo 5 - Questionário de avaliação de satisfação da atividade <i>world café</i>	
Anexo 6 - Consentimento informado, livre e esclarecido para captação e difusão da imagem pessoal no âmbito do programa de intervenção “Educar com Saúde”	
Anexo 7 - Plano de Sessão da Atividade do Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”	

Anexo 8 - Manual do jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

Anexo 9 - Questionário de avaliação de satisfação da atividade “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

Anexo 10 - Cronograma de atividades do Projeto Detetar para Viver

Anexo 11 - Orçamento Previsto para o Projeto por ano letivo

Anexo 12 - Exemplo de cartaz produzido no âmbito da atividade 2

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Média, desvio padrão, mediana e moda da Idade dos docentes e não docentes	28
TABELA 2: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por habilitações literárias.	29
TABELA 3: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por local de residência	30
TABELA 4: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo feminino, entre os 50 e os 69 anos por realização do rastreio ao cancro da mama, nos últimos dois anos.....	30
TABELA 5: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população no sexo feminino, entre os 25 e os 60 anos por realização do rastreio ao cancro do colo do útero, nos últimos cinco anos.	31
TABELA 6: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população, entre os 50 e os 74 anos por realização do rastreio ao cancro do cólon e reto, nos últimos dois anos.	32
TABELA 7: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo feminino, por realização do autoexame da mama mensalmente.	32
TABELA 8: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo masculino, por realização do autoexame do testículo mensalmente.	33
TABELA 9: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por realização de consulta de enfermagem, no último ano.	33
TABELA 10: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por importância que atribui à vigilância da saúde.	34
TABELA 11: Fixação das metas e indicadores de resultado do projeto de intervenção	40
TABELA 12: Análise de obstáculos e estratégias de minimização associadas.....	49
TABELA 13: Atividade 1: world café “Por uma Melhor Saúde”	53
TABELA 14: Atividade 2: Cartazes	55
TABELA 15: Atividade 3: Vídeos	56
TABELA 16: Atividade 4: Website	58
TABELA 17: Atividade 5: Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”	59

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Número de indivíduos por faixa etária.	28
FIGURA 2: Indicadores do rastreio do cancro da mama em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada	38
FIGURA 3: Indicadores do rastreio do cancro do colo do útero em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada	38
FIGURA 4: Indicadores do rastreio do cancro do cólon e reto em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada.	39
FIGURA 5: Logótipo do projeto Detetar para Viver	51
FIGURA 6: Logótipo do programa Educar com Saúde	52

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem levado a mudanças no perfil epidemiológico português. As doenças crónicas são cada vez mais prevalentes em Portugal, levando à perda de anos de vida saudável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Os determinantes comportamentais estão entre as principais causas desta problemática, sendo urgente o desenvolvimento de respostas adequadas com foco na promoção da saúde e prevenção da doença (DGS, 2021; Regulamento n.º 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública agrega conhecimentos sobre as necessidades e problemas das comunidades e concentra o seu cuidado em comunidades e populações vulneráveis (Rector, 2018). Aos enfermeiros especialistas desta área são-lhes reconhecidas competências relacionadas com a avaliação de uma comunidade e o seu processo de capacitação; a integração e coordenação de programas de saúde; e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, procurando alcançar os objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde (PNS) (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

No decurso do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi realizado um estágio de natureza profissional. Este decorreu num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região do Grande Porto em dois módulos distintos. O primeiro realizou-se entre sete de fevereiro e 19 de maio de 2023 e o segundo entre 26 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. O número de horas nos dois módulos correspondeu às 510 horas de estágio previstas e às quais se somaram 25 horas de seminários no módulo I e 50 horas de orientação tutorial no módulo II. As 510 horas de estágio foram realizadas na Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACeS.

O estágio de natureza profissional tem por objetivo desenvolver todas as competências específicas e comuns associadas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente a construção de um projeto relevante e aplicável a um grupo prioritário. Ainda objetiva a conceção, a gestão e supervisão de cuidados nesta área, a incorporação na prática clínica da melhor evidência científica, a integração nos espaços de exercício profissional especializado e concorrer para a consolidação e consciência profissional a este enfermeiro especialista.

Este estágio tem ainda como propósito o desenvolvimento da capacidade de análise e interpretação de dados relativamente à vigilância epidemiológica, dos fatores que influenciam a saúde das populações e a capacidade de desenvolver estratégias inovadoras e eficazes na minimização desses fatores. Espera-se ainda que as competências profissionais desenvolvidas ao longo deste estágio contribuam para uma prática profissional direcionada à sustentabilidade organizacional, ambiental e financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Do ponto de vista pessoal, espera-se que o estágio consista num momento propício à aprendizagem sobre o papel desempenhado pelas unidades funcionais na melhoria da saúde da população, as dinâmicas internas da USP e UCC, a relação entre enfermeiros especialistas de diferentes especialidades e com outras profissões na área da saúde. Pretende-se adquirir competências em áreas como a relação interpessoal, trabalho em equipa e, ainda, contribuir para o desenvolvimento de características pessoais como resiliência, gestão de emoções, motivação e liderança.

Pretende-se com o presente relatório descrever todas as análises, decisões, atividades e reflexões que concorrem para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Neste sentido, o relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta o contexto clínico onde decorreu o estágio, nomeadamente as funções e constituição das unidades funcionais e o Plano Local de Saúde (PLS) do ACeS, com os principais problemas e os determinantes prioritários de intervenção. No segundo capítulo é exposto o trabalho desenvolvido no âmbito das competências desta área de especialidade, que contém as atividades desenvolvidas no âmbito do planeamento em saúde, nomeadamente o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, execução e avaliação do projeto. Posteriormente, são apresentadas outras atividades que complementam a aquisição de competências.

O diagnóstico de situação e a determinação de prioridades foram desenvolvidas no âmbito do módulo I do estágio profissional. A temática escolhida para elaboração destas etapas foi a deteção precoce da doença oncológica na população de docentes e não docentes das escolas da área de abrangência do ACeS.

Em Portugal, os tumores malignos são a segunda principal causa de mortalidade e a principal causa de mortalidade prematura (DGS, 2021; PORDATA, 2023a). O impacto social desta doença é significativo. Em 2018, este problema de saúde foi responsável por 1 440 anos de vida perdidos por 100 000 indivíduos com menos de 75 anos. Em 2019, se somados os anos de vida perdidos e os anos vividos com incapacidade, esta doença totalizava 5 873 anos (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2023). Aliás, analisando as principais causas

de mortalidade em Portugal, o cancro é o principal motivo por anos de vida potencialmente perdidos (DGS, 2022b).

Segundo a OCDE, 5,4% (2 208 milhões de euros) das despesas com a saúde portuguesa são no âmbito dos cuidados oncológicos. Este valor inclui os custos relacionados com a perda de produtividade associada à morbilidade e morte prematura e, ainda, os custos com os cuidados informais realizados pelos familiares dos doentes. Em 2018, o seu custo per capita foi de 256 euros. Para além disso, entre 2017 e 2020 os custos com medicamentos oncológicos aumentou 55% ultrapassando os 44 milhões de euros (OCDE, 2023).

O tratamento do cancro tem um peso económico e social elevado, pelo que contribuir para a prevenção e deteção precoce desta doença é emergente num país com recursos escassos.

De forma a combater este problema de saúde pública, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO) tem vindo a desenvolver estratégias para implementar rastreios organizados de base populacional, tornando-os cada vez mais acessíveis a toda a população (DGS, 2022b).

Estima-se que os rastreios oncológicos sejam capazes de diminuir entre 20 e 80% da mortalidade entre alguns cancros (DGS, 2022b). Contudo e apesar da sua larga cobertura geográfica, as taxas de adesão entre a população elegível continuam relativamente baixas (DGS, 2023). Por isso, a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro (ENLCC) estabeleceu como prioritário o desenvolvimento de projetos que divulguem e sensibilizem a população sobre a importância dos rastreios, nomeadamente na diminuição da taxa de mortalidade (DGS, 2022b).

No módulo II do estágio profissional foram desenvolvidas as restantes etapas do planeamento em saúde de modo a dar resposta às necessidades identificadas relativamente à deteção precoce da doença oncológica, na população de docentes e não docentes. Na etapa da fixação de objetivos, procurou-se analisar a evolução nacional dos números e traçar objetivos para a população. Selecionaram-se as estratégias de educação para a saúde e *marketing* social para a intervenção na população e, de modo a aplicá-las utilizaram-se recursos como o *world* café, o jogo, *website*, cartazes e vídeos. Na preparação operacional foram planeadas todas atividades com a respetiva descrição e indicadores de monitorização. Na execução e avaliação do projeto procedeu-se à avaliação de alguns destes indicadores.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são mais amplas do que a utilização da metodologia do planeamento em saúde (OE, 2018). Por isso, foram desenvolvidas outras atividades no âmbito da capacitação de grupos e coordenação de programas de saúde, nomeadamente atividades relacionadas com a saúde escolar e com o estatuto do cuidador informal. Para além disto, foram desenvolvidas atividades no âmbito da vigilância em epidemiológica na população do ACeS e formação relativa ao Sistema Nacional de Vigilância

Epidemiológica (SINAVE). Foram também considerados os momentos que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns ao enfermeiro especialista.

De forma a proporcionar um momento de reflexão sobre o trabalho desenvolvido, o segundo capítulo finaliza com a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências. Neste subcapítulo, procurou-se apresentar os aspetos facilitadores e dificultadores, sugerindo outras soluções ou melhorias nas atividades desenvolvidas.

Para o módulo I e módulo II do estágio foram desenvolvidos dois cronogramas de modo a planear adequadamente as atividades a realizar em cada momento. Estes cronogramas podem ser consultados no anexo 1 e 2 respetivamente.

A utilização da evidência científica constitui uma competência comum ao enfermeiro especialista (OE, 2019). A sua utilização é fundamental para a tomada de decisões na prática clínica e, por isso, ao longo do relatório procurou-se encontrar a melhor evidência científica através do Agregador de Conteúdos da Biblioteca Virtual da ESEP. Para além disso, sempre que necessário à tomada de decisão, recorreu-se a documentos oficiais, bases de dados, legislação e relatórios nacionais e internacionais. As referências bibliográficas das fontes consultadas estão de acordo com as normas da *American Psychological Association* na sua 7ª edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O contacto com a comunidade permite o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O estágio decorreu numa UCC e na USP de um ACeS do Grande Porto (ESEP, 2021).

O Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros (2022) estabelece a estruturação e funcionamento dos ACeS, sendo estes constituídos por várias unidades funcionais e agrupam um ou mais centros de saúde. São considerados institutos públicos integrados na administração indireta do Estado e têm como missão a “prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 19). A prestação destes cuidados envolve “atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 19). Têm ainda a responsabilidade de desenvolver atividades no âmbito da vigilância epidemiológica, da investigação em saúde e contribuir para a formação profissional nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

As diferentes unidades funcionais que constituem um ACeS são as UCCs, a USP, a Unidade de Saúde Familiar, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Para além das unidades referidas, podem ainda fazer parte outras unidades ou serviços desde que propostas pelo diretor executivo (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

As USP são unidades funcionais que detêm autonomia funcional e técnica. São responsáveis pela vigilância epidemiológica, elaboração de informações e planos relacionados com a saúde pública, gestão de programas de intervenção dirigidos à prevenção, promoção e proteção da saúde da população geral ou de grupos específicos. São também responsáveis pelo exercício de autoridade de saúde, sendo constituídas, para além de outros profissionais, por “médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21).

Também as UCC são unidades funcionais com autonomia funcional e técnica. São unidades mais direcionadas para a intervenção domiciliária e comunitária, junto de famílias e grupos vulneráveis. Desenvolvem ações relacionadas com a “educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21). É através da UCC que o ACeS participa na “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, podendo incorporar a equipa coordenadora local e constituindo a equipa de cuidados continuados integrados” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21). São compostas por “médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais” (Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21), sendo que a coordenação é realizada por um enfermeiro especialista.

O ACeS onde decorreu o estágio é constituído por 15 unidades funcionais - nove Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Cuidados Saúde Personalizados, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, três UCC e uma USP. Abrange 123 551 utentes dos quais 46,4% (57 351) pertencem ao sexo masculino e 53,6% (66 200) pertencem ao sexo feminino. Em termos geográficos, o ACeS engloba três freguesias (SNS, 2023a). Este ACeS presta cuidados numa área geográfica de 17,85Km² (M. A. Moreira et al., 2022).

O diagnóstico de situação de saúde apresentado no PLS 2017-2020 do ACeS e ainda em vigor, identifica os principais problemas de saúde da população na área de abrangência do ACeS. São eles a morbilidade e mortalidade provocados pelo consumo de tabaco, pela doença cardíaca isquémica, pela doença cerebrovascular, pelas perturbações depressivas, pela tuberculose, pela hipertensão arterial, pelas alterações do metabolismo dos lípidos, pela infeção por vírus da imunodeficiência humana e pelo tumor maligno da mama.

A estes problemas, o PLS associa o acesso à saúde, a alimentação saudável e os comportamentos aditivos como determinantes de saúde prioritários de intervenção. No caso específico do problema da morbilidade por tumor maligno da mama, o plano identifica o acesso à saúde como determinante prioritário a intervir na resolução desta problemática (Figueiredo et al., 2018).

Relativamente às unidades funcionais onde decorreu o estágio, em termos de recursos humanos a USP é constituída por quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, quatro médicos de saúde pública, dois secretários clínicos, dois técnicos superiores de saúde e seis técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica na área da saúde ambiental (SNS, 2023c). A UCC presta cuidados a 25 456 utentes e é constituída por oito enfermeiros, dois médicos, um técnico superior de saúde de nutrição e dietética, um técnico superior de psicologia clínica, três técnicos superiores de serviço social e três técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (um higienista oral e dois fisioterapeutas) (SNS, 2023c, 2023b).

Na sua carteira de serviços a UCC apresenta diversos projetos relacionados com a saúde reprodutiva, saúde do idoso, saúde mental, saúde escolar, gestão da doença crónica e ainda os cuidados continuados integrados onde se incluem os cuidados paliativos e de reabilitação (Ministério da Saúde, 2023).

Fruto da reorganização do SNS estabelecida no Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023), os Centros Hospitalares e os ACeS foram agregados numa única entidade dando origem às Unidades Locais de Saúde (ULS). Esta reorganização decorreu em janeiro de 2024 e tem por objetivo:

“a obtenção de ganhos em saúde, pela proximidade das decisões, pelo incremento da autonomia, promovendo os cuidados de saúde primários como a base do sistema e reforçando os meios e os recursos necessários para a sua missão (. . .) reforço dos cuidados primários (. . .) resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde” (Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

A reorganização das instituições não interferiu diretamente nas funções desempenhas pelas unidades funcionais onde decorreu o estágio.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública possui quatro competências específicas. Estas são a capacidade de proceder à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, através da utilização da metodologia do planeamento em saúde, a capacidade de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, a capacidade de coordenação de programas de saúde comunitárias alcançando os objetivos definidos no PNS e a capacidade de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica da comunidade (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Para a obtenção deste título é necessário o desenvolvimento de cada uma das competências referidas anteriormente, e, por isso, este capítulo apresenta todas as atividades realizadas que contribuíram para o desenvolvimento de cada uma delas.

A avaliação do estado de saúde de uma comunidade, através da metodologia do planeamento em saúde constitui uma competência complexa, sistemática, que envolve vários momentos de análise e tomada de decisão. Por este motivo, as atividades desenvolvidas no âmbito desta competência necessitaram de maior dedicação tempo. Como consequência, ser-lhe-á dado maior ênfase e pormenor ao longo do capítulo.

Como resultado da aplicação do planeamento em saúde construiu-se um projeto de intervenção. A aplicação deste projeto conduziu ao desenvolvimento das competências relacionadas com o processo de capacitação de grupos e comunidades. No entanto, também foram realizadas outras atividades no âmbito dos projetos da UCC e USP que contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

A realização de outras atividades permitiu o desenvolvimento de competências de coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário, na consecução dos objetivos do PNS e na cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Estas atividades estão apresentadas no penúltimo subcapítulo.

O planeamento em saúde consiste num processo contínuo de identificação de recursos ou de serviços necessários para alcançar determinados objetivos, estabelecidos segundo uma ordem de prioridade. Este processo permite a seleção de soluções entre as várias alternativas viáveis e procura alcançar a melhoria do estado de saúde das populações, através da promoção de

saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação; incutindo mudanças no comportamento das populações através de um processo de ensino-aprendizagem (Tavares, 1992).

O planeamento em saúde apresenta sete etapas: o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional, execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992). Estas etapas estão incluídas nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

2.1. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação consiste na primeira etapa do Planeamento em Saúde e tem como objetivo a identificação das necessidades em saúde de uma determinada população. Estas necessidades correspondem à diferença entre o estado de saúde atual e aquele que se pretende atingir, para resolução ou minimização de um problema de saúde identificado (Tavares, 1992).

O diagnóstico da situação é uma unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Nesta etapa, o enfermeiro especialista avalia o estado de saúde de uma comunidade através da identificação dos determinantes dos problemas, das necessidades em saúde e da rede de causalidade entre eles (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Como referido anteriormente o PLS identifica as áreas prioritárias de atuação. Este documento destaca os problemas relacionados com morbilidade e mortalidade provocados pelo consumo de tabaco, pela doença cardíaca isquémica, pela doença cerebrovascular, pela hipertensão arterial, pelas alterações do metabolismo dos lípidos, mas também pela morbilidade e mortalidade pelo tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão e pelo tumor maligno da mama (Figueiredo et al., 2018).

De facto, analisando os dados nacionais e locais verifica-se que na região norte e na área metropolitana do Porto, em 2021, os tumores malignos figuraram entre as principais causas de mortalidade com 23,6% e 24,8% respetivamente, sendo superior ao registado a nível nacional (22,1%) (PORDATA, 2023b). Se considerarmos a cidade do Porto, a taxa de mortalidade padronizada pela idade na população inferior a 75 anos (por 100 000 habitantes), é superior e estatisticamente significativa em relação ao continente. Nesta cidade, o cancro foi responsável

por cerca de 40 a 45% da mortalidade registada entre os 50 e os 74 anos, entre 2017 e 2019 (M. A. Moreira et al., 2022).

De entre os diferentes tumores malignos, o tumor do pulmão, mama, cólon e reto e fígado são dos mais incidentes os principais na estatística da mortalidade (Global Cancer Observatory, 2022a, 2022c). A nível nacional, os tumores mais incidentes são do cólon e reto (15,2%), da mama (12,9%), da próstata (10,8%) e pulmão (8,8%), sendo o pulmão (15%) e do cólon e reto (14,2%) os principais responsáveis pela mortalidade (Global Cancer Observatory, 2022b, 2022d). Esta estatística advém de vários fatores que influenciam o estado de saúde de um indivíduo conhecidos como determinantes de saúde.

Os determinantes de saúde concorrem para o aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de determinada doença. Podem classificar-se como ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2021). Ações que procurem modificar alguns destes determinantes de saúde, contribuindo para a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças, são encaradas como prevenção primária (Rector, 2018).

No caso das doenças oncológicas, a prevenção primária relaciona-se com as ações que procuram influenciar os determinantes de saúde que englobam o peso corporal, a alimentação, a prática de exercício físico, os consumos de álcool e de tabaco e as infeções por determinados vírus e bactérias. Agir sobre estes fatores é identificado na literatura como fundamental para a prevenção do cancro (Croswell et al., 2018; DGS, 2021; DGS, 2022b; OCDE, 2023).

Entre as formas de prevenção secundária do cancro estão a identificação de sinais e sintomas significativos e os rastreios oncológicos, que procuram identificar precocemente a doença, numa fase em que os tratamentos e a recuperação são mais fáceis e eficazes (Croswell et al., 2018; DGS, 2022b; Rector, 2018). Cancros como o da mama ou do testículo são frequentemente detetados pelos próprios doentes. (Öztürk et al., 2015; Roth et al., 2011; Thind et al., 2009). A *American Cancer Society* (ACS) realça a importância dos rastreios oncológicos e incentiva a sua realização pelo público em geral (ACS, 2023).

O PLS identifica o acesso à saúde como um determinante prioritário na resolução desta problemática. Da mesma forma, o PNS identifica as dificuldades de acesso ao sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde como concorrentes para o aumento da incidência e da prevalência das doenças neoplásicas, visto que condicionam o acesso ao diagnóstico precoce e aos tratamentos. A pandemia por COVID-19 teve início nos primeiros meses de 2020 e terminou oficialmente em maio de 2023 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2023). É sabido que esta emergência de saúde pública resultou numa diminuição da cobertura universal de cuidados de saúde e numa diminuição do acesso à prestação de cuidados na doença. No caso específico das doenças oncológicas, o PNS 2021-2030 identifica a necessidade de recuperar

e/ou melhorar o acesso à detecção precoce das neoplasias e recuperar e/ou melhorar o acesso aos rastreios oncológicos (DGS, 2021; Figueiredo et al., 2018).

Tendo em consideração o contexto apresentado, no início do estágio em fevereiro de 2023, determinou-se que a área a desenvolver no projeto de intervenção estaria relacionado com a doença oncológica.

A população selecionada para a realização do diagnóstico de situação foram os docentes e não docentes de quatro agrupamentos de escolas e de uma escola não agrupada da área de abrangência do ACEs, totalizando 26 escolas públicas. Em termos quantitativos corresponde a 886 docentes e 360 não docentes.

O termo docente está relacionado como o papel de ensinar e com a profissão de professor (Porto Editora, n.d.-a). Nestes agrupamentos, a população de docentes corresponde a todos os professores que lecionam aos alunos do ensino pré-escolar, ensino básico e secundário. Já a população de não docentes corresponde ao conjunto de trabalhadores que contribuem para apoiar a organização e o funcionamento das escolas e para a gestão da atividade socioeducativa. Estes trabalhadores estão integrados em três carreiras: Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos, que desempenham funções relacionadas com a organização e funcionamento das escolas, e Técnicos Superiores, que desempenham funções relacionadas com a atividade socioeducativa. Este último grupo engloba profissões como os psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, entre outros (Conselho Nacional de Educação, 2022).

A referida população foi selecionada em reunião com as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária da USP e da UCC. Esta decisão teve em consideração quatro fatores:

- O desconhecimento sobre as necessidades em saúde desta população;
- A ausência de projetos que lhes sejam direcionados;
- A facilidade de acesso à população como resultado do estreito relacionamento entre USP/UCC e as Escolas na execução de projetos dirigidos aos alunos;
- As características da população.

Relativamente a este último fator, sabe-se que 55% dos docentes portugueses têm 50 ou mais anos de idade e é nestas faixas etárias que o peso dos tumores malignos é mais elevado (Conselho Nacional de Educação, 2022; DGS, 2021).

A ENLCC 2021-2030 apresenta como objetivos a redução da incidência das neoplasias potencialmente evitáveis, a melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes e o apoio à reinserção social e profissional dos sobreviventes e apoio aos cuidadores. A sua estratégia assenta em quatro pilares, no entanto para o diagnóstico de situação, salienta-se os pilares da prevenção e da detecção precoce. O primeiro centra os seus objetivos e estratégias

na redução do consumo de tabaco e álcool e a promoção de estilos de vida saudáveis; e o segundo envolve os rastreios oncológicos já implementados e o desenvolvimento de novos programas de rastreio (DGS, 2022b).

Para além da prevenção, a deteção precoce representa a melhor hipótese de vencer o cancro e salvar vidas. Aqui a estratégia não passa só pela ida ao médico se as pessoas detetarem sintomas anormais, mas também pela realização de rastreios oncológicos em grupos prioritários. Estes rastreios desempenham um papel importante no tratamento de cancros não diagnosticados ou de condições pré-malignas (Science Advice for Policy by European Academies [SAPEA], 2022).

Em Portugal, estão estabelecidos três programas de rastreios de base populacional: rastreio ao cancro da mama, colo do útero e cólon e reto. Estima-se que a adesão aos rastreios oncológicos contribui para a redução das taxas de mortalidade em 30% no cancro da mama, 80% no cancro de colo do útero e 20% do cancro do cólon e reto (DGS, 2022b).

Quanto ao rastreio do cancro da mama importa compreender que é gratuito e abrange todas as mulheres entre os 50 e os 69 anos. De dois em dois anos, as mulheres são convocadas para a realização de uma mamografia, exceto se houver história de uma mastectomia, diagnóstico prévio de cancro da mama, presença de próteses mamárias, existência de processos inflamatórios e situações de gravidez ou aleitamento. Salvaguarda-se que a idade de rastreio é apenas um indicador, sendo que pode ser iniciado mais cedo, caso seja visto como necessário pelo médico assistente (Despacho n.º 8254/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2017; DGS, 2022b).

A Liga Portuguesa contra o Cancro é a entidade responsável por realizar o rastreio à população elegível na região Norte. Para isso, a Administração Regional De Saúde (ARS) identifica a população elegível que, posteriormente, é convocada por carta para uma das unidades móveis ou fixas da Liga, onde o rastreio é realizado (DGS, 2022a).

Apesar do risco de falsos positivos e sobrediagnóstico entidades como a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), a ACS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam-na por estar associada à diminuição da mortalidade (Oeffinger et al., 2015; OMS, 2014; Siu, 2016). Numa análise realizada em 130 países incluindo Portugal, Molassiotis et al. (2021) verificaram que a disponibilidade do rastreio por mamografia reduziu a mortalidade em 4,16 vezes quando comparado com outras formas de rastreio [-6,76 a -1,55; IC95%].

O rastreio do cancro do colo do útero consiste na colheita de exsudado cervico-vaginal, que pode ser submetido a dois testes primários: a deteção de ADN do Vírus Do Papiloma Humano (HPV) e o teste de citologia cervical (também conhecido como teste de Papanicolau). O teste ao HPV tem como objetivo identificar os serotipos considerados de alto risco. Já a citologia cervical procura analisar as células dos tecidos do colo do útero e detetar lesões com

importância clínica como lesões pré-malignas (Croswell et al., 2018; Curry et al., 2018; OMS, 2021).

Até 2020, Portugal procurou a uniformização do programa de rastreio estabelecendo a pesquisa de ADN do HPV como teste primário. Este rastreio é gratuito, tem como alvo a população feminina entre os 25 e os 60 anos de idade e deve ser realizado de cinco em cinco anos. (DGS, 2022a)

Há critérios de exclusão para realização deste rastreio, sendo eles história de histerectomia total, o diagnóstico de cancro do colo do útero ou a presença de sinais ou sintomas ginecológicos significativos (Despacho n.º 8254/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2017). As ARS têm a responsabilidade de identificar a população elegível que posteriormente será convidada.

Nos Estados Unidos, desde a implementação do rastreio, a taxa de mortalidade diminuiu significativamente entre 2000 e 2015 (Curry et al., 2018). Já na Europa, Jansen et al., (2020), numa revisão sistemática, constataram que o rastreio ao cancro do colo do útero reduziu a mortalidade entre 41% e 92%.

O rastreio do cancro do cólon e reto consiste na realização de um teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, utilizando o método *Fecal Immunochemical Test* (DGS, 2022a). Este teste apresenta amplo consenso internacional e permite detetar lesões pré-malignas, como, por exemplo, pólipos grandes e identificar precocemente a presença de cancro no tecido intestinal. Esta versatilidade apresenta como impacto a redução da incidência e da mortalidade por cancro do cólon e reto (Bacchus et al., 2016; DGS, 2022a).

É dirigido a toda a população portuguesa assintomática com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos e deve ser realizado de dois em dois anos. Existem critérios de exclusão definidos, nomeadamente o diagnóstico de cancro do cólon e reto, de doença inflamatória intestinal, a existência de queixas gastrointestinais nos últimos seis meses, a evidência de hemorragia digestiva e a realização de colonoscopia normal nos últimos 10 anos ou de retossigmoidoscopia normal nos últimos 5 anos (Despacho n.º 8254/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2017).

A abrangência do rastreio está em linha com as recomendações da ACS e do Conselho da União Europeia (Conselho da União Europeia, 2022; Wolf et al., 2018). A responsabilidade pela identificação da população elegível é da ARS e está adjacente a diferentes etapas, nomeadamente, sensibilizar, por carta remetida ao domicílio, a população elegível a participar; remeter o kit de recolha de material biológico (fezes) ao domicílio da população que não manifestou indisponibilidade em participar; recolha do material biológico: cada indivíduo que recebeu o kit procede à recolha das fezes conforme as indicações recebidas; envio do material biológico, pelos indivíduos, para ser analisado nos laboratórios de saúde pública de cada ARS.

Quando o resultado do rastreio é positivo, os indivíduos são convocados para realizar uma colonoscopia (DGS, 2022a). Em comparação com os rastreios anteriores, o rastreio do cólon e reto requer maior envolvimento do indivíduo, visto que grande parte do procedimento necessita de ser executado pela pessoa.

Estudos reforçam a importância que este rastreio representa na diminuição de taxas de incidências e de mortalidade. Um estudo realizado em Itália comparou duas coortes, uma onde não eram realizados testes de rastreio e outra com realização de rastreio. A adesão ao rastreio foi de 64% e o grupo sujeito ao rastreio apresentou uma diminuição de 36% na taxa de mortalidade, quando comparado com o grupo de controlo (Rossi et al., 2015). Em países como a República Checa e Bélgica, verificou-se uma diminuição significativa da incidência e da mortalidade por cancro do cólon e reto após o início dos programas organizados de rastreio. Aliás, em países com longo historial de rastreio e com adesão de mais de metade da população elegível, verifica-se uma diminuição das taxas de incidência ao longo do tempo (Cardoso et al., 2021).

Os rastreios não são a única forma de detetar precocemente o cancro, alguns cancros são detetados pelos próprios doentes. Por isso, a autovigilância de sinais e sintomas no corpo pode contribuir para a deteção precoce de alguns cancros (Öztürk et al., 2015; Roth et al., 2011; Thind et al., 2009).

Relativamente à autovigilância da mama é necessário salientar as diferenças com o autoexame. O autoexame é uma forma de detetar precocemente o cancro e consiste numa sequência de toques realizados na mama pela própria mulher com o objetivo de identificar precocemente alterações anormais. Deve ser realizado uma semana após o período menstrual (Allen & Brannagan, 2022; Committee on Practice Bulletins - Gynecology [CPBG] et al., 2017; Scholten, 2018).

Apesar de em tempos ter sido recomendado, as orientações atuais relativamente ao autoexame da mama vão no sentido da sua não recomendação. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas considera que este exame aumenta os falsos-positivos e sujeita a mulher à realização de exames complementares desnecessários (CPBG et al., 2017). Não foram encontrados estudos em Portugal relativamente ao impacto do autoexame da mama na deteção precoce do cancro. Contudo, Santos (2013), num artigo de revisão, concluiu que, atendendo aos meios tecnológicos de rastreio existentes em Portugal, a difusão na população portuguesa do autoexame da mama trará mais malefícios do que benefícios.

Ao invés do autoexame, a autoconsciência da mama apresenta um peso significativo na deteção do cancro. Thind et al., (2009) verificaram que 64% (507) das mulheres detetaram o cancro por elas próprias, sendo que apenas 36% (287) detetou em mamografias. No mesmo sentido, Roth et al., (2011) constataram que 43% (154) detetaram o próprio cancro da mama. Posto isto, na

autoconsciência da mama, as mulheres devem estar alertas para sinais e sintomas de cancro da mama como dor, nódulos, aparecimento de secreção mamilar ou vermelhidão (CPBG et al., 2017). Atividades de autovigilância permitem que a mulher detenha autoconsciência sobre a forma e sensação normal das mamas ficando mais vigilante relativamente aos sinais e sintomas referidos.

Em Portugal, o Instituto Português de Oncologia do Porto e o Centro Hospitalar Universitário do Porto, que constituem o Centro de Referência do Cancro do Testículo, têm procurado educar a população masculina para a realização do autoexame do testículo (Aces Porto Ocidental, n.d.; Centro Hospitalar Universitário de Santo António, n.d.).

O autoexame do testículo é um teste realizado pelos próprios indivíduos para procurar alterações significativas nos testículos e, após a puberdade, deve ser realizado uma vez por mês (Aces Porto Ocidental, n.d.).

A USPSTF, (2011) não recomenda a realização do autoexame do testículo, dada a evidência inadequada, o potencial risco de falsos-positivos, a baixa incidência e a alta taxa de efetividade no tratamento deste cancro. Contudo, reconhece que a maioria dos cancros do testículo são identificados acidentalmente pelos próprios (USPSTF, 2011). A ACS não apresenta uma recomendação relativamente a este autoexame pela inexistência de estudos sobre o impacto na taxa de mortalidade (ACS, 2018).

Contudo, Öztürk et al. (2015) verificaram que o atraso no reconhecimento da massa testicular ficou associado a estágios mais avançados da doença e reforçam a importância dos ensinamentos sobre a autoconsciência relativamente à forma e à sensação normal dos testículos, uma vez que podem encorajar os homens a agir de uma forma mais adequada quando detetadas as alterações escrotais. Fadich et al. (2018) consideram que a falha na identificação precoce acarreta tratamentos radicais com diminuição da qualidade de vida e efeitos psicológicos adversos. Neste sentido, atividades de autovigilância permitem que o homem detenha autoconsciência sobre a forma e sensação normal dos testículos ficando mais vigilante sobre os sinais e sintomas suspeitos.

A realização de consultas regulares, também conhecidas como “*check-ups*” ou exames periódicos de saúde tem como objetivo avaliar o estado de saúde geral dos indivíduos, identificar fatores de risco e sinais precoces de várias doenças. Estas consultas incidem sobre diferentes áreas da saúde individual como o aconselhamento sobre o estilo de vida, uso de tabaco, consumo de álcool, imunização, risco de doenças cardiovasculares, rastreio do cancro e até deteção da depressão. Para além disso, permite aos profissionais de saúde um conhecimento mais profundo sobre os indivíduos, nomeadamente sobre os fatores de risco individual e o histórico familiar de doenças (Teixeira et al., 2023; Virgini et al., 2015).

Apesar da USPSTF considerar que as consultas de vigilância da saúde permitem a detecção precoce de doenças e melhoram a possibilidade de tratamento, existe algum debate sobre o tema. Estudos apontam este tipo de consultas não tem impacto sobre as taxas de morbidade e mortalidade e provocam um aumento dos custos em saúde (Gorbenko et al., 2017). Ainda assim, Gorbenko et al. (2017) consideram que os ensaios randomizados sobre este assunto devem procurar avaliar outros aspetos como a adesão à medicação, mudanças comportamentais como a atividade física e a redução do peso corporal.

Relativamente ao benefício destas consultas para a detecção precoce do cancro, Kuwabara et al. (2022) num estudo retrospectivo realizado no Japão, verificou que a ausência destes cuidados era fator de risco para o diagnóstico de cancro avançado e Tetuan et al. (2014) verificou que a realização de consulta de enfermagem foi capaz de melhorar a adesão aos rastreios do cancro da mama e do colón e reto.

Quanto à periodicidade deste tipo de consultas, os resultados obtidos nos estudos de Tetuan et al. (2014) e Kuwabara et al. (2022) foram em relação a consultas anuais. Por outro lado, a USPSTF não apresenta uma frequência definida para este tipo de consultas. Ainda assim, relativamente à vigilância da pressão arterial, recomenda que seja avaliada anualmente em adultos com mais de 40 anos ou com excesso de peso ou naqueles cujos valores de tensão arterial sejam superiores 130/80 mmHg (Teixeira et al., 2023).

Em Portugal, a Lei n.º 102/2009 da Assembleia da República (2009) que regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, define a necessidade da realização de consulta de vigilância da saúde e exames de saúde anuais para trabalhadores com idade superior a 50 anos. Contudo, há exceção deste regime, não existe nenhuma periodicidade definida para a realização de consultas médicas ou de enfermagem em pessoas saudáveis. Por isso, a responsabilidade pela realização de consultas de rotina parte da iniciativa do próprio indivíduo. Ainda assim, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva prevê consultas anuais para mulheres até aos 54 anos de idade que utilizem qualquer tipo de contraceção. Estas consultas têm também por objetivo o cumprimento dos programas de rastreio do cancro do colo do útero e da mama (Órfão et al., 2008; Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020).

A identificação das necessidades em saúde de uma população pode ser realizada de diferentes formas, nomeadamente através da análise de indicadores, questionários ou pesquisas de consenso (Tavares, 1992). A utilização de indicadores não é possível nesta população, pois desconhece-se o ACeS onde se encontram inscritos e desconhece-se as necessidades em saúde relacionadas com os rastreios oncológicos, autovigilância e consultas de vigilância da saúde. Por outro lado, os questionários são instrumentos que fornecem diretamente da fonte informação fiável e válida (Tavares, 1992). Por isso, optou-se pela sua utilização para efetuar a identificação das necessidades.

Procedeu-se à construção de um questionário contendo perguntas abertas e de escolha múltipla com o objetivo de caracterizar social e demograficamente a população e conhecer a realização dos programas de rastreio oncológico, autoexame da mama e testículo e a realização de consultas de vigilância da saúde e de Enfermagem (anexo 3). Para a caracterização sociodemográfica da população, recorreu-se às variáveis: idade, sexo, grupo profissional, habilitações literárias, freguesia de residência e unidade de saúde onde se encontra inscrito. Relativamente aos programas de rastreio oncológico e vigilância em saúde, recorreu-se às variáveis: realização dos exames de rastreio oncológico da mama, colo de útero e do cólon e reto; realização do autoexame da mama e testículo; realização de consultas de vigilância em saúde; realização de consultas de enfermagem no último ano; e importância atribuída à vigilância da saúde.

Decidiu-se avaliar na população a realização do autoexame da mama e do testículo, visto que foram as atividades de autovigilância mais trabalhadas nos últimos anos e, no caso do testículo, é ainda recomendado pelo centro de referência para este cancro.

O questionário desenvolvido foi integrado num questionário mais abrangente, com questões sobre a adesão a alimentação saudável, exercício físico, avaliação do risco de diabetes mellitus tipo 2 e perceção do estado de saúde.

A prática da enfermagem pauta-se sempre pela salvaguarda dos direitos humanos, pelo respeito, crenças, valores e desejos tanto da natureza individual, como de grupos e comunidades (Regulamento n.º 348/2015 da OE, 2015). Deste modo, para o processo de colheita de dados, foi inicialmente solicitada autorização aos das escolas abrangidas para a implementação do questionário. Da mesma forma, junto dos docentes e não doentes procurou-se o consentimento destes, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos.

A implementação do questionário decorreu entre 6 de março e 28 de abril de 2023 e foram utilizadas várias estratégias para maximizar o número de respostas dadas ao questionário. Para facilitar o acesso, colocou-se o questionário em suporte digital, online e elaboraram-se *flyers* com código QR para permitir a resposta através dos dispositivos móveis de cada participante. Para além disso, os enfermeiros em formação especializada estiveram presentes nas escolas com o objetivo de incentivar a participação, esclarecer dúvidas e facilitar o acesso ao questionário nos indivíduos com menor literacia informática. O dia e hora da presença da equipa de saúde nas escolas foi previamente combinado com cada escola.

O preenchimento do questionário em suporte digital permitiu ajustar as questões relacionadas com os rastreios, conforme a idade e sexo de cada inquirido. Os dados obtidos com o questionário foram transferidos para o programa *Statistical Package for the Social Science*® versão 27.0 e analisados através de frequências relativas e absolutas. Os dados apresentados são analisados entre docentes e não docentes.

Da população inicialmente definida (n=1246), 42% (n=524) responderam ao questionário. Entre os docentes (n=886), responderam ao questionário 29,1% (n=258) e entre os não docentes (n=360), responderam 73,9% (n=266). Verifica-se que, apesar de um número semelhante de respostas entre as categorias profissionais, a adesão foi superior nos não docentes.

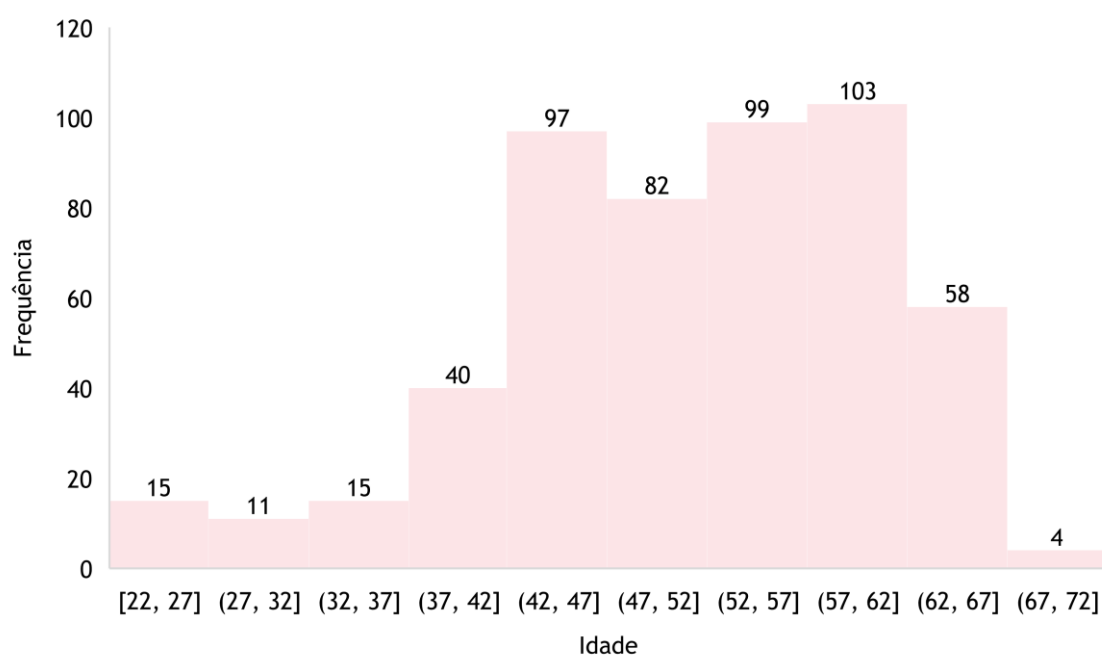
Relativamente à idade, a população apresenta uma média de idades de 51,5(± 9,7) anos. Nos docentes, a média de idades situou-se nos 51,6 (± 9,5) anos e nos não docentes nos 51,4 (± 9,8) anos. A moda da população corresponde aos 47 anos e a mediana situou-se nos 54 anos de idade. Na tabela 1 encontra-se uma análise mais pormenorizada dos diferentes aspetos da variável idade.

TABELA 1: Média, desvio padrão, mediana e moda da Idade dos docentes e não docentes

Idade dos docentes e não docentes				
Grupo Profissional	Média	Desvio Padrão	Mediana	Moda
Docente	51,6 anos	±9,5 anos	51 anos	43 anos
Não Docente	51,4 anos	±9,8 anos	53 anos	57 anos
Total	51,5 anos	±9,7 anos	54 anos	47 anos

Os quartis 25 e 75 correspondem aos 45 e 59 anos respetivamente, concluindo-se que 50% da população tem idades entre os 45 e os 59 anos. Este facto é observável também no histograma, onde se verifica uma concentração de indivíduos com idades compreendidas nas faixas etárias referidas (figura 1).

FIGURA 1: Número de indivíduos por faixa etária.



Estes dados são semelhantes aos apresentados pelo Conselho Nacional de Educação (2022), que no seu relatório sobre o estado da educação, em 2021, constata que 55% dos docentes tem 50 ou mais anos.

No que diz respeito ao sexo, verifica-se uma elevada prevalência do sexo feminino, correspondendo a 86,1% (n=451) em oposição aos 13,9% do sexo masculino. Dado o reduzido número de elementos do sexo masculino, não se realiza comparação entre docentes e não docentes.

Relativamente às habilitações literárias, docentes e não docentes apresentam resultados bastante díspares. Nos docentes, as habilitações são essencialmente licenciatura com 70,1% (n=181) e mestrado com 24% (n=62). Quanto aos 1,2% (n=3) que classificou como outros, provavelmente está relacionado com formação pós-graduada ou pós-doutorada. Nos não docentes, há maior dispersão das habilitações literárias, visto que este grupo engloba diferentes profissões com requisitos de formação específicos. Nestes profissionais, o ensino secundário é o mais frequente com 54,1% (n=144) seguindo-se o 3º ciclo do ensino básico com 53% (n=20) e 13,8% (n=37) detêm o ensino superior. A tabela 2 apresenta uma descrição mais detalhada das habilitações literárias de docentes e não docentes.

TABELA 2: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por habilitações literárias.

Habilitações Literárias	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	f _i	F _i	f _i	F _i	f _i
1º Ciclo do ensino básico	0	0%	13	5,0%	13	2,5%
2º Ciclo do ensino básico	0	0%	19	7,1%	19	3,6%
3º Ciclo do ensino básico	0	0%	53	20,0%	53	10,1%
Ensino secundário	0	0%	144	54,1%	144	27,5%
Bacharelato	9	3,5%	3	1,1%	12	2,3%
Licenciatura	181	70,1%	28	10,5%	209	39,9%
Mestrado	62	24,0%	6	2,2%	68	13,0%
Doutoramento	3	1,2%	0	0%	3	0,6%
Outro	3	1,2%	0	0%	3	0,6%
Total	258	100%	266	100%	524	100%

Estes dados são semelhantes aos verificados no resto do país, onde, entre a população de não docentes, apenas 10% detêm formação de nível superior, sendo residual a percentagem de mestrados (Conselho Nacional de Educação, 2022).

O local de residência revela que a maioria da população não reside na área geográfica da responsabilidade do ACeS. Na população, 36,1% (n=189) reside numa das três freguesias do ACeS sendo que 63,9% (n=335) reside noutra localidade. Entre os dois grupos profissionais não se verificaram diferenças relevantes quanto ao local de residência. Dados mais detalhados podem ser observados na tabela 3.

TABELA 3: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por local de residência

Local de Residência	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	fi	F _i	fi	F _i	fi
Freguesia do ACeS	88	34,2%	101	37,9%	189	36,1
Outras Freguesias	170	65,8%	165	62,1%	335	63,9%
Total	258	100%	266	100%	524	100%

Da mesma forma, relativamente à unidade de saúde onde se encontram inscritos, verifica-se que a maioria não se encontra inscrita numa das unidades funcionais do ACeS, sendo que apenas 38% (n=199) da população está inscrita. Entre os dois grupos profissionais não se verificaram diferenças relevantes quanto à unidade de saúde onde se encontram inscritas.

Na população, 268 indivíduos eram do sexo feminino e tinham idades entre os 50 e os 69 anos. Destas, 89,9% (n=241) tinham realizado mamografia nos últimos dois anos e 10,1% (n=27) não tinham realizado ou não sabiam. Estes dados podem ser observados na tabela 4.

TABELA 4: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo feminino, entre os 50 e os 69 anos por realização do rastreio ao cancro da mama, nos últimos dois anos.

Rastreio ao cancro da mama, no sexo feminino entre os 50 e os 69 anos, nos últimos dois anos						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	fi	F _i	F _i	fi	F _i
Sim	109	90,8%	132	89,2%	241	89,9%
Não	10	8,3%	15	10,1%	25	9,3%
Não sei	1	0,8%	1	0,7%	2	0,8%
Total	120	100%	148	100%	268	100%

Dos dados obtidos, verifica-se que a realização do rastreio do cancro da mama na população é 38,9% superior ao verificado a nível nacional (51%), 30,9% superior ao verificado na ARS Norte (59%) e 34,9% superior ao ACeS do Grande Porto (55%), em 2022 (DGS, 2023). O valor de realização na população é superior à meta de 65% de adesão estabelecida na ENLCC para 2030 (DGS, 2022b). Estes resultados são inclusivamente superiores ao verificados nos países da União Europeia, em 2021 (Eurostat, 2023).

Com recurso ao teste de Fisher, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre docentes e não docentes quanto à realização do rastreio do cancro da mama nos últimos dois anos (p=0,689).

Na população, 357 indivíduos do sexo feminino tinham idades entre os 25 e os 60 anos, sendo que destas, 89,6% (n=320) tinham realizado citologia cervical nos últimos cinco anos e 10,4% (n=37) não tinham realizado ou não sabiam, conforme se pode observar na tabela 5.

TABELA 5: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população no sexo feminino, entre os 25 e os 60 anos por realização do rastreio ao cancro do colo do útero, nos últimos cinco anos.

Realização do rastreio ao cancro do colo do útero, no sexo feminino, entre os 25 e os 60 anos, últimos cinco anos						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	f _i	F _i	f _i	F _i	f _i
Sim	152	94,4%	168	85,7%	320	89,6%
Não	8	5,0%	27	13,8%	35	9,8%
Não sei	1	0,6%	1	0,5%	2	0,6%
Total	161	100%	196	100%	357	100%

Comparando os dados obtidos na tabela anterior com os dados nacionais, verifica-se que em 2023, a percentagem de realização deste rastreio na população foi 4,4% inferior ao verificado a nível nacional (94%), 3,4% inferior ao verificado na ARS Norte e 9,1% inferior ao ACeS do Grande Porto (DGS, 2023). O valor de realização na população é superior à meta de 65% de adesão estabelecida na ENLCC para 2030 (DGS, 2022b). Quando comparado com os dados disponíveis dos países da União Europeia verifica-se que, tanto os dados dos portugueses como os dados da população em análise, são superiores. O país com valores mais próximos é a Suécia com 78,5%. Contudo, salienta-se que a idade estabelecida para a realização deste rastreio, assim como a periodicidade é diferente de alguns países (Eurostat, 2023).

Entre docentes e não docentes, recorrendo ao teste de Fisher $p=0,008$, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos quanto à realização do rastreio do cancro do colo do útero nos últimos cinco anos. Na sequência deste teste verifica-se que 75,67% ($n=28$) dos que não realizaram o rastreio eram não docentes.

Na população, 315 indivíduos de ambos os sexos tinham idades entre os 50 e os 70 anos, sendo que 67% ($n=211$) tinham realizado o rastreio do cancro do cólon e retal (pesquisa de sangue oculto ou colonoscopia nas fezes nos últimos dois anos). Apesar disso, 33% ($n=104$) não tinham realizado o rastreio ou não sabiam, conforme apresentado na tabela 6. Estes resultados poderão excluir indivíduos que cumprem o rastreio, visto não ter em conta quem realizou colonoscopia à menos de 10 anos ou retosigmoidoscopia à menos de cinco anos.

TABELA 6: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população, entre os 50 e os 74 anos por realização do rastreio ao cancro do cólon e reto, nos últimos dois anos.

Realização do rastreio ao cancro cólon e retal nos últimos dois anos						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	f _i	F _i	f _i	F _i	f _i
Sim	100	68%	111	66,1%	211	67%
Não	46	31,3%	56	33,3%	102	32,4%
Não sei	1	0,7%	1	0,6%	2	0,6%
Total	147	100%	168	100%	315	100%

Ao comparar os dados obtidos com os dados nacionais de 2022, verifica-se que a realização deste rastreio na população é 26% superior ao registado a nível nacional (41%), 36% em relação ao verificado na ARS Norte (31%) e 46% em relação ao ACeS do Grande Porto (DGS, 2023). O valor de realização na população é superior à meta de 65% de adesão estabelecida na ENLCC para 2030 (DGS, 2022b). Na união Europeia os dados de 2021 relativamente a este rastreio mostram vários países com valores superiores ao verificado em Portugal, com cinco países a apresentar mais de 50% da população rastreada. Contudo, comparando com a população de docentes e não docentes, apenas a Finlândia (79,4%) e os Países Baixos (70,6%) apresentam dados superiores (Eurostat, 2023).

Pelo teste de Fisher, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre os docentes e não docentes quanto à realização do rastreio do cancro do cólon reto ($p=0,721$).

Relativamente à realização do autoexame da mama mensalmente, das 451 respostas do sexo feminino, 53,7% ($n=242$) realizavam mensalmente o autoexame, 46,3% ($n=209$) não realizavam ou não sabia. A tabela 7 apresenta os dados obtidos em pormenor.

TABELA 7: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo feminino, por realização do autoexame da mama mensalmente.

Realização do autoexame da mama mensalmente						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	f _i	F _i	f _i	F _i	f _i
Sim	113	53,6%	129	53,8%	242	53,7%
Não	97	46,0%	106	44,2%	203	45%
Não sei	1	0,5%	5	2,1%	6	1,3%
Total	211	100%	240	100%	451	100%

Através da utilização do teste de Fisher, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à realização do autoexame da mama entre docentes e não docentes ($p=1$).

No que diz respeito ao autoexame do testículo, dos 74 indivíduos do sexo masculino existentes na população, apenas 18,9% (14) realiza o autoexame e 81,1% (60) não realiza ou não sabe. Na tabela 8 podem ser observados os dados em pormenor.

TABELA 8: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população do sexo masculino, por realização do autoexame do testículo mensalmente.

Realização do autoexame do testículo mensalmente						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	fi	F _i	fi	F _i	fi
Sim	10	21,3%	4	14,8%	14	18,9%
Não	36	76,6%	22	81,5%	58	78,4%
Não sei	1	2,1%	1	3,7%	2	2,7%
Total	47	100%	27	100%	74	100%

Relativamente ao autoexame do testículo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre docentes e não docentes com $p=0,555$ pelo teste de Fisher.

Relativamente à vigilância em saúde, verifica-se que 80% ($n=419$) da população realiza consultas de rotina pelo menos uma vez por ano. No entanto, 20% ($n=105$) não realiza ou não sabe responder. Pelo teste de Fisher, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre docentes e não docentes quanto ao aspeto em estudo ($p=0,827$).

Já relativamente à frequência de consultas de enfermagem no último ano, 64,1% (336) realizou pelo menos uma consulta, 35,9% ($n=188$) não realizou nenhuma ou não sabe. Na tabela 9 são apresentados estes dados em maior pormenor.

TABELA 9: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por realização de consulta de enfermagem, no último ano.

Realização de consulta de enfermagem no último ano.						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	fi	F _i	fi	F _i	fi
Sim	143	55,4%	193	72,6%	336	64,1%
Não	114	44,2%	71	26,7%	185	35,3%
Não sei	1	2,1%	2	0,8%	3	0,6%
Total	258	100%	266	100%	524	100%

Com a aplicação do teste de Fisher, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos da população quanto à frequência de consultas de enfermagem ($p<0,001$). A população de não docentes tendencialmente realiza mais consultas de enfermagem do que os docentes, pelo menos no último ano.

Quanto à importância atribuída à vigilância da saúde, 64,5% (338) considerou muito importante, enquanto 26% (n=136) considerou apenas importante. Apenas 1,3% (n=7) considerou pouco importante ou nada importante. A tabela 10 apresenta as frequências absolutas e relativas por opção de resposta e por grupo profissional.

TABELA 10: Distribuição da frequência absoluta e relativa da população por importância que atribui à vigilância da saúde.

Importância que atribui à vigilância da saúde						
	Docentes		Não Docentes		População Total	
	F _i	f _i	F _i		F _i	f _i
Muito importante	178	69%	160	60,2%	338	64,5%
Importante	53	20,5%	83	31,2%	136	26%
Razoavelmente importante	23	8,9%	19	7,1%	42	8%
Pouco importante	4	1,6%	2	0,8%	6	1,1%
Nada importante	0	0%	1	0,4%	1	0,2%
Não sei	0	0%	1	0,4%	1	0,2%
Total	258	100%	266	100%	524	100%

Através do teste de Mann-whitney verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre docentes e não docentes em relação à importância atribuída à vigilância da saúde (U=31779,000; p=0,0823).

Dos dados apresentados, obtiveram-se os seguintes resultados:

- 89,9% dos indivíduos do sexo feminino entre os 50 e os 69 anos realizou o rastreio do cancro da mama nos últimos dois anos.
- 89,6% dos indivíduos do sexo feminino entre os 25 e os 60 anos realizou o rastreio ao cancro do colo do útero nos últimos cinco anos.
- 67% dos indivíduos entre os 50 e os 74 anos realizou o rastreio do cancro do cólon e reto nos últimos dois anos.
- 53,7% dos indivíduos do sexo feminino realiza mensalmente o autoexame da mama.
- 18,9% dos indivíduos do sexo masculino realiza o autoexame do testículo mensalmente.
- 80% dos indivíduos realiza pelo menos uma vez por ano consultas de rotina.
- 64,1% dos indivíduos realizou pelo menos uma consulta de enfermagem no último ano.
- 90,5% dos indivíduos considera importante ou muito importante a vigilância de saúde.

2.2. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades consiste na segunda etapa do planeamento em saúde. Trata-se essencialmente de um processo de decisão visando “a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a otimização dos resultados a atingir” (Tavares, 1992, p. 83). Na prática são definidos critérios que permitem comparar problemas e/ou necessidades de forma a identificar qual necessita de intervenção prioritária. Esta decisão resulta da premissa de que não existem recursos para intervir em tudo ao mesmo tempo (Tavares, 1992).

O estabelecimento de prioridades é uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Para isso, este deve criar critérios objetivos que permitam definir quais as prioridades em saúde, enquadrar as decisões com as estratégias definidas no PNS e utilizar os perfis da população na definição dos objetivos e estratégias (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018)

O processo pode tornar-se bastante subjetivo, contudo existem diversas técnicas que podem ser utilizadas para a priorização de modo a alcançar alguma objetividade. Técnicas como a grelha de análise, o Método de Hanlon, o Método de Dare, o Procedimento de Triagem, entre outros são alguns exemplos de priorização de problemas. Quando existe um elevado número de problemas ou necessidades a priorizar pode-se optar por mais do que uma técnica (Tavares, 1992).

Em contexto de estágio, procurou-se otimizar os recursos humanos existentes na identificação de necessidades dos docentes e não docentes e, por isso, a colheita de dados focou-se em áreas consideradas prioritárias à priori.

Em reunião com as Enfermeiras especialistas da USP e UCC decidiu-se não realizar uma determinação de prioridades, visto que as necessidades identificadas são partes constituintes de uma mesma área de intervenção.

As necessidades identificadas estão relacionadas a deteção precoce da doença oncológica. A realização de rastreios, autovigilâncias e consultas de vigilância da saúde são considerados, na literatura, comportamentos de procura de saúde. Estes comportamentos consistem num conjunto de ações desenvolvidas por indivíduos, grupos e organizações para manter ou melhorar a sua saúde (Glanz et al., 2015). Segundo Poortaghi et al. (2015), o comportamento de procura de saúde é um conceito multidimensional que pode ser visto como uma atitude onde o indivíduo toma decisões sobre a sua saúde e esforça-se para promovê-la ativamente através da interação com o sistema de saúde. É um processo contínuo que engloba a vontade de deter o autocontrolo

da própria saúde e inclui uma sequência lógica de etapas que começam na percepção e avaliação dos sintomas e terminam com o uso de diferentes tipos de cuidados (Poortaghi et al., 2015). Por outro lado, Kasl e Cobb (1966, como citado em Glanz et al. 2015) consideram que o comportamento de procura de saúde pode ser subdividido em três comportamentos: comportamento preventivo, comportamento da doença e comportamento do papel de doente. Neste relatório, importa focar no comportamento preventivo, que está relacionado com as atividades realizadas com o objetivo de prevenir ou detetar doenças em fases assintomáticas (Kasl e Cobb, 1966, como citado em Glanz et al., 2015).

O comportamento de procura de saúde assume importância no âmbito dos rastreios oncológicos, da autovigilância e das consultas de vigilância da saúde, uma vez que envolve o indivíduo num processo de deteção da doença numa fase ainda assintomática. Para além disso, este comportamento constitui um foco de atenção dos Enfermeiros estando representado na Ontologia de Enfermagem disponibilizada pela OE. Nesta Ontologia este comportamento surge associado aos conhecimentos sobre os rastreios oncológicos e sobre a autovigilância da mama e testículo (OE, 2024). Neste sentido, a intervenção na população focou-se neste comportamento no âmbito da deteção precoce da doença oncológica.

2.3. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos consiste na terceira etapa do planeamento em saúde (Tavares, 1992). É nesta etapa que o enfermeiro especialista “formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355). Os objetivos devem ser mensuráveis e permitir “medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355). Os objetivos correspondem ao estado de saúde que se pretende alcançar numa população após a implementação de um projeto ou programa. Estes objetivos devem ser:

- Pertinentes - adequando-se às necessidades que requerem intervenção
- Precisos - exatos quanto ao percurso a realizar e quanto ao novo estado pretendido
- Realizáveis - não devem ser demasiadamente ambiciosos, comprometendo a hipótese de serem alcançados.
- Mensuráveis - permitem uma avaliação adequada (Tavares, 1992)

O projeto desenvolvido tem como finalidade promover os comportamentos de procura de saúde no âmbito da deteção precoce da doença oncológica, sendo que o objetivo geral é melhorar esses comportamentos de procura de saúde. De modo a alcançar este objetivo, é necessário definir objetivos específicos face às necessidades de saúde identificadas anteriormente.

Laverack (2014) salienta a importância que o período de duração de um programa tem para o sucesso do mesmo. A maioria dos programas apresenta uma duração de um a três anos para o desenvolvimento de atividades educacionais e motivacionais. No entanto, para o desenvolvimento de objetivos sociais mais complexos a duração pode ir até sete anos.

Para além disso, a decisão sobre o tempo ideal de duração de um projeto deve ter em consideração a capacidade de envolvimento da população. Programas longos podem não ser eficazes em “envolver adequadamente os principais interessados ao nível local” (Laverack, 2014, p. 63). Por isso, deve ter um prazo flexível e que possibilite a extensão de parte ou da totalidade das atividades (Laverack, 2014).

Este projeto procura a mudança de comportamentos em aspetos relacionados como a realização de consultas de vigilância e a realização de exames de rastreios. Relativamente a este último, sabe-se que no âmbito dos programas existentes, a emissão de convites e consequente realização do exame demoram tempo. Por isso, atendendo ao tempo necessário para obter resultados relacionados com os rastreios e tendo em conta o afirmado por Laverack (2014), definiu-se que o espaço temporal de implementação do projeto será de três anos letivos, com início em setembro de 2023 e término em junho de 2026. Entende-se que é o tempo adequado para o desenvolvimento de todas as atividades e suficiente para a obtenção de resultados nos diferentes aspetos da deteção precoce do cancro.

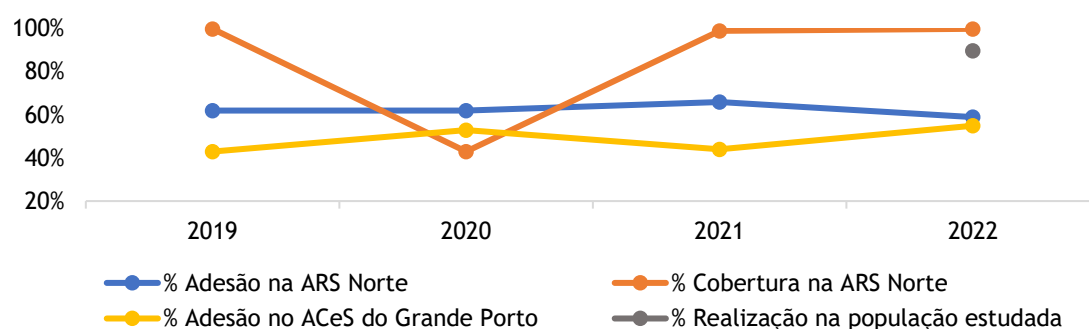
De forma a estabelecer metas realistas e alcançáveis na população, recorreu-se à compreensão da evolução e tendências de alguns indicadores que já têm uma história de monitorização. Esta análise permite exatidão na fixação de objetivos específicos e de metas (Melo, 2020).

Relativamente ao rastreio do cancro da mama, nos últimos quatro anos a taxa de cobertura populacional na ARS Norte tem ficado nos 100%, à exceção do ano de 2020 possivelmente resultado da pandemia. A taxa de cobertura significa que todas as mulheres elegíveis para realizar o rastreio receberam convite, contudo há uma aparente estagnação nas taxas de adesão. Entre 2019 e 2022 a taxa de adesão ao rastreio variou entre os 59% e os 66% na ARS Norte e aumentou de 43% para 55% no ACeS do Grande Porto, totalizando um aumento de 12% (DGS, 2023). Nos docentes e não docentes as percentagens de realização deste rastreio nos últimos dois anos foram bastante elevadas com 89,9%.

Atendendo à elevada taxa de cobertura disponível para o rastreio, definiu-se como objetivo específico o aumento da realização deste rastreio. Estabeleceu-se como meta o aumento de 3% até junho de 2026. Este valor corresponde a um quarto da subida dos últimos quatro anos no

ACeS do Grande do Porto (subiu 12% entre 2019 e 2022). Não se estabeleceu uma meta mais ambiciosa dado a possibilidade de alguma mudança no corpo docente a cada ano letivo e pela proximidade com valores de 100%. A figura 2, permite compreender melhor o enquadramento dos dados referidos anteriormente.

FIGURA 2: Indicadores do rastreio do cancro da mama em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada

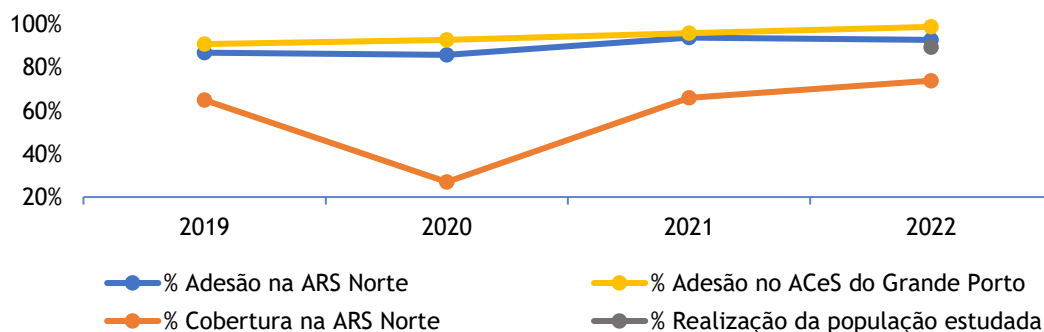


Fonte: Adaptado DGS, (2023)

Relativamente ao rastreio do cancro do colo do útero, nos últimos quatro anos verificaram-se valores de adesão elevados. Em 2022, a adesão ao rastreio foi de 93% na ARS Norte e 99% no ACeS do Grande Porto. Ainda assim, verificam-se valores inferiores na cobertura populacional o que significa que nem todas as mulheres elegíveis foram convidadas para realizar o exame (DGS, 2023). Na população de docentes e não docentes a realização deste rastreio foi de 89,6%, valor ligeiramente inferior ao verificado na ARS Norte e no ACeS.

Apesar da cobertura na região, estabeleceu-se como objetivo o aumento da realização deste rastreio. Como meta, definiu-se um aumento de 3,4% tornando a realização na população igual à adesão na ARS Norte. A figura 3, permite compreender melhor o enquadramento dos dados anteriormente referidos relativamente ao rastreio do cancro do colo do útero.

FIGURA 3: Indicadores do rastreio do cancro do colo do útero em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada

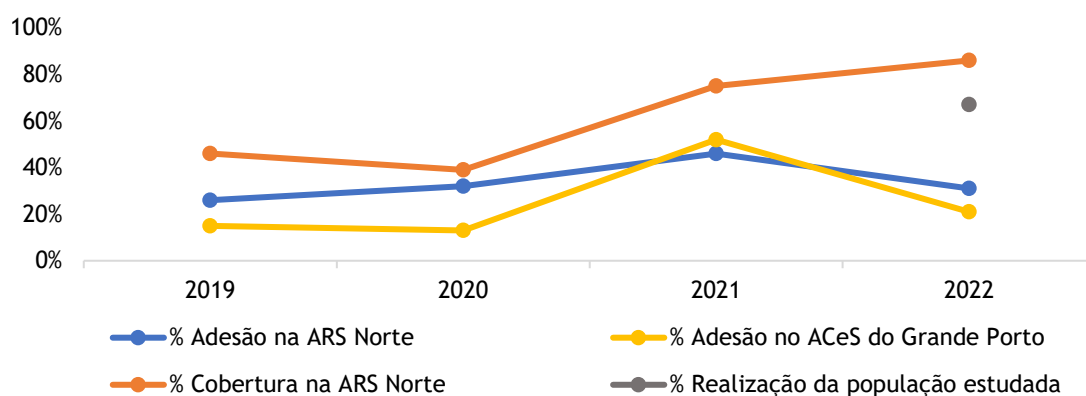


Fonte: Adaptado de DGS, (2023)

Em relação ao rastreio do cancro do cólon e reto, a cobertura populacional aumentou 40% entre 2019 e 2022 na ARS Norte, porém a adesão tem sido relativamente baixa. Os dados de 2022 demonstram uma diminuição significativa da adesão ainda que com um aumento da cobertura. A taxa de cobertura populacional pode influenciar estes dados. Um aumento significativo da população convidada pode causar uma diminuição da adesão, visto que uma parte significativa desta é convidada pela primeira vez (DGS, 2023). Na população de docentes e não docentes, a percentagem de realização do rastreio é de 67%, ou seja, valores superiores à adesão verificada na ARS Norte (31%) e no ACeS do Grande Porto (21%) em 2022.

Com a elevada taxa de cobertura disponível e perspetivando a sua manutenção, definiu-se como objetivo específico aumento da realização deste rastreio. Estabeleceu-se como meta um aumento de 6% até junho de 2026. Este valor corresponde à subida verificada entre 2019 e 2022 no ACeS do Grande Porto, visto que existe margem entre a percentagem de realização da população e a cobertura regional. A figura 4, permite compreender melhor o enquadramento dos dados anteriormente referidos relativamente ao rastreio do cancro do cólon e reto.

FIGURA 4: Indicadores do rastreio do cancro do cólon e reto em Portugal, ARS Norte e ACeS Grande Porto e na população estudada.



Fonte: Adaptado de DGS, (2023)

Quanto aos restantes indicadores afetos aos comportamentos de procura de saúde, mas relacionados com a autovigilância da mama e dos testículos, não existem dados nacionais que avaliem esta prática, o que não permite identificar uma tendência. De igual forma, não foram identificados dados sobre taxas de realização de consultas de vigilância da saúde, nem identificada uma tendência nacional ou regional, apesar da sua reconhecida importância. A ausência de dados de tendência relativamente a estes indicadores constituiu uma dificuldade no estabelecimento de metas.

De forma a contornar esta dificuldade, recorreu-se a outros programas nacionais e recomendações internacionais que procuram alcançar melhorias nos comportamentos de procura de saúde. No Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável a meta estabelecida para 2030 em relação à adesão à dieta mediterrânea é de 20%. A OMS no Plano

Global para a Atividade Física 2018-2030 define como objetivo a redução de 10% da inatividade física até 2030 (DGS, 2022; OMS, 2022).

Considerando a duração instituída para a intervenção e com base nos exemplos de programas relacionadas com comportamentos de procura de saúde, estabeleceu-se como objetivo específico o aumento dos indicadores relacionados com a autovigilância e consultas de vigilância da saúde. Como meta definiu-se um aumento de 10% nos indicadores de autovigilância da mama, autovigilância do testículo, consultas anuais de vigilância da saúde e de enfermagem. Relativamente à importância atribuída à vigilância da saúde estabeleceu-se como meta o aumento de 2%, visto que atualmente 90,5% consideram importante ou muito importante a vigilância da saúde.

Importa realçar que os objetivos específicos e metas foram definidos em discussão com peritos da área, nomeadamente as professoras orientadoras e as enfermeiras orientadoras Especialistas em Enfermagem Comunitária da UCC e USP. O tempo previsto para a implementação e avaliação dos resultados vai para além do período de estágio, por isso a concordância das enfermeiras da UCC e USP é essencial na continuidade do projeto.

Os indicadores são fórmulas que medem e quantificam um determinado problema. A sua análise no tempo permite identificar alterações ou medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde para resolução ou minimização do problema. Existem essencialmente dois tipos de indicadores: indicadores de resultado e indicadores de processo. Os indicadores que procuram a quantificação dos problemas designam-se por indicadores de resultado e os indicadores que procuram quantificar as atividades desenvolvidas para a resolução dos problemas designam-se por indicadores de processo (Melo, 2020; Tavares, 1992). Face aos objetivos específicos, foram elaborados indicadores de resultado que permitam avaliar a concretização das metas estabelecidas. O sumário das metas e dos respetivos indicadores encontram-se na tabela 11:

TABELA 11: Fixação das metas e indicadores de resultado do projeto de intervenção

Metas	Indicadores de resultado
1.1. Aumentar de 89,9% para 92,9% dos docentes e não docentes do sexo feminino elegíveis que realizaram o rastreio ao cancro da mama nos últimos dois anos, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo feminino elegíveis que realizaram o rastreio do cancro da mama, nos últimos dois anos.}}{\text{Nº de docentes e não docentes elegíveis}} \times 100$
1.2. Aumentar de 89,6% para 93% dos docentes e não docentes do sexo feminino elegíveis que realizaram o rastreio ao cancro do colo do útero nos últimos cinco anos, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo feminino elegíveis que realizaram o rastreio do cancro do colo do útero nos últimos cinco anos}}{\text{Nº de docentes e não docentes elegíveis}} \times 100$

1.3. Aumentar de 67% para 73% dos docentes e não docentes elegíveis que realizaram o rastreio ao cancro do cólon e reto nos últimos dois anos, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes elegíveis que realizaram o rastreio do cancro do cólon e reto nos últimos dois anos}}{\text{Nº de docentes e não docentes elegíveis}} \times 100$
1.4. Aumentar de 53,7% para 63,7% dos docentes e não docentes do sexo feminino que realizam a autovigilância da mama mensalmente, até 30 junho de 2026	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo feminino que realizam a autovigilância da mama mensalmente}}{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo feminino}} \times 100$
1.5. Aumentar de 18,6% para 28,6% dos docentes e não docentes do sexo masculino que realizam a autovigilância do testículo mensalmente, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo masculino que realizam a autovigilância do testículo}}{\text{Nº de docentes e não docentes do sexo masculino}} \times 100$
1.6. Aumentar de 80% para 90% dos docentes e não docentes que realizaram, pelo menos uma vez por ano, consulta de vigilância da saúde, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes que realizaram consulta de vigilância da saúde, pelo menos uma vez por ano}}{\text{Nº de docentes e não docentes}} \times 100$
1.7. Aumentar de 64,1% para 74,1% dos docentes e não docentes que realizaram, pelo menos uma vez por ano, consulta de enfermagem, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes que realizaram consultas de enfermagem, pelo menos uma vez por ano}}{\text{Nº de docentes e não docentes}} \times 100$
1.8. Aumentar de 90,5% para 92,5% dos docentes e não docentes que consideram importante ou muito importante a vigilância de saúde, até 30 junho de 2026.	$\frac{\text{Nº de docentes e não docentes que consideram importante ou muito importante a vigilância de saúde}}{\text{Nº de docentes e não docentes}} \times 100$

Define-se que o projeto alcançará o objetivo geral se alcançadas todas as metas anteriormente definidas.

Relativamente aos indicadores de processo optou-se apenas por um indicador que permite quantificar a percentagem de implementação das atividades do projeto. O planeamento de

atividades poderá levar à necessidade de acrescentar outros indicadores que permitam a monitorização específica para cada atividade. O indicador de processo proposto é:

$$\begin{array}{l} \text{\% de atividades do} \\ \text{projeto realizadas} \end{array} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de atividades realizadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de atividades propostas}} \times 100$$

Para este indicador definiu-se como meta o alcance de 90% de taxa de realização das atividades. A opção por este valor teve em consideração o contexto de implementação do projeto - em ambiente de atividade profissional e a mudança de elementos entre a população a cada ano letivo.

2.4. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias corresponde à quarta etapa do planeamento em saúde. É nesta etapa que é definido o conjunto de técnicas e estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos na etapa anterior, sendo que o rigor do planeamento das intervenções concorre para o sucesso do projeto (Melo, 2020; Tavares, 1992).

No âmbito desta competência específica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública procura estratégias “exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos (. . .) aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade (. . .) e orientações estratégicas das políticas de saúde” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355).

Os dados recolhidos na etapa do diagnóstico de situação não são suficientes para compreender os fatores que condicionam o comportamento de procura de saúde no âmbito da doença oncológica. Colocar questões que permitissem compreender estes fatores tornaria o questionário demasiado extenso, podendo levar à maior desistência em responder. Contudo, conhecer os fatores que condicionam o comportamento é essencial para definir as melhores estratégias de intervenção.

De acordo com a literatura os comportamentos de procura de saúde são influenciados por fatores pessoais, como o sexo, idade, estatuto socioeconómico, aspetos éticos e culturais, valores individuais, aspetos relacionados com o autocontrolo, influência social, conhecimento, inteligência entre outros (Brannon et al., 2014; Glanz et al., 2015; Poortaghi et al., 2015). Os

fatores enunciados condicionam a atitude que o indivíduo tem perante a sua saúde, principalmente quando há necessidade de identificar a causa do aparecimento de sinais ou sintomas relevantes. As pessoas tendem a não procurar ajuda se os sinais ou sintomas não colocarem em causa a qualidade de vida ou se sentirem possuir os recursos necessários para lidar com os mesmos (Brannon et al., 2014).

O modelo mais utilizado para explicar os comportamentos associados à saúde é o modelo de crenças em saúde. Este modelo considera que os comportamentos em saúde resultam de quatro fatores: a perceção de ameaça à saúde pessoal, a perceção de gravidade da doença, a perceção de eficácia que determinado comportamento tem na redução dessa ameaça e a perceção de barreiras e/ou custos para a mudança (Brannon et al., 2014; Taylor, 2018; Tiro & Champion, 2015).

Sabe-se que o conhecimento e a consciencialização são aspetos facilitadores do processo de mudança (Meleis et al., 2000). É através destes que as populações aumentam a perceção do risco, da gravidade da doença e melhoram a perceção do benefício da mudança. Na adesão aos rastreios oncológicos, a ausência de conhecimentos sobre os rastreios e sobre o risco de cancro são fatores modificáveis que condicionam a adesão (Luque et al., 2018; O'Donnell et al., 2010; Ponce-Chazarri et al., 2023; Sarma, 2015; Scaglioni & Cavazza, 2022).

Os significados podem ser facilitadores ou inibidores do comportamento (Meleis et al., 2000). Crenças relacionadas com a necessidade dos rastreios, o fatalismo associado ao cancro, o histórico familiar de cancro e as crenças culturais e sociais relacionadas com a privacidade e intimidade podem constituir barreiras modificáveis (Gomes et al., 2018; Luque et al., 2018; Sarma, 2015; Silva et al., 2015).

Aspetos relacionados com o nível de escolaridade, acesso ao sistema de saúde, rendimento económico e estado civil também constituem barreiras, mas não são modificáveis (Luque et al., 2018; C. B. Moreira et al., 2018; Silva et al., 2015).

No caso específico do cancro do colo do útero, o estado civil casado ou maior frequência de consultas médicas e de enfermagem está associado a maior nível de adesão (Luque et al., 2018). Medo da dor na realização do rastreio e do resultado são outras barreiras significativas (Silva et al., 2015; Wilding et al., 2020). Relativamente ao rastreio do cancro do cólon e reto, a falta de conhecimento do sobre o rastreio parece ser a principal causa da não adesão, sendo que a discussão com um profissional de saúde relativamente ao mesmo está associada a maior participação (Scaglioni & Cavazza, 2022).

No caso específico da Europa, as crenças e os valores individuais das populações e a falta de divulgação dos rastreios nos cuidados de saúde primários são algumas das principais barreiras identificadas nos programas de rastreio (Priaux et al., 2018; SAPEA, 2022). O único estudo realizado em Portugal teve como objetivo identificar os aspetos que condicionam a adesão na

população migrante ao rastreio do cancro do colo do útero. Há relatos de medo, constrangimento e a invasão da privacidade, mas não influenciam significativamente a sua participação no rastreio. A não realização deste rastreio surge associada à falta de motivação e à ausência da percepção de risco e de sintomas (Marques et al., 2023).

Como verificado, o conhecimento é um fator preponderante na adesão a comportamentos de procura de saúde. De forma a melhorá-lo na população, recorreu-se à utilização da estratégia de intervenção da educação para a saúde.

A educação para a saúde é uma estratégia de intervenção que procura melhorar os comportamentos e as atitudes através de experiências e da partilha de informações. Procura estimular e desenvolver as capacidades dos indivíduos grupo ou comunidades na proteção e melhoria da saúde. Esta estratégia prevê a utilização de técnicas educativas, motivacionais e um ambiente favorável à aprendizagem que sejam impactantes na mudança comportamental. Aumentar as capacidades de todos na utilização adequada da informação em saúde conduz à tomada de decisões informadas, adequadas e com peso na melhoria da saúde (Laverack, 2014; OMS, 2012; Schaffer & Strohschein, 2019).

Laverack (2014) considera que a educação para a saúde pode constituir o primeiro passo para a consciencialização e mudança comportamental. Relacionando com a teoria das transições, a educação para a saúde pode desempenhar um papel fundamental no processo de transição (Meleis et al., 2000).

A educação para a saúde apresenta uma proximidade histórica com o conceito de promoção de saúde. A carta de Otava, em 1986, descreveu a promoção da saúde como um processo onde as pessoas são capazes de melhorar a sua saúde através do aumento da capacidade de controlo sobre ela. As intervenções de promoção da saúde vão mais além do que a divulgação de informações, compreendendo também as ações que modifiquem políticas e mobilizem a sociedade no sentido de alcançar melhorias na saúde. A estas ações está associado o empoderamento que é considerado um processo onde as populações cientes da sua posição de desvantagem, procuram controlar os fatores que influenciam a sua vida. O empoderamento dá ênfase à responsabilidade pessoal e coletiva enquanto motor de mudanças sociais e políticas. Aliás, o empoderamento comunitário é visto como o processo onde as pessoas são mais capazes de combater as desigualdades e atingir ampla mudança social e política (Laverack, 2014).

Com a utilização da estratégia de educação para a saúde pretende-se seguir uma abordagem mais focada no empoderamento do que apenas na mudança comportamental. Sabe-se que o acesso ao sistema de saúde é um determinante que condiciona muito o sucesso dos programas de rastreio e a realização de consultas de rotina de vigilância da saúde, médicas e de enfermagem. Por isso, dotar a população de um conhecimento mais abrangente sobre o

funcionamento do sistema de saúde, capacita-os e responsabiliza-os quanto à melhor forma de utilização do mesmo.

Para além disso, abordar os aspetos relacionados com o acesso, pode fomentar na população a vontade de se envolver nas políticas da saúde, no sentido de as melhorar. Por outro lado, uma abordagem restritiva na deteção precoce da doença oncológica, não consciencializa a população sobre a sua vulnerabilidade nem a estimula a alcançar mudanças sociais mais abrangentes.

A utilização da estratégia de educação para a saúde pressupõe a utilização de técnicas educativas, motivacionais e um ambiente favorável à aprendizagem. Neste sentido, selecionaram-se como técnicas específicas o jogo e o *world café*.

O jogo pode ser entendido como uma atividade lúdica que procura desenvolver nos participantes sentimentos de prazer, divertimento e distração. Num jogo há regras pré-estabelecidas e os participantes procuram sobrepor-se a outros através da obtenção de melhores resultados (Porto Editora, n.d.-b).

Enquanto técnica educativa, o jogo tem sido amplamente utilizado como estratégia promotora de saúde e motivadora da mudança comportamental. A conjugação do entretenimento com a educação contribui para o aumento do conhecimento e para a melhoria de comportamentos relacionados com a saúde (Gauthier et al., 2019; Tolks et al., 2020; Zhou et al., 2020). Para além disso, a utilização de histórias narrativas em jogos educativos confere *suspense* à atividade, aumentando a curiosidade dos utilizadores relativamente aos problemas de saúde abordados (Zhou et al., 2020).

A maioria dos jogos utilizados na saúde são digitais, contudo os jogos mais tradicionais, como os de tabuleiro, também obtêm ganhos em saúde. Gauthier et al. (2019), numa revisão sistemática da literatura concluiu que os jogos de tabuleiro contribuíram para o aumento do conhecimento e melhoria dos comportamentos relacionados com a saúde.

Para o projeto foram planeadas sessões envolvendo jogos relacionados com a temática dos comportamentos de procura de saúde no âmbito da deteção precoce da doença oncológica. Estabeleceu-se a realização de uma atividade de jogo que pode ser repetida nos três anos letivos previstos para implementação. Esta opção permite a integração dos novos elementos da população no projeto. Optou-se pelo jogo baseado no jogo da glória permitindo a possibilidade de criar equipas que compitam entre si de forma a promover o interesse da população em participar.

Ainda no âmbito das estratégias de educação para a saúde recorreu-se ao *world café*. O *world café* consiste num método de partilha de experiências e recolha de dados qualitativos através do diálogo entre grupos. Tem sido utilizado na promoção da saúde porque, através de um

processo de ensino-aprendizagem, permite a discussão aberta de ideias, competências, habilidades, partilha de conhecimento e de opiniões. Este método baseia-se num ambiente de café, criando um espaço público para a partilha de conversas informais. Através disso, promove a mudança comunitária através da agregação de ideias do maior número possível de membros. Permite identificar problemas comuns e em simultâneo desenvolver soluções (Bazilio et al., 2020; Dawkins & Solomon, 2017; Feitosa de Lima et al., 2022; Löhr et al., 2020; Recchia et al., 2022).

É uma metodologia flexível e adaptável a qualquer necessidade ou temática. Os autores deste método identificam sete princípios para a construção de atividades:

- Definir o contexto - identificando as pessoas a convidar, as áreas para discussão e como será realizada a colheita dos dados;
- Criar um espaço acolhedor - procurar um espaço confortável onde as pessoas se sintam bem para conversar e serem criativas;
- Explorar questões importantes - procurar questões que sejam relevantes para o grupo dentro da área temática selecionada;
- Incentivar a contribuição de todos - encorajar a participação de todos com as suas ideias e perspetivas, fazendo com que todos contribuam para a discussão;
- Interligar e conectar diversas perspetivas - permitir a movimentação dos participantes entre todas as mesas de forma a ampliar a discussão de ideias e perspetivas, tornando as descobertas mais profundas. Esta é a principal característica do *world* café;
- Ouvir, juntar padrões, perspetivas e questões mais profundas - procurar fazer a interligação das ideias;
- Recolher e partilhar as descobertas - recolher as informações apresentadas em todas as mesas e estimular a reflexão conjunta. (Bazilio et al., 2020; Dawkins & Solomon, 2017; Löhr et al., 2020)

A utilidade do *world* café na dinâmica do projeto não está apenas relacionada com a possibilidade de criar um ambiente propício à aprendizagem. A discussão entre a população sobre a temática permite identificar as causas que condicionam a realização dos rastreios oncológicos, a autovigilância e as consultas de vigilância da saúde. Esta informação é especialmente útil, pois permite ultrapassar as limitações já referidas, comparar com os resultados encontrados na literatura e direcionar as outras atividades aos aspetos que condicionam aos comportamentos de procura de saúde no âmbito da deteção precoce da doença oncológica.

Na Europa, a falta de divulgação dos rastreios e as crenças das populações são algumas das principais barreiras identificadas na adesão aos programas de rastreio, por isso, de forma a promover na população a importância dos comportamentos de procura de saúde recorreu-se ao

marketing social (Priaulx et al., 2018; SAPEA, 2022). Esta estratégia procura alcançar a mudança comportamental através da utilização de técnicas de *marketing* e transmitir o benefício positivo para a sociedade e para o indivíduo de um determinado comportamento (Kotler & Lee, 2019).

A abordagem do *marketing* social na mudança comportamental pode envolver quatro perspetivas diferentes: aceitar, rejeitar, modificar ou abandonar um determinado comportamento. Para além de modificar crenças ou atitudes, a utilização desta técnica contribui para aumentar o conhecimento. É frequentemente utilizada nas áreas de saúde pública, na prevenção de acidentes ou na proteção ambiental (Kotler & Lee, 2019).

A implementação desta estratégia requer um planeamento sistemático, rigoroso e estratégico com foco nos benefícios reais para o público no curto prazo (Kotler & Lee, 2019). Kotler & Lee (2019) construíram um modelo com 10 etapas essenciais no desenvolvimento de um plano de *marketing* social. Estas correspondem a um conjunto de passos que não têm necessariamente uma ordem sequencial definida, no entanto algumas etapas são desenvolvidas com base noutras (Kotler & Lee, 2019)

Nas primeiras cinco etapas deve-se procurar identificar a problemática com dados estatísticos e analisar a situação para compreender quais os pontos fortes, os pontos fracos e as oportunidades da campanha. Deve-se procurar caracterizar o público-alvo e identificar possíveis parceiros estratégicos ou líderes de opinião. Identificar as perceções do público de forma a compreender as barreiras associadas ao comportamento proposto e estabelecer objetivos e metas a alcançar.

Na sexta e sétima etapa são desenvolvidas as atividades principais do plano de *marketing*. Descreve-se como se pretende que o novo comportamento seja visto pelo público e desenvolvem-se os 4P's, sendo eles o Produto, o Preço, o Local (*Place* em inglês) e a Promoção. Estes P's são os elementos fundamentais utilizados em *marketing* para desenvolver estratégias e influenciar o público (Kotler & Lee, 2019).

Em relação ao produto devem-se identificar os benefícios que serão experienciados pelo público com a mudança comportamental. No preço identificam-se todos os esforços (não apenas monetários) necessários ao público para a mudança comportamental. Em relação ao local descreve-se onde e quando o público deve adotar o comportamento desejado e na promoção identificam-se todas as estratégias de comunicação, como *slogans*, porta-voz, logótipos entre outros, que serão utilizados para influenciar o público (Kotler & Lee, 2019).

Nas últimas três etapas descrevem-se o plano de avaliação com os métodos a utilizar para medir o sucesso da campanha, o orçamento e o plano de implementação, ficando definido quem fará o quê, quando e com que custo (Kotler & Lee, 2019).

A operacionalização do plano de *marketing* é apresentada no capítulo seguinte, onde são descritas todas as atividades e ou decisões efetuadas.

Para além do plano, a construção dos materiais de informação, educação e comunicação são aspetos fundamentais no *marketing*. Estes materiais correspondem a todos os recursos utilizados para partilhar informação, nomeadamente folhetos, vídeos, cartazes, entre outros (Melo, 2020).

Independentemente do recurso utilizado é necessário que este seja adequado à população, sobre pena de não a alcançar e com informação apropriada, para que esta perceba que os benefícios são superiores aos obstáculos na mudança comportamental. Os conteúdos elaborados devem conter mensagens com foco em emoções que estimulem a mudança (Melo, 2020).

A comunicação é essencial em estratégias de *marketing* e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública deve procurar utilizar os melhores recursos disponíveis para construir mensagens adequadas aos processos colaborativos e participativos das comunidades (Melo, 2020). Para isso, optou-se pela realização de uma campanha de *marketing* através de cartazes e vídeos com a participação de voluntários entre a população de docentes e não docentes.

Nos cartazes, os voluntários seriam apresentados com *slogans* alusivos aos comportamentos de procura de saúde no âmbito da doença oncológica e, nos vídeos, testemunhariam de que forma estes comportamentos têm impacto no seu bem-estar. Esta estratégia procura incentivar a adoção destes comportamentos aproveitando o facto de os voluntários serem parte da população.

De forma a obter a melhor campanha de *marketing* possível recorreu-se a parcerias com elementos da comunidade que dominam áreas de conhecimento que não são do âmbito de enfermagem, nomeadamente no *design* e edição de imagem.

As parcerias consistem num processo onde pessoas ou entidades se associam para a resolução de um determinado “problema, partilhar recursos, cooperar, criar coalizões, redes e aproveitar oportunidades” (Melo, 2020, p. 77). Formam-se a partir de processos formais ou informais com a partilha de metas comuns, de responsabilidades e de valores, podendo ser temporárias ou permanentes (Melo, 2020).

Foi estabelecida uma parceria com uma escola profissional local que leciona cursos nas áreas do *marketing* e *design*. Esta parceria dá à escola um cliente real para desenvolver as competências dos alunos e, em simultâneo, permite que a edição de imagem e vídeo necessários à campanha sejam devidamente desenvolvidos.

Considerou-se que a construção de um *website* onde a educação para a saúde e o *marketing* social partilhassem um espaço comum seria benéfico para potenciar resultados positivos. O

website conteria toda a informação relativamente aos rastreios, autovigilância, consultas de vigilância da saúde, vídeos, cartazes e ainda informações sobre as atividades presenciais como o jogo e o *world café*. Este recurso também cria uma área para a partilha de opiniões, esclarecimento dúvidas e sugestões de melhoria do projeto.

A implementação do projeto está sujeita a obstáculos que devem ser minimizados sempre que possível. A sua análise pode contribuir para que estes sejam ultrapassados ou pelo menos minimizados (Tavares, 1992).

Os obstáculos podem ser de “ordem organizacional, legal, financeira, mas também inerente aos próprios profissionais, quer quantitativamente, quer qualitativamente” (Tavares, 1992, p. 146). Para além disso, as atitudes da população e da própria equipa de planeamento podem construir barreiras à implementação do projeto (Tavares, 1992). Alguns possíveis obstáculos foram tidos em consideração durante a seleção de estratégias. Na tabela 12 realiza-se uma análise mais pormenorizada destes e com as estratégias de minimização associadas.

TABELA 12: Análise de obstáculos e estratégias de minimização associadas

Obstáculos de Ordem Organizacional	
Obstáculo	Limitação da disponibilidade para participar no projeto por parte das escolas.
Estratégias	Realizar reunião com os Diretores das escolas e com o coordenador da equipa de promoção e educação em saúde (PES), de forma a apresentar os resultados obtidos no diagnóstico de situação e salientar os benefícios da implementação do projeto para a saúde dos docentes e não docentes.
	Informar do papel das escolas na construção de um ambiente propício à proteção da saúde dos docentes e não docentes.
Obstáculo	Limitação de horário dos docentes e não docentes para participar atividades de educação para a saúde.
Estratégias	Realizar reunião com o coordenador da equipa PES de cada escola com o objetivo de planear as atividades ao longo do ano letivo e associar as atividades do projeto a outras atividades festivas em cada escola.
	Procurar com o coordenador da equipa PES as datas e horários ideais para a participação de docentes e não docentes.
Obstáculo	Limitação à recolha de imagens e vídeos em espaços da escola
Estratégias	Requerer junto dos Diretores das escolas a recolha de imagens de vídeos, reforçando a utilização exclusiva para fins destinados ao projeto de intervenção.

Estratégias	Informar o Diretor que a recolha de imagens e vídeos no agrupamento será sempre acompanhada e supervisionada pelo responsável pelo projeto.
Obstáculos de ordem quantitativa dos recursos	
Obstáculo	Limitação de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, para a continuidade do projeto
Estratégia	Negociar com as unidades de saúde a alocação de recursos humanos ao projeto.
Obstáculo	Limitação de recursos de impressão nos cartazes.
Estratégia	Negociar com a escola profissional parceira a impressão dos cartazes em formato A3.
Obstáculos de ordem qualitativa dos recursos	
Obstáculo	Dificuldades em manter o interesse dos docentes e não docentes nos conteúdos abordados.
Estratégias	Construção de atividades atrativas de forma a cativar a atenção (nomeadamente jogos e vídeos).
	Elaboração de informação simples, curta e centrada no essencial.
Obstáculos de ordem financeira	
Obstáculo	Aumento geral dos preços devido à inflação
Estratégias	Utilização racional dos recursos materiais existentes

2.5. Preparação Operacional Do Projeto Detetar Para Viver

Na etapa da preparação operacional do projeto foi planeada a execução das atividades através da especificação das mesmas. Tavares (1992) considera que para cada atividade é necessário identificar “o que deve ser feito (. . .) quem deve fazer (. . .) quando deve fazer (. . .) onde deve ser feito (. . .) como deve ser feito” (p.166) e como será a “avaliação da actividade” (p.166), eventualmente “o objetivo que pretende atingir” (p.166) e o custo da atividade. O

objetivo essencial desta etapa é clarificar as atividades de modo que outro enfermeiro alheio ao projeto seja capaz de as implementar.

A partir das necessidades identificadas e dos objetivos estabelecidos, desenvolveu-se o projeto Detetar para Viver que procura melhorar os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica. Este projeto tem por base o PNDO, nomeadamente o pilar da deteção precoce da ENLCC deste programa.

Para criar identidade e otimizar estratégias de comunicação desenvolveu-se um logótipo do projeto em parceria com a escola profissional. Conforme observado na figura 5, o logótipo utiliza cores e símbolos associados à luta contra o cancro, enquanto a estrutura global remete para uma pétala. O laço simboliza a esperança e tem sido frequentemente associado à doença oncológica em campanhas relacionadas com a sua prevenção e deteção precoce. As cores e os laços normalmente são associados a diferentes tipos de cancro, contudo para o projeto optou-se por associar o vermelho vivo utilizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro.

FIGURA 5: Logótipo do projeto Detetar para Viver



O formato em pétala está relacionado com a integração no logótipo do programa Educar com Saúde. Este programa integrará os projetos dos outros enfermeiros em formação. Isto significa que para além do projeto Detetar para Viver, o programa inclui os projetos Ponha-se a Mexer, Saber Comer e Bem-estar em Ação relacionados com a atividade física, alimentação saudável e bem-estar respetivamente. O logótipo do programa pode ser observado na figura 6. Consiste na agregação dos logotipos de todos os projetos constituindo numa flor com quatro pétalas.

FIGURA 6: Logótipo do programa Educar com Saúde



O nome do programa procura transmitir uma mensagem clara aos docentes e não docentes sobre a necessidade de desempenhar as funções para as quais estão preparados, “Educar”, mas “com Saúde”. Este nome funciona como *slogan* e traz a saúde para um espaço que, normalmente, é apenas destinado a funções profissionais.

Dada a possível mudança da população, essencialmente do corpo de docentes a cada novo ano letivo, as atividades foram planeadas apenas para o primeiro ano letivo do projeto. Contudo, prevê-se a possibilidade de repetição nos dois anos letivos seguintes, mas alinhadas com as necessidades identificadas no *world café*. Estas possíveis alterações na população serão residuais e não se prevê uma grande alteração.

Foram desenvolvidas cinco atividades para o projeto que integram a educação para a saúde e a campanha de *marketing* social. Todas as atividades foram desenvolvidas em associação com o programa Educar com Saúde.

A primeira atividade consiste no *world café*. Esta atividade permite a discussão entre os participantes sobre a temática do projeto e em simultâneo identificar as barreiras aos comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica. Na tabela 13 apresenta-se o plano para a atividade 1, *world café* denominada “Por uma Melhor Saúde”.

TABELA 13: Atividade 1: *world café* “Por uma Melhor Saúde”

Atividade 1: <i>world café</i> “Por uma Melhor Saúde”		
Objetivos		Estabelecer uma relação de confiança com a população; Promover na população a reflexão sobre os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica; Identificar barreiras aos comportamentos de procura de saúde; Identificar padrões de conhecimentos, mitos ou crenças que necessitem de intervenção.
Descrição		Realização de ações de quebra-gelo; Divulgação dos principais resultados do diagnóstico da situação; Apresentação do projeto Detetar para Viver; Apresentação da dinâmica de discussão <i>world café</i> ; Divisão dos participantes pelas quatro mesas e iniciar a discussão de ideias com o objetivo de responder a quatro questões apresentadas; Os participantes rodam a cada 20 minutos aleatoriamente para outra mesa; Síntese das principais ideias obtidas na discussão.
População		Docentes e não docentes das escolas.
Local		Espaço a definir por cada agrupamento de escolas e escola não agrupada.
Data/hora		Data e hora específica a negociar com o coordenador da equipa PES de cada escola.
Duração		Aproximadamente 120min.
Recursos	Humanos	Equipa do programa Educar com Saúde.
	Materiais	Plano de sessão (anexo 4). Quatro mesas com quatro a seis cadeiras cada, um cronómetro, carro.
	Financeiros	Combustível, café, chá, água, bolachas, quatro cartolinas, quatro marcadores.
Indicadores de Monitorização da Atividade		Taxa de adesão à atividade Taxa de satisfação global com a atividade

De modo a garantir a dinâmica da atividade, na mesa relativa ao projeto Detetar para Viver, planeou-se apresentar quatro questões aos participantes:

- Identifiquem vantagens da vigilância da sua saúde (rastreios, autovigilância, consultas) no âmbito da deteção precoce do cancro.
- Enumerem características pessoais ou do vosso contexto que podem ajudar na vigilância da saúde (rastreios, autovigilância, consultas) no âmbito da deteção precoce do cancro.

- Enumerem razões da vossa vida atual que podem constituir uma barreira para vigilância da sua saúde (rastreios, autovigilância, consultas) no âmbito da deteção precoce do cancro.
- De que forma vos posso ajudar na vigilância saúde (rastreios, autovigilância, consultas) no âmbito da deteção precoce do cancro?

Para os anos letivos seguintes considera-se necessária a realização, em primeiro lugar, desta atividade, mas com novas questões relevantes para a temática, de forma a explorar todas as barreiras aos comportamentos de procura de saúde na população.

A avaliação da atividade realiza-se através dos indicadores de adesão e satisfação global com a atividade:

$$\% \text{ de adesão dos docentes e não docentes à atividade } world \text{ café} = \frac{\text{Nº de docentes e não docentes presentes na atividade } world \text{ café}}{\text{Nº de docentes e não docentes convidados para a atividade } world \text{ café}} \times 100$$

$$\% \text{ satisfação global dos docentes e não docentes com a atividade } world \text{ café} = \frac{\text{Nº de docentes e não docentes que avalia a atividade com uma pontuação } \geq 4}{\text{Nº de docentes e não docentes que participaram na atividade } world \text{ café}} \times 100$$

Para estes indicadores, estabeleceu-se como meta 5% no caso da adesão e 90% no caso da satisfação. Os resultados da satisfação são obtidos a partir das respostas dos participantes ao questionário de avaliação de satisfação da atividade (anexo 5), nomeadamente na questão relacionada com a satisfação global. Este questionário avalia diferentes aspetos relacionados com a atividade e caso a satisfação fique abaixo da meta, deve-se analisar as respostas de modo a compreender o motivo e procurar melhorias.

O desenvolvimento do plano de *marketing* social teve por base o modelo de 10 etapas de Kotler & Lee (2019). A maioria destas etapas correspondem em certa medida ao executado noutras etapas do planeamento em saúde, nomeadamente na identificação da problemática, na caracterização da população e na identificação da perceção do público.

Delineou-se que o comportamento de procura de saúde seria apresentado como parte de uma vida saudável e a sua implementação seria simples e acessível a todos. Com este objetivo, desenvolveram-se os 4 P's da seguinte forma:

- Produto - Os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção da doença oncológica, são importantes para que a população se sinta segura e saudável.

- Preço - Devem dedicar tempo para realizar os rastreios oncológicos, as atividades de autovigilância e as consultas de rotina.
- Local - Não existe um local concreto para o comportamento, porém devem implementá-lo sempre que necessário.
- Promoção - Associar voluntários da população à campanha e construir cartazes e vídeos para divulgá-los com o *slogan* “Há gestos que valem a pena, rastrear não pode ser dilema”.

Planeou-se que os cartazes e vídeos fossem desenvolvidos em separado, constituindo duas atividades apesar de recorrerem aos mesmos voluntários. Ficou estabelecido que por cada agrupamento de escolas e escola não agrupada participariam dois docentes e dois não docentes.

Para participar na campanha, os voluntários teriam de concordar com os termos de participação e assinar o consentimento informado, livre e esclarecido para captação e difusão da imagem pessoal no âmbito do projeto de intervenção, conforme presente em anexo (Anexo 6).

O planeamento dos cartazes encontra-se descrito na tabela 14.

TABELA 14: Atividade 2: Cartazes

Atividade 2: Cartazes		
Objetivos		Promover os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica.
Descrição		Seleção dos voluntários, com apoio do coordenador PES; Captação de imagens dos voluntários em ambiente de trabalho; Edição das imagens e aplicação do <i>slogan</i> : “Há gestos que valem a pena, rastrear não pode ser dilema”; Associar o código QR do <i>website</i> educarcomsaude.pt; Impressão e afixação dos cartazes.
População		Docentes e não docentes das escolas.
Local		Todas as escolas.
Duração		De setembro 2023 até ao fim da implementação do projeto.
Recurso	Humanos	Equipa do programa Educar com Saúde. Alunos da escola profissional parceira. Professor elo de ligação a escola profissional.
	Materiais	Máquina fotográfica, tripé, luz para vídeo e imagem (“ <i>Ring Light</i> ”), fita cola, computador e carro
	Financeiros	Combustível

Indicadores de Monitorização da Atividade	Taxa de produção de cartazes Taxa de afixação de cartazes
---	--

Os indicadores de monitorização da atividade estabelecidos foram a taxa de produção e afixação de cartazes, traduzidos pelos seguintes indicadores:

$$\begin{array}{l} \text{\% de produção} \\ \text{de cartazes} \end{array} = \frac{\text{Nº de cartazes produzidos}}{\text{Nº de total de escolas}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{\% de fixação} \\ \text{de cartazes} \\ \text{nas escolas} \end{array} = \frac{\text{Nº de escolas com cartazes afixados}}{\text{Nº de total de escolas}} \times 100$$

Para estes indicadores estabeleceu-se a meta de 100% de produção e afixação de cartazes nas escolas até ao final do primeiro ano letivo, 30 de junho de 2024.

Em relação aos vídeos, foi planeada a construção de dois com os voluntários e com o apoio da escola profissional parceira. No primeiro os voluntários selecionados dariam a sua opinião sobre os benefícios das atividades dos rastreios, autovigilância e vigilância de saúde e no outro incentivariam a população a não descurar destes cuidados para que se sintam seguros e saudáveis. O planeamento desta atividade encontra-se descrito na tabela 15.

TABELA 15: Atividade 3: Vídeos

Atividade 3: Vídeos	
Objetivos	Promover os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica.
Descrição	Captar em vídeo as respostas dos voluntários selecionados para a atividade dos cartazes às perguntas: “Qual a importância dos rastreios, da autovigilância e da vigilância de saúde para si?” e “Recomenda os rastreios, a autovigilância e vigilância de saúde aos seus colegas de trabalho?”; Editar os vídeos de forma a extrair as melhores partes de cada participante, de modo a alcançar uma narrativa lógica, sequencial e de acordo com as recomendações.; Associar os <i>slogans</i> “Estar saudável é estar seguro” e “Detetar Para Vencer” aos vídeos; Divulgar os vídeos no <i>website</i> educarcomsaude.pt, no <i>website</i> oficial de cada escola e via email.
População	Docentes e não docentes das escolas
Local	Todas as escolas.

Duração		De setembro 2023 até ao fim da implementação do projeto.
Recurso	Humanos	Equipa do programa Educar com Saúde. Alunos da escola profissional parceira. Professor elo de ligação com escola profissional.
	Materiais	Máquina fotográfica, tripé, luz para vídeo e imagem (“ <i>Ring Light</i> ”), computador com ligação à internet e carro.
	Financeiros	Combustível e microfone.
Indicadores de Monitorização da Atividade		Taxa de produção de vídeos. Nº de visualizações dos vídeos.

Relativamente à taxa de produção dos vídeos, definiu-se a meta de 100% até ao fim do ano letivo, sendo calculada com recurso ao seguinte indicador:

$$\begin{array}{l} \text{\% de produção} \\ \text{de vídeos} \end{array} = \frac{\text{Nº de vídeos produzidos}}{\text{Nº de vídeos planeados}} \times 100$$

Quanto ao indicador de monitorização relacionado com o número de visualizações, definiu-se como meta alcançar o valor de 50% da população no final de cada ano letivo.

Nos anos letivos seguintes poderão juntar-se outros vídeos com outros temas, como resultado das necessidades identificadas no *world* café.

A atividade seguinte consiste na elaboração do *website*. É uma atividade que não apresenta tempo de duração próprio e estende-se durante toda a implementação do projeto. Contribuiu também para o programa Educar com Saúde e foi planeada para apresentar informação em formato de publicação, semelhante às redes sociais.

Definiu-se que as publicações devem ser curtas (dois a três minutos de leitura), mas suficientemente informativas para não perder a atenção e interesse do público. O *website* também serviria como fonte de informação fidedigna e de plataforma de divulgação para os cartazes, vídeos e as atividades presenciais. Na tabela 16 apresenta-se o plano para o *website*.

TABELA 16: Atividade 4: *Website*

Atividade 4: <i>Website</i>	
Objetivos	Aumentar o conhecimento sobre os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica; Promover os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica;
Descrição	Construção de vídeo para apresentação do projeto Detetar para Viver; Elaboração das publicações: “A Deteção Precoce Do Cancro”, “A Vigilância da Saúde na Sua Vida”, “Procure Ter Mais Saúde”, “A Autovigilância da sua Saúde”, “Os Rastreios Oncológicos”, “A Importância dos Rastreios”, “Rastreio do Cancro do Cólon e Reto”, “Rastreio do Cancro do Colo do Útero” e “Rastreio do Cancro da Mama”; Elaboração do Código QR de acesso ao <i>website</i> para publicação nos cartazes afixados; Divulgação das publicações no <i>website</i> ; Divulgação de outras atividades do projeto. Publicação dos cartazes e vídeos; Divulgação do <i>website</i> via email sempre que surgirem novas publicações.
População	Docentes e não docentes das escolas.
Local	Online no <i>website</i> : educarcomsaude.pt
Data/hora	De setembro 2023 até ao fim da implementação do projeto.
Recurso	Humanos Equipa do programa Educar com Saúde. Alunos da escola profissional parceira.
	Materiais Computador com ligação à internet;
	Financeiros Domínio para <i>website</i> , plataforma de desenvolvimento de websites (<i>GoogleSites</i>), aplicação de edição de imagem e vídeo (<i>Canvas</i>)
Indicadores de Monitorização da Atividade	Taxa de utilizadores do <i>website</i> ; Nº de visualizações nas publicações do <i>website</i> ; Tempo de visualização média das publicações no <i>website</i> ;

Delineou-se que o *website* teria quatro subpáginas, sendo uma dedicada ao projeto Detetar para Viver. A avaliação da atividade teria por base os dados recolhidos do *Google Analytics*.

Como indicadores de monitorização da atividade, definiram-se a percentagem de utilizadores do *website*, o número de visualizações e o tempo médio de visualização das publicações.

Relativamente à taxa de utilizadores utiliza-se o seguinte indicador:

$$\frac{\text{\% de utilizadores da página do projeto Detetar para Viver} \times \text{Média do N}^\circ \text{ de utilizadores das publicações da página do projeto Detetar para Viver}}{\text{N}^\circ \text{ de docentes e não docentes das escolas}} \times 100$$

Como meta para este indicador definiu-se a obtenção de 50% da população como utilizadores, até 30 de junho de cada ano letivo.

Relativamente ao número de visualizações da página do projeto Detetar para Viver, definiu-se como meta a alcançar o quíntuplo da média do número de utilizadores até 30 de junho de cada ano letivo. Com esta meta pretende-se que em média cada utilizador visualize o site cinco vezes.

Prevê-se que cada publicação não ultrapasse os três minutos de leitura, logo o tempo médio de visualização das publicações do projeto fixa-se nesse valor, sendo objeto de avaliação no final de cada ano letivo. Este indicador é particularmente sensível ao interesse da população. Quanto maior for o tempo médio de visualização nas publicações, maior é o interesse da população nos assuntos abordados.

Para aumentar os conhecimentos da população e divulgar o *website* educarcomsaude.pt foi planeada uma atividade de educação para a saúde baseada no jogo da glória. Planeou-se o desenvolvimento de um tabuleiro em grande escala onde os participantes, organizados em equipas, teriam de responder acertadamente a questões para progredir até ao fim do tabuleiro. As respostas estariam nas publicações do *website*, sendo que seria permitido a sua consulta. Na tabela 17 apresenta-se o plano para a atividade denominada “Com a Saúde (Não) Se Brinca”.

TABELA 17: Atividade 5: Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

Atividade 5: Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”	
Objetivos	Aumentar o conhecimento sobre os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica; Promover os comportamentos de procura de saúde, no âmbito da deteção precoce da doença oncológica; Divulgar o <i>website</i> do projeto nos docentes e não docentes.
Descrição	Realização de ações de “quebra-gelo”; Apresentação do <i>Website</i>: educarcomsaude.pt; Apresentação da atividade: explicação da dinâmica, das regras e prémio à equipa vencedora; Divisão do grupo em quatro equipas e execução da atividade; Referência ao site educarcomsaude.pt como fonte de informação e esclarecimento de dúvidas; Síntese das principais ideias abordadas.

População		Docentes e não docentes das escolas.
Local		Espaço a definir por cada agrupamento de escolas e escola não agrupada
Data/hora		Data e hora específica a negociar com o coordenador da equipa PES de cada escola
Duração		Aproximadamente 120min
Recurso	Humanos	Equipa do programa Educar com Saúde.
	Materiais	Plano de Sessão (anexo 7); Manual do jogo (anexo 8); Carro e dado em cartão.
	Financeiros	Café, chá, água, bolachas, um cronómetro, fruta de plástico, 50 folhas de Papel A4 Multicolor com a identificação do número das casas; micas e combustível.
Indicadores de Monitorização da Atividade		Taxa de adesão à atividade Taxa de satisfação global com a atividade

Estabeleceram-se como indicadores de monitorização da atividade a adesão e a satisfação global:

$$\% \text{ de adesão dos docentes e não docentes à atividade de jogo} = \frac{\text{Nº de docentes e não docentes presentes na atividade de jogo}}{\text{Nº de docentes e não docentes convidados para a atividade de jogo}} \times 100$$

$$\% \text{ satisfação global dos docentes e não docentes com a atividade de jogo} = \frac{\text{Nº de docentes e não docentes que avalia a atividade com uma pontuação } \geq 4}{\text{Nº de docentes e não docentes que participa na atividade}} \times 100$$

Pretende-se alcançar 5% de adesão à atividade e 90% de satisfação global. À semelhança do *world café*, a avaliação da satisfação realiza-se com recurso a um questionário de avaliação da satisfação (anexo 9). O questionário é divulgado através de um código QR partilhado no final da atividade.

Para o primeiro ano letivo foi construído um cronograma de atividades que pode ser consultado no anexo 10.

Como referido anteriormente, o projeto Detetar para Viver terá a duração de três anos letivos, até 30 de junho de 2026. A cada ano letivo, deve-se adicionar novo conteúdo aos já desenvolvidos, nomeadamente novos rostos aos vídeos e cartazes, novas publicações no *website* e novas atividades de jogo. Como novas atividades sugere-se o desenvolvimento de um *podcast*.

Deverá ser realizada uma avaliação intercalar tendo em consideração os indicadores de monitorização de cada atividade e os resultados obtidos com o *world café*. Esta avaliação pode sugerir a necessidade de utilizar outras estratégias de intervenção e/ou explorar outras barreiras à mudança comportamental. Este aspeto é ainda mais imperativo em relação à repetição de atividades do jogo. As questões no jogo deverão ser reformuladas de modo a concentrar esforços noutros aspetos dificultadores da mudança comportamental e, por outro lado, evitar a monotonia e previsibilidade das atividades.

A avaliação do impacto do projeto será entre 1 de maio de 2026 e 30 de junho de 2026 com recurso ao questionário utilizado no diagnóstico de situação (anexo 3). O prazo de dois meses para a avaliação está relacionado com a necessidade de encontrar com o coordenador da equipa PES a melhor data de avaliação em cada escola.

Com o planeamento definido é necessário identificar os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros que são necessários para o desenvolvimento das estratégias de intervenção e alcançar o sucesso (Tavares, 1992). A implementação deste projeto está muito dependente de recursos humanos e materiais já existentes, pelo que a parceria estabelecida permite aumentar a capacidade de intervenção sem impactar os custos.

Procurou-se calcular o orçamento necessário para o desenvolvimento das atividades apresentadas. Obteve-se um orçamento de 252,56€ para o primeiro ano letivo da implementação do projeto. No anexo 11 encontra-se a tabela detalhada com os custos.

2.6. Execução, Monitorização e Avaliação do Projeto Detetar para Viver

A monitorização e avaliação de projetos está contido nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Segundo a Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018) o Enfermeiro “monitoriza a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade (. . .) procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política (. . .) procede à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida” (pp. 19355-19356).

Tavares (1992) distingue a monitorização da avaliação. A monitorização corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas de forma contínua que analisam a implementação do

projeto e constituem uma parte da avaliação do projeto. A avaliação é mais abrangente e permite determinar o sucesso ou insucesso de um projeto através da confrontação entre os resultados obtidos, os objetivos planeados e as estratégias utilizadas (Tavares, 1992).

Decidiu-se realizar a monitorização das atividades desenvolvidas até ao fim do estágio de natureza profissional, de modo a desenvolver as competências relativas à avaliação de projetos, ainda que, a monitorização de algumas atividades esteja prevista apenas para o fim do ano letivo.

Foram realizadas as atividades do *world café*, do jogo, a construção e afixação dos cartazes, dos vídeos e do website. Houve um agrupamento que não conseguiu integrar o projeto Detetar para Viver e, por isso, foi implementado em três agrupamentos de escolas e numa escola não agrupada. No total, as atividades envolveram 1053 docentes e não docentes de 23 escolas.

No *world café* os participantes identificaram as principais vantagens dos comportamentos de procura de saúde no âmbito da deteção precoce, nomeadamente a redução da mortalidade, a maior facilidade do tratamento da doença, maior possibilidade de cura, maior qualidade de vida e maior economia para o SNS.

Foram ainda identificadas barreiras que comprometem estes comportamentos de procura de saúde nomeadamente, a perceção de suscetibilidade à doença como a ausência de história familiar, a despreocupação com a saúde e ainda outras prioridades pessoais. Identificaram também a falta de motivação, o medo do exame, do diagnóstico e a falta de conhecimento em relação aos rastreios e à autovigilância. O acesso também foi identificado como barreira, particularmente em relação aos exames de rastreio, pois a população considera que o horário e o local são habitualmente desajustados com as atividades profissionais.

Os fatores que condicionam os comportamentos de procura de saúde identificados anteriormente estão em linha com os encontrados na literatura e com o modelo de crenças em saúde (Brannon et al., 2014; Luque et al., 2018; Marques et al., 2023; O'Donnell et al., 2010; Ponce-Chazarri et al., 2023; Priaulx et al., 2018; Sarma, 2015; Scaglioni & Cavazza, 2022; SAPEA, 2022).

A falta de conhecimento e a ausência de perceção de suscetibilidade à doença são os principais fatores que condicionam a adesão aos rastreios, à autovigilância de sinais e sintomas e à realização de consultas de vigilância da saúde. No caso particular das consultas de enfermagem, a população referiu desconhecer o papel que este profissional pode desempenhar na vigilância da saúde.

Quanto aos indicadores de monitorização da adesão desta atividade, a meta proposta é de 5% e obteve-se o seguinte resultado:

$$\begin{array}{l} \text{\% de adesão dos docentes e não docentes à} \\ \text{atividade world café} \end{array} = \frac{33}{1053} \times 100 = 3,13\%$$

Em relação à satisfação com a atividade, a meta proposta é de 90% e obteve-se o seguinte resultado:

$$\begin{array}{l} \text{\% de satisfação dos docentes e não} \\ \text{docentes com a atividade world café} \end{array} = \frac{32}{33} \times 100 = 96,96\%$$

Nesta avaliação os participantes partilharam os seguintes comentários: “ambiente descontraído”, “partilha de experiências”, possibilidade de “reflexão” e “ouvir outras dificuldades e outras sugestões”. Todos manifestaram disposição para participar em atividades semelhantes.

Na atividade dos cartazes surgiram algumas dificuldades na edição, ainda assim, estes foram realizados e afixados de acordo com o previsto. A afixação decorreu no dia 19 de dezembro de 2023. No anexo 12 encontra-se um exemplar produzido.

As metas propostas para a produção e afixação deste é de 100%, obtendo-se os seguintes resultados nos indicadores de monitorização da atividade a 26 de janeiro de 2024:

$$\text{\% de produção de cartazes para as escolas} = \frac{23}{23} \times 100 = 100\%$$

$$\text{\% de afixação de cartazes nas escolas} = \frac{23}{23} \times 100 = 100\%$$

Os vídeos constituíram outra atividade realizada em simultâneo com os cartazes e à semelhança do efetuado anteriormente, a gravação dos vídeos foi realizada entre os dias três e seis de novembro de 2023. Houve algumas dificuldades na edição, mas criaram-se mais vídeos do que o inicialmente proposto. Os vídeos foram incorporados nas publicações do *website*.

Em relação a esta atividade, a meta proposta é que número de visualizações corresponda a 50% da população (527 visualizações), sendo que a 26 de janeiro de 2024 obteve-se o seguinte resultado: 137 visualizações.

A realização do *website* decorreu conforme o planeado, uma vez que todas as publicações foram desenvolvidas e publicadas. Foram enviados emails de divulgação do *website* sempre que foram feitas novas publicações.

No *website* foi colocada uma opção para envio de opiniões e sugestões de melhoria. Todas as opiniões foram positivas, destacando-o como “atraente, dinâmico e com uma linguagem acessível e com conteúdos interessantes e úteis” e “muito importante, pela sensibilização que faz a vários temas de saúde”.

Em termos do indicador de acesso à página do projeto, a meta proposta é que 50% da população aceda ao *website*, tendo-se obtido o seguinte resultado até 26 de janeiro de 2024:

$$\% \text{ de utilizadores da página do projeto Detetar para Viver} = \frac{193}{1053} \times 100 = 18,33\%$$

Em relação ao número de visualizações, a meta proposta é o quintuplo do número médio de utilizadores da página. Até 26 de janeiro de 2024 obteve-se 2157 visualizações (os valores da meta à data seriam: $5 \times 193 = 965$ visualizações).

Relativamente ao indicador de tempo médio de visualização a meta proposta é de três minutos, tendo-se obtido 3 minutos e 28 segundos no mesmo momento de monitorização.

Quanto à atividade “Com a Saúde (Não) Se Brinca”, decorreu conforme o planeado em dois agrupamentos de escolas nos dias 10 e 19 de janeiro de 2024 e participaram 32 elementos. A atividade obteve feedback bastante positivo pelos participantes, tendo sido mencionado a possibilidade de “aprender e descontrair no trabalho”, “aquisição de conhecimento e partilha de saberes” e “aprendizagem, esclarecimento de dúvidas e espírito de equipa”. Todos os participantes referiram a vontade de repetir a participação em atividades semelhantes.

As metas estabelecidas para esta atividade estão relacionadas com a adesão e satisfação. Em relação à adesão a meta proposta é de 5% da população e obteve-se o seguinte resultado:

$$\% \text{ de adesão dos docentes e não docentes à atividade à atividade de jogo} = \frac{32}{1053} \times 100 = 3,04\%$$

Em relação à satisfação com a atividade, a meta proposta é de 90% da população pontuar a satisfação como ≥ 4 e obteve-se o seguinte resultado:

$$\% \text{ de satisfação dos docentes e não docentes com a atividade à atividade de jogo} = \frac{30}{32} \times 100 = 93,75\%$$

O indicador de processo estabelecido na fixação de objetivos está relacionado com a percentagem de atividades realizadas em função das atividades propostas. Das cinco atividades relatadas anteriormente, duas delas são presenciais, ou seja, são repetidas quatro vezes, uma por cada agrupamento e escola não agrupada. Portanto, foi planeada a realização de 11 atividades, sendo que a meta para este indicador é 90% de concretização. Até 26 de janeiro de 2024 obteve-se o seguinte resultado:

$$\% \text{ de atividades do projeto realizadas} = \frac{7}{11} \times 100 = 63,64\%$$

2.7. Outros Contributos para o Desenvolvimento de Competências

Durante o estágio na UCC e na USP foram desenvolvidas outras competências relacionadas com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, para além do planeamento em saúde.

Relativamente à competência específica de capacitação de grupos e comunidades foram desenvolvidas atividades no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e no âmbito do Projeto ao Cuidador informal da UCC ao abrigo do Estatuto do Cuidador Informal.

Os principais objetivos do PNSE são: “promover os estilos de vida saudável (. . .) o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa (. . .) melhoria da qualidade do ambiente escolar (. . .) minimização dos riscos para a saúde (. . .) reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar” (DGS, 2015, p. 4).

O PNSE tem seis eixos estratégicos dos quais se destaca o eixo da capacitação que inclui áreas de intervenções como a saúde mental, alimentação saudável, atividade física, hábitos de sono e repouso, higiene corporal e saúde oral, afetos e sexualidade, entre outras (DGS, 2015).

No âmbito do eixo da capacitação deste programa e enquadrado com o projeto de saúde escolar da UCC foram desenvolvidas duas sessões de educação para a saúde relacionadas com o tema dos afetos e sexualidade em alunos do ensino secundário. O conteúdo das sessões envolveu os temas relacionados com a compreensão da fisiologia da reprodução humana, nomeadamente dos órgãos sexuais, ciclo menstrual e ovulatório, a compreensão sobre as infeções sexualmente transmissíveis e sobre os métodos contraceptivos. As sessões tiveram ainda momentos de reflexão sobre as consequências físicas, psicológicas e sociais da gravidez e sobre as relações abusivas. A escolha por estes conteúdos deveu-se ao diagnóstico de necessidades realizado pela UCC e teve por base a Portaria n.º 196-A/2010 dos Ministérios da Saúde e da Educação (2010).

O Projeto do Cuidador Informal da UCC tem como objetivo dar resposta às necessidades relacionadas com o Estatuto do Cuidador Informal. Este estatuto prevê um conjunto de direitos ao cuidador informal e à pessoa cuidada que requer a intervenção do Enfermeiro (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

Em relação ao cuidador informal, o artigo 5º estabelece que o cuidador informal tem o direito de receber informação das áreas da saúde, nomeadamente sobre a doença e apoios disponíveis e informação dos profissionais de saúde que permita a aquisição de competências para a prestação de cuidados à pessoa cuidada. O cuidador tem o dever de “participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas” (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019, p. 11).

Entre várias medidas de apoio ao cuidador informal, o artigo 7º prevê que este beneficie de:

“Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico (. . .) participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal” (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019, p. 11).

Assim, no âmbito deste projeto foram realizadas visitas domiciliárias a cuidadores informais para construção do plano de intervenção específico em conjunto com a equipa da UCC, avaliar a sobrecarga do cuidador e capacitá-lo para a prestação de cuidados.

A informação recolhida junto dos cuidadores permitiu identificar necessidades comuns com o objetivo de ser constituído um grupo de autoajuda para intervenção na UCC. Este grupo será dinamizado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e visa não só a partilha de experiências, mas também o aconselhamento e a divulgação de informação útil sobre os cuidados que prestam e minimizar o isolamento.

A vigilância epidemiológica é uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e “constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19357). No sentido de atingir esta competência, foram realizadas atividades no âmbito da avaliação do risco de desenvolver diabetes na população de docentes e não docentes, formação relativa ao SINAVE e rastreio de doenças infecciosas entre os consumidores de estupefacientes junto da unidade móvel da Organização Cooperativa para Desenvolvimento Social e Comunitário (ARRIMO).

O Programa Nacional Para a Diabetes definiu como metas para 2024 a avaliação do risco de Diabetes tipo 2 na população adulta ao nível dos cuidados de saúde primários e na comunidade (DGS, 2023b). Neste sentido, utilizou-se a escala *Finish Diabetes Risk Score* conforme orientação da DGS, onde uma pontuação inferior a sete corresponde a baixo risco de desenvolver a doença nos próximos 10 anos, entre sete e 11 corresponde a um risco ligeiro, entre 12 e 14 corresponde a um risco moderado, entre 15 e 20 corresponde a um risco alto e maior de 20 corresponde a um risco muito alto (DGS, 2013).

A utilização do SINAVE permite aos diversos profissionais de saúde pública a identificação e análise de situações de risco e divulgação de informação relativamente às doenças de declaração obrigatória (Despacho n.º 15385-A/2016 da DGS, 2016). A formação realizada no âmbito desta plataforma incidiu sobre o seu funcionamento geral e em particular no trabalho que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública desenvolve na identificação e sinalização de contactos e casos suspeitos, permitindo a implementação em tempo real de medidas de controlo da disseminação de doenças.

A ARRIMO é uma instituição particular de solidariedade social e entre os seus vários objetivos, destaca-se a promoção da saúde, a irradicação da pobreza e exclusão social em pessoas e comunidades desfavorecidas. Esta associação (ARRIMO, n.d.) dispõe de unidades móveis que circulam pelos locais de elevado consumo de estupefacientes com o propósito de promover a reeducação do consumo através da substituição por metadona e em parceria com a USP, são ainda realizados rastreios ao vírus da imunodeficiência humana e à Tuberculose.

Outra competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é a “coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356).

A participação em atividades no âmbito do PNSE, Programa Nacional Para a Diabetes e no Projeto Detetar para Viver próximo das áreas de atuação do PNDO contribuem para o desenvolvimento desta competência. Todas estas atividades integram-se nos objetivos do PNS.

As competências comuns aos enfermeiros especialistas são: “Responsabilidade profissional, ética e legal (. . .) Melhoria contínua da qualidade (. . .) Gestão dos cuidados (. . .) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4745). Ao longo do estágio houve preocupação em desenvolver estas competências comuns.

Todas as atividades desenvolvidas foram realizadas sob responsabilidade profissional, ética e legal. Aquando do diagnóstico de situação a população teve sempre assegurado que a informação seria obtida sobre garantia da confidencialidade e anonimato. Para além disso, a recolha de imagens foi realizada em conformidade com a legislação, com consentimento prévio escrito dos participantes e sendo utilizadas no âmbito do projeto.

A reflexão sobre as atividades implementadas, nomeadamente sobre as atividades relacionadas com o projeto Detetar para Viver, contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito das unidades funcionais onde decorreu o estágio. Para além disso, o facto de se ter possibilitado a realização da avaliação do risco de desenvolver diabetes, de forma presencial, contribuiu para a consecução dos objetivos da USP.

Para a aquisição da competência gestão de cuidados contribuíram todas as atividades relacionadas com o planeamento, recorrendo à construção de um cronograma e gerindo o acesso à população de forma eficiente. Também contribuiu para esta competência a gestão criteriosa do tempo de estágio e das atividades a desenvolver, valorizando os recursos disponíveis no sentido de obter os melhores resultados na prestação de cuidados.

A discussão em reunião com as enfermeiras orientadoras das unidades de saúde sobre a construção e desenvolvimento do projeto contribuiu para o aumento das aprendizagens profissionais. Estas reuniões e a apresentação do diagnóstico de situação facilitaram a aprendizagem em contexto de trabalho, através da melhor evidência científica e dos debates que ocorreram. Para além disso, a comunicação com os representantes das diferentes instituições envolvidas constituiu um momento de aprendizagem e experiência.

2.8. Análise reflexiva do desenvolvimento de competências.

As atividades apresentadas nos subcapítulos anteriores foram decisivas para o desenvolvimento de diferentes competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. É importante refletir sobre o trabalho desenvolvido para identificar os fatores que influenciaram a experiência. Para além disso, acredita-se que a reflexão constitui um momento de desenvolvimento pessoal e profissional, podendo levar até à melhoria da prática clínica da qualidade nos cuidados prestados à comunidade.

A primeira competência apresentada no relatório diz respeito à avaliação do estado de saúde de uma comunidade através do planeamento em saúde, sendo esta competência a mais complexa e à qual se dedicou maior atenção no decurso do estágio. Esta competência é constituída por cinco unidades de competência que apresentam uma aproximação às etapas do planeamento em saúde.

Relativamente à unidade de competência “procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355), foi concretizada pela identificação do perfil de saúde da população estudada. Atendendo ao trajeto delineado para o diagnóstico de situação, estar baseado na participação voluntária, fez com que os dados obtidos não correspondessem à totalidade da população. Com outras estratégias de obtenção de dados, como referidas anteriormente, poder-se-iam obter valores diferentes.

Face aos comportamentos de procura de saúde avaliados a identificação dos fatores que os condicionam teria sido importante para delinear o projeto. Ainda assim, através da evidência científica relacionada com os fatores que interferem com estes comportamentos e da atividade do *world café* foi possível ultrapassar esta dificuldade. Para além disto, os dados recolhidos relativamente à idade, sexo, habilitações literárias e unidade de funcional onde se encontra inscrita foram suficientes para conhecer a população.

Quanto à unidade de competência “estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355), não foi implementado nenhum método de priorização uma vez que os dados recolhidos correspondiam a uma única área de intervenção. Ainda assim, considera-se que há domínio desta unidade de competência visto que a seleção da deteção precoce da doença oncológica resultou de um processo anterior de áreas prioritárias identificadas.

A unidade de competência “formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19355) foi desenvolvida com sucesso. Com a utilização dos dados do PNDO e de outros programas relacionados com os comportamentos de procura de saúde foi possível estabelecer objetivos e metas adequados e mensuráveis. Quanto à seleção de estratégias, considera-se que a utilização da educação para a saúde e do *marketing* social foram adequadas à população. Para além disso, o recurso a cartazes, vídeos e *website* permitem que o projeto alcance o máximo de pessoas possíveis, uma vez que numa população desta magnitude, a realização exclusiva de atividades presenciais dificilmente seria suficiente para alcançar os objetivos estabelecidos.

A utilização destas estratégias também procurou trazer as novas tecnologias para o espaço da promoção da saúde. Na posse do conhecimento sobre a existência de instituições na comunidade com domínio sobre estas novas tecnologias, o recurso a parcerias com essas instituições mostrou-se ser uma mais-valia.

Outra unidade de competência prevista pelo regulamento n.º 428/2018 da OE (2018) é “estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (p. 19355). No âmbito desta unidade foi desenvolvido o projeto Detetar para Viver. O projeto foi construído com vista à resolução das necessidades identificadas no diagnóstico de situação, integra os objetivos delineados, bem como as atividades prescritas para alcançar esses objetivos. Integra também a construção do cronograma com o planeamento de atividades de forma a organizar a sua implementação.

As atividades implementadas decorreram conforme o planeado, contudo há aspetos a refletir. A participação no *world café* ficou aquém devido à impossibilidade de participação da população de dois agrupamentos de escolas, mas pondera-se que o envio de maior número de *emails* na semana anterior à atividade reverter-se-ia em maior participação.

A utilização dos cartazes e vídeos foi relevante na implementação do projeto. A utilização destes recursos mostrou-se importante para o envolvimento da população. Na parceria com a escola profissional constatou-se que a comunicação não foi a mais eficaz, tendo como consequência a reformulação de alguns materiais produzidos. O estabelecimento de parcerias exige alguns cuidados nomeadamente na clareza das responsabilidades de cada parceiro. Reconhece-se que o estabelecimento de parcerias é um trabalho difícil, principalmente quando não há uma cultura já estabelecida entre instituições de cada comunidade.

O *website* foi uma iniciativa que permitiu disponibilizar à comunidade conteúdo pertinente, seguro e acessível sobre as temáticas trabalhadas. A população utilizou o conteúdo produzido e manifestou satisfação com o mesmo. O sucesso desta estratégia abre a possibilidade de recomendar a sua aplicação em outros projetos futuros.

No âmbito da competência do planeamento em saúde, a capacidade de avaliar o trabalho desenvolvido em programas e projetos de intervenção constitui uma unidade de competência (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Acredita-se que o trabalho de avaliação desenvolvido anteriormente foi suficiente para a aquisição desta unidade de competência. Apesar de não se ter realizado a avaliação do impacto do projeto, a mesma está planeada para maio e junho de 2026 e a avaliação dos indicadores das atividades permitiu a sua monitorização. Os indicadores apresentados ao longo da elaboração do projeto serão adequados para medir o impacto deste.

A segunda competência apresentada no relatório está associada à capacidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública contribuir para o “processo de capacitação de grupos e comunidades” e apresenta três unidades de competência (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356).

Relativamente à unidade de competência “lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356), consideram-se suficientes as atividades planeadas e implementadas no âmbito dos diferentes programas e projetos, referidos anteriormente. Durante as atividades foram tidas em consideração as necessidades específicas de cada grupo e as suas particularidades, sejam elas étnicas, culturais ou económicas.

Estas atividades também contribuíram eficazmente para a utilização de “conhecimentos de diferentes disciplinas” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356). Estes conhecimentos estiveram relacionados essencialmente com técnicas de comunicação verbal e não verbal, estratégias de intervenção em grupos e legislação. O conhecimento sobre a legislação do Estatuto do Cuidador Informal foi particularmente importante na capacitação dos cuidadores, visto que contribuiu para o seu conhecimento sobre os direitos e deveres a que estão sujeitos, com consequente empoderamento.

Outra unidade de competência relativa à capacitação de grupos e comunidades é a “gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356). Esta gestão de informação foi concretizada com sucesso na atividade do *website*, onde foram desenvolvidas publicações curtas, mas com toda a informação necessária para o aumento do conhecimento relativamente à deteção precoce da doença oncológica.

A terceira competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública corresponde à capacidade de integrar a “coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356). Esta apresenta uma única unidade de competência, nomeadamente “participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do PNS (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19356). Considera-se que esta competência foi desenvolvida com sucesso atendendo a que foi possível coordenar a implementação de todas as atividades do projeto Detetar para Viver. A realização de atividades no âmbito do PNSE concorrem igualmente para o sucesso da aquisição desta competência, uma vez que foram implementadas e monitorizadas atividades relativas ao eixo da capacitação deste programa. Foi ainda promovido o projeto ao Cuidador Informal da UCC através dos contactos com os cuidadores informais.

A quarta e última competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública está relacionada com a capacidade de realizar e cooperar “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018, p. 19357). Esta apresenta apenas uma unidade de competência nomeadamente “procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19357). Com a realização do diagnóstico de saúde aos docentes e não docentes e a formação do SINAVE alcança-se com sucesso esta competência, visto que foi possível compreender em que consiste a vigilância epidemiológica e como proceder ao seu registo.

As competências comuns ao Enfermeiro Especialista também foram desenvolvidas com sucesso durante o estágio de natureza profissional. No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram desenvolvidas e melhoradas competências ao longo de todo o estágio. O desenvolvimento deste domínio tornou-se mais evidente com a necessidade de obter o consentimento informado junto da população para as diferentes intervenções. Também se considera que existiu sempre um exercício enquadrado com o código deontológico da OE.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, este foi assegurado em todos os momentos do planeamento em saúde e em todas as atividades realizadas no âmbito do estágio. A prestação de cuidados na comunidade esteve assente no planeado, permitindo a otimização criteriosa do

tempo de estágio e dos resultados. Esta competência potenciou a concretização do diagnóstico de situação a uma população de 1246 pessoas.

Em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade, no que diz respeito ao diagnóstico de situação considera-se que a opção por aplicar o questionário presencialmente junto da população resultou em informação mais consistente e eficaz. Para além disso, houve sempre uma atitude reflexiva em busca da melhor decisão clínica no planeamento e execução de atividades.

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais considera-se que todo o estágio permitiu a aquisição desta competência, nomeadamente pela permanência das unidades, nos debates com as enfermeiras orientadores e pela relação com a população, com a comunidade e com as diferentes instituições. Esta aprendizagem torna claras as funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Apesar das dificuldades sentidas em alguns momentos acredita-se que foi possível atingir todos os objetivos do estágio de natureza profissional. O trabalho efetuado ao longo do período de estágio permitiu o desenvolvimento de todas as competências comuns e específicas previstas, nomeadamente: incorporar a melhor evidência científica, conceber, gerir e supervisionar cuidados desta área, integrar as unidades de saúde e consolidar a consciência profissional.

A construção do projeto Detetar para Viver contribuiu significativamente para o desenvolvimento dos objetivos profissionais propostos. Através do questionário implementado no diagnóstico de situação foi possível desenvolver capacidades relativamente à análise e interpretação dos dados de uma população. O estudo inicial para a construção das questões permitiu desenvolver uma compreensão alargada sobre os determinantes de saúde que influenciam o estado de saúde de uma população. O projeto desenvolvido procurou melhorar alguns comportamentos através da promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sustentabilidade do SNS. Para além disso, dada a magnitude da população de docentes e não docentes, houve necessidade de construir intervenções com recursos a técnicas inovadoras, que foram bem-sucedidas atendendo à satisfação obtida entre a população.

Atendendo aos objetivos pessoais definidos, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram compreender em pormenor o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas de diferentes áreas, como a da saúde mental, e a sua relação com outros profissionais, nomeadamente com médicos de saúde pública, assistentes sociais e psicólogos. A relação entre os diferentes profissionais contribuiu para a compreensão da complementaridade das diferentes disciplinas da saúde, a forma como juntas procuram melhorar a saúde da comunidade e desenvolver a área das relações interpessoais e do trabalho de equipa. Para além disso, foram consolidadas características pessoais como a liderança, resiliência e gestão de emoções.

CONCLUSÃO

O presente relatório procurou apresentar todas as atividades, decisões, análises e reflexões realizadas durante o Estágio de Natureza Profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, fundamentando todas as opções com a melhor evidência disponível e de acordo o objetivo traçado.

Durante a elaboração do relatório surgiram algumas dificuldades relacionadas com a sintetização da informação levando à necessidade de implementar uma linguagem clara e objetiva sem que comprometesse o entendimento sobre o trabalho desenvolvido. A necessidade de confidencialidade da informação em relação ao contexto de estágio também constituiu um desafio na elaboração deste documento. Para além disso, a opção por apresentar conteúdos em função das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública fez com que grande parte do documento fosse dedicado ao planeamento em saúde. Ainda assim, não comprometeu a apresentação do trabalho realizado e permitiu demonstrar a amplitude das competências adquiridas com o estágio de natureza profissional. Os contributos das professoras orientadoras sobre a organização do documento, adequação do discurso, a análise de dados e a reflexão de ideias contribuíram para superação destas dificuldades.

A elaboração do relatório termina um processo de formação que resultou na aquisição de competências especializadas no âmbito do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Como em qualquer processo, no desenvolvimento das competências surgiram dificuldades. A apresentação destas ao longo do documento cria o espaço necessário para a descoberta de possíveis soluções. Esta reflexão, para além de contribuir para o desenvolvimento individual, possibilita o desenvolvimento da profissão de enfermagem, nomeadamente no âmbito da especialização em saúde comunitária e de saúde pública. Apesar do pormenor do documento em relação ao realizado em estágio, este não foi pormenorizado quanto às dificuldades sentidas e dos momentos de indecisão.

Relativamente ao diagnóstico de situação, na elaboração do questionário não foram incluídas questões relacionadas com os fatores que condicionam os comportamentos de procura de saúde, esta falta levou a alguma insatisfação. Por outro lado, a decisão de implementar o questionário presencialmente resultou num trabalho praticamente continuado ao longo de mês e meio. Conciliar esta fase do planeamento com a atividade profissional revelou-se um desafio

à capacidade física e psicológica, principalmente devido aos prazos existentes. Para além disso, o número de participantes ficou bastante abaixo da totalidade indicando a necessidade de reformulação das estratégias de acesso à população, ilustrando a falta de proximidade desta com os profissionais de saúde.

As estratégias selecionadas visaram “invadir” o espaço da população, nomeadamente o website nas páginas oficiais dos agrupamentos, cartazes nas salas de docentes e não docentes e mensagens e vídeos partilhados via *website* e *email*. Para a concretização destas estratégias houve a necessidade de assumir a construção dos materiais, principalmente dos vídeos, levando ao desenvolvimento de competências digitais aparentemente alheias à enfermagem.

O projeto delineado para dar resposta às necessidades da população no âmbito dos comportamentos de procura de saúde não previa a avaliação do impacto do deste durante o tempo de estágio. A existência destes resultados, certamente enriqueceriam o relatório. Ainda assim, foi realizada a monitorização das atividades realizadas até ao fim do estágio.

Ao longo do relatório ficou evidente a ausência de projetos direcionadas aos comportamentos de procura de saúde no âmbito da deteção precoce da doença oncológica. Este facto, não permitiu a comparação dos resultados do diagnóstico de situação, nem a comparação das atividades desenvolvidas com outra população. Esta limitação não permite enriquecer a análise do projeto, nem compreender que outras atividades poderiam ser desenvolvidas para alcançar melhores resultados. Por outro lado, este facto reforça a importância deste documento enquanto pioneiro na apresentação de um projeto de intervenção nesta área.

Durante o estágio na UCC, verificou-se falta de recursos humanos e havendo um maior número de enfermeiros ampliaria a capacidade de intervenção na comunidade, tornando-a mais saudável e com menor consumo de recursos dos serviços hospitalares. Em última análise, reforçar as equipas não aumentaria a despesa pública, mas certamente diminuiria a despesa pública com a saúde. Para além disso, apostar na promoção da saúde e prevenção da doença aumenta o número de anos vividos com qualidade de vida.

Outra dificuldade sentida em estágio referente ao trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública foi a inadaptação do sistema informático Sclinico o que implica que o registo informático de projetos como o Detetar para Viver, com uma população de 1053 indivíduos e maioritariamente inscritos noutra ACEs, seja extremamente limitado.

É certo que Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer para melhorar a capacidade de promoção de saúde na população. Espera-se que as reflexões apresentadas neste relatório possam contribuir não só para esse caminho, mas também para uma prática profissional mais significativa para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aces Porto Ocidental. (n.d.). *Como fazer o autoexame do testículo?* Retrieved June 16, 2023, from https://acesportoocidental.org/public/files/palpacao_testiculo.pdf
- Allen, L., & Brannagan, M. (2022). Educating About Breast Self-Examination. In *CINAHL Nursing Guide*.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nup&AN=T703877&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- American Cancer Society. (2023). *Cancer screening saves lives*.
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/online-documents/en/pdf/flyers/cancer-screenings-save-lives.pdf>
- American Cancer Society. (2018). *Testicular Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging*.
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8845.00.pdf>
- ARRIMO. (n.d.). *Organização Cooperativa para Desenvolvimento Social e Comunitário*. ARRIMO. Retrieved March 27, 2024, from <https://www.arrimo.org/>
- Bacchus, C. M., Dunfield, L., Gorber, S. C., Holmes, N. M., Birtwhistle, R., Dickinson, J. A., Lewin, G., Singh, H., Klarenbach, S., Mai, V., & Tonelli, M. (2016). Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 188(5), 340-348. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151125>
- Bazilio, J., Pereira, J. de A., Figueira, M. C. e S., & Silva, E. M. (2020). Generating meaningful conversation: World Café in strategic interprofessional planning in Continuing Education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0279>
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (8ª Edição). Wadsworth Cengage Learning.
- Cardoso, R., Guo, F., Heisser, T., Hackl, M., Ihle, P., De Schutter, H., Van Damme, N., Valerianova, Z., Atanasov, T., Májek, O., Mužík, J., Nilbert, M. C., Tybjerg, A. J., Innos, K., Mägi, M., Malila, N., Bouvier, A.-M., Bouvier, V., Launoy, G., ... Brenner, H. (2021). Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. *The Lancet Oncology*, 22(7), 1002-1013. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00199-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00199-6)

- Centro Hospitalar Universitário de Santo António. (n.d.). *Centro de Referência Cancro do Testículo*. Retrieved June 16, 2023, from <https://www.chporto.pt/v0I0B0G/centro-de-referencia-cancro-do-testiculo>
- Committee on Practice Bulletins - Gynecology, Pearlman, M., & Jeudy, M. (2017). Practice Bulletin Number 179: Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. *Obstetrics & Gynecology*, 130(1), e1-e16. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002158>
- Conselho da União Europeia. (2022). *Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC*. https://health.ec.europa.eu/document/download/9b904a22-41bd-45b6-9a79-d3ac6d48ba19_en?filename=com_2022-474_act_en.pdf
- Conselho Nacional de Educação. (2022). *O Estado da Educação 2021*. Conselho Nacional de Educação. https://www.cnedu.pt/content/EE2021/EE2021-Web_site.pdf
- Croswell, J. M., Brawley, O. W., & Kramer, B. S. (2018). Prevention and Early Detection of Cancer. In *Principles Of Internal Medicine* (20^a, Vol. 1). McGraw-Hill Education.
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Kemper, A. R., Kubik, M., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Phipps, M. G., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C.-W., & Wong, J. B. (2018). Screening for Cervical Cancer. *JAMA*, 320(7), 674. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10897>
- Dawkins, V., & Solomon, A. (2017). Introducing the World Café to Doctor of Nursing Practice Students. *Journal of Nursing Education*, 56(10), 638-639. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170918-11>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, 1^a Série, Nº150 , 5-52. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário Da República*, 1^a Série, Nº215, 4-20.
- Despacho n.º 8254/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, 2.^a Série, N.º 183, 20788-20789. <https://files.dre.pt/2s/2017/09/183000000/2078820789.pdf>

- Despacho n.º 9426/2021 da Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º188, 100-102.
- Despacho n.º 15385-A/2016 da Direção-Geral da Saúde. (2016). Doenças de Notificação Obrigatória. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º243, 2-22. https://sinave.min-saude.pt/SINAVE.MIN-SAUDE/despacho_n_15385-A-2016
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Ministério da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2015/10/Processo-Assistencial-Integrado-na-Diabetes-Mellitus-tipo-2-DGS-2013.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Ministério da Saúde. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional - 2021*. Ministério de Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-anos-dos-dados-1288900-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFaHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Estratégia Nacional De Luta Contra O Cancro 2021-2030*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Ministério da Saúde. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2023/03/DGS_PNPAS_202230_02_03_23.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional 2022*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-anos-dos-dados-1315157-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFaHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Programa Nacional Para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023->

pdf.aspx?v=%3d%3dcgAAAB%2bLCAAAAAABACztbV1KXd0dHRS8HF2hAAAnR8eiyuAqz5KqsNB
KC0Pf4pBQQ18XRzdHjyo317TsAJAancTcAmvytAlAtGvBFXIAAAA%3d

Eurostat. (2023). *Cancer screening statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics#Breast_cancer_screening

Fadich, A., Giorgianni, S. J., Rovito, M. J., Pecchia, G. A., Bonhomme, J. J., Adams, W. B., Stephenson, C. L., Mesa-Morales, F. E., & Sparkes, J. S. (2018). USPSTF Testicular Examination Nomination-Self-Examinations and Examinations in a Clinical Setting. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1510-1516. <https://doi.org/10.1177/1557988318768597>

Feitosa de Lima, T., Lubich Medeiros de Figueiredo, C., & Maia Macena, R. H. (2022). World café: relato de experiência de uma técnica de ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Ensino Superior*, 6(4), 83-94. <https://doi.org/10.18256/2447-3944.2022.v6i4.4085>

Figueiredo, A. L., Lourenço, A. M., Matos, C., Ferreira, E., Moreira, J., Magalhães, J. P., Cunha, L., Monteiro, O., Andrade, P., & Mansilha, R. B. (2018). *Plano Local De Saúde Porto Oriental*. Administração Regional de Saúde do Norte. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/Porto_Oriental_2018_PLS_Extensao-2020.pdf

Gauthier, A., Kato, P. M., Bul, K. C. M., Dunwell, I., Walker-Clarke, A., & Lamer, P. (2019). Board Games for Health: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Games for Health Journal*, 8(2), 85-100. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0017>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, And Practice* (5ª Edição). Jossey-Bass.

Global Cancer Observatory. (2022a). *Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022, Continents*. Organização Mundial Da Saúde. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&print=1

Global Cancer Observatory. (2022b). *Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022, Portugal*. Organização Mundial Da Saúde. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=620&print=1

Global Cancer Observatory. (2022c). *Absolute numbers, Mortality, Both sexes, in 2022, Continents*. Organização Mundial Da Saúde. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=903_904_905_908_909_935&types=1&print=1

- Global Cancer Observatory. (2022d). *Absolute numbers, Mortality, Both sexes, in 2022, Portugal*. Organização Mundial Da Saúde. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&populations=620&types=1&print=1
- Gomes, E. A., Jesus, M. C. P. de, Silva, M. H. da, Merighi, M. A. B., & Campos, E. M. S. (2018). Motivos da não realização da mamografia por mulheres com idades entre 60 e 69 anos. *Revista de APS*, 21(2). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15808>
- Gorbenko, K., Metcalf, S. A., Mazumdar, M., & Crump, C. (2017). Annual Physical Examinations and Wellness Visits: Translating Guidelines into Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(6), 813-816. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.12.005>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª Edição). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2023). *Organização Mundial da Saúde declara fim da emergência global da COVID-19*. <https://www.insa.min-saude.pt/organizacao-mundial-da-saude-declara-fim-da-emergencia-global-da-covid-19/>
- Jansen, E. E. L., Zielonke, N., Gini, A., Anttila, A., Segnan, N., Vokó, Z., Ivanuš, U., McKee, M., de Koning, H. J., de Kok, I. M. C. M., Veerus, P., Anttila, A., Heinävaara, S., Sarkeala, T., Csanádi, M., Pitter, J., Széles, G., Vokó, Z., Minozzi, S., ... Priaulx, J. (2020). Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 127, 207-223. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.013>
- Kotler, P., & Lee, N. L. (2019). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good* (6ª Edição). SAGE Publications, Inc.
- Kuwabara, Y., Fujii, M., Kinjo, A., & Osaki, Y. (2022). Abstaining from annual health check-ups is a predictor of advanced cancer diagnosis: a retrospective cohort study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 27(0), 21-00292. <https://doi.org/10.1265/ehpm.21-00292>
- Laverack, G. (2014). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. Universidade Católica. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. *Diário Da República*, 1ª Série, Nº171, 9-16. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>

- Lei n.º 102/2009 da Assembleia da República. (2009). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário Da República*, 1.^a Série, N.º 176, 6167-6192. <https://files.dre.pt/1s/2009/09/17600/0616706192.pdf>
- Löhr, K., Weinhardt, M., & Sieber, S. (2020). The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 160940692091697. <https://doi.org/10.1177/1609406920916976>
- Luque, J. S., Tarasenko, Y. N., & Chen, C. (2018). Correlates of Cervical Cancer Screening Adherence Among Women in the U.S.: Findings from HINTS 2013-2014. *The Journal of Primary Prevention*, 39(4), 329-344. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0513-z>
- Marques, P., Geraldes, M., Gama, A., Heleno, B., & Dias, S. (2023). What is the role of attitudinal barriers on cervical cancer screening non-attendance? Findings from a cross-sectional study with migrant women in Portugal. *BMC Women’s Health*, 23(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02198-2>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e da Saúde Pública*. Lidel-Edições Técnicas.
- Ministério da Saúde. (2023). *BI-CSP Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários UCC USP Porto Oriental*. SPMS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>
- Molassiotis, A., Tyrovolas, S., Giné-Vázquez, I., Yeo, W., Aapro, M., & Herrstedt, J. (2021). Organized breast cancer screening not only reduces mortality from breast cancer but also significantly decreases disability-adjusted life years: analysis of the Global Burden of Disease Study and screening programme availability in 130 countries. *ESMO Open*, 6(3), 100111. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100111>
- Moreira, C. B., Fernandes, A. F. C., Castro, R. C. M. B., Oliveira, R. D. P. de, & Pinheiro, A. K. B. (2018). Social determinants of health related to adhesion to mammography screening. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 97-103. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0623>
- Moreira, M. A., Guerreiro, M., Almeida, S., Antunes, D., Sottomayor, A., Monteiro, O., Andrade, P., Ferreira, E., Muralova, A., Ramos, E., Barros, H., Gonçalves, T. F., Rodrigues, T., Bastos, V. L., & Cunha, S. (2022). *Saúde, um Compromisso de Todos - Plano Municipal de Saúde, 2022-2024*. Câmara Municipal do Porto. https://coesaosocial.cm-porto.pt/files/uploads/cms/coesaosocial/7/files/Plano%20MS_20fev2023.pdf

- O'Donnell, S., Goldstein, B., DiMatteo, M. R., Fox, S. A., John, C. R., & O'Brzut, J. E. (2010). Adherence to Mammography and Colorectal Cancer Screening in Women 50-80 Years of Age. *Women's Health Issues*, 20(5), 343-349. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.04.002>
- Oeffinger, K. C., Fontham, E. T. H., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J. S., Shih, Y.-C. T., Walter, L. C., Church, T. R., Flowers, C. R., LaMonte, S. J., Wolf, A. M. D., DeSantis, C., Lortet-Tieulent, J., Andrews, K., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Smith, R. A., Brawley, O. W., & Wender, R. (2015). Breast Cancer Screening for Women at Average Risk. *JAMA*, 314(15), 1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12783>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Terceira versão da Ontologia de Enfermagem*. Terceira versão da Ontologia de Enfermagem
- Órfão, A., Leça, A., Henriques, A., Calado, B., Branco, J., Vicente, L., Moreira, L. M., José Alves, M., Félix, S., & Ventura, T. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Direção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Organização Mundial da Saúde. https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *WHO position paper on mammography screening*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf;jsessionid=E7A3191B85B624B82646CE42CFBA1715?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention*. (2ª edição). Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global status report on physical activity 2022*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>
- Öztürk, Ç., Fleer, J., Hoekstra, H. J., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2015). Delay in Diagnosis of Testicular Cancer; A Need for Awareness Programs. *PLOS ONE*, 10(11), e0141244. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141244>

- Ponce-Chazarri, L., Ponce-Blandón, J. A., Immordino, P., Giordano, A., & Morales, F. (2023). Barriers to Breast Cancer-Screening Adherence in Vulnerable Populations. *Cancers*, 15(3), 604. <https://doi.org/10.3390/cancers15030604>
- Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E. J., Parvizy, S., & Rafii, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1), 523. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1181-9>
- PORDATA. (2023a). *Óbitos por algumas causas de morte (%) - Portugal*. <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/grafico/5835405>
- PORDATA. (2023b). *Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal, Norte, Área Metropolitana do Porto e Porto*. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/grafico/5839248>
- Portaria n.º 196-A/2010 dos Ministérios da Saúde e da Educação. (2010). Orientações Curriculares Respeitantes Aos Conteúdos Da Educação Sexual. *Diário Da Republica*, 1ª Série, Nº79 de 9 de Abril de 2010, 1170-1172. <https://files.dre.pt/1s/2010/04/06901/0000200004.pdf>
- Porto Editora. (n.d.-a). *Docente*. Dicionário Infopédia Da Língua Portuguesa. Retrieved June 2, 2023, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/docente>
- Porto Editora. (n.d.-b). *Jogo*. Retrieved March 9, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/jogo>
- Priault, J., de Koning, H. J., de Kok, I. M. C. M., Széles, G., & McKee, M. (2018). Identifying the barriers to effective breast, cervical and colorectal cancer screening in thirty one European countries using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST). *Health Policy*, 122(11), 1190-1197. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.004>
- Recchia, V., Dodaro, A., De Marco, E., & Zizza, A. (2022). A critical look to community wisdom: applying the World Café method to health promotion and prevention. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(S1), 220-242. <https://doi.org/10.1002/hpm.3594>
- Rector, C. (2018). *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health* (9ª). Wolters Kluwer.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, Nº 26 de 6 Fevereiro de 2019, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Regulamento n.º 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 118, 16481-16486. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 135, 19354-19356. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rossi, P. G., Vicentini, M., Sacchetti, C., Di Felice, E., Caroli, S., Ferrari, F., Mangone, L., Pezzarossi, A., Roncaglia, F., Campari, C., Sassatelli, R., Sacchero, R., Sereni, G., Paterlini, L., & Zappa, M. (2015). Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. *American Journal of Gastroenterology*, 110(9), 1359-1366. <https://doi.org/10.1038/ajg.2015.240>
- Roth, M. Y., Elmore, J. G., Yi-Frazier, J. P., Reisch, L. M., Oster, N. V., & Miglioretti, D. L. (2011). Self-Detection Remains a Key Method of Breast Cancer Detection for U.S. Women. *Journal of Women's Health*, 20(8), 1135-1139. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2493>
- Santos, J. A. (2013). Auto-exame da mama no rastreio do cancro mamário: soma-se a evidência, apaga-se a incerteza. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 7(2), 113-117. http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-artigo_de_revisao_3.pdf
- Sarma, E. A. (2015). Barriers to screening mammography. *Health Psychology Review*, 9(1), 42-62. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.766831>
- Scaglioni, G., & Cavazza, N. (2022). Emotional Barriers to Bowel Screening in Italy: Scale psychometric properties and effects on screening attendance. *Psycho-Oncology*, 31(1), 78-85. <https://doi.org/10.1002/pon.5781>
- Schaffer, M., & Strohschein, S. (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (Minnesota Department of Health, Ed.; 2ª Edição). Minnesota Department of Health. <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>
- Scholten, A. (2018). How to Perform a Breast Self-examination. In *Patient Education Reference Center*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=pes&AN=2010296650&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

- Science Advice for Policy by European Academies. (2022). *Improving cancer screening in the European Union*. Science Advice for Policy by European Academies. <https://zenodo.org/record/6562895/files/cancer-screening-report.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023a). *ACES Grande Porto VI - Porto Oriental*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023b). *ACeS Grande Porto VI - UCC de Campanhã*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/1130755/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023c). *ACeS Grande Porto VI - USP Porto Oriental*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10019/1000033/Pages/default.aspx>
- Silva, M. A. D. S., Teixeira, É. M. B., Ferrari, R. A. P., Cestari, M. E. W., & Cardelli, A. A. M. (2015). Factors related to non-adherence to the realization of the Papanicolaou test. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(4), 532. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400010>
- Siu, A. L. (2016). Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 164(4), 279. <https://doi.org/10.7326/M15-2886>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso Sobre Contraceção 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/consensos-2020-digitalbook-dgs-v1-pdf.aspx>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2nd ed.). Ministério da Saúde.
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (10ª Edição). McGraw-Hill Education.
- Teixeira, C., Schultz, S., & Boldo, R. (2023). Exame periódico de saúde: Evidências e recomendações. *Clinical & Biomedical Research*, 43(3). <https://doi.org/10.22491/2357-9730.129059>
- Tetuan, T. M., Ohm, R., Herynk, M. H., Ebberts, M., Wendling, T., & Mosier, M. C. (2014). The Affordable Health Care Act Annual Wellness Visits. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(5), 270-275. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000066>
- Thind, A., Diamant, A., Hoq, L., & Maly, R. (2009). Method of Detection of Breast Cancer in Low-Income Women. *Journal of Women's Health*, 18(11), 1807-1811. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1224>
- Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). The Health Belief Model: Celette Sugg Skinner. In *Health Behavior: Theory, Research, And Practice* (5ª Edição). Jossey-Bass.

- Tolks, D., Lampert, C., Dadaczynski, K., Maslon, E., Paulus, P., & Sailer, M. (2020). Spielerische Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung: Serious Games und Gamification. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(6), 698-707. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03156-1>
- United States Preventive Services Task Force. (2011). Screening for Testicular Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 154(7), 483. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-7-201104050-00006>
- Virgini, V., Meindl-Fridez, C., Battegay, E., & Zimmerli, L. (2015). Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14075>
- Wilding, S., Wighton, S., Halligan, D., West, R., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2020). What factors are most influential in increasing cervical cancer screening attendance? An online study of UK-based women. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 314-328. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1798239>
- Wolf, A. M. D., Fontham, E. T. H., Church, T. R., Flowers, C. R., Guerra, C. E., LaMonte, S. J., Etzioni, R., McKenna, M. T., Oeffinger, K. C., Shih, Y.-C. T., Walter, L. C., Andrews, K. S., Brawley, O. W., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Siegel, R. L., Wender, R. C., & Smith, R. A. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(4), 250-281. <https://doi.org/10.3322/caac.21457>
- Zhou, C., Occa, A., Kim, S., & Morgan, S. (2020). A Meta-analysis of Narrative Game-based Interventions for Promoting Healthy Behaviors. *Journal of Health Communication*, 25(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1701586>

ANEXOS

Anexo 1 - Cronograma de atividades do estágio de natureza profissional com relatório - módulo I

Atividades	Ano 2023																	
	Fevereiro				Março				Abril				Maio			Junho		
	6-10	13-17	20-24	27-3	6-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21	24-28	1-5	8-12	15-19			
Integração na UCC e USP							Interrupção de Estágio e Mudança de Unidade de Cuidados	Interrupção de Estágio e Mudança de Unidade de Cuidados	Férias da Páscoa na ESEP									
Seleção da temática																		
Pesquisa bibliográfica																		
Definição da área geográfica/ Seleção da população																		
Seleção das variáveis																		
Operacionalização das variáveis																		
Construção do Questionário de Diagnóstico de Situação de Saúde																		
Aplicação presencial do Questionário de Diagnóstico de Situação de Saúde																		
Análise e tratamento dos dados																		
Identificação dos problemas e necessidades de saúde																		
Priorização das necessidades de saúde e Fixação de Objetivos																		
Elaboração do relatório de estágio																		
Entrega do relatório de estágio																		20
Reunião com o Professor PES dos AE/Escola Não Agrupada																		
Divulgação do Projeto nos AE/Escola Não Agrupada																		
Reunião com a Coordenadora da Unidade Curricular																		
Apresentação e Discussão do relatório de estágio na UCC/USP																		
Apresentação e Discussão do relatório de estágio na ESEP																		22

Anexo 2 - Cronograma de atividades do estágio de natureza profissional com relatório - módulo II

Atividades		2023															2024					
		Setembro		Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro	
		18 a 22	25 a 29	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 1	4 a 8	11 a 15	18 a 22	25 a 29	1 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 2	5 a 9
Integração do EC de IC II																Férias de Natal						
Realização do Cronograma de Estágio																						
Pesquisa Bibliográfica																						
Elaboração do Projeto	Elaboração da Fundamentação Teórica																					
	Fixação dos Objetivos																					
	Definição e Seleção das Estratégias																					
	Identificação de Obstáculos/Barreiras																					
	Previsão dos Custos e Recursos																					
	Preparação da Execução																					
	Preparação dos Materiais para as Atividades																					
	Reunião com os Professores Coordenadora do PES e Diretores dos Agrupamentos de Escolas																					
	Reunião com os Parceiros																					
Execução do Projeto																						
Avaliação do Projeto																						
Tratamento e Análise dos Dados																						
Elaboração do Relatório																						
Entrega do Relatório																						
Apresentação do Projeto na UCC e na USP																						

Férias de Natal

Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados

Avaliação da Situação de Saúde

Este questionário tem como objetivo identificar os seus hábitos alimentares e de atividade física, o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2, a sua percepção sobre o seu estado de saúde e os seus comportamentos de procura de saúde. O seu preenchimento é anónimo e confidencial. Tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelos Enfermeiros [REDACTED] e Nuno Teixeira. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar. Desta forma, aceito colaborar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

*

☐ Aceito

Dados Sociodemográficos

Escola *

Idade *

Sexo *

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Categoria Profissional *

- ☐ Docente
☐ Não Docente

Habilitações Literárias *

- ☐ 1.º Ciclo (4.º ano) concluído
☐ 1.º Ciclo (4.º ano) concluído
☐ 1.º Ciclo (4.º ano) concluído
☐ 2.º Ciclo (6.º ano) concluído
☐ 3.º Ciclo (9.º ano) concluído
☐ Secundário (12.º ano) concluído
☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
☐ Outro

Freguesia de Residência: *

- ☐ [Redacted]
- ☐ [Redacted]
- ☐ [Redacted]
- ☐ [Redacted]

Unidade de Saúde a que pertence: *

- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ USF [Redacted]
- ☐ UCSP [Redacted]
- ☐ US [Redacted]
- ☐ US [Redacted]
- ☐ US [Redacted]
- ☐ Outra

Fez uma mamografia nos últimos dois anos? (50 a 69 anos) *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Fez uma citologia cervical ("Papanicolau") nos últimos cinco anos? (25 a 60 anos) *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Fez uma pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia nos últimos dois anos? (50 a 74 anos) *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Costuma fazer o autoexame do testículo mensalmente? (sexo masculino) *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Costuma fazer o autoexame da mama mensalmente? (sexo feminino) *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Mesmo quando se sente bem, faz consultas anuais de rotina? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Teve pelo menos uma consulta de enfermagem no último ano? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

Qual a importância que atribui à vigilância da sua saúde? *

- ☐ Nada Importante
- ☐ Pouco Importante
- ☐ Razoavelmente Importante
- ☐ Importante
- ☐ Muito Importante
- ☐ Não Sei

Por favor, submeta as suas respostas.

Enviar

Anexo 4 - Plano de Sessão da Atividade *World Café* “Por uma Melhor Saúde”

Atividade: World Café: Por uma Melhor Saúde	
Data, Hora e Local	17 de novembro de 2023 às 14h30, no Bar da Escola Secundária [REDACTED] 6 de dezembro de 2023 às 15h, na Biblioteca da Escola Secundária [REDACTED] 16 de fevereiro de 2024 às 13h30, na Sala dos Professores da Escola [REDACTED] 22 de fevereiro de 2023 às 14h00, na Biblioteca da Escola Básica e Secundária [REDACTED]
Duração	2 horas
População	Docentes e Não docentes
Dinamizadores	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Nuno Teixeira
Objetivo Geral	Promover a reflexão da população sobre os hábitos alimentares saudáveis; a atividade física; o comportamento de procura de saúde, no âmbito dos rastreios oncológicos; e bem-estar.

¹ **“Bola Positiva”** A atividade é iniciada pelos dinamizadores. Lançar a bola para uma pessoa do grupo; pedir à pessoa que recebeu a bola para se apresentar (nome e função) e responder à questão ou desafio correspondente à área onde ficou posicionado o seu polegar direito; é dada a oportunidade a cada elemento de não responder à questão ou escolher uma outra; após a resposta, lançar novamente a bola para outro elemento do grupo; o processo repete-se até que todos tenham participado.

² **“World Café”** Disponibilizar por cada mesa tem uma cartolina grande e canetas; explicar que a dinâmica toda irá durar cerca de 90 minutos, com quatro rodadas de conversa e cada rodada será norteadada por quatro perguntas; o anfitrião/moderador de cada mesa será um dos dinamizadores; cada mesa será dedicada a um dos temas em discussão; o anfitrião terá o papel de atualizar os novos convidados sobre os principais insights da rodada anterior; em cada rodada os convidados são incentivados a escrever, desenhar e rabiscar as ideias na cartolina; a primeira pergunta é apresentada em cada mesa e os participantes devem iniciar a conversa; a cada cinco minutos, é colocada uma nova questão; com o término da primeira rodada, o anfitrião permanece na mesa e os demais são convidados a mudar aleatoriamente de mesa, conforme a peça de fruta que possuem; ao chegar na segunda mesa, o anfitrião relata brevemente os principais assuntos tratados na rodada anterior, de forma a ocorrer o fenómeno da “polinização cruzada”, isto é, a conexão de ideias entre os participantes; após o relato,

inicia-se a segunda rodada; repete-se o processo até o total de quatro rodadas; no final, existe o momento de partilha, em que com todos os participantes, geralmente dispostos num formato circular, relatam o que mais chamou atenção nas conversas das mesas.

	Objetivos Específicos	Atividades	Método	Duração	Recursos
Introdução	Que os docentes e não docentes: - Se dividam em quatro grupos. - Conheçam os formadores. - Se conheçam. - Conheçam os resultados do diagnóstico da situação de saúde realizado em março e abril de 2023. - Conheçam o programa de intervenção comunitária. - Conheçam a atividade.	- Distribuição dos docentes e não docentes por quatro grupos, com recurso a peças de fruta diferentes (maças, peras, laranjas e bananas). - Quebra-gelo: “Bola Positiva” - Apresentação dos principais resultados do diagnóstico da situação de saúde realizado em março e abril de 2023. - Apresentação do projeto “Educar Com Saúde”. - Apresentação da sessão “World Café” e respetiva dinâmica.	A T I V O	15’	Espaço Físico da Escola Quatro Mesas Seis Cadeiras
Desenvolvimento	- Conheçam as questões em cada roda. - Discutam cada questão. - Respondam a cada questão.	Atividade “World Café”²	A T I V O	90’	4 cartolinas 4 marcadores 1 cronómetro
Conclusão	- Conheçam os principais resultados obtidos com a atividade. - Tenham conhecimento da continuidade do programa. - Esclareçam as suas dúvidas sobre a sessão. - Deem feedback da sessão.	- Síntese dos resultados obtidos na atividade “World Café”. - Apresentação da atividade seguinte. - Esclarecimento de dúvidas. - Questionário de avaliação da atividade. - Disponibilizar o website www.educarcomsaude.pt, onde constam mais conteúdos sobre os temas abordados.	A T I V O	15’	Água Chá Café Bolachas

Anexo 5 - Questionário de avaliação de satisfação da atividade *world café*



Avaliação de Atividade World Café

Este questionário tem como objetivo avaliar a atividade World Café. O seu preenchimento é anônimo e confidencial. Tem a duração aproximada de 1 a 3 minutos.

Não partilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Relativamente ao conteúdo da atividade, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:
1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Pertinência	☐	☐	☐	☐	☐
Exploração	☐	☐	☐	☐	☐
Aplicabilidade	☐	☐	☐	☐	☐
Concordância com as expectativas	☐	☐	☐	☐	☐
Concordância com os objetivos propostos	☐	☐	☐	☐	☐

Relativamente aos meios utilizados na atividade, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Espaço físico	☐	☐	☐	☐	☐
Recursos materiais	☐	☐	☐	☐	☐

Relativamente ao dinamizador, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Clareza	☐	☐	☐	☐	☐
Saber	☐	☐	☐	☐	☐
Fluência	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento de dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐



Relativamente à **avaliação global da atividade**, assinale a opção que considere *** mais adequada**.

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Conteúdos	☐	☐	☐	☐	☐
Meios	☐	☐	☐	☐	☐
Dinamizador	☐	☐	☒	☐	☐
Duração da atividade	☐	☐	☐	☐	☐
Horário da atividade	☐	☐	☐	☐	☐
Conjunto da atividade	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, indique os aspetos mais positivos:

A sua resposta

Apresente críticas e sugestões que possam contribuir para aumentar a qualidade da atividade.

A sua resposta



Está disposto a participar em atividades semelhantes? *

☐ Sim

☐ Não

Anexo 6 - Consentimento informado, livre e esclarecido para captação e difusão da imagem pessoal no âmbito do programa de intervenção “Educar com Saúde”

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CAPTAÇÃO E DIFUSÃO DA IMAGEM PESSOAL NO ÂMBITO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO “EDUCAR COM SAÚDE”

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, [REDACTED] e Nuno Teixeira realizaram, durante março e abril de 2023, o diagnóstico da situação de saúde dos Docentes e Não docentes das Escolas da área de abrangência do [REDACTED].

Face aos resultados, encontram-se atualmente a elaborar um projeto de intervenção dirigido esta população, que incluirá uma campanha de marketing, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde, no âmbito da alimentação saudável, atividade física, rastreios oncológicos e perceção do estado de saúde.

Esta campanha envolverá a sua participação através da utilização da sua imagem pessoal em cartazes e vídeos publicitários. A decisão de participar é absolutamente voluntária e sem qualquer prejuízo. É garantido que a sua participação não acarreta qualquer risco, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização do projeto “Educar com Saúde”. Mais se informa que não terá qualquer tipo de encargo económico, nem há lugar a qualquer pagamento ou gratificação pela participação.

Certificado de Consentimento

Eu, _____,
declaro para os devidos efeitos **autorizar por minha livre, específica e informada vontade**, a captação, tratamento e respetiva difusão da minha imagem e os dados pessoais a ela associados, durante o período estritamente necessário à prossecução do projeto “Educar com Saúde”. Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto.

Porto, ____ de novembro de 2023

(Assinatura do(a) participante)

Anexo 7 - Plano de Sessão da Atividade do Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

Atividade: “Com a Saúde (Não) se Brinca”	
Data, Hora e Local	10 de janeiro de 2024 às 14h, na Biblioteca da Escola Secundária [REDACTED] 19 de janeiro de 2024 às 14h30, no Bar da Escola Secundária [REDACTED] 21 de maio de 2024 às 14h, na Biblioteca da Escola Básica e Secundária [REDACTED] 28 de maio de 2024 às 14h, na Sala dos Professores da Escola [REDACTED]
Duração	2 horas
População	Docentes e Não docentes
Dinamizadores	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Nuno Teixeira
Objetivo Geral	Promover a reflexão da população sobre os hábitos alimentares saudáveis; a atividade física; o comportamento de procura de saúde, no âmbito dos rastreios oncológicos; e bem-estar.

¹ **“Dominó dos Elogios”** A atividade é iniciada por um dos dinamizadores. Cada elemento deve apresentar-se (nome e função) e escolher o colega que se irá apresentar seguidamente, atribuindo-lhe um elogio; o processo repete-se até que todos tenham participado; é dada a oportunidade a cada elemento de não escolher um colega, sendo os dinamizadores responsáveis pelo retomar do dominó.

² **“Jogo da Glória”** Após se formarem quatro equipas, cada equipa lança o dado na sua vez, realizando a atividade ou respondendo à pergunta referente à “casa” para onde avançam; se a equipa calhar nas “casas” onde se encontram os números sublinhados sofrem uma consequência ou recebem uma recompensa, como definido no anexo; o jogo termina quando uma equipa vencer ou se esgotar o tempo de jogo.

³ **“A Régua da Disposição”** Cada participante deve avaliar a sua disposição no final da atividade de zero a dez, referindo se esta melhorou, piorou ou se manteve comparativamente à disposição inicial.

	Objetivos Específicos	Atividades	Método	Duração	Recursos
Introdução	Que os docentes e não docentes: - Se dividam em quatro grupos. - Reconheçam os formadores. - Se conheçam. - Relembrem o programa de intervenção comunitária. - Conheçam a atividade.	- Distribuição dos docentes e não docentes por quatro grupos. - Quebra-gelo: “Dominó dos Elogios” - Apresentação do projeto “Educar Com Saúde”. - Apresentação da sessão “Com a Saúde (Não) se Brinca” e respetiva dinâmica.	A T I V O	15’	Espaço Físico da Escola
Desenvolvimento	- Relembrem os conteúdos discutidos no World Café sobre os hábitos alimentares saudáveis; a atividade física; o comportamento de procura de saúde, no âmbito dos rastreios oncológicos; e bem-estar. - Relembrem os conteúdos partilhados no website Educar com Saúde sobre os hábitos alimentares saudáveis; a atividade física; o comportamento de procura de saúde, no âmbito dos rastreios oncológicos; e bem-estar.	Atividade “Jogo da Glória”²	A T I V O	60’	52 folhas A4 coloridas 52 micas 1 dado 1 cronómetro
Conclusão	- Reconheçam os benefícios da atividade. - Tenham conhecimento da continuidade do programa. - Esclareçam as suas dúvidas sobre a sessão. - Deem feedback da sessão.	“A Régua da Boa Disposição”³ - Apresentação da atividade seguinte. - Esclarecimento de dúvidas. - Questionário de avaliação da atividade. - Promover o website www.educarcomsaude.pt, onde constam mais conteúdos sobre os temas abordados.	A T I V O	20’	Água Chá Café Bolachas Fruta de Plástico

Regras do Jogo “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

1. Os participantes dividem-se em quatro grupos, no máximo.
2. Cada equipa escolhe um “peão” (que jogará no tabuleiro) e um “porta-voz” (que dará as respostas às questões colocadas à sua equipa, após consenso).
3. Lança-se o dado para ver quem será o primeiro a jogar. Começa quem tiver o resultado mais alto. Se duas equipas estiverem empatadas, deverão lançar novamente, até desempatarem. Depois da primeira equipa, a ordem será no sentido dos ponteiros do relógio.
4. Na sua vez, cada equipa lança o dado e avança o correspondente número de casas. À chegada à casa de destino, responde a uma questão sobre um dos temas do programa Educar com Saúde. Tempo máximo: 2 minutos. Caso responda corretamente, permanece na casa de destino; caso responda erradamente ou fora do tempo, volta à casa de origem. Se acontecer calhar numa casa especial, deverá seguir as instruções dadas pelos dinamizadores.
5. Ganha a primeira equipa a chegar à casa “Glória”. Para chegar à casa “Glória”, é preciso ter o número exato nos dados para aí aterrar. Se o número nos dados for maior do que o necessário, a equipa anda para trás o número de casas correspondente ao sobejante no dado.
6. Caso nenhuma equipa chegue à casa “Glória” ao fim de 60 minutos, vence a equipa que estiver mais próxima.

Casas Especiais

- 1 - A equipa fica sem jogar três rondas ou cada elemento bebe um copo de água.
- 6 - A equipa avança quatro casas, se cada elemento fizer 5 agachamentos.
- 9 - A equipa recua duas casas ou cada elemento da equipa enumera um aspeto positivo do seu local de trabalho.
- 17 - A equipa avança seis casas, se aceitar e responder corretamente à pergunta bónus. Se errar a resposta, recua quatro casas.
- 22 - Um elemento da equipa faz mímica para os restantes elementos que devem adivinhar qual o alimento saudável. Caso não adivinhem em 30 segundos, recuam três casas. [Banana, Frango, Água, Peixe, Maçã, Uvas, Abacaxi]
- 24 - A equipa avança cinco casas, se demonstrar um alongamento recomendado após um período sentado. Podem consultar o website www.educarcomsaude.pt.

- **28** - A equipa avança duas casas, se cada elemento se autoelogiar. Todos os elogios deverão ser diferentes. Tempo máximo por equipa: 2 minutos. Se falharem, recuam cinco casas.
- **35** - A equipa avança seis casas, se aceitar e responder corretamente à pergunta bónus. Se errar a resposta, recua quatro casas.
- **44** - A equipa deve encontrar três frutas que estão escondidos na sala em dois minutos. Se superar a prova, avança três casas. Se não superar a prova, recua quatro casas.
- **49** - A equipa deve identificar três objetos necessários para a autovigilância da pele (câmara fotográfica, espelho e lupa). Tempo máximo: dois minutos. Caso acertem, devem avançar para a casa “Glória” num abraço de grupo, vencendo. Caso errem, recuam dez casas.

Lançamentos*		Tema	Lançamento*		Tema
1		Alimentação	26		Bem-estar
2		Atividade Física	27		Alimentação
3		Vigilância da Saúde	28		Atividade Física
4		Bem-estar	29		Bem-estar
5		Atividade Física	30		Alimentação
6		Vigilância da Saúde	31		Atividade Física
7		Bem-estar	32		Vigilância da Saúde
8		Alimentação	33		Alimentação
9		Vigilância da Saúde	34		Atividade Física
10		Bem-estar	35		Vigilância da Saúde
11		Alimentação	36		Bem-estar
12		Atividade Física	37		Atividade Física
13		Bem-estar	38		Vigilância da Saúde
14		Alimentação	39		Bem-estar
15		Atividade Física	40		Alimentação
16		Vigilância da Saúde	41		Vigilância da Saúde
17		Alimentação	42		Bem-estar
18		Atividade Física	43		Alimentação
19		Vigilância da Saúde	44		Atividade Física
20		Bem-estar	45		Bem-estar
21		Atividade Física	46		Alimentação
22		Vigilância da Saúde	47		Atividade Física
23		Bem-estar	48		Vigilância da Saúde
24		Alimentação	49		Alimentação
25		Vigilância da Saúde	50		Atividade Física

*Os lançamentos que calhem em casas especiais não são contabilizados.

Detetar para Viver

Podem consultar o site www.educarcomsaude.pt para obter a resposta correta.

1. O que são os rastreios oncológicos?
 - a. Os rastreios oncológicos são exames que permitem detetar o cancro mesmo quando não existem sintomas da doença.
2. A vacinação previne o cancro?
 - a. Sim, doenças provocadas por vírus podem levar a mutações genéticas nas células originando o cancro. Por exemplo, o vírus da hepatite B pode provocar cancro no fígado. A vacina contra a hepatite B é essencial na prevenção.
3. Qual a vacina que previne o cancro do colo do útero?
 - a. Vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV)
4. Enumere dois comportamentos que diminuam o risco de desenvolver cancro.
 - a. Alimentação saudável, prática de atividade física, não fumar, evitar consumo de álcool, esquema vacinal atualizado, evitar exposição a ambientes contaminados (por exemplo: amianto) e evitar exposição solar prolongada (principalmente entre as 11h e as 17h, utilizar protetor solar, óculos de sol e chapéu).
5. Enumere dois comportamentos que aumentam o risco de desenvolver cancro.
 - a. Alimentação rica em gorduras e pobre em fibras, sedentarismo, fumar e consumo de álcool e comportamento sexuais de risco.
6. Classifique a afirmação como verdadeira ou falsa. Os rastreios oncológicos previnem o cancro.
 - a. Falsa. Apenas os estilos de vida saudável (alimentação saudável, atividade física regular, etc...) previnem o cancro. Os rastreios contribuem apenas para a deteção precoce.
7. Classifique a afirmação como verdadeira ou falsa. Os rastreios oncológicos não diminuem a taxa de mortalidade por cancro.
 - a. Falsa. Os rastreios são capazes de detetar o cancro em fases iniciais da doença quando o tratamento é mais eficaz. Os estudos referem que a realização dos rastreios oncológicos pode diminuir até 80% a mortalidade por alguns tipos de cancro.
8. Classifique a afirmação como verdadeira ou falsa. Os rastreios oncológicos são apenas para quem tem história familiar de cancro.
 - a. Falsa. Os rastreios oncológicos devem ser realizados por toda a população elegível.
9. Classifique a afirmação como verdadeira ou falsa. Os rastreios oncológicos são a única forma de detetar precocemente o cancro.
 - a. Falsa. Os comportamentos de autovigilância permitem detetar o cancro precocemente. Estudos indicam que aproximadamente 45% dos cancros da mama são detetados pela própria melhor.
10. Classifique a afirmação como verdadeira ou falsa. A idade não é fator de risco para o desenvolvimento de cancro.
 - a. Falsa. A idade é um fator de risco para o desenvolvimento de cancro. Como não é passível de ser modificada, a importância da autovigilância e dos rastreios aumenta muito com o avançar da idade.
11. Enumere um órgão onde deve realizar a autovigilância frequentemente.

- a. Mama, testículos e pele
- 12. Relativamente à autovigilância da mama, refira dois sinais de alerta.
 - a. Nódulos; mudança no tamanho, forma ou aparência da mama; ondulações; rubor/vermelhidão; mudança na aparência do mamilo ou na pele ao redor deste (aréola); e corrimento anormal ou com sangue no mamilo.
- 13. Relativamente à autovigilância do testículo, refira dois sinais de alerta.
 - a. Nódulos duros; aumento do tamanho; e sensação de peso no escroto.
- 14. Relativamente à autovigilância da pele, refira dois sinais de alerta.
 - a. Novos sinais com aspeto diferente; novas manchas avermelhadas ou escuras; saliências sólidas mesmo que da cor da pele; e feridas que não cicatrizam.
- 15. O que deve fazer se identificar um sintoma ou sinal anormal no seu corpo?
 - a. Deve contactar a sua equipa de saúde familiar (médico ou enfermeiro de família).
- 16. Quantos programas de rastreio existem em Portugal?
 - a. Existem três programas de rastreio em Portugal: rastreio ao cancro da mama, colo do útero e cólon e reto.
- 17. Qual é o custo dos exames de rastreio?
 - a. Os rastreios são gratuitos.
- 18. Qual é o exame de rastreio do cancro da mama?
 - a. Mamografia
- 19. Qual é o exame de rastreio do cancro do colo do útero?
 - a. Citologia Cervical, também conhecida como Papanicolau.
- 20. Qual é o exame de rastreio do cancro do cólon e reto?
 - a. Pesquisa de sangue oculto nas fezes
- 21. Qual é o intervalo de idades recomendado para o rastreio ao cancro da mama?
 - a. Para toda a população feminina entre os 50 e os 69 anos.
- 22. Qual é o intervalo de idades recomendado para o rastreio ao cancro do colo do útero?
 - a. Para toda a população feminina entre os 25 e os 60 anos.
- 23. Qual é o intervalo de idades recomendado para o rastreio ao cancro do cólon e reto?
 - a. Para toda a população entre os 50 e os 74 anos.

Perguntas Bónus

- 1. Que método posso utilizar para ajudar na identificação de alterações importantes nos sinais da pele?
 - a. Método ABCDE: Assimetria; irregularidade dos Bordos; mudança da Cor; aumento do Diâmetro; Evolução ao longo do tempo.
- 2. O que devo fazer se estiver na idade recomendada para a realização de um rastreio e nunca realizei?
 - a. Deve contactar a sua equipa de saúde familiar (médico ou enfermeiro de família).
- 3. Qual é o objetivo da autovigilância?
 - a. A autovigilância de sinais e sintomas permite que a pessoa adquira consciência do formato normal do seu corpo e identifique possíveis alterações (sinais e sintomas) significativos e que necessitam de exames complementares

Anexo 9 - Questionário de avaliação de satisfação da atividade “Com a Saúde (Não) Se Brinca”

alimente-se bem

pratique atividade física

COM A SAÚDE (NÃO) SE BRINCA

vigie-se

durma bem

Avaliação de Atividade "Com a Saúde (Não) Se Brinca!"

Este questionário tem como objetivo avaliar a atividade "Com a Saúde (Não) Se Brinca!". O seu preenchimento é anônimo e confidencial. Tem a duração aproximada de 1 a 3 minutos.

educarcomsaude@gmail.com [Mudar de conta](#)

✉ Não partilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Relativamente ao conteúdo da atividade, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Pertinência	☐	☐	☐	☐	☐
Exploração	☐	☐	☐	☐	☐
Aplicabilidade	☐	☐	☐	☐	☐
Concordância com as expectativas	☐	☐	☐	☐	☐
Concordância com os objetivos propostos	☐	☐	☐	☐	☐

Relativamente aos meios utilizados na atividade, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Espaço físico	☐	☐	☐	☐	☐
Recursos materiais	☐	☐	☐	☐	☐



Relativamente ao **dinamizador**, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Clareza	☐	☐	☐	☐	☐
Saber	☐	☐	☐	☐	☐
Fluência	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento de dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐

Relativamente à **avaliação global da atividade**, assinale a opção que considere mais adequada. *

Tenha em consideração que:

1= Nada, Nenhum(a); 2 = Pouco, Deficiente; 3 = Suficiente; 4 = Muito(a), Bom; 5 = Muitíssimo(a), Muito Bom

	1	2	3	4	5
Conteúdos	☐	☐	☐	☐	☐
Meios	☐	☐	☐	☐	☐
Dinamizador	☐	☐	☐	☐	☐
Duração da atividade	☐	☐	☐	☐	☐
Horário da atividade	☐	☐	☐	☐	☐
Conjunto da atividade	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, indique os aspetos mais positivos:

A sua resposta

Apresente críticas e sugestões que possam contribuir para aumentar a qualidade da atividade.

A sua resposta



Está disposto a participar em atividades semelhantes? *

☐ Sim

☐ Não

Anexo 10 - Cronograma de atividades do Projeto Detetar para Viver

Atividades do Projeto Detetar para Viver	2023								2024												
	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		
	1 a 15	16 - 30	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 30	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 29	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 30	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 30	
World Café								Férias escolares						Férias escolares	Férias escolares						
Cartazes																					
Vídeos																					
Website																					
Jogo da Glória: “Com a Saúde (Não) se Brinca”																					

Anexo 11 - Orçamento Previsto para o Projeto por ano letivo

Orçamento do Projeto				
Recursos		Valor Unitário (€)	Quantidade	Custo (€ com IVA)
Humanos	Responsável pelo Projeto	Inexistente	-	0 €
	4 Professores Coordenadores do PES	Não calculável. Ao encargo dos Agrupamentos de Escolas		
	Alunos da Escola Profissional	Não calculável. Ao encargo da Escola Profissional		
	Professores da Escola Profissional	Não calculável. Ao encargo da Escola Profissional		
Físicos	Salas de Aula/Auditório para as sessões presenciais em cada Agrupamento	Existente	1	0 €
	Gabinete de Trabalho	Existente	1	0 €
Materiais	Computador	Existente	4	0 €
	Ligação à Internet	Existente	-	0 €
	Cadeiras	Existente	30	0 €
	Secretárias	Existente	1	0 €
	Impressora	Existente	1	0 €
	Cronómetro	Existente	1	0 €
	Canetas	Existente	1	0 €
	Máquina Fotográfica	Existente	1	0 €
	Tripé	Existente	1	0 €
	Luz para vídeo e Imagem ("Ring Light")	Existente	1	0 €
	Fruta de Plástico	Existente	10	0 €
	Máquina de Café	Existente	1	0 €
	Chaleira	Existente	1	0 €
	Carro	Existente	1	0 €
	Dado em cartão	Existente	1	0 €
Financeiros	Micas de Plástico	0,16€	52	8,44 €
	Tinteiro de Impressão a Preto e Branco	15 €	1	15 €
	Domínio para Website	26€	1	26 €
	Plataforma de Desenvolvimento de Site (GoogleSites)	0€	1	0 €
	Aplicação de edição de Imagem e Vídeo (Canvas)	5,99 €	1	5,99 €
	Microfone	7,99 €	1	7,99 €
	Resmas de Papel A3 Multicolor	22,10 €	1	22,10 €
	Fita Cola	1,19 €	2	2,38 €
	Saquetas de Chá	0,05 €	25	1,19 €
	Cápsulas de Café	0,27 €	64	17,49 €
	Bolachas (200gr)	2,14 €	3	6,42 €
	Água (5L)	0,84 €	1	0,84 €
	Combustível	1,734 €/L	80 L/Enf	138,72 €
Total		252,56 €		

Anexo 12 - Exemplo de cartaz produzido no âmbito da atividade 2

