



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao
rastreio do cancro colo-retal**

Jorge André Ferreira Torres

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao
rastreio do cancro colo-retal**

Jorge André Ferreira Torres



**Orientadora: Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da
Costa**



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Andreia Silva da Costa, pelo apoio, estímulo e exigência constante. Pelo conhecimento partilhado e pelo seu entusiasmo pela Ciência e em especial pela Enfermagem. Por acreditar sempre no meu potencial.

À Enfermeira Teresa, uma das principais razões por me ter inscrito neste curso e por todo o apoio constante. Por me fazer ver o mundo com outros olhos e partilhar comigo o gosto pela Saúde Pública e Enfermagem Comunitária e juntos termos ajudado tantas pessoas e comunidades que da Enfermagem precisavam.

À equipa da USP Dr. Francisco George que me acolheu como se pertencesse à equipa. Pela partilha de conhecimentos e constante trabalho multidisciplinar.

Ao Ricardo, à Sara, à Carolina e à Joana, amigos e colegas de trabalho por estarem sempre disponíveis para que pudesse ir a todas as aulas e a todos outros momentos de aprendizagem. À Bet, pelo apoio, incentivo e partilha de conhecimentos informáticos, tão úteis na área da Literacia Digital.

À minha família, pelas ausências, momentos de cansaço e apoio contínuo. Aos meus sogros por cuidarem de quem eu não conseguia para estar a dar o meu contributo à Enfermagem. À minha mãe por tudo desde sempre e por ser sempre a primeira a acreditar em mim.

Aos amigos de sempre cujo nome não precisa de aqui constar, pois eles sabem que só com eles tudo isto foi possível. Em especial a ti Pedro, pela tua dedicação enquanto amigo!

À minha filha pelos sorrisos, abraços e alegrias nos momentos difíceis. Pelo exemplo de força e coragem que é.

À minha mulher Raquel, pelas vezes em que me substitui nas minhas tarefas. Pelo amor e cuidado diário. Por me fazer melhor desde o primeiro dia. Por ser tantas vezes as duas mãos que me seguram.

Ao meu pai em especial, a quem o rastreio poderia ter poupado a vida. Pelo caminho diário que continua a fazer comigo.

A todos vós,
MUITO OBRIGADO.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACESLN- Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte

APA - *American Psychology Association*

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCR – Cancro Colo-Retal

CIDNUR - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CEA – Antigénio Carcino Embrionário

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CITE – Classificação Internacional Tipo da Educação

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HLS – Health Literacy Survey

IBM – International Business Machines Corporation

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

LS – Literacia em Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCC – *Participants, Context and Concepts*

PNDO – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis

PSOF – Pesquisa do Sangue Oculto nas Fezes

QR-Code – *Quick Response Code*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Saúde Pública

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Sr^a. - Senhora

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidade Funcional

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: A promoção da Literacia em Saúde na área do rastreio do cancro colo-retal é fundamental para reduzir a assimetria no acesso a este tipo de cuidados. A capacitação da população, partindo de um diagnóstico de situação de Literacia em Saúde, promove uma intervenção personalizada na comunidade. Este projeto tem como referenciais teóricos o Modelo revisto da Promoção da Saúde (Pender et al., 2015) e o Modelo Integrado de Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012).

Objetivo: Contribuir para a promoção da Literacia em Saúde na área do rastreio do cancro colo-retal.

Metodologia: O presente projeto segue a metodologia do Planeamento em Saúde. O diagnóstico de situação foi realizado através do Inquérito HLS₁₉-Q12-PT, ao qual se acrescentou questões de caracterização sociodemográfica. Os dados foram colhidos entre os meses de Setembro e Novembro de 2022, em utentes em idades elegíveis para rastreio do cancro colo-retal, sem equipa de saúde familiar, numa área geográfica de Lisboa. Estes dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS *Statistics* 26.

Resultados: Relativamente ao nível de Literacia em Saúde apresentado, 73% da amostra apresenta um nível “suficiente” ou “excelente” e apenas 4% um nível “inadequado”. Ao nível das dimensões, a mais problemática é da prevenção da doença, com 45,4% da amostra a ter dificuldades. Os resultados obtidos sugeriram uma intervenção centrada na prevenção da doença e acesso a recursos relacionada com a mesma. Foram desenvolvidas intervenções na área do rastreio do cancro colo-retal, em formato digital (vídeo) e formato impresso (cartaz), com enfoque nos recursos da comunidade para acesso a este rastreio e sua importância.

Conclusões: A avaliação do projeto indica melhoria da consciencialização e conhecimento acerca do rastreio e maior motivação para aceder ou manter este rastreio. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pode ser o elo central desta capacitação, por forma a contribuir para ganhos para os utentes e para a sociedade.

Palavras Chave:

Literacia em Saúde; Rastreio do Cancro Colo-retal; Promoção da Saúde; Enfermagem Comunitária; Saúde Pública;

ABSTRACT

Introduction: The promotion of Health Literacy in the area of colorectal cancer screening is essential to reduce the asymmetry in the access to this type of care. The training of the population, based on a diagnosis of the Health Literacy situation, promotes a personalized intervention in the community. This project has as theoretical references the Revised Model of Health Promotion (Pender et al., 2015) and Integrated Model of Health Literacy (Sørensen et al., 2012).

Objective: Contribute to the promotion of Health Literacy in the area of colorectal cancer screening.

Methodology: This project follows the Health Planning methodology. The situation diagnosis was carried out using the HLS19-Q12-PT Survey, to which socio-demographic questions were added. Data were collected between the months of September and November 2022, in patients at ages eligible for colorectal cancer screening, without family health team, in a geographic area of Lisbon. The collected data were analyzed using IBM SPSS Statistics 26.

Results: Regarding the level of Health Literacy presented, 73% of the sample presented a “sufficient” or “excellent” level and only 4% an “inadequate” level. In terms of dimensions, the most problematic is disease prevention, with 45.4% of the sample experiencing difficulties. The results obtained suggested an intervention centered on disease prevention and access to disease related resources. Some interventions were developed in the area of colorectal cancer screening, in digital format (video) and printed format (poster), with a focus on community resources to access this screening and its importance.

Conclusions: Project evaluation indicates improved awareness and knowledge about screening and greater motivation to access or maintain this screening. A specialist nurse in community nursing could be the central link in this training, in order to contribute to gains for users and society.

Key words:

Health Literacy; Early Detection of Cancer; Colorectal Neoplasms; Health promotion; Community Nursing; Public health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. A LITERACIA EM SAÚDE.....	13
1.2. A LITERACIA EM SAÚDE, A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA 16	
1.3. RASTREIO DO CANCRO COLO-RETAL	19
1.3.1. Rastreio do Cancro Colo-Retal em Portugal	20
1.4. A LITERACIA EM SAÚDE E O RASTREIO DO CANCRO COLO-RETAL	22
1.5. REVISÃO DA LITERATURA: SCOPING REVIEW	23
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	27
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	27
2.1.1. Procedimento éticos desenvolvidos	27
2.1.2. Instrumento de Colheita de dados	28
2.1.3. População alvo, amostra e critérios de inclusão	29
2.1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	30
2.1.3.2. Caracterização dos níveis de Literacia em Saúde	33
2.1.4. Identificação dos Problemas de Saúde inerentes ao Diagnóstico de Situação	35
2.2. DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES	36
2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	38
2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	39
2.4.1. Formulação de Indicadores de Avaliação	41
2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	43
2.6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO OPERACIONAL	44
2.7. AVALIAÇÃO	47
3. DISCUSSÃO	50
3.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	50
3.2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEEEC.....	52
3.3. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	55
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

ANEXOS.....

- I – Autorização da Direção Executiva do ACES Lisboa Norte
- II – Autorização da Direção da USP Dr. Francisco George
- III – Parecer definitivo da CES de ARSLVT
- IV – Instrumento de colheita de dados utilizado no Diagnóstico de Situação
- V – Comprovativo de Comunicação Livre

APÊNDICES.....

- I – Estratégia de Pesquisa
- II – Fluxograma PRISMA 2020
- III – Tabela de síntese de resultados
- IV – Modelo de consentimento informado
- V – Cronograma
- VI – Relatório de caracterização da amostra
- VII – Cronograma de Gantt
- VIII – Indicadores formulados
- IX – Cartaz de promoção da Literacia em Saúde
- X – Grafismo de vídeo da Promoção da Literacia em Saúde
- XI – Instrumento de avaliação do Projeto
- XII – Adaptação do modelo revisto de Promoção da Saúde (Pender et al., 2015) ao projeto desenvolvido

GRÁFICOS.....

- I – Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde da população da amostra
- II – Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde pelas dimensões

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1. Síntese dos resultados obtidos com o projeto

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1. Caracterização sociodemográfica da população da amostra

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se como elemento de avaliação da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, mas também como forma de integração das aprendizagens desenvolvidas ao longo deste Mestrado. A componente prática desta UC decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) Dr. Francisco George, do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte (ACESLN).

Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária cuja metodologia aplicada foi o Planeamento em Saúde, com a designação de “Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao Rastreio do cancro colo-retal”. Este foi alicerçado nos seguintes referenciais teóricos: o Modelo revisto da Promoção da Saúde (Pender et al., 2015) e o Modelo Integrado de Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012). Decorreu sob a orientação pedagógica da Sr^a. Professora Andreia Costa (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL) e a orientação clínica pela Sr^a. Enfermeira Ana Teresa Vieira (USP Dr. Francisco George). Foi implementado no centro de rastreios da USP Dr. Francisco George, que foi criado para aumentar o acesso aos rastreios oncológicos da população sem equipa de saúde familiar atribuída do ACESLN.

A metodologia do Planeamento em Saúde assume-se como central no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEEC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Esta metodologia descreve todo o processo, através do qual um EEEC, implementado todas as etapas preconizadas, contribui para a resolução e melhoria de problemas identificados na comunidade, contribuindo para a melhoria do status de saúde individual e melhoria de indicadores de saúde e metas a eles associados.

O Cancro Colo-Retal (CCR) é uma doença prevenível e cuja deteção precoce é fundamental para redução da incidência e mortalidade a ela associados, tornando os rastreios de base populacional uma área sensível aos cuidados de Saúde Pública (SP). É neste contexto que surge a necessidade de rastreio deste cancro, nas faixas etárias com maior incidência. Impõe-se um programa de rastreio de base populacional onde é fundamental compreender as melhores formas de adesão da população-alvo,

bem como os melhores veículos para a capacitação da comunidade na tomada de decisão relacionada com este rastreio.

A Literacia em Saúde (LS) é também uma área com um peso significativo na esfera de ação da Saúde Pública, desempenhando um papel mediador decisivo nas tomadas de decisão das pessoas. Os cuidados centrados nas pessoas e comunidades, desde a declaração de Alma-Ata vem alicerçar a promoção da saúde como um pilar dos cuidados. Assim, a LS tem vindo a ocupar um lugar central dentro das políticas de promoção da saúde, à escala global. O investimento na promoção da LS, no panorama nacional, resulta no Plano de Ação para a LS 2019-2021, da Direção-Geral da Saúde (DGS) evidenciando a preocupação e necessidade de atingir as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, no âmbito da Promoção da Saúde. A melhoria da LS para a promoção do autocuidado pode contribuir para o aprimoramento do acesso a cuidados de saúde das populações, com especial enfoque para as pessoas em condição de vulnerabilidade. Como tal, podemos considerar o papel da LS na promoção do autocuidado como uma ferramenta para uma aproximação de uma melhor saúde universal.

A atividade de rastreio do cancro colo-retal (RCCR), como poderemos aprofundar ao longo deste trabalho, deve constituir uma atividade de autocuidado nas pessoas em idade de elegibilidade para o mesmo. A promoção da LS para a utilização deste rastreio poderá resultar em ganhos para os utentes, bem como ganhos no que concerne a uma melhoria da saúde universal, como a redução da mortalidade e incidência associados a esta doença.

O objetivo principal deste projeto é contribuir para a promoção da LS na área de intervenção do RCCR.

O presente relatório encontra-se dividido em 3 capítulos: o primeiro capítulo incide sobre o aprofundamento de conceitos inerentes à realização do projeto e por isso intitulado de “Enquadramento teórico”; o segundo capítulo é referente às etapas realizadas ao longo do projeto, seguindo as etapas metodológicas do Planeamento em Saúde, sendo por isso intitulado de “Metodologia do Planeamento em Saúde”; no terceiro capítulo será realizada uma reflexão acerca das competências desenvolvidas e resultados obtidos

O presente trabalho foi realizado de acordo com o Guia Orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL e foi utilizada a norma da *American Psychology Association* (APA) – 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Literacia em Saúde

A declaração de Alma-Ata (World Health Organization [WHO], 1978) pode ser considerada como a precursora dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e de novas políticas de SP. Esta vem reforçar a importância e a necessidade de políticas cujo enfoque seja a capacitação dos cidadãos para resolverem os seus próprios problemas de saúde, contando para tal com uma relação de proximidade e vinculação entre os CSP e a comunidade. Nesta mesma declaração é expressa a necessidade de ter em especial atenção os grupos de maior vulnerabilidade, por forma a garantir a equidade no acesso a cuidados de saúde. Para tal, a articulação entre os vários setores (social, saúde, económico...) é fundamental por forma a dar uma resposta apropriada a estes mesmos grupos (WHO, 1978).

A Promoção da Saúde é um dos vetores fundamentais de ligação entre os CSP e a comunidade, promovendo a autonomia dos cidadãos na resolução dos seus problemas de saúde. Assim, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações de partilha de informação credível e de educação para a saúde na comunidade (WHO, 1986).

A LS tem vindo a ser englobada em vários níveis estratégicos e de organização das políticas europeias para a Saúde (Pedro, 2019). Documentos como o *Health 2020 strategy of the World Health Organization* (WHO, 2013a) e o *Health Literacy: the Solid facts* (WHO, 2013b), descrevem a necessidade de colocar a LS como foco da atenção política e a necessidade de implementação de ações e estratégias políticas que a incorporem (WHO, 2013a; WHO, 2013b). De referir que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, através do lançamento de novas recomendações práticas para o desenvolvimento de intervenções de LS, veio colocá-la como estratégia fundamental a desenvolver para a prevenção e controlo das doenças não-transmissíveis, entre elas o cancro (WHO, 2022). Estas recomendações, quando aplicadas ao contexto oncológico, apontam para a necessidade de capacitação dos indivíduos para a prevenção e deteção precoce, alicerçando sempre os contextos familiares, comunitários e culturais, uma vez que as tomadas de decisão diárias são feitas dentro destes sistemas.

Decorrente do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 com extensão a 2020, surge o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, reforçando a importância da centralidade do cidadão nos cuidados prestados e associando a promoção da LS como veículo desta centralidade. Dando seguimento ao PNS 2011-2016 com extensão a 2020, o novo PNS 2021-2030 enfatiza a Promoção da Saúde como uma linha orientadora estratégica, reforçando a promoção da LS como uma estratégia a implementar para dar resposta a essa orientação estratégica (DGS, 2021).

No enquadramento legal, a nova Lei de Bases de Saúde (Lei 95/2019, de 4 de Setembro) reitera o papel do Estado na promoção da LS, por forma a fomentar a livre escolha destes por comportamentos que se enquadrem em estilos de vida saudáveis. Esta também reforça a necessidade de articulação da saúde com outras áreas de governação, como as autarquias, a solidariedade social, a educação, o trabalho e outros organismos dos setores públicos e/ou privados.

Na resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) descrita como Agenda 2030, foram definidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O objetivo 3 diz respeito à Saúde e à garantia do acesso à saúde com qualidade e promoção do bem-estar, para todos em todas as faixas etárias (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental, 2018). Esta agenda reforça a importância e centralidade da Saúde para o alcance de todos os outros objetivos delineados (DGS, 2021). A LS pode ter um papel importante no alcance deste objetivo, na medida em que atua como determinante de saúde e mediador no processo de tomada de decisões relacionados com a saúde, contribuindo para a promoção do bem-estar, tal como preconizado pelo ODS relacionado com a saúde.

Dando consequência à crescente importância e incorporação da LS na definição de políticas e eixo estratégicos, importa medir os níveis de LS na população portuguesa. A utilização de uma ferramenta de medição utilizada em vários países da União Europeia (UE), permite a comparabilidade de dados entre os seus vários países. Neste contexto, em 2014 foi aplicado o European Health Literacy Survey (HLS-EU), sendo que os dados obtidos foram importantes no delineamento de documentos estratégicos relacionados com a LS, tais como o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Este inquérito foi desenvolvido pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde. Este grupo de trabalho, além da ferramenta desenvolvida, aprofundou e desenvolveu o seu conceito de LS, tendo também

desenvolvido um modelo concetual que tenta dar resposta à evolução concetual de LS (Galvão & Castro, 2021).

O conceito de Literacia em Saúde foi aplicado inicialmente na década de 1970 em contexto de Educação para a Saúde. Desde então tem vindo a assumir um impacto significativo no domínio da SP (Arriaga, 2019). A abordagem concetual em torno da LS tem vindo a evoluir desde uma abordagem individual (centrado na capacidade de leitura do indivíduo) para uma multidimensional (Galvão & Castro, 2021). Em 2013, a OMS descreve que a LS compreende “as competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e aplicar informação em saúde por forma a promover e a manter uma boa saúde” (Arriaga et al., 2022).

Para o Consórcio Europeu de Literacia em Saúde a LS compreende

“o conhecimento, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde, para manter ou melhorar a sua qualidade de vida, ao longo do ciclo vital.” (Arriaga et al., 2022, p.2).

Como tal, a LS é multidimensional e de construção complexa. Sørensen *et al.* (2012) emancipam a necessidade e importância deste conceito integrar a relação entre os sistemas de saúde e as competências individuais. De acordo com Sørensen e Pleasant (2017), as várias definições do conceito de LS, independentemente dos contextos em que são aplicados, tendem a aproximar-se na “capacidade das pessoas encontrarem, entenderem, avaliarem e usarem informações para melhorar a sua saúde e qualidade de vida ao longo do ciclo vital” (Galvão & Castro, 2021, p.16).

A LS é decisiva no incremento da gestão autónoma dos cidadãos no processo de tomada de decisão relacionada com a sua saúde. Esta gestão pode ser estendida (como podemos verificar no parágrafo anterior) a um nível comunitário, sendo para isso necessária a incorporação do contexto em que os indivíduos se inserem (contexto sociocultural). O intuito final da estratégia de promoção da Literacia em Saúde deve ser o fenómeno de ativação, caracterizado pela implementação na prática da Literacia. Esta é representada pelos conhecimentos, habilidades e volição necessárias para acontecer a autogestão da sua saúde e/ou doença (Silva Costa et al., 2019).

Pela forma como influencia a tomada de decisão relacionada com a saúde dos cidadãos, a LS é considerada um determinante da saúde deveras importante. Níveis limitados de LS estão associados a resultados menos positivos na saúde, tais como menor participação em atividades de promoção da saúde e/ou prevenção da doença,

pior gestão da doença crónica, pior adesão ao regime medicamentoso. Consequentemente, estão associados a um maior número de hospitalizações, morbilidade e taxas de mortalidade prematura (Berkman et al., 2013; Sørensen et al., 2013). Estas implicações de níveis limitados de LS traduzem-se também do ponto de vista económico e social (Eicher et al., 2009; Dyakova et al., 2019). Eichler et al. (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre a evidência dos custos acrescidos relacionados com níveis limitados de LS e concluíram que os custos associados podem ser substanciais: ao nível dos sistemas de saúde podem representar um custo de 3 a 5% do total de custos com os cuidados de saúde; a nível individual pode representar um incremento de despesas de saúde que podem ir desde os \$143 aos \$7,798. Dyakova et al. (2019) demonstraram uma relação positiva entre intervenções de LS e retorno financeiro positivo, associando estas intervenções a potenciais ganhos para o desenvolvimento sustentável dos sistemas de saúde.

1.2. A Literacia em Saúde, a Promoção da Saúde e a Enfermagem Comunitária

A carta de Ottawa pode ser considerado como um grande precursor do movimento de Promoção da Saúde (WHO, 1986). Esta contempla a Educação para a Saúde, focada nas atividades educacionais por parte dos profissionais de saúde com intuito de promover a saúde dos indivíduos e/ou grupos. Apesar de próximos e interligados, os conceitos de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, diferem entre si. A Promoção da Saúde engloba as atividades contempladas na Educação para a Saúde, porém não só focado nestas, mas também nos meios sociais e políticos que rodeiam as pessoas e/ou grupos, reconhecendo a importância e influência que estes têm sobre os comportamentos de procura de saúde (Pender et al., 2015).

De acordo com o modelo teórico revisto de Promoção da Saúde (Pender et al. 2015), os enfermeiros devem participar como elementos facilitadores, promovendo escolhas orientadas para comportamentos de promoção da saúde. O enfermeiro tem um papel preponderante na melhoria da perceção de auto-eficácia dos utentes, através de intervenções de melhoria do seu conhecimento, mas também ajudando a ultrapassar os diferentes tipos de barreira (fatores culturais, sociais...) e promovendo a utilização fatores facilitadores presentes no quotidiano do utente. Estas intervenções

podem resultar na adoção de comportamentos adequados no âmbito do autocuidado dos utentes, facilitando a incorporação de atividades apropriadas no mesmo (Pender et al., 2015).

A LS é uma ferramenta preciosa no processo de capacitação dos utentes, tal como descrito anteriormente neste trabalho. Além disso, constitui-se como fundamental para incremento da equidade e na saúde e bem-estar dos mesmos (Sørensen, 2022). Assim, a LS é fundamental para reduzir as disparidades nas populações vulneráveis, pretendendo promover a capacitação dos indivíduos e/ou comunidades e, por isso ter um papel decisivo para a promoção da saúde dos mesmos. O presente projeto teve como referenciais teóricos o Modelo revisto da Promoção da Saúde (Pender et al., 2015) e o Modelo Integrado de Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012).

Sørensen et al. (2012) conduziram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de, a partir de definições e modelos de LS já existentes, desenvolver um modelo concetual integrativo das mesmas. Baseado nesta revisão, foi construído o Modelo Integrado de Literacia em Saúde, tendo por base a definição concetual apresentada pelo Consórcio Europeu de LS. Este modelo contempla uma matriz com 4 dimensões da LS aplicados em 3 domínios de saúde. As dimensões em causa são o acesso, a compreensão, o processamento e aplicação de informação relevante para a saúde. Estas dimensões devem ser aplicadas nos domínios de Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Para que a pessoa consiga aplicar as diferentes dimensões aos diferentes domínios, esta deve ter como requisitos a motivação, o conhecimento e as competências necessárias (Sørensen et al., 2012).

O modelo, na sua matriz concetual aborda numa perspetiva do individuo até aos resultados em saúde e numa perspetiva que vai de individual até ao nível populacional, ao longo do ciclo vital. Está também descrita a influência dos determinantes situacionais e pessoais. (Sørensen et al., 2012). Este modelo estabelece uma relação dinâmica entre a combinação das competências pessoais e determinantes situacionais (ao nível pessoal) e as consequências da LS, tais como a utilização dos serviços de saúde, os comportamentos de saúde, a participação, a equidade, os custos da saúde, os resultados de saúde, o *empowerment* e a sustentabilidade (ao nível populacional) (Sørensen et al., 2012).

Também o modelo revisto de Promoção de Saúde na Prática de Enfermagem (Pender et al., 2015) tem por base uma avaliação prévia das características individuais

e experiências prévias, destacando-se os fatores pessoais, socioculturais, psicológicos e biológicos. Estas características influenciam a postura dos indivíduos face a um dado comportamento específico. Importa perceber os fatores associados a um comportamento prévio, tais como as perceções de benefícios e barreiras, auto-eficácia e o que os indivíduos sentem face a um determinado comportamento. Outro aspeto fundamental que importa perceber são as influências interpessoais e situacionais associadas a um dado comportamento (Pender et al., 2015). Tome-se o exemplo do RCCR, onde a influência dos cônjuges é vista como um fator facilitador para adesão ao mesmo (Honein-AbouHaidar et al., 2016). Por fim, importa haver um compromisso e um plano para ação, por forma a ser estabelecido um comportamento promotor da saúde (Pender et al., 2015).

Ambos os modelos remetem para um papel central da capacitação do indivíduo, grupo e/ou comunidades, por forma a fazerem face aos desafios relacionados com a saúde. O conceito de capacitação descrito pela OE (2011) adaptado do Glossário da OMS (1998) remete para uma atuação em parceria com os clientes por forma a empoderá-los na mobilização de recursos relacionados com saúde. Tal implica facilitar o acesso a informações relacionadas com saúde e desenvolvimento de competências do cliente nesse sentido. A Enfermagem Comunitária deve fomentar o processo capacitação de grupos e/ou comunidades, devendo o EEEEC mobilizar os recursos e conhecimentos que dispõe para providenciar intervenções especializadas e diferenciadas face às necessidades destes grupos. Assim, este profissional deverá fundamentar as suas intervenções na comunidade tendo por referência modelos que visem a Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (OE, 2011; OE, 2018; Stanhope & Lancaster, 2016).

Na etapa de diagnóstico de situação, como se poderá observar detalhadamente na descrição da mesma, os dados colhidos tiveram por base os determinantes da Literacia em Saúde, assim como as competências de cada indivíduo em cada dimensão da LS de acordo com o modelo de *Sørensen* et al, 2012. As restantes etapas, com especial evidência para a seleção de estratégias e para o Planeamento e Execução Operacional foram desenhados tendo por base o modelo revisto de Promoção da Saúde (Pender et al., 2015), uma vez que o resultado que se pretende a longo prazo é adoção ou manutenção de um comportamento promotor da saúde (o RCCR), de forma integrada no autocuidado dos utentes.

1.3. Rastreio do Cancro Colo-Retal

O Cancro Colo-Retal (CCR) é uma neoplasia que afeta mais frequentemente indivíduos com idade superior a 60 anos e é mais comum no sexo masculino. Nos últimos anos, têm surgido cada vez mais casos abaixo dos 55 anos de idade, sobretudo à custa de neoplasias do cólon esquerdo e reto. Esta doença é responsável por cerca de 900 000 mortes anualmente, em todo o mundo. Estima-se que incidência desta doença em 2035, seja de 2-5 milhões de novos casos (Dekker et al., 2019). Em Portugal, os tumores malignos do cólon fazem parte das dez principais causas de mortalidade padronizada pela idade e causas de mortalidade prematura (DGS, 2021). Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023), revelam que em 2019, a taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos por 100.000 habitantes, em Portugal, em ambos os sexos, por tumor maligno do cólon, reto e ânus foi de 116,1. Além disso, o tumor maligno do cólon é uma das principais causas de mortalidade tratável (OCDE/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

O risco de desenvolver cancro colo-retal depende de fatores ambientais e genéticos. A susceptibilidade genética (por exemplo síndrome de Lynch e polipose adenomatosa familiar) confere um risco importante, no entanto, a maioria dos casos são esporádicos e não hereditários. Existem também fatores de risco modificáveis que aumentam o risco de desenvolver CCR, tais como os hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, excesso de peso e obesidade, ingestão de carne vermelha e processada, baixa ingestão de frutas e legumes e o sedentarismo também aumentam o risco de cancro colo-retal. Também os antecedentes de doença inflamatória intestinal, radioterapia na região abdominal e história pregressa de pólipos do cólon vão contribuir para o aumento da probabilidade de desenvolver cancro colo-retal. Por oposição, os fatores de risco que diminuem o risco de desenvolver CCR são: atividade física, ingestão de alimentos ricos em cereais integrais e fibras, frutas, frutos secos e alimentos ricos em vitaminas. Os fatores de risco modificáveis devem ser contemplados na prevenção primária do CCR (Dekker et al., 2019).

Os sintomas mais comuns incluem: hemorragia por via retal (melena, hematoquécia, retorragia), presença de sangue oculto nas fezes e alterações no trânsito intestinal (obstipação ou diarreia). Outros sintomas menos específicos podem ser: cansaço, perda ponderal, dor abdominal localizada ou generalizada, anemia ferropénica (Dekker et al., 2019).

O diagnóstico é realizado através de colonoscopia total, com a realização de biópsias para a confirmação histopatológica. A maioria das neoplasias colo-retais são adenocarcinomas. Os marcadores tumorais como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e o CA 19-9 não devem ser utilizados como método de rastreio ou diagnóstico de neoplasia colo-retal. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cancro colo-retal, é necessário efetuar o estadiamento, de forma a poder determinar o tratamento e prognóstico. Para pesquisa de doença à distância, é tipicamente realizada tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica. O tratamento pode envolver cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, dependendo do estadiamento (Dekker et. al, 2019).

1.3.1. Rastreio do Cancro Colo-Retal em Portugal

As modalidades de tratamento do CCR têm evoluído, permitindo aumentar a sobrevida associada à doença. Apesar disso, a sobrevida associada à doença é consideravelmente maior quando é detetada precocemente (Dekker et al., 2019). É neste contexto que surgem os programas de rastreio oncológico à escala global, com intuito de detetar precocemente as doenças oncológicas rastreáveis. A evidência científica também descreve uma redução da incidência e mortalidade por CCR associada à implementação de programas de rastreio, sendo o rastreio de base populacional fortemente recomendado quando comparado ao rastreio oportunístico (Shaukat et al., 2021).

Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem um programa de rastreio de base populacional para o CCR. O despacho nº8254/2017, define dois tipos de critérios de exclusão para o programa de rastreio do cancro colo-retal: temporários e definitivos. Os definitivos são: diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal, cancro do colon e reto e síndromes heredofamiliares afetos a este tipo de cancro. Os critérios temporários definidos são: ter realizado colonoscopia normal nos últimos 10 anos ou retosigmoidoscopia normal nos últimos 5 anos; queixas gastrointestinais (alterações do trânsito intestinal nos últimos 6 meses ou com evidência de hemorragia digestiva) (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, despacho nº8254/2017).

Shaukat et al. (2021) referem que o método de rastreio “ideal” deve ter elevada especificidade e sensibilidade, ser seguro, conveniente, minimamente invasivo e pouco dispendioso. Contudo, o fator mais importante é que os utentes aceitem o

método de rastreio e, por isso o completam. Em Portugal, o método de primeira linha para rastreio do CCR, é o imunoquímico, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), em utentes entre os 50 e os 74 anos. De acordo com o legislado, deve ser realizado de 2 em 2 anos e na eventualidade de ser positivo, o utente deverá completar o rastreio através de colonoscopia (*Despacho* nº 8254/2017). Este teste tem uma taxa de especificidade de 94% e de sensibilidade de 79%. É um método não-invasivo, sem risco de complicações, cómodo (pode ser realizado em casa do utente) e mais facilmente implementável com base populacional, tal como recomendado. As desvantagens associadas são: realizar colonoscopia no caso de ser positivo; ter de ser repetido de 2 em 2 anos (em alguns países a frequência de repetição pode ser a cada ano), ter baixa sensibilidade para adenomas avançados e não detetar lesões serradas. Existem também outros métodos de visualização direta, como a colonoscopia. Esta tem uma taxa de deteção de 100% e é repetido a cada dez anos. Não obstante, é um método que depende de recursos endoscópicos e de recursos humanos para os manusear. Além disso, requer preparação intestinal e tem um risco de complicações de 4-8 em 10000 (Shaukat et al., 2019).

Areia et al. (2019) realizaram uma análise de custo-utilidade na população portuguesa, para comparar o rastreio imunoquímico fecal realizado bianualmente com a realização de uma colonoscopia a cada 10 anos. Este estudo demonstrou que o rastreio por via imunoquímica fecal tem um maior custo-utilidade que a colonoscopia. Este facto vai ao encontro da evidência científica internacional, onde se descreve estes dois métodos como primeira linha no rastreio do CCR, muito embora se recomende fortemente o rastreio por via imunoquímica fecal (Shaukat et al., 2019). O uso mais racional de recursos endoscópicos para endoscopia digestiva e o facto de permitir rastrear um maior número de pessoas são duas vantagens importantes do método imunoquímico para RCCR (Areia et al., 2019).

Apesar do aumento da taxa de cobertura geográfica para rastreios de base populacional, em Portugal, a taxa de adesão foi de 41%, em 2020. Este número apesar de baixo, representa uma melhoria face aos números de 2019 (32%) (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas [PNDO], 2021). No ACESLN, a percentagem de utentes (entre os 50 e os 75 anos) com RCCR realizado, no final do ano de 2022 foi de 38,75%, correspondendo a um aumento em relação a igual período do ano anterior (34,1%). Contudo, este indicador encontra-se abaixo da percentagem

do indicador a nível regional (ARSLVT) (44,24%) e nacional (54,72) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023).

Existe um alinhamento entre as metas estabelecidas pela Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030 e as preconizadas para consecução do PNS 2021-2030, assim como com as metas europeias descritas no Plano Europeu de Luta contra o Cancro. A deteção precoce é um dos pilares estratégicos nesta estratégia. Neste é clarificado que um dos objetivos é aumentar a taxa de cobertura geográfica e populacional para os programas de rastreio, entre eles o RCCR. Outro objetivo passa pelo aumento da proporção de adesão, que se espera superior a 65% em 2030 (DGS, 2022).

Para dar consequência aos eixos estratégicos delineados, foram delineadas estratégias nacionais, uma das quais é a identificação de determinantes de não adesão aos diferentes programas de rastreio. Assim, surge a necessidade de desenhar e implementar intervenções que possam aumentar a adesão aos Programas de Rastreio Oncológico. Outra estratégia a implementar é a quantificação e redução de desigualdades no acesso aos programas de rastreio em grupos vulneráveis (entre eles os utentes sem médico de família e/ou áreas demográficas com maior privação socioeconómica). Outra estratégia, na qual se enquadra este projeto, é o desenvolvimento e implementação de campanhas de sensibilização de rastreio, para cada tipo de programa de rastreio (DGS, 2022).

1.4. A Literacia em Saúde e o Rastreio do Cancro Colo-Retal

Como foi descrito anteriormente, a LS pode atuar como mediador da tomada de decisão dos cidadãos relacionadas com questões da sua saúde. Arriaga et al. (2022) descrevem o processamento de informação relacionado com dimensão da prevenção da doença como sendo o mais desafiador para as pessoas, na avaliação mais recente realizada na população Portuguesa. A LS pode ser vista como um “(...) moderador da saúde constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde.” (Arriaga et al., 2022, p.7). O contexto de RCCR integra-se na prevenção da doença, podendo-se traduzir um contexto desafiador para os cidadãos. Aqui a LS também pode ter um papel decisivo na integração desta atividade no autocuidado dos utentes.

Num estudo realizado por Woudstra et al. (2019) verificou-se que os múltiplos domínios da LS são importantes no processo de tomada de decisão relacionada com o RCCR. É referido que as intervenções centradas em atividades educativas dirigidas à tomada de decisão facilitam a redução de desigualdades educacionais, em pessoas com níveis de LS limitados. Kobayashi et al. (2014) descreveram que a baixa LS pode-se traduzir numa barreira na adesão ao RCCR. Além disso, a LS tem influência no conhecimento, crenças e comportamentos relativos ao RCCR. Woudstra et al. (2018) descrevem também menor capacidade de pesar as vantagens e desvantagens associadas ao RCCR. Tal facto pode ser justificado porque as pessoas com níveis de LS limitados são menos propensas a procurar e compreender informação relacionada com o rastreio do CCR e demonstram baixa auto-eficácia em relação ao mesmo (Von Wagner et al., 2009 citado por Durand et al., 2021).

Outro aspeto fundamental é descrito por Arnold et al. (2012), que descreveram no seu estudo que pessoas com baixos níveis de LS têm uma maior perceção de barreira em torno da adesão ao método imunoquímico fecal para rastreio do CCR. Estes utentes apresentam uma taxa de adesão mais baixa. Assim, do trabalho destes investigadores pode-se aferir que a LS é considerada como preditor independente para completar o rastreio do CCR.

Miller et al. (2018) referem que nas pessoas em condições de maior vulnerabilidade, as barreiras para participação no RCCR são ainda maiores. Para os autores, as pessoas com níveis limitados de LS encontram-se em situação de vulnerabilidade, tendo dificuldade em obter informações e aceder a este rastreio. Por sua vez, a revisão conduzida por Honein-AbouHaidar et al., (2016) descreve a recomendação pelo profissional de saúde como uma condição facilitadora no processo de adesão ao RCCR, sendo que a recomendação de realização deste rastreio ao nível dos cuidados primários é considerada uma condição facilitadora neste processo de participação. Atendendo a este facto, as pessoas que se encontram sem equipa de saúde familiar podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade, assim com as pessoas com LS limitada, no acesso a este tipo de cuidados, pelo que a promoção da Literacia no RCCR nestas populações é fundamental, para reduzir as assimetrias no acesso ao mesmo.

1.5. Revisão da Literatura: *Scoping Review*

Procedeu-se à análise do estado da arte através de uma *scoping review*, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020). A questão de investigação desta revisão foi: “Quais são as intervenções centradas na Literacia em Saúde que melhoram a adesão ao rastreio do CCR?”. Utilizou-se a estratégia *Participants, Concept and Context* (PCC). Assim, População definida são as pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos. O Contexto é a Comunidade. Os conceitos são Literacia em Saúde e *Empowerment*. Foram apenas aceites estudos publicados entre 2017 e 2022.

Foram seguidas todas as etapas da metodologia para as revisões *scoping* do JBI (Peters et al., 2020). A estratégia de pesquisa realizada nas bases de dados encontra-se representada no Apêndice I. O fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) 2020 (Page et al., 2021) que detalha a metodologia de seleção de estudos identificados através dos registos nas bases de dados encontra-se no Apêndice II. O quadro com a síntese dos resultados encontra-se espelhada no Apêndice III. Os principais resultados bem como as conclusões que advêm dos mesmos serão apresentados de seguida, na medida em que ajudam a justificar a pertinência do projeto realizado, uma vez que todos os estudos identificados partem de uma avaliação de LS e implementam intervenções que ajudam a mitigar as dificuldades sentidas de uma dada população face ao RCCR.

Os estudos mapeados descrevem intervenções de promoção da LS em populações em situação de maior vulnerabilidade, pelos seus contextos sociais e/ou culturais, assim como pelo nível de LS limitado. Todos eles incluíram atividades educacionais, maioritariamente digitais (vídeos educacionais, plataformas de acesso a informação relacionada com o RCCR...). No estudo conduzido por Miller et al. (2018), foi implementada uma intervenção digital com atividades educacionais acerca do RCCR, incidindo maioritariamente sobre as barreiras identificadas na população em estudo. A intervenção implementada duplicou a adesão ao RCCR, além de aumentar a escolha pelo método imunoquímico em detrimento da colonoscopia. Noutro estudo de Gwede et al. (2019), foi testada também uma intervenção digital, tendo a particularidade de ter sido desenhada atendendo ao nível de LS da população, mas também ao contexto cultural da mesma. Esta intervenção conduziu a um aumento da consciencialização da população da amostra face ao CCR e ao seu rastreio. Este facto demonstrou ser promotor da volição em manter o comportamento de rastreio no futuro, na população do estudo.

O trabalho de Reuland et al. (2017) descreve uma intervenção combinada de um vídeo educacional acompanhado de uma figura designada de *patient navigator*. Este é um profissional de saúde do centro de saúde com a responsabilidade de discutir com o utente o seu plano de rastreio e de os contactar no caso de incumprimento do mesmo. Esta intervenção, implementada numa população com um nível de LS limitado, resultou num aumento da taxa de adesão ao RCCR, além de aumentar a probabilidade de escolha do método imunoquímico em comparação com outros. Arnold et al. (2019) implementaram uma intervenção baseada em atividades educacionais culturalmente apropriadas e adequadas ao nível de LS, acompanhada por contactos por via telefónica, resultaram na promoção do RCCR. Estas intervenções foram realizadas por enfermeiros dos centros de saúde. Davis et al. (2017) testaram uma intervenção multifacetada para pessoas com baixos níveis de LS, do tipo digital, mas acompanhada de material impresso com informação acerca do RCCR. Esta resultou, apesar de não ter havido diferença estatisticamente significativa, num incremento na adesão ao RCCR.

Temucin & Nahcivan (2020) defendem que os enfermeiros, através de um modelo que contempla a educação e aconselhamento relacionado com o RCCR, podem ter um papel preponderante na capacitação dos cidadãos. Também Giuliana et al. (2017), descrevem a importância dos enfermeiros no processo de suporte de tomada de decisão relacionada com o RCCR, além da coordenação de cuidados relacionados com o mesmo.

Como se pode constatar os estudos apresentados utilizaram na sua maioria a via digital para o processo de promoção da LS na área do RCCR, capacitando as populações nesta área. Estas intervenções resultaram em melhorias do conhecimento e consciencialização face ao RCCR, assim como em maior motivação para manter este comportamento. Além disso, demonstraram funcionar como suporte na tomada de decisão relacionada com RCCR. De acordo com o Regulamento nº 428/2018 (OE), o EEEC tem competências específicas de análise do perfil da comunidade, fazendo uso das variáveis socioeconómicas e ambientais para o desenho de intervenções personalizadas e centradas nas necessidades da comunidade. Este quadro de competências vai ao encontro do tipo de intervenções mapeadas pela revisão realizada, podendo alicerçar uma intervenção de enfermagem comunitária na área de estudo.

A pergunta de investigação na origem desta revisão foi respondida, ajudando a alicerçar o projeto de intervenção comunitária. Pode-se inferir da evidência que as intervenções realizadas, podem fomentar a integração do RCCR como atividade do autocuidado em pessoas na faixa etária elegível para o mesmo. Nenhum dos estudos foi realizado em Portugal, pelo que se verifica uma lacuna no conhecimento do modo como as pessoas interagem com intervenções de promoção da LS nesta área. Constatou-se também a necessidade de mais estudos que suportem a intervenção dos enfermeiros na comunidade para promoção do RCCR. Além disso, atendendo à evolução tecnológica e ao uso cada vez maior destas ferramentas, considera-se importante a realização de mais estudos qualitativos centrados na experiência dos utentes enquanto utilizadores das mesmas. Por fim, considera-se importante continuar a investigar os fatores englobados no processo de adesão ao RCCR.

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação de saúde consiste no primeiro passo da metodologia do Planeamento em Saúde. Nele, são identificadas as necessidades e os problemas de uma dada população. Tendo em consideração a sua importância, é necessária uma preparação adequada (Imperatori & Giraldes, 1993). Desta forma, nesta etapa estão contemplados e são descritos todos os passos necessários para realização do diagnóstico, desde as autorizações pedidas até aos resultados obtidos.

2.1.1. Procedimento éticos desenvolvidos

Existiu o compromisso de cumprir todos os procedimentos éticos e legais, desde a conceção teórica até à sua implementação no local de estágio, de forma a assegurar os direitos dos utentes e a sua participação livre, esclarecida e voluntária. Foram respeitados os princípios éticos associados aos campos dos cuidados de saúde. Além de ser uma garantia para os utentes, o respeito pelos princípios éticos e legais, de acordo com a deontologia profissional dos enfermeiros é uma condição obrigatória no desempenho de uma prática especializada (OE, 2019). Tal como preconizado pela Comissão de Ética em Saúde (CES), foram dadas todas as autorizações para implementação do projeto, pelas entidades competentes: Direção Executiva do ACESLN e Sr^a. Coordenadora da USP; Autorização do Consórcio Europeu do Projeto de Literacia em Saúde (HLS-EU), para utilização do inquérito de Literacia em Saúde HLS19-Q12.

Foi solicitado um parecer à CES para implementação deste projeto. Foi recebido um parecer intermédio no dia 29-06-2022. Foram realizados os acertos solicitados no projeto e o projeto obteve parecer favorável e definitivo no dia 26/07/2022 (Anexo III).

Após a obtenção do parecer favorável pela CES realizou-se a colheita de dados. Nesta foi garantida a igualdade de oportunidade de participação a todos os utentes, desde que se enquadrassem nos critérios de inclusão. Na solicitação de participação no estudo foi explicado ao utente o objetivo do mesmo e solicitado o consentimento

informado, livre e esclarecido. Só depois de assinado o consentimento informado, livre e esclarecido foi entregue o inquérito de Literacia em Saúde. Este questionário foi entregue pelo investigador ou pelo elo de ligação (Enfermeira da Unidade de Saúde Pública). Foi explicado ao utente que em qualquer altura poderia interromper a sua participação no estudo, devendo esta ser voluntária e não remunerada. Após o preenchimento do questionário, solicitou-se aos utentes que o colocassem numa urna opaca, disponível num local de fácil acesso e identificado como sendo o mais conveniente para o funcionamento do Centro de Rastreios. A urna foi selada para impedir o acesso à informação por parte de terceiros.

Todos os princípios e aplicações dos mesmos que constam no protocolo enviado à CES foram cumpridos, por forma a respeitar os direitos dos utentes que participaram no estudo.

2.1.2. Instrumento de Colheita de dados

A colheita de dados decorreu entre o dia 26/09/2022 e 11/11/2022 (tal como pode ser verificado no cronograma presente no **Apêndice V**, sendo esta realizada através do preenchimento do questionário HLS₁₉-Q12.

Utilizou-se o questionário HLS₁₉-Q12 para avaliar a Literacia em Saúde, uma versão mais sintética do HLS₁₉. Este questionário encontra-se validado para a realidade portuguesa e traduzido para a língua Portuguesa. É composto por 12 itens em que avaliam os domínios específicos da LS: Promoção da Saúde, Prevenção da Doença e Cuidados de Saúde. Este questionário traduz o grau de dificuldade do cidadão em mobilizar as competências relacionadas com a LS, associadas a cada uma das suas dimensões. As categorias das respostas são: 4 - “Muito Fácil”; 3 – “Fácil”; 2 – “Difícil”; 1 – “Muito difícil”; 999 – “Não sabe/Recusa”. Por forma a garantir o correto cálculo dos índices e assegurar que são comparáveis com outros contextos, foram utilizados os seguintes pontos de corte recomendados pelo Consórcio Europeu de Literacia em Saúde (HLS₁₉, 2022):

- a) Excelente: se % de respostas “Muito fácil” ≥ 50 E % de respostas “Muito difícil” + “Difícil” $< 8,334$;
- b) Suficiente: se % de respostas “Muito fácil” + “Fácil” $> 83,33$;

- c) Problemático: todas as respostas que não se enquadrem nos grupos “excelente”, “suficiente” ou “inadequado”;
- d) Inadequado: se % de respostas “Muito fácil” < 8,334 E “Muito difícil” + “Difícil” ≥ 50

Ao questionário HLS₁₉-Q12 foram acrescentadas algumas questões de caracterização da sociodemográfica da população, partindo dos determinantes associados à LS. Arriaga et al. (2022), descreveram alguns grupos de risco para a Literacia em Saúde: mulheres, pessoas com mais idade, pessoas com baixa capacidade financeira, pessoas com baixos níveis de escolaridade e/ou pessoas desempregadas. Desta forma, considerou-se ser pertinente fazer uma caracterização sociodemográfica prévia centrada na avaliação de: sexo; nível de escolaridade; situação em relação ao trabalho. Para avaliar a capacidade financeira foram formuladas duas questões: facilidade para fazer face às despesas mensais; a capacidade de pagar a medicação mensalmente.

Após a recolha dos dados, o tratamento estatístico foi realizado através do IBM *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) *Statistics* 26. Cada resposta foi codificada alfanumericamente, sendo o estudante o único conhecedor da sua correspondência.

2.1.3. População alvo, amostra e critérios de inclusão

Para Polit & Bec (2018) a população alvo representa toda a população com as características que o investigador está interessado em estudar. Por outro lado, estes autores consideram a amostra como um subconjunto da população alvo que participaram no estudo desenvolvido pelo investigador. O trabalho realizado pretendeu estudar os utentes entre os 50 e os 74 anos, a faixa elegível para rastreio por este método, que entregaram a amostra para PSOF, no Centro de Rastreios da USP Dr. Francisco George. Este centro, tal como referido anteriormente foi estabelecido com o objetivo de aumentar a acessibilidade dos utentes sem equipa de saúde familiar do ACESLN ao RCCR. As unidades, dentro do ACESLN nestas condições são as UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) de Sete Rios e Lumiar. A UCSP de Sete Rios contempla 7474 utentes que cumprem critérios de elegibilidade para RCCR e a UCSP do Lumiar 5084. É administrativamente

impossível contactar todos os utentes simultaneamente, pelo que o contacto se foi fazendo desde as faixas etárias mais elevadas até às pessoas mais jovens. No período do diagnóstico de situação entregaram no Centro de Rastreios um total de 143 pessoas. Estes utentes, atendendo às suas características são consideradas a população alvo. Destas, aceitaram participar no estudo 54 pessoas que constituem a amostra.

Os critérios de exclusão prendem-se com os critérios do programa do RCCR, com o facto de não aderirem ao rastreio do CCR ou se os utentes não desejarem participar no estudo.

2.1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Constituiu-se uma amostra de conveniência com 54 utentes, participantes do RCCR de duas UCSP de um ACESLN, no período de 26/09/2022 a 09/11/2022. Todos os utentes sem médico de família que foram ao Centro de Rastreios entregar amostras de RCCR foram convidados a participar.

A amostra final apurada não excluiu qualquer questionário, uma vez que não existem incompletos (com menos de 50% do preenchimento) e/ou algum em que o utente tenha recusado recusar rubricar o consentimento informado, tal como definido nos pressupostos aprovados pela CES da ARSLVT.

A amostra foi constituída por 31 utentes do sexo feminino (57%) e 23 do sexo masculino (43%). Foi avaliado o nível de educação formal, tendo por base a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE). Os níveis de escolaridade mais frequentes são o de Licenciatura ou equivalente – CITE 6 (n=19; 35,2%), o ensino secundário – CITE 3 (n=9; 16,7%) e/ou bacharelato/Curso Médio – CITE 6 (n=7; 13%). A faixa etária menos representada na amostra é a dos 70-74 anos, com apenas (n=1, 1,9%). As restantes faixas etárias estão representadas de forma homogénea na amostra, embora a mais bem representada seja a dos 65 aos 69 anos (n=19, 35,2%).

Para alguns autores, tais como Helen Osborne (2022), é importante conhecer e caracterizar as faixas etárias da população com a qual queremos trabalhar. A idade de elegibilidade de rastreio tem um intervalo de idades significativo. Para Osborne (2022), as estratégias de promoção da Literacia em Saúde são diferentes de acordo com a faixa etária. Por esse motivo, decidiu-se dividir a população por faixas etárias

por forma a otimizar as estratégias, na fase de intervenção. Este facto é comprovado também na prática diária da equipa da USP, onde as estratégias utilizadas variam de acordo com a faixa etária. Além deste facto, as faixas etárias utilizadas são as usadas pela *American Cancer Society*, uma das entidades de referência à escala global, no estudo das doenças oncológicas. Esta divisão etária reflete a estratificação da incidência do CCR (Siegel et al., 2023).

Em relação à atividade profissional, a maioria encontra-se a trabalhar, seja a tempo inteiro (n=24; 44,4%) e/ou parcial (n=6; 11,1%). Existe também uma parte considerável que se encontra reformado (n=14, 25,9%). Relativamente à insuficiência económica, a maioria dos participantes reportou ser “muito fácil” (n=8; 14,8%) ou “fácil” pagar as suas despesas gerais (n=24, 48,1%). No entanto, 16 participantes reportaram ser “difícil” (29,6%) e 3 “muito difícil” (5,6%) pagar as suas despesas no final do mês. No que concerne ao grau de dificuldade de pagamento de medicamentos, a maior parte dos participantes reportou ser “muito fácil” (n=10; 18,5%) ou “fácil” (n=24; 44,4%), sendo que 14 participante consideraram ser “Difícil” (25,9%) e apenas 1 reportou ser “muito difícil” (1,9%).

A **tabela 1**. Sintetiza as características sociodemográficas da população.

Tabela 1.*Caracterização sociodemográfica da população da amostra*

	Frequência (n)	%
Gênero		
Masculino	23	42,6
Feminino	31	57,4
Faixa etária		
[49-54]	9	16,7
[55-59]	11	20,4
[60-64]	14	25,9
[65-69]	19	35,2
[70-74]	1	1,9
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	0	0
Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	1	1,9
1º ciclo do ensino básico (4ºano de escolaridade)	2	3,7
2º ciclo do ensino básico (6ºano de escolaridade)	5	9,7
3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	4	7,4
Ensino Secundário	9	16,7
Bacharelato/Curso Médio	7	13
Licenciatura	19	35,2
Mestrado	4	7,4
Doutoramento	2	3,7
Não sabe/ Não quer responder	1	1,9
Atividade profissional		
Trabalho a tempo completo	24	44,4
Trabalho a tempo parcial	6	11,1
Desempregado	4	7,4
Reformado	14	25,9
Doméstico	5	9,3
Estudante	0	0
Inapto para trabalhar por motivos de saúde	0	0
Ns/Nr	1	1,9
Grau de dificuldade em pagar as despesas no final do mês		
Muito fácil	8	14,8
Fácil	26	48,1
Difícil	16	29,6
Muito difícil	3	5,6
Ns/Nr	1	1,9
Grau de dificuldade em pagar os medicamentos		
Muito fácil	10	18,5
Fácil	24	44,4
Difícil	14	25,9
Muito difícil	1	1,9
Ns/Nr	5	9,3

2.1.3.2. Caraterização dos níveis de Literacia em Saúde

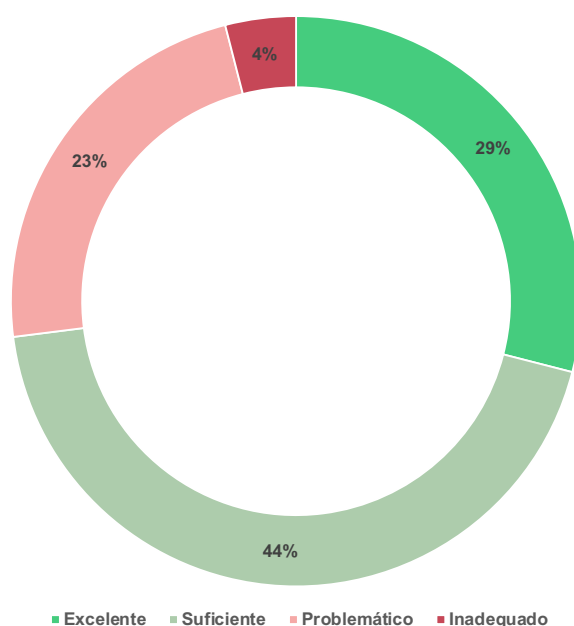
Relativamente à caracterização dos níveis de LS, esta foi caracterizada através da aplicação do instrumento HLS19-Q12, tendo por base uma definição integrativa descrita pelo consórcio HLS-EU que contempla o conhecimento, motivação e competências para mobilizar informação relacionada com o processo de tomada de decisão, nas dimensões dos cuidados de saúde, da prevenção da doença e promoção da saúde. (Sørensen *et al.*, 2012). Desta forma, este instrumento contempla as competências de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com as dimensões dos Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

Para o cálculo dos níveis gerais de Literacia em Saúde, considerou-se uma amostra total de 48 pessoas, uma vez que estas preencheram mais de 80% do questionário, tal como preconizado pelos autores do instrumento. Após a aplicação dos critérios clarificados anteriormente, verificou-se que 29% (n=14) da população da amostra apresenta um nível “excelente” de LS, sendo que 21 (44%) apresentam um nível “suficiente” e 23%(n=11) um nível “problemático”. Apenas 4% (n=2) apresenta um nível “inadequado” de LS. O **gráfico 1** caracteriza os níveis de Literacia em Saúde da população estudada.

Gráfico 1.

Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde da população estudada.

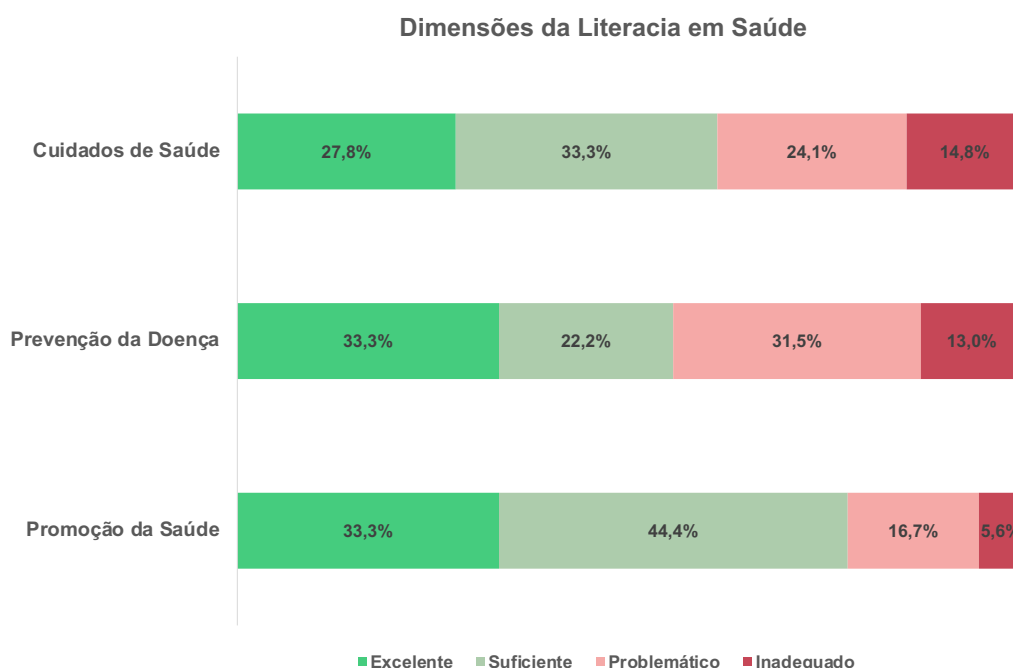
Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde da população da amostra



Para o cálculo dos níveis de Literacia em Saúde associados às suas dimensões, foi considerada uma amostra total de 54 pessoas. A dimensão com um nível mais alto de Literacia (com níveis “Excelentes” e “Suficientes” em maior percentagem) foi a Promoção da Saúde, com 33,3% das pessoas com um nível “Excelente” e 44,4% com um nível “Suficiente”. No sentido inverso, a dimensão da Prevenção da Doença foi a que apresentou maiores percentagens de nível de Literacia “Problemático” (31,5%, n=17) e “Inadequado” (13%, n=7). A dimensão dos cuidados de saúde foi a que apresentou uma percentagem maior de nível de Literacia em Saúde “inadequado” (14,8%, n=13), mas apresentando uma percentagem inferior de nível “problemático”, quando comparado com a Prevenção da doença.

Gráfico 2.

Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde pelas Dimensões



Realizou-se uma análise quanto às competências associadas ao processamento de informação, de acordo com o modelo de *Sørensen et al.*, (2012). A competência relacionada com o acesso à informação demonstrou ser a que a população estudada mais tem dificuldades. 48,2% da população (n=26) apresenta um nível “Inadequado” e/ou “Problemático” associados a esta competência. Foi nesta competência que a população da amostra obteve um nível de “Suficiente” (27,8%, n=15) e um nível “Excelente” (24,1%, n=13) mais baixos, comparativamente com outras competências. Por outro lado, a competência relacionada com a aplicação de informação obteve os melhores resultados, sendo que 74,1% (n=40) da amostra obteve um nível “Excelente” ou “Suficiente”.

Procedeu-se à análise das competências associadas a cada dimensão da Literacia em Saúde. No âmbito dos Cuidados de Saúde, a competência com uma maior percentagem de respostas “Muito Difícil” ou “Difícil” é a de aceder a informação. A competência com maior percentagem de respostas “Muito Fácil” ou “Fácil” foi a de aplicar informação.

Relativamente à dimensão da Prevenção da Doença, destaca-se que 46,9% (n=23) da amostra revelou ser “muito difícil” ou “difícil” aceder a informação relacionada com a prevenção da doença. Já na competência de compreender a informação relacionada com a prevenção a doença, 94,3% (n=50) da população estudada indicou ser “fácil” ou “muito fácil” realizar este tipo de atividades.

A dimensão da Promoção da Saúde foi a que obteve resultados mais satisfatórios, onde maioritariamente as respostas relacionadas com as competências foram “muito fácil” ou “fácil”. A competência de aplicar informação relacionada com a promoção da saúde foi a mais problemática com uma percentagem de respostas de “muito difícil” ou “difícil” de 11,2% (n=6), valor superior comparativamente com as restantes competências.

2.1.4. Identificação dos Problemas de Saúde inerentes ao Diagnóstico de Situação

Atendendo aos dados anteriormente apresentados pode-se constatar que as pessoas que constituem a amostra, têm de uma forma geral um nível suficiente ou excelente de LS. Não obstante, foram identificados aspetos menos positivos e suscetíveis de serem melhorados. Desde logo ao nível do acesso a informação relacionada com a Prevenção da Doença e com os Cuidados de Saúde. Nesta competência, 48% da amostra tem níveis inadequados ou problemáticos de LS. Ao nível da Prevenção da Doença, estes dados ganham maior destaque, na medida em que 46,9% da amostra considera “difícil” ou “muito difícil” aceder a informação relacionada com esta dimensão. Na dimensão dos Cuidados de Saúde, cerca de 25% da amostra refere também ser “difícil” ou “muito difícil” aceder a informação. Outra dimensão que pode ser alvo de melhoria é ao nível da aplicação de informação relacionada com a Prevenção da Doença, onde cerca de 19% da amostra tem dificuldades. Por fim, a dimensão de avaliar informação relacionada com Cuidados de Saúde tem potencialidade de ser melhorada, na medida em que 22% da amostra

revelam ser “difícil” ou “muito difícil” aplicar esta competência na tomada de decisão diária relacionada com a sua saúde.

Em síntese, enumera-se a listagem de dimensões que podem ser alvo de melhorias, na comunidade em causa:

P1) **Aceder** a informação relacionada com a **Prevenção da Doença**;

P2) **Aceder** a informação relacionada com os **Cuidados de Saúde**;

P3) **Aplicar** informação relacionada com a **Prevenção da Doença**;

P4) **Avaliar** informação relacionada com os **Cuidados de Saúde**.

2.2. Determinação das Prioridades

A etapa da determinação das prioridades é a segunda na metodologia do Planeamento em Saúde. A sua principal finalidade é a rentabilização de recursos, por forma a que os problemas mais prioritários possam ser alvo de intervenção. Trata-se da etapa onde se define os critérios para estimar e comparar os problemas identificados na fase anterior (Tavares, 1990). A técnica selecionada para determinar as prioridades neste projeto foi a Comparação por Pares. Imperatori & Giraldes (1993), referem este método como uma “abordagem prática quando o número de problemas não é muito extenso (...)” (p.76). Atendendo à quantidade de problemas identificados (4) e à necessidade de se aplicar um método prático, para uma intervenção mais rápida e eficaz (tendo em consideração o cronograma para a realização do projeto), optou-se por esta técnica.

Esta técnica implica uma comparação entre problemas realizada aos pares. Apesar desta técnica medir uma importância subjetiva entre problemas, Imperatori & Giraldes (1993) referem se podem atribuir critérios específicos. Assim, em colaboração com a orientadora clínica, definiu-se como critério para comparação entre problemas a magnitude. A magnitude diz respeito à “importância” ou “tamanho” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65) de um dado problema. Neste caso concreto, avaliou-se a % da amostra que referiu ser “muito difícil” ou “difícil” incorporar determinada dimensão da LS no processo de tomada de decisão relacionada com a sua saúde/doença. Os problemas foram analisados aos pares e foi atribuída maior ou menor importância consoante o critério referido anteriormente. Os problemas com maior importância foram sublinhados. No final os problemas que mais vezes foram

sublinhados, são os considerados prioritários para intervenção. A tabela 1 descreve a metodologia aplicada.

Problemas	Comparação por pares de problemas	Valor final	Ordenação final
P1	<u>P1</u> <u>P1</u> <u>P1</u> P2 P3 P4	Problema selecionado 3x	<u>1º lugar</u>
P2	P2 <u>P2</u> <u>P2</u> <u>P1</u> P3 P4	Problema selecionado 2x	<u>2º lugar</u>
P3	P3 P3 P3 <u>P1</u> <u>P2</u> <u>P4</u>	Problema não selecionado	4º lugar
P4	P4 P4 <u>P4</u> <u>P1</u> <u>P2</u> P3	Problema selecionado 1x	3º Lugar

P1. Aceder a **informação relacionada com a** Prevenção da Doença: % de **respostas** “muito difícil” ou “difícil” – 46,9%;

P2. Aceder a **informação relacionada com os** Cuidados de Saúde: % de **respostas** “muito difícil” ou “difícil” – 24,1 %

P3. Aplicar **informação relacionada com a** Prevenção da Doença: % de **respostas** “muito difícil” ou “difícil” – 19,6%

P4. Avaliar **informação relacionada com os** Cuidados de Saúde: % de **respostas** “muito difícil” ou “difícil” – 22%

Atendendo à descrição da técnica apresentada anteriormente, priorizou-se para intervenção o Problema 1: o acesso a informação relacionada com a Prevenção da Doença; e o Problema 2: Acesso a informação relacionada com os Cuidados de Saúde. Dado o projeto ter sido implementado num Centro de Rastreios, que visa aumentar o acesso da população sem equipa de saúde familiar a rastreios oncológicos, privilegiou-se o acesso a informação relacionada com o percurso que os utentes podem fazer para aceder ao RCCR.

2.3. Diagnósticos de Enfermagem

Com a premissa de utilização de uma linguagem científica e universal, no âmbito da conceção e prática de cuidados de Enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta tem vindo a evoluir ao longo dos anos, de acordo com a produção científica, fruto da investigação internacional e sua aplicação clínica. Esta classificação entre outros aspetos fundamentais, acrescenta um contributo significativo na geração de evidência das práticas dos enfermeiros, produzindo dados nucleares relativos a recursos, cuidados prestados e ganhos para o cliente. Tal facto, permite a comparabilidade entre prática à escala internacional e consequente melhoria da qualidade e segurança dos clientes a quem são prestados cuidados (OE, 2016).

Dada a importância desta classificação, o presente trabalho segue a sua nomenclatura (CIPE – versão 2019), disponível em *Browser* através da OE. Para OE (2016) o diagnóstico corresponde ao “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem.” (p.17).

Atendendo aos problemas identificados nas etapas anteriores, definiram-se os seguintes diagnósticos:

- Potencialidade para desenvolver a atitude da comunidade face ao acesso a informação, relacionada com a prevenção da doença [rastreamento do cancro colo-retal];
- Potencialidade para desenvolver a atitude da comunidade face ao acesso a informação relacionada com os cuidados de saúde [rastreamento do cancro colo-retal]

Foram enunciados diagnósticos de risco (pelo uso do juízo “Potencialidade”), na medida em que a comunidade, de acordo com o diagnóstico de situação, tem níveis altos de LS. Não obstante, existem determinados aspetos relacionados que carecem de ser melhorados, sendo fomentado o fenómeno da ativação relativa à tomada de decisão acerca do RCCR. Como foco de atenção, optou-se pela “atitude”, que remete para um processo psicológico, que contempla os modelos mentais e opiniões do cliente (comunidade) em relação ao RCCR. Tal como descrito anteriormente, os trabalhos mapeados através da revisão *scoping* apontam para uma melhoria da

consciencialização e conhecimento relativo ao RCCR, que por sua vez podem sustentar uma melhor tomada de decisão relacionada com este rastreio. Assim, seguindo os resultados apresentados pela evidência mapeada, deu-se consequência aos mesmos, através de diagnósticos de enfermagem que remetem para o processo psicológico associado à tomada de decisão relativa ao RCCR.

2.4. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos traduz o resultado a atingir para resolver os problemas identificados e priorizados nas etapas anteriores, por forma a acompanhar a monitorizar a sua evolução. Além de objetivos mais gerais, torna-se necessário delinear objetivos operacionais/metastas que traduzam a consecução do objetivo geral, no que diz respeito às atividades dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Tavares (1990), os objetivos devem ser “pertinentes”, “precisos”, “realizáveis” e “mensuráveis” (p. 116), de maneira a contemplarem os seguintes elementos: “natureza da situação desejada”, “critérios de sucesso ou de fracasso”, “população-alvo...”, “a zona de aplicação do projeto” e “o tempo em que deverá ser atingido” (p.117).

Consequentemente, o objetivo geral deste projeto é contribuir para o aumento da LS, na população da área demográfica abrangida pelas UCSP, na área do RCCR. Os objetivos específicos determinados são:

- **Objetivo específico nº1:** Contribuir para o aumento do conhecimento da comunidade sobre o RCCR. Os objetivos operacionais/metastas a alcançar para dar consequência a este objetivo são:
 - 1) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro refiram ter melhorado o seu conhecimento sobre o RCCR;
 - 2) Que a % de utentes que que acedam aos conteúdos disponibilizados e refiram a colonoscopia com método de primeira linha, durante os meses de Janeiro e Fevereiro seja inferior a 10%;
 - 3) Que a % de utentes, que acedam aos conteúdos disponibilizados durante os meses de Janeiro e Fevereiro, que refiram como periodicidade para RCCR 7 em 7 anos seja inferior a 10%;

- 4) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro refiram a os critérios de inclusão pela idade para o RCCR, através do PSOF pelo método imunoquímico;
 - 5) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro refiram a gratuidade de participação no RCCR;
 - 6) Que a % de pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro e refiram riscos associados ao RCCR, pelo método imunoquímico seja inferior a 10%;
 - 7) Que a % de pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de janeiro e agosto e que refiram que a pesquisa de sangue oculto nas fezes requer preparação intestinal seja inferior a 10%
 - 8) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro, refiram o profissional de saúde como fonte fidedigna de procura de informação relacionada com o RCCR;
 - 9) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante o mês de Janeiro, refiram os contactos do Centro de Rastreios da Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George, como meios para procura de informação relacionada com o RCCR;
 - 10) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de janeiro e fevereiro, refiram classifiquem a informação como clara e esclarecedora.
- **Objetivo específico nº2:** Contribuir para a consciencialização da comunidade sobre a importância do RCCR enquanto atividade de autocuidado, nas idades elegíveis (50-74 anos). Os objetivos operacionais/metast a alcançar para dar consequência a este objetivo são
 - 1) Que pelo menos 50% das pessoas que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro, refiram

que o vídeo foi importante para as consciencializar acerca da importância do RCCR.

- **Objetivo específico nº3:** Contribuir para a melhoria do conhecimento da comunidade acerca dos recursos de saúde existentes, no âmbito do RCCR. Os objetivos operacionais/metastas a alcançar para dar consequência a este objetivo são:
 - 1) Que pelo menos 50% dos utentes, que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e Fevereiro, refiram a existência do Centro de Rastreios como recurso para a realização do RCCR;
 - 2) Que pelo menos 50% dos utentes que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante os meses de Janeiro e fevereiro, refiram a existência de resposta no caso de o teste ser positivo.
- **Objetivo específico nº4:** Contribuir para a motivação da comunidade para participar no RCCR, no futuro. Os objetivos operacionais/metastas a alcançar para dar consequência a este objetivo são:
 - 1) Que pelo menos 50% dos utentes das UCSP do Lumiar e Sete Rios, que acedam aos conteúdos disponibilizados, durante o mês de Janeiro, expressem a sua intenção manter ou aderir ao RCCR.

2.4.1. Formulação de Indicadores de Avaliação

Para Tavares (1990) um indicador representa uma “relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (p.120). Esta relação é a melhor expressão da dimensão do problema e, por isso a fixação de objetivos deve considerar a sua evolução (Imperatori & Giraldes, 1993). No contexto metodológico do Planeamento em Saúde, para Tavares (1990) e Imperatori & Giraldes (1993), existem dois tipos de indicadores: os de resultado ou impacto e os de atividade ou execução. Os de resultado ou impacto traduzem a evolução de um problema ou a situação em dado momento de um dado problema, ajudando à quantificação de um problema. Os indicadores de atividade ou execução centra-se nas atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, ajudando a quantificar as atividades desenvolvidas (Tavares, 1990).

Este projeto de intervenção comunitária foi estruturado para ser implementado no período de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária. Atendendo à população alvo, à amostra trabalhada e ao tempo para a sua implementação, não é exequível realizar a avaliação do impacto da intervenção, no que diz respeito à adesão ao RCCR. Não obstante, à semelhança de estudos que foram mapeados na revisão *scoping*, decidiu-se avaliar o conhecimento e consciencialização acerca do RCCR e da sua importância. À luz dos modelos conceituais que alicerçam o projeto, o conhecimento e a consciencialização, associado a outros fatores podem ser preponderantes nos ganhos de LS e adoção de comportamento de promoção da saúde do utente. Assim, os indicadores formulados e a fixação de objetivos realizada centram-se nos ganhos para o utente relativos ao aumento ou melhoria do seu conhecimento e a sua consciencialização para a importância do RCCR. Os objetivos centrados na capacitação da população, alinham-se com a potenciação e criação de “oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis.” (Arriaga et al., 2019).

Não foi possível e/ou exequível a aplicação dos questionários de avaliação aos mesmos utentes que preencheram o instrumento de colheita de dados, na fase de diagnóstico de situação. Esta intervenção comunitária centrou-se na ativação da comunidade para um comportamento que deve integrar o autocuidado dos utentes em idades elegíveis para RCCR. Assim, a maioria dos objetivos fixados e respetivos indicadores centram-se na comunidade e na promoção da LS da comunidade em geral. Um dos objetivos e respetivos indicadores centram-se na população em específico da área geográfica sob o alcance das UCSP do Lumiar e Sete Rios, na medida em que o centro de Rastreios serve para aumentar a acessibilidade dessa população. Já o comportamento de RCCR pode e deve ser divulgado e fortemente promovido em toda a comunidade, especialmente nos utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos.

O **Apêndice VIII** enuncia todos os indicadores formulados, estabelecendo uma comparação com as metas previamente estabelecidas e os resultados obtidos, facilitando a interpretação da evolução de um dado problema.

2.5. Seleção de Estratégias

A origem etimológica da palavra “estratégia” remete-nos para um plano ou método para alcançar um determinado objetivo. É nesta fase que se opta pelo caminho mais adequado para fazer face aos problemas identificados e para dar resposta aos objetivos fixados, por forma a “influir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87). Para Tavares (1990), a escolha da estratégia deve refletir uma ponderação relativa a custos, obstáculos, pertinência e vantagens e/ou inconvenientes para cada estratégia.

De acordo com a OE (2018), O EEEEC deve contribuir para o processo de capacitação de grupos e/ou comunidades, fixando objetivos e estratégias para dar resposta aos problemas identificados. Além disso, o EEEEC deve proceder à “gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.” (OE, 2018, p. 19356), atendendo às características da comunidade onde intervém. Além disso, a OE (2018) descreve também como competência do EEEEC, o uso de “estratégias de promoção e educação para a saúde.” e “estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.” (p.19356). Os estudos mapeados pela revisão da literatura realizada também remetem a ação dos profissionais de saúde para a capacitação e empoderamento da comunidade, promovendo a sua LS na área do RCCR. Temucin & Nahcivan (2020) destacam a importância dos enfermeiros na educação e aconselhamento na área do RCCR, através atividades educativas. Tendo em consideração as intervenções mapeadas na revisão *scoping* A capacitação e empoderamento da comunidade, poderá resultar como um mecanismo de ativação da mesma, por forma a que as pessoas que a constituem tomem decisões fundamentadas e promovam a sua saúde de forma ativa, havendo uma responsabilização em torno da sua saúde (Arriaga et al., 2019). A ativação corresponde à última etapa da estratégia de Literacia em Saúde (Costa et al., 2019). Pender et al. (2015), salientam a necessidade de providenciar intervenções centradas na LS nas populações de maior vulnerabilidade, em contexto de programas de promoção da saúde. O empoderamento comunitário pode ser entendido como um processo onde as pessoas e as comunidades são chamadas a participar e transformar as suas vidas e os contextos em que se inserem, ganhando mestria na tomada de decisão relacionada com as questões de saúde (Pender et al., 2015).

No ACESLN, mais concretamente nas populações que não têm equipa de saúde familiar, o que se pretende é a modificação do entendimento em relação ao RCCR e forma de acesso a este e, que acima de tudo vejam o centro de rastreios que foi criado como uma resposta efetiva e que os pode ajudar neste processo. Esta comunidade é chamada a incorporar o RCCR no seu quotidiano e a manter este comportamento preventivo, por forma a obter ganhos para si e sociais. Para Helen Osborne (2022), uma das formas, e cada vez mais utilizada na atualidade, para promover a LS é pela via da tecnologia e conteúdos digitais. Também nos estudos mapeados na revisão *scoping*, foram utilizadas intervenções maioritariamente digitais, com ganhos para o utente ao nível, do conhecimento, consciencialização, tomada de decisão relacionada com o RCCR e adesão ao mesmo.

Atendendo aos factos descritos as estratégias adotadas no projeto de intervenção comunitária foram: Literacia em Saúde, Capacitação e Tecnologia Digital para comunicação.

2.6. Planeamento e execução operacional

De acordo com Tavares (1990), a preparação operacional compreende a preparação das atividades que fomentam a concretização de um dado programa, que decorre num período de tempo limitado. A descrição das atividades deve dar resposta deve contemplar detalhadamente o tipo de atividade, o local, o tempo de ação, o modo de realização, quem a realiza e quiçá, se possível os custos associados e o objetivo com o qual tem relação na sua consecução (Tavares, 1990). Imperatori & Giraldes (1993) referem que nesta fase são fundamentais a criação de um cronograma, para controlo do parâmetro tempo. Foi realizado um cronograma que pode ser consultado no Apêndice VII por forma a esquematizar as atividades planeadas e posteriormente executadas.

As intervenções executadas foram selecionadas de acordo com o referencial teórico da Promoção da Saúde de Pender et al. (2015). Além disso, foram sustentadas pelo tipo de intervenções mapeadas na revisão *scoping* realizada. Desta forma selecionaram-se as seguintes intervenções:

- 1) Elaboração de material de apoio ao projeto de intervenção comunitária:

- Elaboração de um cartaz (Apêndice IX) acerca do acesso a informação relacionada com o RCCR e acesso ao RCCR, na população entre os 50 e os 74 anos, sem equipa de saúde familiar;
 - Elaboração de vídeo com intuito de promover a LS da população na área do RCCR, cuja base gráfica pode ser consultada no Apêndice X;
- 2) Divulgação do cartaz realizado nas salas de espera dos Centros de Saúde do Lumiar e de Sete Rios, em locais estratégicos com maior afluência de pessoas, de acordo com indicações dos enfermeiros das respetivas unidades;
 - 3) Divulgação do vídeo de promoção da LS na área do RCCR através das páginas das redes sociais do ACESLN e do código *Qr-Code* presente no cartaz divulgado com ligação a este mesmo vídeo;
 - 4) Sessão de divulgação das atividades do projeto com a equipa da USP Dr. Francisco George;
 - 5) Sessão de divulgação dos resultados do projeto após a etapa de divulgação;
 - 6) Divulgação dos materiais desenvolvidos no Encontro de Profissionais do ACESLN.

A realização de um cartaz a ser divulgado nas salas de espera das unidades de saúde envolvidas no projeto, pretendeu aumentar o acesso a informação de uma forma rápida, simples e facilmente acessível. Beckwith et al., (2016), consideram as salas de espera nos CSP como uma forma de providenciar matérias de promoção da saúde (sejam impressos ou digitais). Para Osborne (2022), os materiais impressos utilizados devem manter uma linguagem clara e simples, além de serem sugestivos e apelativos. Tal como recomendado por Osborne (2022), foram utilizados tamanhos de letra adequados (16-18), com um tipo de letra legível e apropriada, neste caso concreto do tipo “*serif font*”, por forma a não distrair o leitor do conteúdo da mensagem. Foram utilizadas frases curtas e incisivas acerca das seguintes mensagens: a idade para rastreio; o facto de ser utente sem médico de família e associação entre rastreio e a possibilidade uma vida mais longa. Além disso, tal como preconizado por Osborne (2022), foi respeitada a divisão entre mensagem e espaço deixado em branco (segundo a autora a percentagem de espaço impresso deve ser 50%, assim como a percentagem de áreas sem mensagem associada). As cores utilizadas foram testadas nos locais onde seriam afixados, com a finalidade de verificar a sua funcionalidade

nesses mesmos locais. A grande finalidade deste cartaz era aumentar o acesso do cidadão a informação relacionada com o RCCR, que foi preparada através do vídeo realizado. Além desta finalidade, a equipa considerou importante dar a conhecer o centro de rastreios (e os contactos deste), de maneira a garantir os utentes poderiam aceder a mais informação por outros meios além do vídeo apresentado.

A evidência mapeada na revisão *scoping* remete para a importância de implementar atividades educativas maioritariamente digitais, por forma a reduzir as assimetrias no acesso a informação relacionada com o RCCR. Também no trabalho de Griffin et al., (2022) foi descrito a efetividade de utilização de vídeos informativos e motivacionais para encorajar e potenciar a adesão ao RCCR, além de se considerar um recurso que facilmente é implementado na prática clínica diária. Assim, decidiu-se em equipa da USP responsável pelo RCCR, a implementação de uma intervenção digital que funcionasse como fonte de informação para os utentes que frequentam as unidades com utentes sem médico de família. Inicialmente, estava planeado que este vídeo fosse divulgado nos ecrãs disponíveis nas salas de espera desses centros de saúde. Porém, atendendo à logística necessária para a sua implementação e ao tempo para implementar e avaliar a intervenção, decidiu-se que este caminho não seria exequível. Assim, optou-se pela divulgação do vídeo através das redes sociais do ACESLN, enquanto recurso digital e social com impacto na população do ACES. Este recurso é utilizado com frequência pelo ACES para divulgar conteúdos com vista a promoção de saúde. As mensagens a passar neste vídeo centram-se nas barreiras percecionadas e nos fatores facilitadores para participação no RCCR, identificadas por Honein-AbouHaidar et al., (2016) na revisão sistemática da literatura que conduziram. Assim, este vídeo incidiu sobre as seguintes condições facilitadoras para participação no RCCR: consciencialização acerca da importância do RCCR e do seu propósito (benefícios associados e ausência de risco associado ao método imunoquímico); conhecimento sobre o RCCR e o CCR (incluindo a prevalência, mortalidade associadas ao CCR e acima de tudo forma de o prevenir e/ou detetar precocemente). Em relação às barreiras enfoca-se as questões económicas, associadas negativamente a custos para o utente. Neste caso, a mensagem transmitida ao utente é clara, referindo a gratuidade ao longo de todo o processo, assim como a existência de um circuito delineado e funcional, que permite o acompanhamento do utente ao longo de todo o seu percurso. Além destas barreiras, clarifica-se também o utente quanto à eficácia dos métodos de RCCR.

Relativamente à tipologia de conteúdo utilizado decidiu-se transmitir informação qualitativa, mas também quantitativa para potenciar e melhorar o entendimento da informação qualitativa utilizada, tal como sugerido pelo estudo de Rager et al., (2022). A informação quantitativa utilizada centrou-se no impacto do CCR na comunidade, através da apresentação de dados epidemiológicos. Não obstante, tal como sugere Osborne (2022), estes foram representados sobre a forma de pictograma, descrevendo a percentagem da população afetada pela doença de uma forma simplificada (“1 em cada 5 utentes (...).”). Tal como descrito por Osborne (2022), na parte visual e grafismo utilizado, combinou-se texto e imagem numa aproximação simbiótica e de equilíbrio entre ambos.

2.7. Avaliação

Pineault & Daveluy (1986) descrevem a função principal da avaliação deve ser determinar o sucesso de um projeto atendendo aos objetivos propostos (Tavares, 1990). Como tal é necessária a criação e análise de indicadores que vão ao encontro dos objetivos formulados de forma a que se perceba se estes foram alcançados.

Para Tavares (1990), os dois tipos de indicadores mais utilizados são os de impacto/resultado, centrados na avaliação do estado de saúde e os de atividade/execução, centrados na avaliação interna das atividades realizadas pelos profissionais da Saúde. É através deste tipo de indicadores que vai ser medido o resultado final deste projeto. A consecução das metas delineadas, a partir dos objetivos fixados, tendem a revelar a natureza evolutiva dos problemas diagnosticados. Todas as metas estabelecidas foram superadas, pelo que se pode concluir que este projeto foi uma mais valia para os utentes e para a unidade onde foi implementado.

De uma forma geral, as atividades desenvolvidas contribuíram para a melhoria do conhecimento acerca do RCCR e dos recursos disponíveis para acesso ao mesmo, consciencialização acerca da importância deste rastreio e motivação para completar ou manter este comportamento de autocuidado. Estes fatores, de acordo com o Modelo Integrado de Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012), são fatores essenciais para a promoção da LS e consequentes resultados associados à LS. No caso específico do RCCR, como podemos constatar pela evidência apresentada ao

longo deste relatório, a promoção da LS no RCCR pode resultar em maiores níveis de adesão ao mesmo, contribuindo para a redução da mortalidade e incidência associados ao CCR, assim como a custos (sociais e económicos) a ele associados. A Figura 1 sintetiza os resultados associados a este projeto.

Figura 1. Síntese dos resultados obtidos com o Projeto



A avaliação deste projeto teve por base um questionário realizado através da plataforma *Google Forms* (pode ser verificado no Apêndice XI), que se encontrava no final do vídeo publicado nas redes sociais do ACESLN. Responderam no total 30 pessoas, embora 2 tenham sido excluídas uma vez que não se encontravam em idade de rastreio e este era o único critério de exclusão, além da ausência de preenchimento do questionário em pelo menos 50% das perguntas. Destas 64,3% pertenciam às UCSP de Lumiar e Sete Rios e 32,1% pertenciam a outras unidades de saúde com equipa de saúde familiar atribuída. 53% (n=16) tomaram conhecimento do vídeo através dos cartazes expostos nos Centros de Saúde e através da ligação por *Qr-Code* e 40% (n=12) através de um profissional de saúde. Estes resultados demonstram que a estratégia inicial para transmitir uma mensagem de acesso aos utentes, foi eficaz. Os resultantes resultados estão espelhados nos indicadores formulados.

As atividades focadas na divulgação junto dos profissionais de saúde das equipas multidisciplinares das unidades, não foram avaliadas na medida em que estes

não foram a população alvo do projeto. Estas atividades serviram para dar a conhecer o trabalho realizado, melhorar o grau de conhecimento das equipas acerca da população que cuidam e divulgação de natureza científica, com objetivo de contribuir para a evolução do conhecimento associado.

3. DISCUSSÃO

3.1. Discussão dos resultados obtidos

A mais recente avaliação da Literacia em Saúde, em Portugal, foi conduzida por Arriaga *et al.* (2022). Da análise dos resultados obtidos verifica-se que 65% da população apresenta níveis “suficientes” de LS, 22% um nível “problemático”, sendo que apenas 8% apresenta um nível “Inadequado”. Apenas 5% apresenta um nível “excelente”. No que diz respeito às dimensões da LS, a Prevenção da Doença foi a que obteve pior desempenho, onde 21,3% da população apresenta um nível “inadequado” e 18,4% apresenta um nível “problemático”. Quanto às competências associadas ao processamento de informação de saúde, a que teve pior desempenho foi a de “Avaliar”, sendo que a com melhor desempenho foi a de “Compreender” (Arriaga *et al.*, 2022).

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro dos resultados obtidos a nível nacional. A dimensão mais problemática é a Prevenção da doença, sendo que no caso concreto desta população, a competência mais problemática foi aceder a informação relacionada com a Prevenção da Doença. Estes resultados indicam uma clara necessidade de intervenção nesta área, principalmente ao nível do acesso a informação relacionada com a Prevenção da Doença e dos Cuidados de Saúde.

Em reunião de equipa multidisciplinar, estes resultados foram considerados expectáveis, pela experiência dos contactos dos profissionais da USP. Muitos dos utentes que participaram no RCCR, no momento da entrega dos kits no centro de rastreios, diziam-se muito agradecidos pelo cuidado e por toda a informação relacionada, pedindo que mais iniciativas para promoção do RCCR fossem adotadas. Alguns destes utentes, alegavam que nunca tinham ouvido falar no RCCR e não estavam consciencializados para a sua importância e para o impacto que este podia ter nas suas vidas. Este facto vai ao encontro da evidência descrita pelo trabalho de Gwede *et al.* (2019), onde se salienta que a intervenção em causa favoreceu a consciencialização e percepção de suscetibilidade relacionada com o RCCR.

Em relação aos recursos existentes para RCCR, a grande maioria dos utentes com os quais se estabelecia contacto no centro de rastreios, alegava desconhecer

(antes do centro entrar em contacto) a existência de uma resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS), neste âmbito. Atendendo a estes dados experienciais do contacto com os utentes estes resultados mais que expectáveis, vieram confirmar uma necessidade que pode ser melhorada com intervenção do enfermeiro, no âmbito da capacitação destas pessoas.

Nos estudos mapeados pela *scoping review* as intervenções para promoção da LS foram aplicadas em contextos de níveis limitados de LS, ao contrário dos resultados obtidos no diagnóstico de situação deste projeto.

Como se pode constatar no capítulo relacionado com a avaliação do projeto, este trouxe ganhos para os utentes na melhoria do conhecimento e consciencialização acerca do RCCR e acesso ao RCCR. Não foi possível, atendendo à calendarização de atividades do projeto, ter uma avaliação do impacto da intervenção na taxa de adesão ao RCCR. Os estudos identificados pela revisão da literatura realizada tiveram impacto na adesão ao RCCR (Davis et al., 2017; Gwede et al., 2019 e Reuland et al., 2019), assim como na promoção do RCCR e suporte na tomada de decisão relacionada com este (Davis et al., 2017; Miller et al., 2018; Arnold et al., 2019, Gwede et al., 2019 e Reuland et al., 2019). Como se pode constatar, nem todos as intervenções em estudo produziram impacto na adesão e manutenção do comportamento de rastreio. Não obstante, todos eles trouxeram ganhos no suporte da tomada de decisão relacionada com o RCCR.

À luz dos modelos revisto de Promoção da Saúde de Pender et al. (2015) e Integrado de Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012), considera-se que este projeto, atendendo aos resultados apresentados e aos desafios que os temas em causa trazem aos sistemas de saúde, tem condições para ser continuado. A LS enquanto mediador e determinante de saúde é determinante no processo de tomada de decisão relacionada com o RCCR (Woudstra et al., 2018; Woudstra et al., 2019).

Além da LS, seria importante avaliar e intervir sobre outros aspetos incorporados nos trabalhos mapeados, tais como as crenças em saúde associados ao RCCR (Gwede et al., 2019). No contacto com EEEEC que prestam cuidados em diferentes contextos comunitários verifica-se que existe muito trabalho destes na capacitação das pessoas, famílias e comunidades para a realização do RCCR. Existe ainda pouca evidência publicada sobre este trabalho vital que é realizado e que contribui para ganhos para o utente e sociais. Assim, considera-se fundamental que continue a existir investigação das intervenções de enfermagem do EEEEC nesta área.

3.2. Aquisição e Desenvolvimento de Competências do EEEEC

O presente relatório reflete e descreve o percurso académico realizado. Ao longo deste percurso foram adquiridos os conhecimentos científicos e técnicos relacionados com a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (OE, 2019) e das Competências Específicas do EEEEC (OE, 2018).

O Regulamento das CCEE descreve 4 domínios de competências comuns que devem orientar prática especializada do mesmo: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram desenvolvidas as habilidades necessárias para tomadas de decisão éticas e deontológicas. Exemplo deste desenvolvimento foi o cumprimento de todos os pressupostos éticos e legais no processo de construção do projeto de intervenção comunitária. O consentimento informado foi realizado de acordo com os pressupostos da Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República nº1/2001) e atendendo por isso aos princípios de autonomia e autodeterminação do utente, além da garantia de confidencialidade face aos dados colhidos com os utentes. Estes pressupostos assentam num princípio de respeito e responsabilidade pela pessoa à qual estamos a prestar cuidados e, neste caso em concreto também a colher dados para investigação.

No domínio da participação do enfermeiro especialista em projetos de melhoria contínua da qualidade, destaca-se a presença em processos de auditorias às redes de frio da vacinação das unidades funcionais do ACESLN, contribuindo para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Foram sugeridas propostas de melhoria às UF (Unidades Funcionais) assim como foram reportados os problemas estruturais para análise de risco futuro. Além disto, houve colaboração com os programas de melhoria da qualidade e segurança do doente já instituídos na USP, tais como verificações no processo de recolha de amostras de PSOF. Estas atividades fazem parte de uma atividade sistematizada na USP, de forma a assegurar cuidados seguros e com qualidade ao utente.

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária auxiliou no cumprimento do dever de conhecer as

características de uma dada população e/ou comunidade, ajudando-a na procura de soluções para os problemas diagnosticados, fazendo uso dos recursos existentes. Houve participação em reuniões de equipa multidisciplinar, por forma a articular os cuidados prestados da melhor forma. Foram também realizadas sessões de formação à equipa multidisciplinar acerca do projeto realizado.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas competências de procura da melhor evidência para prestar cuidados. Exemplo disso é a revisão *scoping* realizada para alicerçar o projeto de intervenção comunitária. Os resultados desta revisão foram apresentados à equipa multidisciplinar, fomentando a melhoria do conhecimento da mesma na temática, promovendo melhorias na prática clínica. Foram utilizadas tecnologias da informação para implementação do projeto de intervenção comunitária, assim como para análise de dados relacionados com a vigilância epidemiológica e análise de indicadores inerentes à atividade na USP.

De acordo com o Art.12º do Decreto-Lei nº137/2013, as USP devem atuar como um observatório da sua área demográfica e como tal devem “elaborar informação e planos em domínio de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos (...)”. A OE (2018) prevê e descreve também as competências do EEEC que necessitam de ser adquiridas. Nesse sentido e atendendo ao contexto de realização do estágio (USP), foram desenvolvidas as seguintes atividades que permitiram o desenvolvimento destas competências:

- No domínio do estabelecimento de avaliação do estado de saúde de uma comunidade, tendo por base o Planeamento em Saúde, foi realizado um projeto de intervenção comunitária que contemplou todas as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde já apresentadas ao longo do relatório. Foram tidas em consideração as variáveis socioeconómicas específicas da comunidade. Para realização deste projeto foram rentabilizados os recursos existentes no ACES (salas de espera e redes sociais do mesmo). O projeto, como se pode constatar foi alinhado com as metas em vigor do PNS e dos programas que lhe dão resposta, nomeadamente o PNDO.
- No segundo domínio de capacitação de grupos e/ou comunidades, o projeto capacitou a comunidade para uma atividade de autocuidado em idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos de idade, de real importância como é

o caso do RCCR. Além disso foram realizadas atividades em instituições parceiras da comunidade, tendo em consideração grupos de maior vulnerabilidade. Exemplos disso são: a) a participação em ações de levantamento de necessidades de cuidados em pessoas de um centro de acolhimento a refugiados; b) participação em ações de vacinação sazonal em estabelecimentos prisionais e centro educativo; c) participação em ações de vacinação sazonal a pessoas com maior vulnerabilidade social, na festa de Natal de uma instituição social parceira da comunidade. Nestes contextos, sempre que possível realizavam-se atividades de capacitação tendo como enfoque a promoção da saúde e seguindo um dos princípios do PNS de aproveitamento de todas as oportunidades para Promoção da Saúde.

- Ao nível do terceiro domínio relacionado com a participação na coordenação, promoção e monitorização de atividades conducentes aos objetivos do PNS em vigor foram realizadas as seguintes atividades: a) colaboração com a equipa da USP na coordenação e monitorização da campanha de vacinação sazonal Outono/Inverno 2022/2023 ao nível do ACESLN (unidades funcionais, estruturas residenciais para pessoas idosas, estabelecimentos prisionais, centro educativo e outras instituições parceiras na comunidade); b) colaboração com a equipa da USP na coordenação e monitorização do rastreio da tuberculose no centro de acolhimento a refugiados, oriundos de regiões com elevadas taxas de incidência e prevalência de tuberculose; c) colaboração com a equipa da USP na coordenação e planeamento do rastreio visual infantil no Centro de Rastreios do ACES (levantamento dos recursos necessários, realização de formação para a realização dos mesmos, cálculo de dotações para a sua realização e planeamento operacional); d) participação em reuniões de monitorização com o coordenador regional dos rastreios; e) participação em reuniões nacionais de monitorização da campanha de vacinação sazonal outono/Inverno 2022/2023; f) participação em formação com equipa coordenadora do PNDO, relativa a monitorização e apresentação de resultados dos rastreios oncológicos; g) participação em reuniões internas da USP para acompanhamento e monitorização da atividade de rastreios oncológicos; h) colaboração e participação na consulta do viajante (inserida no Plano Nacional de Vacinação); i) planeamento e operacionalização da vacinação contra o vírus *Monkeypox* nos grupos de maior risco.

- Em relação ao quarto e último domínio, com enfoque na vigilância epidemiológica de âmbito geográfico, foram realizadas atividades de vigilância epidemiológica relacionadas com as pessoas do centro de acolhimento de refugiados, diagnosticadas com tuberculose. Foram adquiridas também competências de procura e monitorização de indicadores locais e nacionais relacionados com os rastreios oncológicos, constante no PNDO conducente aos objetivos do PNS em curso. Para além dos indicadores relacionados com os rastreios, desenvolvi competências na procura e análise de indicadores locais das diferentes UF do ACES. Estas competências são fundamentais para se traçar um perfil epidemiológico da área geográfica abrangida pelo ACES, permitindo perceber a evolução de fenómenos de saúde doença, nesta área.

3.3. Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Mestre

De acordo com a Decreto-Lei nº 65/2018 o grau de mestre pressupõe a aquisição de conhecimentos e competências aprofundados e sustentados pelos adquiridos no 1º ciclo de estudos, utilizando o contexto de investigação para os desenvolver. Neste âmbito foi realizada uma revisão da literatura que permitiu aprofundar os conhecimentos numa área de estudo. Todo o projeto de intervenção comunitária alicerçada na metodologia do Planeamento em Saúde, requereu um grande investimento pessoal, conducente à procura de informação e aprofundamento de conhecimento especializado para implementar a metodologia científica envolvida na realização do projeto. Além disso, o mestrado englobou a participação e aprovação em unidades curriculares de enriquecimento do conhecimento científico na área de estudo.

Outro pressuposto necessário para obtenção do grau de mestre é a integração e aplicação do novo conhecimento e a formulação de juízos que permitam a resolução de problemas complexos e que reflitam a responsabilidade social e ética inerente (Decreto-Lei nº65/2018). A intervenção comunitária desenvolvida sustentada numa colheita de dados com método científico permitiu formular juízos complexos sobre o estado de uma dada comunidade. Esse novo conhecimento foi integrado e aplicado numa intervenção altamente personalizada às competências associadas de LS da comunidade. Esta adequação exigiu um estudo aprofundado dos determinantes sociais associados à LS, estratégias adequadas para promoção da LS e utilização de

tecnologias da informação. Neste projeto foram aplicados também os conhecimentos aprofundados nas unidades curriculares do programa curricular.

O mestre deverá também comunicar de forma científica e racional as conclusões que retira do seu trabalho e investigação (Decreto-Lei nº65/2018). A revisão da literatura realizada foi apresentada em comunicação oral na “1ª Conferência Internacional do CIDNUR (Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa), *Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022*. O resumo desta comunicação foi publicado na revista científica “Pensar Enfermagem – *Journal of Nursing Special Issue* (volume 26, 2022)”. Esta revisão foi também publicada na íntegra sob a forma de um capítulo, do livro designado “Enfermagem Comunitária - Promoção da Literacia em Saúde”. Estas publicações permitiram disseminar o conhecimento científico obtido da revisão realizada. Além destas publicações, houve participação com um póster científico designado de “*Prevention of overweight and obesity in children of school age*”, no “44º Congresso Internacional da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo”. Além destes trabalhos, foi submetido um resumo do projeto de intervenção comunitária à “16ª Conferência Europeia de Saúde Pública”, estando à data de realização deste documento à espera de aceitação. Pretende-se também apresentar o seu trabalho relacionado com o projeto de intervenção comunitária sob a forma de um artigo científico.

Por fim, outro pressuposto para o grau de mestre deve ser a autonomia que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida profissional. Houve aquisição de conhecimentos relacionados com a pesquisa em bases de dados científicas, permitindo autonomia na condução de uma revisão da literatura, que permita dar resposta a um problema da prática clínica. Além disso, ao longo do mestrado foram desenvolvidas competências relacionadas com a pesquisa de indicadores de monitorização de atividade (indicadores de saúde, indicadores sociais, indicadores económicos), que podem ser importantes para sustentar uma prática especializada.

CONCLUSÃO

O presente trabalho sumariza o trabalho realizado durante o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Os objetivos pessoais foram atingidos, tendo havido um incremento considerável ao nível do conhecimento e capacidade, que se traduziram nos ganhos de competências já apresentadas neste relatório. Este facto repercutiu-se no crescimento pessoal e profissional.

No que concerne ao projeto de intervenção comunitária, os objetivos fixados foram atingidos, evidenciando a eficácia do mesmo no seu propósito. A Literacia em Saúde é sem dúvida um determinante preponderante na saúde dos cidadãos e tomada de decisão associada à mesma. A sua importância é refletida através da sua incorporação no panorama político internacional e nacional, favorecendo a implementação de estratégias para a sua implementação. Por outro lado, os níveis limitados de Literacia em Saúde podem e devem ser entendidos como um problema de saúde pública, transversal a todas as áreas de estudo relacionadas com a saúde: desde os cuidados prestados em contexto hospitalar, onde a sua promoção pode resultar num aumento da segurança dos utentes; até à comunidade onde o tem influência no processo de tomada de decisão, podendo constituir uma condição facilitadora ou barreira à adoção de comportamentos de promoção de saúde.

Os rastreios oncológicos de base populacional são fundamentais na redução da mortalidade e incidência associadas a doenças oncológicas. Apesar da evolução dos tratamentos para estas doenças, a sua deteção precoce e a sua prevenção são fundamentais na obtenção de ganhos de saúde para os doentes e ganhos sociais e económicos para a sociedade. A forma como os cidadãos percecionam os rastreios influencia a tomada de decisão relacionada com os rastreios oncológicos. É neste contexto que os enfermeiros presentes na comunidade têm um papel fundamental na promoção da Literacia em Saúde, ajudando os cidadãos a obterem informação fidedigna que lhes permita subtrair as barreiras associadas e jogar com as condições facilitadoras presentes, por forma a fomentar uma tomada de decisão fundamentada acerca da integração do comportamento de rastreio no autocuidado dos cidadãos.

A evidência científica apresentada ao longo deste relatório demonstra o papel fundamental que a Literacia em Saúde tem no processo de adesão ao RCCR. Esta atua como um determinante mas também como mediador entre o conhecimento que

os cidadãos têm e as decisões que tomam, relacionadas com a adesão e manutenção ao RCCR. Como se pode constatar, no processo de tomada de decisão relacionada com o RCCR, o conhecimento, a consciencialização e a motivação são fatores fundamentais. Não obstante, não se deve esquecer o contexto social e ambiental em que os cidadãos se inserem, uma vez que influenciam diretamente os comportamentos relacionados com o RCCR.

No projeto desenvolvido, os cidadãos encontram-se numa maior situação de vulnerabilidade, sem equipa de saúde familiar. Estes profissionais, presentes na comunidade tem um papel de proximidade fundamental, podendo ajudar os utentes a aceder aos recursos existentes para o RCCR. Foi nesta perspetiva que foi criado o Centro de Rastreios, para dar esta resposta tão necessária e importante para esta população. Torna-se evidente que estas pessoas necessitam destes cuidados. O contacto com estes utentes foi muito gratificante. Muitos destes utentes referiam que esta resposta era bastante necessária e que eram precisas mais ações de sensibilização e transmissão de informação acerca do RCCR. Apesar de ser tecnicamente impossível (atendendo ao curto tempo para implementação e avaliação da intervenção), foi muito gratificante o facto de muitas pessoas terem contactado o centro de rastreios após a visualização dos cartazes e vídeo, pedindo para realizar o seu rastreio. Independentemente de não ser medido o impacto do ponto de vista de adesão ao RCCR e dos ganhos associados, este facto constituiu uma grande conquista, na medida em que sentiu que o trabalho foi (e continua a ser) útil à comunidade. Outro fator que não pode ser medido no tempo de estágio, mas que revelou ser significativo foi a sensibilização dos profissionais da USP, mas também de outras unidades do ACESLN para esta temática. O feedback foi muito positivo e inclusive alguns dos profissionais manifestaram vontade de criar materiais para promoção da LS, atendendo à resposta da comunidade a este tipo de intervenção.

Os resultados obtidos revelam ganhos para os utentes ao nível do conhecimento, consciencialização e motivação para aderir ou manter o RCCR como parte integrante do seu autocuidado. Todas as atividades planeadas foram realizadas. Entende-se que este projeto tem condições para ser dada continuidade. Uma plataforma de acesso a informação fidedigna seria importante para ajudar os cidadãos a tomarem uma decisão fundamentada. No momento de procura e seleção de informação, verificou-se que existe pouca informação acessível para os cidadãos, que seja clara e simples e onde haja uma estratificação de risco associada, para ser de

mais fácil utilização pelo cidadão. Assim, entende-se que seria muito útil à comunidade a existência de uma plataforma com estratificação de risco (pela idade, por exemplo), à semelhança do que já existe noutros países do mundo.

Ao longo deste percurso houve dificuldades que foram superadas. Desde logo o curto tempo para planeamento e operacionalização do projeto, que requer autorizações externas, estando a sua implementação dependente delas. Outra questão importante foi a falta de tempo dos utentes para participação no estudo, na medida em que muitos se encontravam a trabalhar e ausentavam-se o menor tempo possível para entregar a amostra da PSOF. Com mais tempo para diagnóstico, a amostra poderia ser mais significativa. No que concerne à intervenção, as dificuldades relacionaram-se com dificuldades técnicas. Estava previsto o vídeo ser transmitido nas salas de espera dos centros de saúde, mas o tempo necessário para autorizações da sua implementação iriam influenciar negativamente a intervenção e avaliação da mesma. A solução encontrada entre a equipa multidisciplinar foi fazer a divulgação nas redes sociais do ACESLN.

Todas as dificuldades se tornaram em oportunidades de crescimento pessoal e profissional. Entre elas destacam-se os contextos de prestação de cuidados, entre eles os estabelecimentos prisionais, centro de acolhimento a refugiados e comunidades com pessoas em condições de grande vulnerabilidade social. Estes contextos facilitaram uma visão alargada de diferentes realidades, que devem integrar o domínio de uma prática especializada de enfermagem na comunidade.

Por tudo o que foi descrito, todo o percurso foi uma ferramenta fundamental no desenvolvimento pessoal, científico e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento Central do Sistema de Saúde (2023). *Proporção de utentes [50;75[A, c/rastreio do cancro CR*. <https://sdm.min-saude.pt/>
- Areia, M., Fuccio, L., Hassan, C., Dekker, E., Dias-Pereira, A., & Dinis-Ribeiro, M. (2019). Cost-utility analysis of colonoscopy or faecal immunochemical test for population-based organised colorectal cancer screening. *United European Gastroenterology Journal*, 7(1), 105–113. <https://doi.org/10.1177/2050640618803196>
- Arnold, C. L., Rademaker, A., Bailey, S. C., Esparza, J. M., Reynolds, C., Liu, D., Platt, D., & Davis, T. C. (2012). Literacy barriers to colorectal cancer screening in community clinics. *Journal of Health Communication*, 17(SUPPL. 3), 252–264. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713441>
- Arnold, C. L., Rademaker, A. W., Morris, J. D., Ferguson, L. A., Wiltz, G., & Davis, T. C. (2019). Follow-up approaches to a health literacy intervention to increase colorectal cancer screening in rural community clinics: A randomized controlled trial. *Cancer*, 125(20), 3615–3622. <https://doi.org/10.1002/cncr.32398>
- Arriaga, M. (2019). Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em Saúde na prática* (pp. 11–15). Edições ISPA [ebook]. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%B Ade%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf>
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção-Geral da Saúde.
- Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>
- Beckwith, N., Jean-Baptiste, M. L., & Katz, A. (2016). Waiting Room Education in a Community Health System: Provider Perceptions and Suggestions. *Journal of Community Health*, 41(6), 1196–1203. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0201-y>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2013). *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. www.annals.org

- Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (2018). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Saúde de Qualidade. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>
- Davis, S. N., Christy, S. M., Chavarria, E. A., Abdulla, R., Sutton, S. K., Schmidt, A. R., Vadaparampil, S. T., Quinn, G. P., Simmons, V. N., Ufodu, C. B., Ravindra, C., Schultz, I., Roetzheim, R. G., Shibata, D., Meade, C. D., & Gwede, C. K. (2017). A randomized controlled trial of a multicomponent, targeted, low-literacy educational intervention compared with a nontargeted intervention to boost colorectal cancer screening with fecal immunochemical testing in community clinics. *Cancer*, 123(8), 1390–1400. <https://doi.org/10.1002/cncr.30481>
- Decreto-Lei nº 137/2013 (2013). Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e à primeira alteração ao Decreto-Lei nº81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. *Diário da República*, I Série (nº 193/2013 de 2013-10-07), 6050-6061. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/137/2013/10/07/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, Série I, (nº157/2018 de 2018-08-16), 4147-4182.
- Dekker, E., Tanis, P. J., Vleugels, J. L. A., Kasi, P. M., & Wallace, M. B. (2019). Colorectal cancer. *The Lancet*. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0)
- Despacho nº 8254/2017 (2017). Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção. Revoga o nº2 do Despacho nº4808/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, nº68, de 8 de abril de 2013. Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, Série 2 (Nº183 de 21/09/2017), 20788 – 20789.
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Direção- Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Estratégia Nacional de luta contra o cancro 2021-2030. Direção-Geral da Saúde.
- Durand, M. A., Lamouroux, A., Redmond, N. M., Rotily, M., Bourmaud, A., Schott, A. M., Auger-Aubin, I., Frachon, A., Exbrayat, C., Balamou, C., Gimenez, L., Grosclaude, P.,

- Moumjid, N., Haesebaert, J., Massy, H. D., Bardes, J., Touzani, R., Diant, L. B. en F., Casanova, C., ... Delpierre, C. (2021). Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11565-3>
- Dyakova, M., Stielke, A., Dyakova, M., Ashton, K., & Van Dam, T. (2019). The social and economic benefit of health literacy interventions in the WHO EURO region. *The European Journal of Public Health*. DOI:[10.1093/eurpub/ckz186.390](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.390).
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. In *International Journal of Public Health* (Vol. 54, Issue 5, pp. 313–324). Birkhauser Verlag AG. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Galvão, A. & Castro, F. (2021). Literacia em Saúde, avaliação e intervenção. In E. M. LDA. EUROMÉDICE (Ed.), *Literacia em Saúde e Autocuidados: Evidências que Projetam a Prática Clínica Clínica* (1ª, pp. 9–28).
- Giuliana, V., Domina, A., Scinaldi, G., Sarto, G., Cavoli, D., Traina, A., Enache, R.R., Amato, D., Vienna, G., Carapezza, F., Raimondo, D., Rossi, F. & Sinagra, E. (2017). Nurse's role in the screening path of colorectal cancer. *Abdomen*, 4(1). doi: 10.14800/Abdomen.1586.
- Griffin, J. M., Finney Rutten, L. J., Zhu, X., Feng, Z., Rogers, C. R., Marsh, T. L., & Inadomi, J. M. (2022). The COMPASS study: A prospective, randomized, multi-center trial testing the impact of a clinic-based intervention informing patients of colorectal cancer screening options on screening completion. *Contemporary Clinical Trials*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106852>
- Gwede, C. K., Sutton, S. K., Chavarria, E. A., Gutierrez, L., Abdulla, R., Christy, S. M., Lopez, D., Sanchez, J., & Meade, C. D. (2019). A culturally and linguistically salient pilot intervention to promote colorectal cancer screening among Latinos receiving care in a Federally Qualified Health Center. *Health Education Research*, 34(3), 310–320. <https://doi.org/10.1093/her/cyz010>
- Imperatori, E. & Giraldez, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.; 3ª).
- Honein-AbouHaidar, G. N., Kastner, M., Vuong, V., Perrier, L., Daly, C., Rabeneck, L., Straus, S., & Baxter, N. N. (2016). Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal

cancer screening. In *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* (Vol. 25, Issue 6, pp. 907–917). American Association for Cancer Research Inc. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0990>

Instituto Nacional de Estatística (2023, março 26). Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes (População padrão europeia 2013 - N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Causa de morte (Lista OCDE adaptada); Anual - INE, Óbitos por causas de morte. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0009100&selTab=tab0

Lei nº95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de agosto. *Assembleia da República*. Diário da República, I Série (nº169 de 2019-09-04), 55-66. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.

Kobayashi, L. C., Wardle, J., & von Wagner, C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 61, 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.012>

Miller, D. P., Denizard-Thompson, N., Weaver, K. E., Doug Case, L., Troyer, J. L., Spangler, J. G., Lawler, D., & Pignone, M. P. (2018). Effect of a digital health intervention on receipt of colorectal cancer screening in vulnerable patients a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 168(8), 550–557. <https://doi.org/10.7326/M17-2315>

Osborne, H. (2022). *Health Literacy from A to Z: Pratical Ways to Communicate your Health Message* (3rd ed.). Hilary B. Osborne, Ed.

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, estado de saúde na EU. Paris: OCDE. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: Versão Portuguesa*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) Loures: Lusociência. doi:https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº428/2018 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, Série 2 (nº135 de 16 de Julho de 2018), 19354-19359. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série 2 (nº26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Pedro, A.R. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente* [Tese de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (Inc. Pearson Education, Ed.; Seventh). Julie Levin Alexander.
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing*. Wolters Kluwer.
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2021). Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019/2020 – Portugal. Direção-Geral da Saúde.
- Rager, J. B., Althouse, S., Perkins, S. M., Schmidt, K. K., & Schwartz, P. H. (2022). Measuring the Impact of Quantitative Information on Patient Understanding: Approaches for Assessing the Adequacy of Patient Knowledge about Colorectal Cancer Screening. *MDM Policy and Practice*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/23814683221140122>
- Regulamento nº 1 (2001). Aprova para ratificação, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do Ser Humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos estados membros do conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997, e o protocolo adicional que proíbe a clonagem de seres humanos, aberto à

- assinatura dos estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998. *Assembleia da República*. Diário da República, I Série - A (nº2 de 2001-01-03), 14-36.
- Reuland, D. S., Brenner, A. T., Hoffman, R., McWilliams, A., Rhyne, R. L., Getrich, C., Tapp, H., Weaver, M. A., Callan, D., Cubillos, L., Urquieta De Hernandez, B., & Pignone, M. P. (2017). Effect of combined patient decision aid and patient navigation vs usual care for colorectal cancer screening in a vulnerable patient population: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 177(7), 967–974. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1294>
- Shaukat, A., Kahi, C. J., Burke, C. A., Rabeneck, L., Sauer, B. G., & Rex, D. K. (2021). ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *American Journal of Gastroenterology*, 116(3), 458–479. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001122>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. CA: A *Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17–48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Silva Costa, A., Arriaga, M., Veloso Mendes, R., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., Peralta, A., Ambrósio Lopes, N., Roque, C., & Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. In *Portuguese Journal of Public Health* (Vol. 37, Issue 1, pp. 50–54). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000500247>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In *BMC Public Health* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sørensen, K. (2022). Health Literacy: A key to social change for better health and well-being. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em Saúde na prática 2022* (pp.11-13). ISPA [e-book]. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9099/1/LiteraciaSaude-2022_11-13.pdf
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (9th ed.). Elsevier.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.

- Temucin, E., & Nahcivan, N. O. (2020). The Effects of the Nurse Navigation Program in Promoting Colorectal Cancer Screening Behaviors: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Cancer Education*, 35(1), 112–124. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1448-z>
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2022): The HLS19-Q12 Instrument to measure General Health Literacy. Factsheet. Austrian National Public Health Institute, Vienna
- World Health Organization (1978). Declaration of alma-ata. in: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Acedido em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Acedido em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- World Health Organization (Ed.) (1998). *Health promotion Glossary*. WHO. [file:///C:/Users/zetea/Downloads/WHO_HPR_HEP_98.1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/zetea/Downloads/WHO_HPR_HEP_98.1%20(2).pdf)
- World Health Organization (2013a). *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
- World Health Organization (2013b). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>.
- World Health Organization (2022). *Health Literacy development for the prevention and control noncommunicable diseases*. World Health Organization.
- Woudstra, A. J., Timmermans, D. R. M., Ueters, E., Dekker, E., Smets, E. M. A., & Fransen, M. P. (2018). Health literacy skills for informed decision making in colorectal cancer screening: Perceptions of screening invitees and experts. *Health Expectations*, 21(3), 636–646. <https://doi.org/10.1111/hex.12658>
- Woudstra, A. J., Smets, E. M. A., Verdam, M. G. E., & Fransen, M. P. (2019). The role of health literacy in explaining the relation between educational level and decision making about colorectal cancer screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234644>

ANEXOS

**I- Autorização da Direção Executiva do
ACESLN**

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte (ACES Lisboa Norte), declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do projecto "**Capacitar para Rastrear: da Literacia em Saúde ao Rastreio do Cancro Colo-Retal**", no **ACES Lisboa Norte** sob a responsabilidade do Sr. Enfº Jorge André Ferreira Torres, tendo como Orientadora Científica a Srª Profª Dra. Andreia Cátia Jorge Silva Costa e como Orientadora Clínica a Srª Enfermeira Ana Teresa Vieira.

Dr. João Ramires
Presidente do C. Clínico e da Saúde
ACES Lisboa Norte

4
Dra. Eunice Carrapiço

Directora Executiva do ACES Lisboa Norte

17/5/2022

Data

**II- Autorização da Direção da USP Dr.
Francisco George**

Exma. Sr^a Coordenadora da USP Francisco George,
Dr^a Teresa Gonçalves

Eu, Jorge André Ferreira Torres, nº de CC 14367097, Enfermeiro Generalista, a desempenhar funções no Hospital Dona Estefânia, tenho interesse em desenvolver competências e aprofundar o meu conhecimento na área de Enfermagem Comunitária. Desta forma, frequento atualmente o 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O local selecionado para o meu estágio foi a Unidade de Saúde Pública Francisco George, no ACeS Lisboa Norte. Pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde. Este projeto será fundamental para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. O estágio será orientado pela Sr^a. Professora Andreia Costa (da ESEL) e pela Sr^a. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Teresa Vieira (enfermeira da USP Francisco George).

O projeto que pretendo desenvolver intitula-se "Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao rastreio do cancro colo-retal". Decorrerá no Centro de Rastreios da Unidade de Saúde Pública Dr. Francisco George, do ACeS Lisboa Norte. Terá como população-alvo a população elegível para este rastreio do cancro colo-retal, dos utentes da UCSP do Lumiar, sem médico de família atribuído. Este projeto inicia-se por uma revisão da literatura sobre a temática, focada nas intervenções promotoras da Literacia em Saúde, na área de intervenção do Rastreio do cancro colo-retal, em contexto comunitário. Posteriormente, a população em causa será caracterizada em relação aos níveis de Literacia em Saúde, através da aplicação do questionário próprio para esse efeito, devidamente validado e autorizado pelos seus autores. Esta primeira fase centrada no diagnóstico de situação de saúde e estabelecimento de objetivos decorrerá entre março e julho de 2022. A segunda fase do projeto incide sobre a intervenção na comunidade e avaliação da mesma. Decorrerá entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023. O objetivo geral do projeto é promover a literacia em saúde na

população da UCSP do Lumiar, na área de intervenção do rastreio do cancro colo-retal, em pessoas com idades elegíveis para o mesmo.

Venho por este meio solicitar a autorização de V. Exa. para implementar o referido Projeto de Intervenção Comunitária.

Com os melhores cumprimentos.

Enf.º Jorge André Ferreira Torres

Jorge André Ferreira Torres

jorgetorres@campus.esel.pt , Tel: 917832721

Autorizo e agradeço a realização deste Projecto de Intervenção Comunitária na Unidade de Saúde Pública, cujo tema ajudará a conhecer melhor a população em estudo.

Lisboa, 09 de Maio de 2022

Teresa Pestana Gonçalves

TERESA PESTANA GONÇALVES
Coordenadora da USP
ACES Lisboa Norte

III- Parecer definitivo da CES de ARSLVT

Exmo. Senhor

Dr. José André Torres

jorgetorres@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

4835/CES/2022

Assunto: Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao rastreio do cancro colo-retal.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 08.07.2022, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

IV-Instrumento de colheita de dados utilizados no Diagnóstico de Situação

Questões de caracterização Sociodemográfica da População

Faixa etária

49-54

55-59

60-64

65-69

70-74

☐
☐
☐
☐
☐

Sexo

Masculino

Feminino

☐
☐

Escolaridade

Não sabe ler nem escrever

Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever

1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)

2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)

3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)

Ensino secundário (12º ano de escolaridade)

Bacharelato/Curso médico (Ensino superior)

Licenciatura (Ensino superior)

Mestrado (Ensino superior)

Doutoramento (Ensino superior)

Não sabe/ Não quer responder (Ns/Nr)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Atividade profissional

Trabalha a tempo completo

Trabalha a tempo parcial

Está desempregado(a)

Reformado(a)

Doméstica

Estudante

Inapto para o trabalho por problemas de Saúde

Ns/Nr

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Qual o grau de dificuldade que tem para pagar as suas despesas no final do mês?

Muito fácil

Fácil

Difícil

Muito Difícil

Ns/Nr

☐
☐
☐
☐
☐

Qual o grau de dificuldade que tem para pagar os seus medicamentos no final do mês?

Muito fácil

Fácil

Difícil

Muito Difícil

Ns/Nr

☐
☐
☐
☐
☐

HLS₁₉-Q12-PT

Please cite as: Directorate-General of Health for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q12-PT_Portuguese – The Portuguese instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Lisbon

1. MEDIÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE GERAL

Q29. Para si, quão fácil ou difícil é...	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
...descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? <i>[tais como médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo]</i>					
...compreender o que fazer numa urgência médica?					
...avaliar as vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?					
...seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?					
...encontrar informação para lidar com problemas de saúde mental? <i>[stress, depressão ou ansiedade]</i>					
...compreender informação sobre rastreios ou exames recomendados? <i>[por exemplo rastreio do cancro color-retal, teste de glicémia]</i>					
...avaliar quão segura é a informação sobre hábitos pouco saudáveis, como fumar, atividade física insuficiente ou tomar bebidas alcoólicas em demasia?					
...decidir como pode proteger-se da doença com base em informação dada através dos meios de comunicação? <i>[e.g. Jornais, televisão ou Internet]</i>					

...encontrar informação sobre estilos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, alimentação saudável ou nutrição?					
...compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam da sua família e amigos?					
...avaliar de que modo as condições da sua habitação podem afetar a sua saúde e bem-estar?					
...tomar decisões para melhorar a sua saúde e bem-estar?					

**V- Comprovativo de comunicação
livre**

Certificado

A Comissão Organizadora da **1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022**, certifica que a comunicação livre Intervenções para a promoção da literacia em saúde no rastreio do cancro colo-retal: uma scoping review da autoria de Jorge Torres; Ana Teresa Vieira; Andreia Silva da Costa foi apresentada e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 07 de outubro de 2022.

Lisboa, 12 de outubro de 2022



**A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa**



Apêndices

I- Estratégia de pesquisa

Tabela – Estratégia de Pesquisa

Base de dados: CINAHL Complete (via EBSCO)

Resultados: 4

Estratégia de pesquisa (26 de abril de 2022)

S1: Primary Health Care

S2: Community Health Nursing

S3: (MH “Primary Health Care”)

S4: (MH “Community Health Nursing”)

S5: S1 OR S2 OR S3 OR S4

S6: Aged

S7: Middle Aged

S8: (MH “Aged”)

S9: (MH “Middle Aged”)

S10: S6 OR S7 OR S8 OR S9

S11: Colorectal Neoplasms

S12: Cancer Screening

S13: Early Detection of Cancer

S14: Health Literacy

S15: Empowerment

S16: (MH “Empowerment”)

S17: (MH “Health Literacy”)

S18: (MH “Early Detection of Cancer”)

S19: (MH “Cancer Screening”)

S20: (MH “Colorectal Neoplasms”)

S21: S12 OR S13 OR S18 OR S19

S22: S14 OR S15 OR S16 OR S17

S23: S11 OR S20

S24: S21 AND S22 AND S23

S25: S5 AND S10 AND S24

Base de Dados: MEDLINE (via EBSCO)

Resultados: 3

Estratégia de pesquisa (26 de abril de 2022)

S1: Aged

S2: Middle Aged

S3: (MH "Aged")

S4: (MH "Middle Aged")

S5: S1 OR S2 OR S3 OR S4

S6: Primary Health Care

S7: Public Health Nurses

S8: Public Health Nursing

S9: Primary Care Nursing

S10: Nurses, Community Health

S11: (MH "Primary Health Care")

S12: (MH "Public Health Nurses") OR (MH "Public Health Nursing") OR (MH "Primary Care Nursing") OR (MH "Nurses, Community Health")

S13: S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12

S14: Early Detection of Cancer

S15: Colorectal Neoplasms

S16: Health Literacy

S17: Empowerment

S18: Occult Blood

S19: (MH "Early Detection of Cancer")

S20: (MH "Colorectal Neoplasms")

S21: (MH "Health Literacy")

S22: (MH "Empowerment")

S23: (MH "Occult Blood")

S24: S16 OR S17 OR S21 OR S22

S25: S15 OR S18 OR S20 OR S23

S26: S14 OR S19

S27: S24 AND S25 AND S26

S28: S5 AND S13 AND S27

Base de Dados: Scopus

Resultados: 14

Estratégia de pesquisa (18 de junho de 2022)

((TITLE-ABS-KEY ("Health Literacy") OR TITLE-ABS-KEY (empowerment)) AND ((TITLE-ABS-KEY ("cancer screening") OR ("early detection off cancer")) AND TITLE-ABS-KEY ("colorectal cancer screening")) AND (TITLE-ABS-KEY ("primary health care") OR TITLE-ABS-KEY ("Community") OR TITLE-ABS-KEY ("public health nursing")) AND (TITLE-ABS-KEY (aged) OR TITLE-ABS-KEY ("middle aged"))) AND PUBYEAR > 2016 AND PUBYEAR < 2023

Base de Dados: PubMed

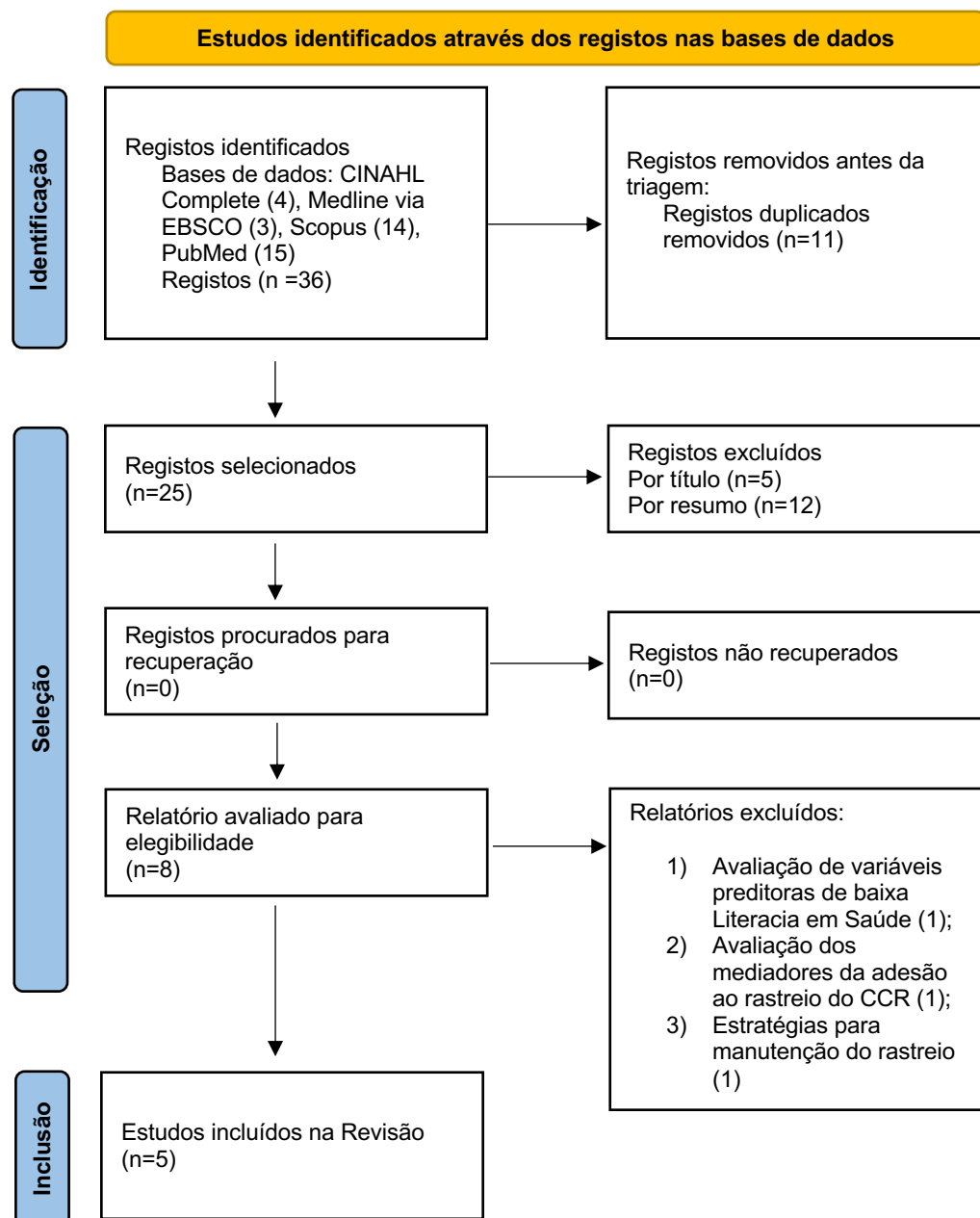
Resultados: 15

Estratégia de Pesquisa (18 de junho de 2022)

((Aged) OR (Middle Aged)) AND ((Primary Health Care) OR (Public Health Nurses) OR (Primary Care Nursing) OR (Nurses, Community Health)) AND (((Health Literacy) OR (Empowerment)) AND ((Occult Blood) OR (Colorectal Neoplasms))) Filters: English, Portuguese, Spanish, from 2017 - 2022

II- Fluxograma PRISMA 2020

Figura 1- Fluxograma Prisma 2020



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

III- Tabela de síntese de resultados

Autores/Ano/País	Tipo de estudo	Características dos Participantes	Metodologia	Intervenções/Pessoa(s) que executa(m) a intervenção	Avaliação de resultados	Conclusões
Davis et al. (2017), Estados Unidos da América (E.U.A.)	Ensaio Clínico controlado aleatorizado	Utentes inscritos nos Centros de Saúde, entre os 50 e os 75 anos, não cumpridores do rastreio do CCR, capazes de ler e falar em língua inglesa. Foram angariados potenciais participantes para o estudo nas salas de espera dos Centros de Saúde, por parte dos coordenadores da investigação.	Foram conduzidas entrevistas iniciais para colheita de dados. Foram avaliadas as seguintes variáveis: crenças de saúde com base no <i>Preventive Health Model</i> ; Literacia em Saúde; Consciencialização; Confiança no sistema de saúde e variáveis sociodemográficas.	Intervenção Multicomponente e direcionada a utentes com baixa LS: -Livro com fotonovela; -DVD; -Kit para teste imunoquímico fecal Grupo de controlo: - Brochura do CDC; - Kit para teste imunoquímico fecal Todos os participantes: - Informação técnica escrita e verbal sobre as instruções de colheitas de fezes e uma demonstração presencial sobre o método de colheita. A intervenção é executada pelos investigadores do projeto.	-Não houve significância estatística entre as intervenções aplicadas. - Ambos as intervenções resultaram no aumento da adesão ao rastreio.	- A intervenção dirigida, em comparação com a intervenção não-dirigida não se demonstrou mais eficaz no que concerne ao retorno dos kits para rastreio imunoquímico fecal. - A inclusão de materiais educacionais para grupos com baixos níveis de LS, que não exijam um profissional da saúde para serem implementadas aumenta a adesão ao rastreio. - Ambas as intervenções centradas em atividades educacionais, resultaram para aumentar a taxa de adesão ao rastreio do CCR.

Miller et al. (2018), E.U.A.	Ensaio Clínico controlado e aleatorizado	Utentes entre os 50 e os 74 anos com consulta médica agendada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que falem inglês e que estejam em incumprimento do rastreio do CCR. As características dos participantes de ambos os grupos eram similares. Ambos os grupos apresentavam participantes com LS limitada e baixos rendimentos.	Questionários de auto-preenchimento antes e após as intervenções, de avaliação de informação sociodemográfica e de questões relacionadas com o rastreio do CCR e LS dos participantes.	Aplicação “Patient Technology for Health (mPATH-CRC)”: -vídeo, educacional de 8,6 minutos de apoio à tomada de decisão relacionada com o rastreio do CCR; Grupo de controlo: -Vídeo de 4,3 minutos sobre a importância da dieta e exercício físico. Todos os participantes: - No dia seguinte, recebem uma chamada para averiguar se houve discussão do rastreio com o médico assistente e se estavam satisfeitos com a decisão tomada. -Após 24 semanas foi realizado um inquérito final, por chamada telefónica. Intervenção realizada pelo médico assistente.	A utilização do mPATH-CRC: -duplicou a percentagem de utentes que completaram o rastreio do CCR; -aumento da probabilidade de escolher o método imunoquímico em detrimento da colonoscopia. -Apesar do aumento da taxa de adesão, cerca de metade das pessoas não cumpriram o exame que requisitaram. - o uso de e-mails e/ou telefonemas para lembrar os utentes sobre a necessidade de rastreio, não obteve grande eficácia, não melhorando a adesão ao rastreio.	A intervenção digital em pessoas com baixos rendimentos e níveis de LS, pode resultar num processo de tomada de decisão mais eficaz relacionada com a adesão ao rastreio e ao método utilizado para rastreio (teste imunoquímico fecal).
Arnold et al. (2019), E.U.A.	Ensaio Clínico Aleatorizado e controlado	Utentes entre os 50 e os 75 anos, que falem inglês, frequentadores das	Entrevista estruturada onde foram avaliados dados demográficos e	Chamada automática, após 4 semanas (ou 8 semanas se necessário), a lembrar da	-Nos participantes com baixa LS não houve diferença significativa na	Apesar de não ter havido diferença significativa entre os dois tipos de

unidades de saúde em estudo.	dados sobre o rastreio do CCR.	necessidade da entrega do Kit, caso ainda não o tivessem feito. Chamada pessoal, realizada por um funcionário e com as mesmas características da chamada automatizada. Todos os participantes: -Kit para teste imunoquímico fecal, -Instruções ilustradas e um panfleto educacional. - Demonstração detalhada sobre a utilização do kit, sendo solicitado aos participantes que verbalizassem o que tinham retido. Intervenção realizada pelos Enfermeiros do Centro de saúde (intervenção na chamada não automatizada)	conclusão do rastreio observada nos dois grupos. - No geral não houve diferença significativa na conclusão do rastreio.	chamada, as atividades educacionais culturalmente apropriadas e adequadas aos níveis de LS, com instruções escritas, detalhadas, explicadas pessoalmente, acompanhadas de um telefonema quando necessário, demonstrou ser eficaz na promoção do rastreio do CCR.
------------------------------	--------------------------------	--	---	---

Gwede et al. (2019), E.U.A.	Ensaio Clínico Aleatorizado e controlado	Utentes do centro de saúde, com idades entre os 50 e os 75 anos, que se identifiquem como hispânicos/latinos, com capacidade para ler, escrever e compreender espanhol, com preferências para receber informação de saúde em espanhol, em incumprimento do rastreio do CCR.	Entrevista, que posteriormente foi repetida ao longo de 3 meses de follow-up. Na entrevista inicial foi avaliada a LS dos participantes, bem como colhidos dados sociodemográficos e consciencialização acerca do cancro colo-retal e do seu rastreio.	Intervenção CARES: -Visualização de DVD; -Entrega de Cópia desse DVD; -Fotonovela impressa. -Informação adaptada à componente cultural da população e níveis de LS. Grupo de controlo: - Brochura produzida pelo <i>Center of Disease Control</i> (CDC). Todos os participantes: -Kit para teste imunoquímico fecal; -Explicação escrita e verbal sobre utilização do Kit. Intervenção executada por profissionais com ligação ao projeto.	-Não houve diferença significativa na taxa de participantes no rastreio; -Na intervenção CARES, 90% concluiu o rastreio e no grupo de controlo, 83% concluiu o rastreio.	-A intervenção culturalmente adequada e dirigida a baixos níveis de LS levou a uma maior taxa de adesão ao rastreio, sem no entanto, ter significado estatístico. -A adesão ao rastreio, com a intervenção em causa superou as metas estabelecidas pelas entidades locais. -Além disto, a intervenção culturalmente adaptada e dirigida a pessoas com baixos níveis de LS, obteve melhores níveis de consciencialização acerca do CCR e do seu rastreio.
Reuland et al. (2017), E.U.A.	Ensaio Clínico aleatorizado e controlado	Utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, que falem inglês ou espanhol, com risco médio de CCR, sem rastreio do CCR atualizado e	Na véspera da consulta, os utentes potencialmente elegíveis foram contactados para serem convidados a participar no estudo.	Intervenção: -Vídeo de apoio à decisão sobre o rastreio do CCR; - <i>patient navigator</i>: funcionários do CS que ajudam a delinear o plano de rastreio.	-Maior probabilidade de adesão ao rastreio do CCR no prazo de 6 meses; -Maior probabilidade de adesão ao rastreio pelo método imunoquímico fecal.	A intervenção combinada apresentada aumentou a taxa de rastreio do CCR comparativamente com a conduta habitual, numa

com consulta
agendada nos CSP.

No dia da consulta,
realizaram um
questionário de base
(avaliação
sociodemográfica e
dos níveis de LS)
sendo depois
aleatorizados para os
grupos de
intervenção e
controlo.

Grupo de controlo:

-Vídeo sobre segurança
alimentar.

Intervenção executada
pelos **funcionários do
centro de saúde
(profissionais da saúde
pública, médicos
assistentes...)** – são os
patient navigators.

população
diversificada, com
baixos níveis de LS
e vulnerável, nos
CSP.

IV-Modelo de Consentimento Informado

Estimado utente,

Sou discente do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Encontro-me a realizar um projeto de Intervenção Comunitária que me permite desenvolver competências no âmbito da minha especialização.

O nome do projeto que me encontro a implementar é **“Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao Rastreio do Cancro Colo-Retal”**. Tem como objetivo promover a **Literacia em Saúde** na população elegível, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar, para o programa de rastreio do cancro colo-retal. Os inquéritos que lhe vamos dar a preencher serão muito úteis na caracterização da população. Tal facto, permitirá dirigir de forma mais eficaz as intervenções promotoras da literacia em saúde na comunidade, na área de intervenção do rastreio colo-retal. Desta forma, poderemos ajudar os cidadãos a obterem mais e melhor informação, que pode ajudar a melhorar a taxa de adesão a este rastreio, que tem um papel fundamental na redução da mortalidade por este cancro.

Está a ser convidado a participar neste estudo por se enquadrar nos critérios de inclusão do projeto. Pretende-se caracterizar os seus níveis de Literacia em Saúde e também uma caracterização socioeconómica. Os Inquéritos com estes propósitos só lhe serão entregues após a sua confirmação de que pretende fazer parte deste estudo. **Após o preenchimento dos mesmos deverá colocá-los numa urna própria para esse efeito e que está devidamente identificado.** Esta urna manter-se-á selada, sendo apenas aberta pelo investigador.

A sua resposta aos inquéritos será sempre a melhor da resposta, não existem respostas erradas ou certas apenas uma caracterização que é feita por si. Neste sentido, solicita-se que responda a todas as questões atendendo à sua realidade.

Os questionários são **anónimos** e os dados que são fornecidos por si são **confidenciais** e são englobados numa amostra. Os dados recolhidos serão utilizados de forma agregada e não individualizada.

As suas respostas são muito importantes para este estudo, pelo que agradecemos a sua participação. Assume-se que a sua participação é **voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida**, de acordo com a sua vontade, sem

qualquer consequência nos serviços que lhe são prestados pela USP Dr. Francisco George.

Todos os participantes deste estudo devem consentir a sua participação neste estudo, pelo que lhe solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e devolva ao profissional da USP presente no Centro de Rastreios Oncológicos do ACeS Lisboa Norte.

Na eventualidade de não saber ler ou escrever ou de ser invisual, o questionário poderá ser preenchido por quem o esteja a acompanhar (note que tem de ser uma pessoa externa à unidade de saúde pública). Nesse caso o seu consentimento será obtido através da sua impressão digital na presença do profissional que lhe entregou o questionário ou através de uma rúbrica da pessoa que lhe preenche o mesmo.

Caso tenha alguma dúvida, pode contactar-me através do endereço eletrónico: jorgetorres@campus.esel.pt

O investigador: Jorge André Ferreira Torres

Uma cópia do Consentimento informado deverá ficar consigo (1/2) e outra entregue ao profissional do Centro de Rastreios (2/2)

Cópia para o Centro de Rastreios
2/2

Declaro que compreendi e aceito as
condições de participação neste estudo

Rúbrica do participante

Consentimento informado, livre e esclarecido

Estimado utente,

Sou discente do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Encontro-me a realizar um projeto de Intervenção Comunitária que me permite desenvolver competências no âmbito da minha especialização.

O nome do projeto que me encontro a implementar é “**Capacitar para rastrear: da Literacia em Saúde ao Rastreio do Cancro Colo-Retal**”. Tem como objetivo promover a **Literacia em Saúde** na população elegível, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar, para o programa de rastreio do cancro colo-retal. Os inquéritos que lhe vamos dar a preencher serão muito úteis na caracterização da população. Tal facto, permitirá dirigir de forma mais eficaz as intervenções promotoras da literacia em saúde na comunidade, na área de intervenção do rastreio colo-retal. Desta forma, poderemos ajudar os cidadãos a obterem mais e melhor informação, que pode ajudar a melhorar a taxa de adesão a este rastreio, que tem um papel fundamental na redução da mortalidade por este cancro.

Está a ser convidado a participar neste estudo por se enquadrar nos critérios de inclusão do projeto. Pretende-se caracterizar os seus níveis de Literacia em Saúde e também uma caracterização socioeconómica. Os Inquéritos com estes propósitos só lhe serão entregues após a sua confirmação de que pretende fazer parte deste estudo. **Após o preenchimento dos mesmos deverá colocá-los numa urna própria para esse efeito e que está devidamente identificado.** Esta urna manter-se-á selada, sendo apenas aberta pelo investigador.

A sua resposta aos inquéritos será sempre a melhor da resposta, não existem respostas erradas ou certas apenas uma caracterização que é feita por si. Neste sentido, solicita-se que responda a todas as questões atendendo à sua realidade.

Os questionários são **anónimos** e os dados que são fornecidos por si são **confidenciais** e são englobados numa amostra. Os dados recolhidos serão utilizados de forma agregada e não individualizada.

As suas respostas são muito importantes para este estudo, pelo que agradecemos a sua participação. Assume-se que a sua participação é **voluntária, não remunerada e poderá ser interrompida**, de acordo com a sua vontade, sem qualquer consequência nos serviços que lhe são prestados pela USP Dr. Francisco George.

Todos os participantes deste estudo devem consentir a sua participação neste estudo, pelo que lhe solicitamos que rubrique uma cópia deste documento e devolva ao profissional da USP presente no Centro de Rastreios Oncológicos do ACeS Lisboa Norte.

Na eventualidade de não saber ler ou escrever ou de ser invisual, o questionário poderá ser preenchido por quem o esteja a acompanhar (note que tem de ser uma pessoa externa à unidade de saúde pública). Nesse caso o seu consentimento será obtido através da sua impressão digital na presença do profissional que lhe entregou o questionário ou através de uma rúbrica da pessoa que lhe preenche o mesmo.

Caso tenha alguma dúvida, pode contactar-me através do endereço eletrónico: jorgetorres@campus.esel.pt

O investigador: Jorge André Ferreira Torres

V- Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES 2022/2023														
Atividades	Meses	2º Semestre - Opção II					ago/22 e set/22	3º Semestre - Estágio com relatório						
		mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22		out/22	nov/22	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23
Estágio na USP Dr. Francisco George														
Identificação do Problema e população alvo														
Pesquisa bibliográfica														
Autorizações para o Projeto														
Submissão à CES														
Entrega do Projeto														
Colheita de dados														
Diagnóstico de Situação														
Definição de prioridades														
Fixação de objetivos														
Seleção de estratégias														
Preparação de execução														
Execução operacional														
Avaliação do Projeto														
Realização do Relatório Final														
Entrega do Relatório final							Férias							

VI-Relatório de caracterização da amostra

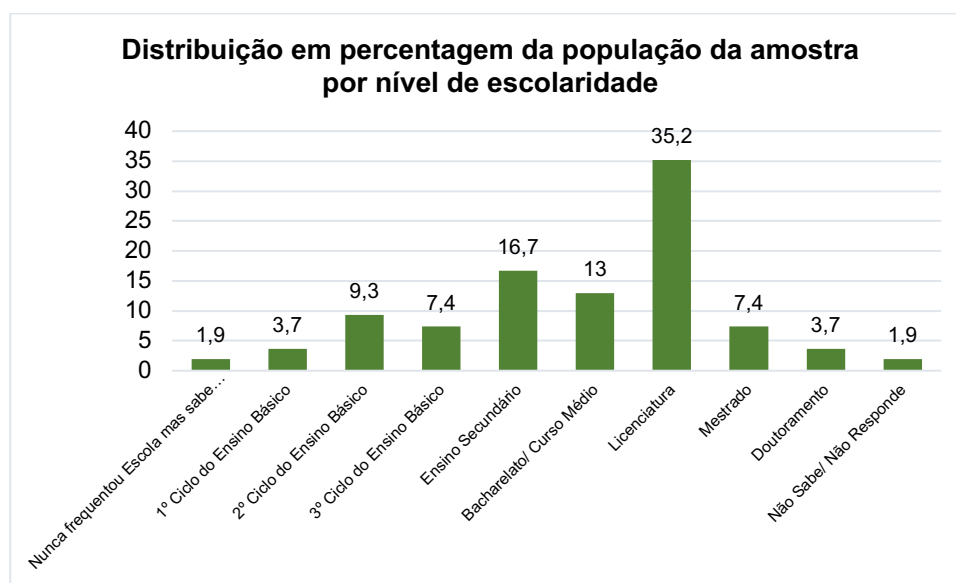
1. Caracterização Sociodemográfica da população

Constituiu-se uma amostra de conveniência com 54 utentes, participantes de RCCR de duas UCSP de um ACES de Lisboa, no período de 26/09/2022 a 09/11/2022. Todos os utentes sem médico de família que foram ao Centro de Rastreios entregar amostras de RCCR foram convidados a participar.

A amostra final apurada não exclui qualquer questionário, uma vez que não existem incompletos (com menos de 50% do preenchimento) e/ou algum em que o utente tenha recusado recusar rubricar o consentimento informado, tal como definido nos pressupostos aprovados pela CES da ARS em causa.

Esta amostra é constituída por 31 utentes do sexo feminino (57%) e 23 do sexo masculino (43%). Foi avaliado o nível de educação formal, tendo por base a Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE). Os níveis de escolaridade mais frequentes são o de Licenciatura ou equivalente – CITE 6 (n=19; 35,2%), o ensino secundário – CITE 3 (n=9; 16,7%) e/ou bacharelato/Curso Médio – CITE 6 (n=7; 13%).

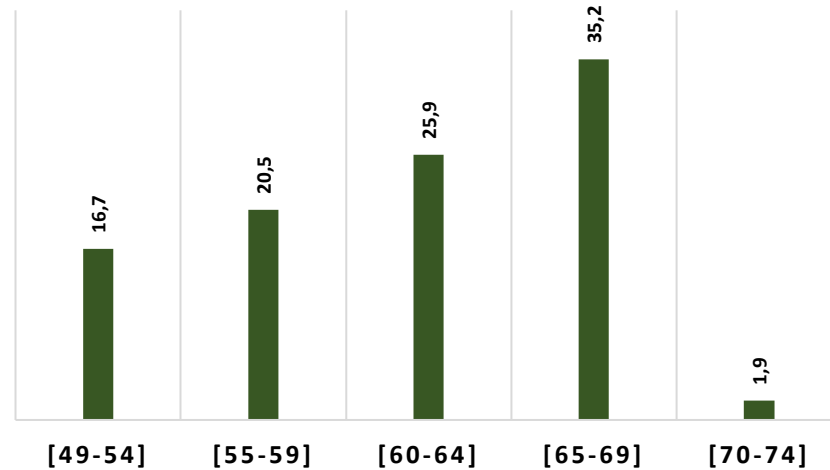
Gráfico 1. Distribuição da população da amostra pelo nível de educação formal.



A faixa etária menos representada na amostra é a dos 70-74 anos, com apenas (n=1, 1,9%). As restantes faixas etárias estão representadas de forma homogénea na amostra, embora a mais bem representada seja a dos 65 aos 69 anos (n=19, 35,2%).

Gráfico 2. Distribuição em percentagem da população da amostra por faixa etária

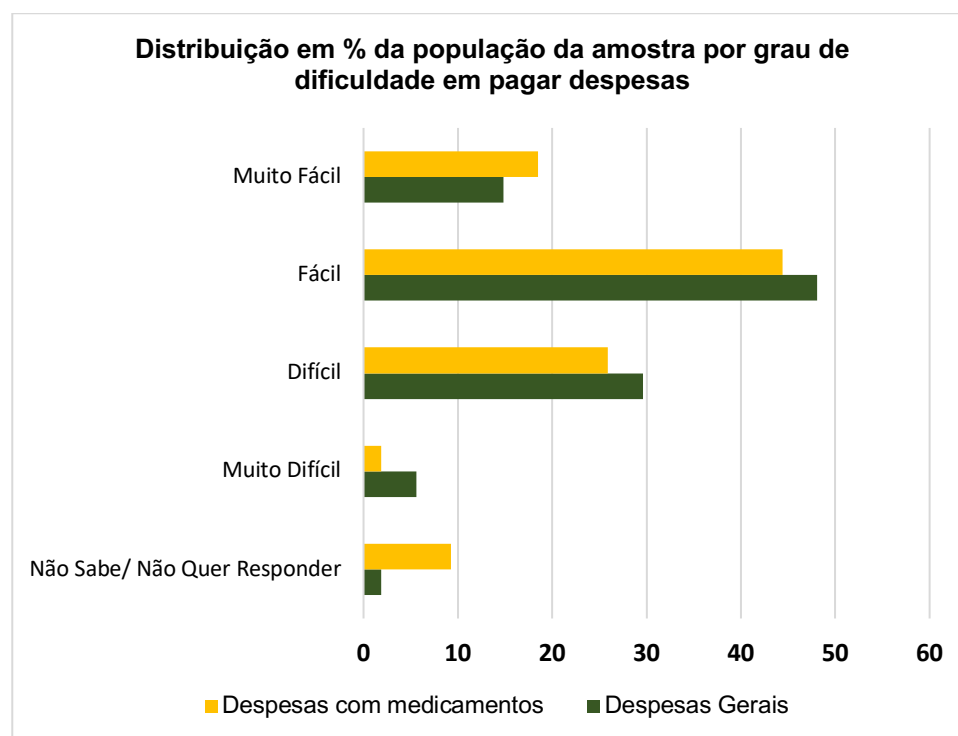
Distribuição em percentagem da população da amostra por faixa etária



Em relação à atividade profissional, a maioria encontra-se a trabalhar, seja a tempo inteiro (n=24; 44,4%) e/ou parcial (n=6; 11,1%). Existe também uma parte considerável que se encontra reformado (n=14, 25,9%).

Relativamente à insuficiência económica, a maioria dos participantes reportou ser “muito fácil” (n=8; 14,8%) ou “fácil” pagar as suas despesas gerais (n=24, 48,1%). No entanto, 16 participantes reportaram ser “difícil” (29,6%) e 3 “muito difícil” (5,6%) pagar as suas despesas no final do mês. No que concerne ao grau de dificuldade de pagamento de medicamentos, a maior parte dos participantes reportou ser “muito fácil” (n=10; 18,5%) ou “fácil” (n=24; 44,4%), sendo que 14 participante consideraram ser “Difícil” (25,9%) e apenas 1 reportou ser “muito difícil” (1,9%).

Gráfico 3. Distribuição em percentagem da população da amostra por grau de dificuldade em pagar despesas.



A **tabela 1**. Sintetiza as características sociodemográficas da população.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da população da amostra

	Frequência (n)	%
Género		
Masculino	23	42,6
Feminino	31	57,4
Faixa etária		
[49-54]	9	16,7
[55-59]	11	20,4
[60-64]	14	25,9
[65-69]	19	35,2
[70-74]	1	1,9
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	0	0
Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	1	1,9
1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)	2	3,7
2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)	5	9,7
3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	4	7,4
Ensino Secundário	9	16,7
Bacharelato/Curso Médio	7	13
Licenciatura	19	35,2
Mestrado	4	7,4

Doutoramento	2	3,7
Não sabe/ Não quer responder	1	1,9
Atividade profissional		
Trabalho a tempo completo	24	44,4
Trabalho a tempo parcial	6	11,1
Desempregado	4	7,4
Reformado	14	25,9
Doméstico	5	9,3
Estudante	0	0
Inapto para trabalhar por motivos de saúde	0	0
Ns/Nr	1	1,9
Grau de dificuldade em pagar as despesas no final do mês		
Muito fácil	8	14,8
Fácil	26	48,1
Difícil	16	29,6
Muito difícil	3	5,6
Ns/Nr	1	1,9
Grau de dificuldade em pagar os medicamentos		
Muito fácil	10	18,5
Fácil	24	44,4
Difícil	14	25,9
Muito difícil	1	1,9
Ns/Nr	5	9,3

2. Caracterização dos níveis de Literacia em Saúde

No âmbito da caracterização dos níveis de Literacia em Saúde, esta foi caracterizada através da aplicação do instrumento HLS19-Q12, tendo por base uma definição integrativa descrita pelo consórcio HLS-EU, que contempla o conhecimento, motivação e competências para mobilizar informação relacionada com o processo de tomada de decisão, relacionado com cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. (Sørensen et al., 2012 citada por The HLS19 Consortium of the EHO Action Network M-POHL, 2022). Desta forma, este instrumento contempla as competências de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com as dimensões dos Cuidados de Saúde, Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2022).

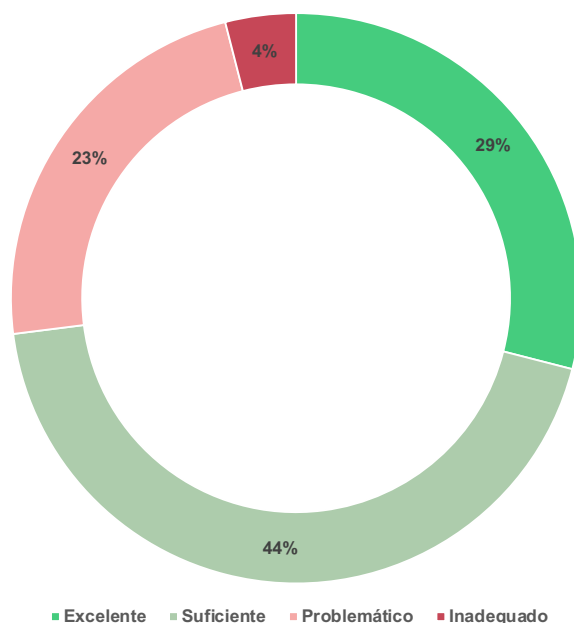
São realizadas quatro questões a cada pessoa, dentro de cada dimensão, que correspondem à avaliação de cada uma das competências na mesma. Para cada uma delas, o inquirido pode responder “Muito fácil”, “Fácil”, “Difícil”, “Muito Difícil” e “Não sabe/Não quer responder”.

Para categorização dos níveis de LS, utilizou-se os critérios definidos pelos autores (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2022). Assim, para se considerar como “excelente” a percentagem de respostas “muito fácil” deve ser superior ou igual a 50% E a percentagem de respostas “muito difícil”+”difícil” deve ser inferior a 8,332 %. Para se considerar “Suficiente”, a percentagem de respostas “muito fácil” + “fácil” deve ser superior a 83,33%. Para classificar como “inadequado” a percentagem de “muito fácil” deve ser inferior a 8,334 E a percentagem de respostas “muito difícil”+”difícil” deve ser superior ou igual a 50. No caso de não se poder classificar como “excelente”, “suficiente” ou “inadequado”, deve ser classificado como “problemático” (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2022).

Para o cálculo dos níveis gerais de Literacia em Saúde, considerou-se uma amostra total de 48 pessoas, uma vez que estas preencheram mais de 80% do questionário, tal como preconizado pelos autores do instrumento. Após a aplicação dos critérios clarificados anteriormente, verificou-se que 29% (n=14) da população da amostra apresenta um nível “excelente” de LS, sendo que 21 (44%) apresentam um nível “suficiente” e 23%(n=11) um nível “problemático”. Apenas 4% (n=2) apresenta um nível “inadequado” de LS. O **gráfico 3** caracteriza os níveis de Literacia em Saúde da população da amostra.

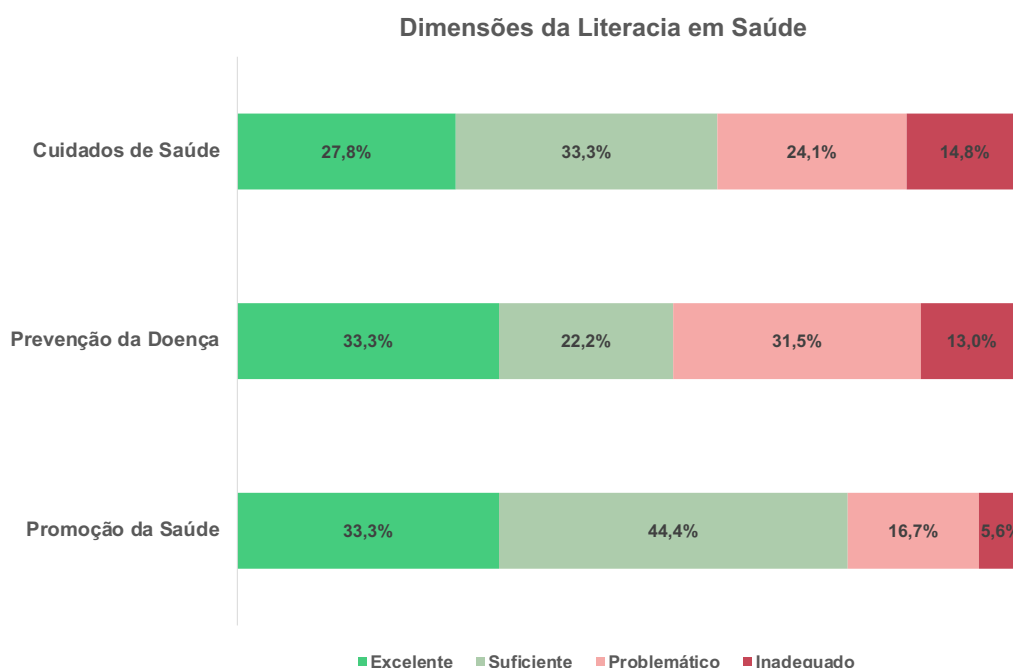
Gráfico 3. Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde da população da amostra

Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde da população da amostra



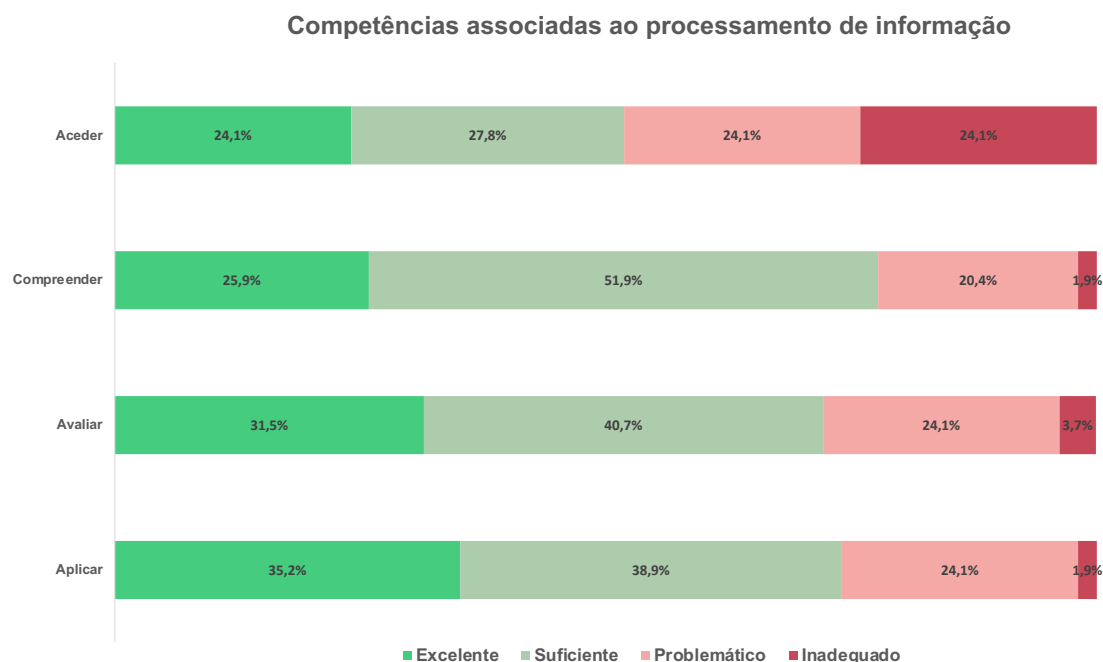
Para o cálculo dos níveis de Literacia em Saúde associados às suas dimensões, foi considerada uma amostra total de 54 pessoas. A dimensão com um nível mais alto de Literacia (com níveis “Excelentes” e “Suficientes” em maior percentagem) foi a Promoção da Saúde, com 33,3% das pessoas com um nível “Excelente” e 44,4% com um nível “Suficiente”. No sentido inverso, a dimensão da Prevenção da Doença foi a que apresentou maiores percentagens de nível de Literacia “Problemático” (31,5%, n=17) e “Inadequado” (13%, n=7). A dimensão dos cuidados de saúde foi a que apresentou uma percentagem maior de nível de Literacia em Saúde “inadequado” (14,8%, n=13), mas apresentando uma percentagem inferior de nível “problemático”, quando comparado com a Prevenção da doença.

Gráfico 4. Distribuição dos níveis de Literacia em Saúde pelas Dimensões



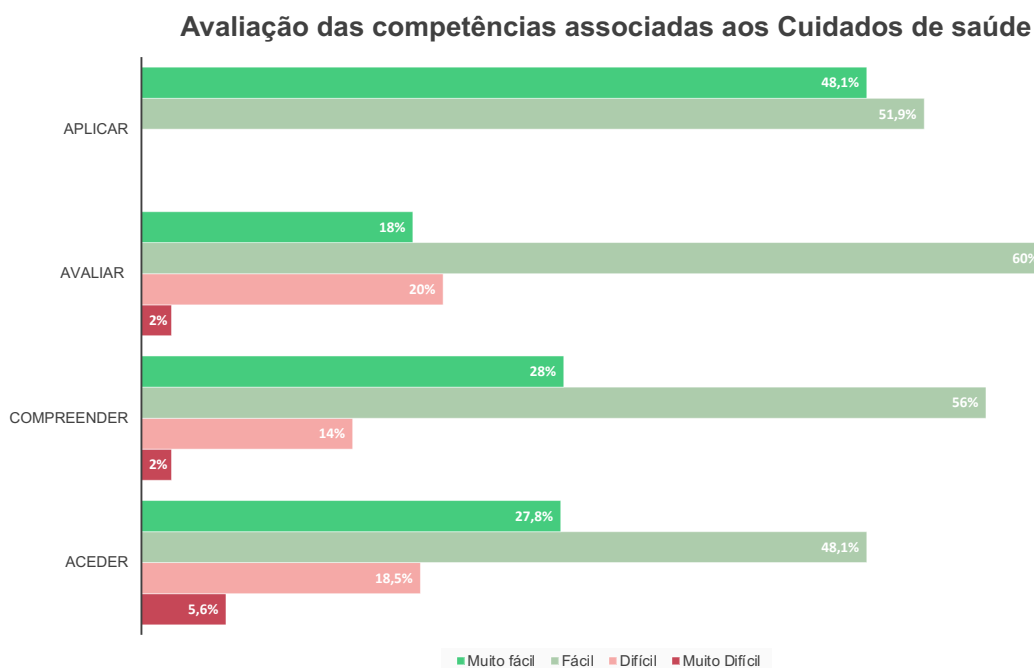
Realizou-se uma análise quanto às competências associadas ao processamento de informação, de acordo com o modelo de Sørensen. A competência relacionada com o acesso à informação demonstrou ser a que a população da amostra mais tem dificuldades. 48,2% da população (n=26) apresenta um nível “Inadequado” e/ou “Problemático” associados a esta competência. Foi nesta competência que a população da amostra obteve um nível de “Suficiente” (27,8%, n=15) e um nível “Excelente” (24,1%, n=13) mais baixos, comparativamente com outras competências. Por outro lado, a competência relacionada com a aplicação de informação obteve os melhores resultados, sendo que 74,1% (n=40) da população da amostra obtiveram um nível “Excelente” ou “Suficiente”.

Gráfico 5. Descrição das competências associadas ao processamento de informação por competências associadas à Literacia em Saúde.



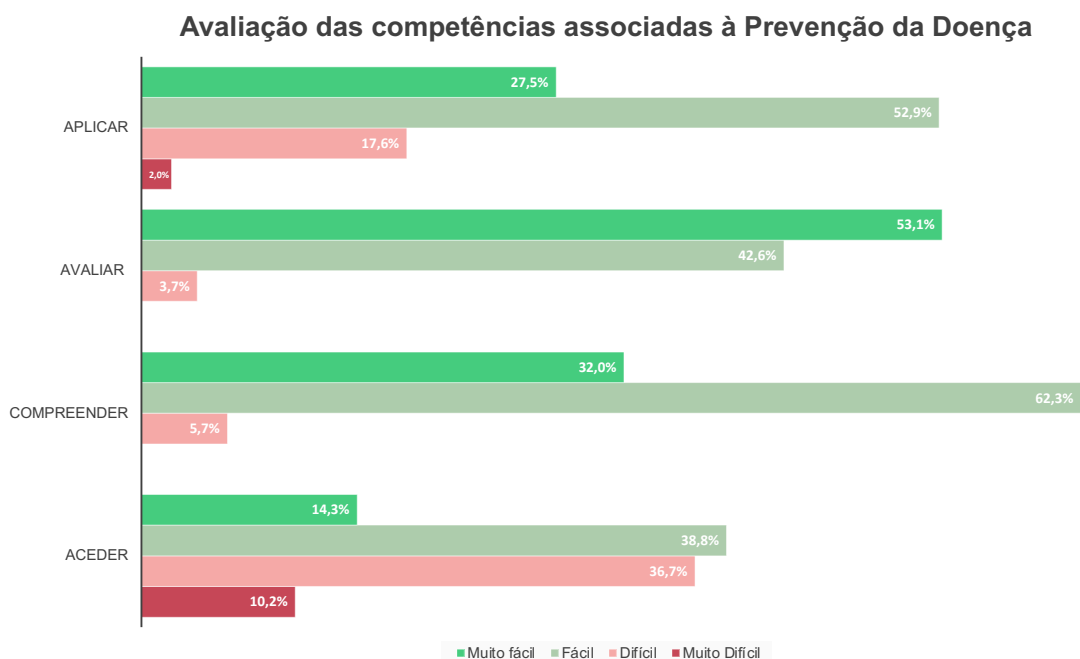
Procedeu-se à análise das competências associadas a cada dimensão da Literacia em Saúde. No âmbito dos Cuidados de Saúde, a competência com uma maior percentagem de respostas “Muito Difícil” ou “Difícil” é a de aceder a informação. A competência com maior percentagem de respostas “Muito Fácil” ou “Fácil” foi a de aplicar informação.

Gráfico 6. Descrição das competências associadas à dimensão dos Cuidados de Saúde.



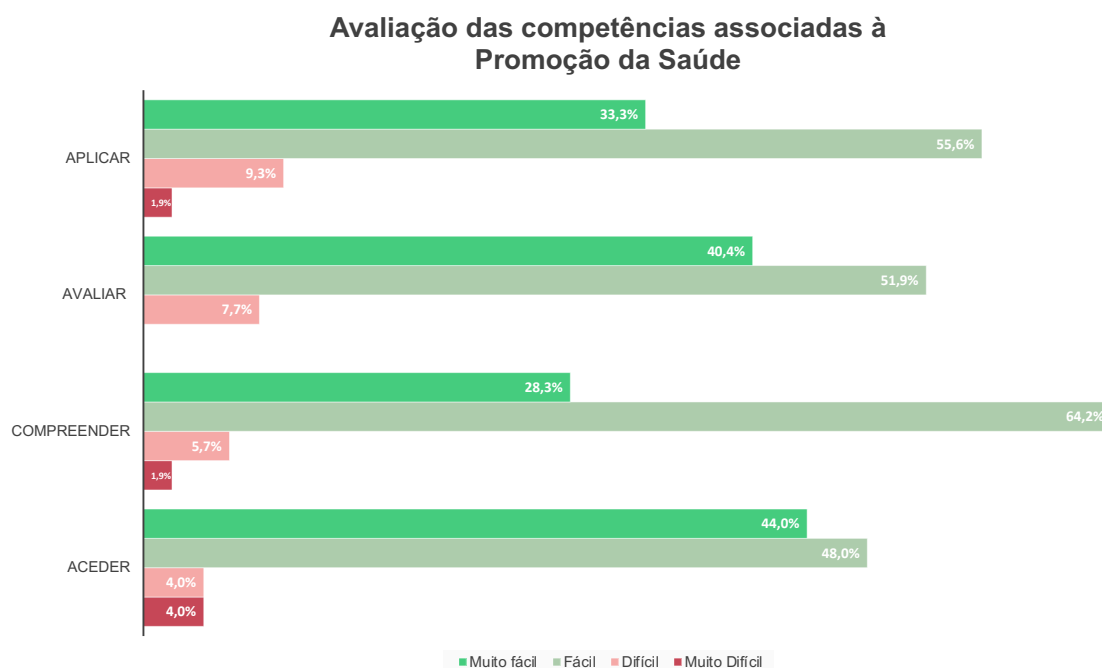
Relativamente à dimensão da Prevenção da Doença, destaca-se que 46,9% (n=23) da população da amostra revelou ser “muito difícil” ou “difícil” aceder a informação relacionada com a prevenção da doença. Já na competência de compreender a informação relacionada com a prevenção a doença, 94,3% (n=50) da população da amostra indicou ser “fácil” ou “muito fácil” realizar este tipo de atividades.

Gráfico 7. Descrição das competências associadas à dimensão da Prevenção da Doença.



A dimensão da Promoção da Saúde foi a que obteve resultados mais satisfatórios, onde maioritariamente as respostas relacionadas com as competências foram “muito fácil” ou “fácil”. A competência de aplicar informação relacionada com a promoção da saúde foi a mais problemática com uma percentagem de respostas de “muito difícil” ou “difícil” de 11,2% (n=6), valor superior comparativamente com as restantes competências.

Gráfico 8. Descrição das competências associadas à dimensão da Promoção da Saúde.



3. Inferência estatística – Determinantes da Literacia em Saúde

Foi testada uma potencial influência dos determinantes descritos para a Literacia em Saúde. Para tal foi aplicado o coeficiente de Pearson, entre cada determinante e o nível geral de Literacia em Saúde. Este revelou não haver associações estatisticamente significativas entre os níveis gerais de Literacia em Saúde e cada um dos determinantes associados (faixa etária, género, nível de escolaridade, estatuto profissional e capacidade económica para fazer face a despesas com medicamentos e despesas gerais).

VII- Cronograma de Gantt

Tabela – Cronograma de Gantt aplicado às intervenções desenvolvidas

Atividades	Meses	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23
1) Elaboração de material de apoio ao projeto						
2) Divulgação do cartaz e vídeo realizados						
3) Divulgação das atividades do Projeto à equipa da USP						
4) Divulgação dos Resultados do Projeto à equipa da USP						
5) Apresentação e divulgação do Projeto no Encontro de Profissionais do ACESLN						

Legenda



Atividade planeada mas não realizada



Atividade planeada e concretizada

VIII- Indicadores formulados

Tabela – Indicadores de Avaliação do Projeto

Indicadores de atividade	Meta	Resultado
% de conteúdos elaborados para a promoção da Literacia em Saúde $\frac{n^{\circ} \text{ de conteúdos elaborados (2)}}{n^{\circ} \text{ de conteúdos previstos (2)}} \times 100$	100%	100%
% de atividades planeadas para o projeto $\frac{n^{\circ} \text{ de atividades realizadas (6)}}{n^{\circ} \text{ de atividades planeadas (6)}} \times 100$	100%	100%
Indicadores de Resultados	Meta	Resultado
% de utentes que melhoraram o seu conhecimento sobre o RCCR após acederem aos conteúdos disponibilizados $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem melhoria do conhecimento relacionado com o RCCR (22)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	78,6%
% de utentes que referem a colonoscopia como método de primeira linha para RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem a colonoscopia como primeira linha para RCCR (2)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	7,1%

Indicadores de resultado	Meta	Resultado
% de utentes que referem a periodicidade para o RCCR como sendo de 7 em 7 anos $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem a periodicidade para rastreio como sendo de 7 em 7 anos (2)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que respondem ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	7,1%
% de utentes que refiram que a idade para RCCR pelo método imunoquímico como sendo entre os 50 e os 74 anos $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes e a idade para RCCR pelo método imunoquímico como sendo entre os 50 e os 74 anos (27)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	96,4%
% de utentes que refiram a gratuitidade de participação no RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem a gratuitidade de participação no RCCR (25)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	89,3%
% de utentes que associem riscos associados ao método imunoquímico para RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem riscos associados ao método imunoquímico para RCCR (1)} }{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	3,6%
% de utentes que referem que o vídeo foi importante para si porque foi realizado por um profissional de saúde $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem que o vídeo foi importante para si porque foi realizado por um profissional de saúde(22)} }{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	78,6%

Indicadores de resultado	Meta	Resultado
% de utentes que referem o Centro de Rastreios como fonte de informação ao longo de todo o processo $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem o Centro de Rastreios como fonte de informação ao longo de todo o processo (22)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que respondem ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	78,6%
% de utentes que referem que o vídeo foi importante para consciencialização acerca da importância do RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que descrevam que o video foi importante no processo de consciencialização (27)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	96,4%
% de utentes que referem que existe encaminhamento no caso do seu teste ser positivo $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem existência de encaminhamento no caso do seu teste ser positivo (27)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	96,4%
% de utentes que refiram ter melhorado os seus conhecimentos acerca do acesso ao RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem ter melhorado os seus conhecimento acerca do RCCR (23)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	82,1%
% de utentes que expressa a sua volição em manter ou aderir ao RCCR pelo método imunoquímico $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que expressa a sua volição em manter ou aderir ao RCCR (25)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	89,3%

Indicadores de resultado	Meta	Resultado
% de utentes que referem a periodicidade para o RCCR como sendo de 7 em 7 anos $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem a periodicidade para rastreio como sendo de 7 em 7 anos (2)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que respondem ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	7,1%
% de utentes que refiram que a idade para RCCR pelo método imunoquímico como sendo entre os 50 e os 74 anos $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes e a idade para RCCR pelo método imunoquímico como sendo entre os 50 e os 74 anos (27)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	96,4%
% de utentes que refiram a gratuidade de participação no RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem a gratuidade de participação no RCCR (25)} }{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	89,3%
% de utentes que associem riscos associados ao método imunoquímico para RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem riscos associados ao método imunoquímico para RCCR (1)} }{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	3,6%
% de utentes que referem que o vídeo foi importante para si porque foi realizado por um profissional de saúde $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem que o vídeo foi importante para si porque foi realizado por um profissional de saúde(22)} }{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	78,6%

Indicadores de resultado	Meta	Resultado
% de utentes que referem o Centro de Rastreios meio de acesso ao RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem o Centro de Rastreios como fonte de acesso ao RCCR (21)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que respondem ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	75%
% de utentes que descrevem a informação transmitida como clara e esclarecedora $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que descrevem a informação transmitida como clara e esclarecedora (25)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	89,3%
% de utentes que referem que para PSOF é necessária preparação intestinal $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem que para PSOF é necessária preparação intestinal (0)}}{n^{\circ} \text{ de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	<10%	0%
% de utentes que refiram ter melhorado os seus conhecimentos acerca do acesso ao RCCR $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que referem ter melhorado os seus conhecimento acerca do RCCR (23)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	82,1%
% de utentes que expressa a sua volição em manter ou aderir ao RCCR pelo método imunoquímico $\frac{n^{\circ} \text{ de utentes que expressa a sua volição em manter ou aderir ao RCCR (25)}}{n^{\circ} \text{ total de utentes que responderam ao inquérito (28)}} \times 100$	50%	89,3%

IX-Cartaz de Promoção de Literacia em Saúde



Preparamos um vídeo para si!

Para mais informações sobre este rastreio veja este Qr-Code.



#PreveniréoMelhorRemédio

SE TEM ENTRE 50 E 74 ANOS

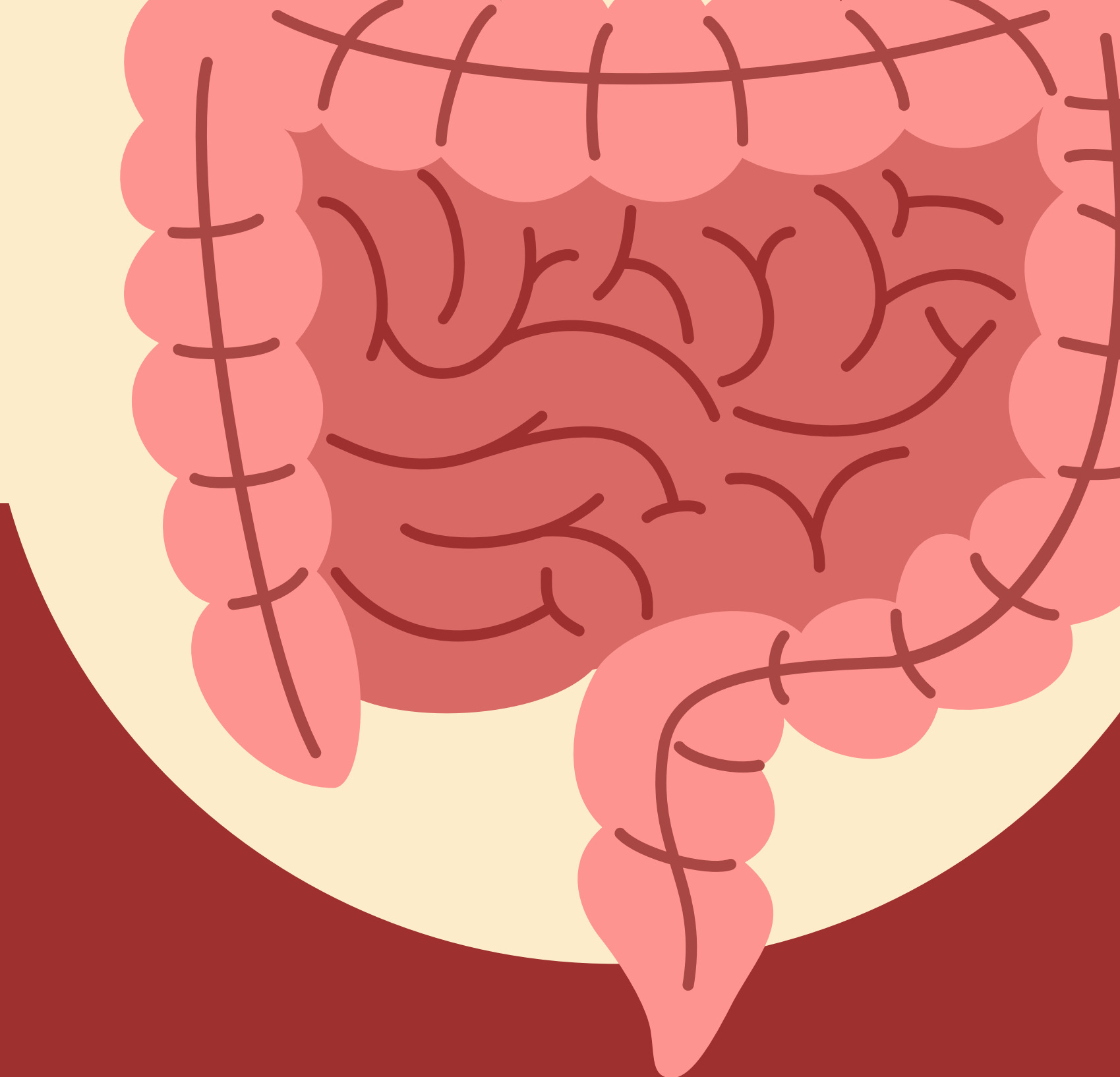
FAÇA O RASTREIO

DO CANCRO COLO-RETAL
VIVA MAIS E MELHOR!

SE NÃO TEM MÉDICO DE FAMÍLIA, CONTACTE O CENTRO
DE RASTREIOS

rastreios.lxnorte@arslvt.min-saude.pt

963742111 - 963742182



#PreveniréoMelhorRemédio

SE TEM ENTRE 50 E 74 ANOS

FAÇA O RASTREIO

DO CANCRO COLO-RETAL
VIVA MAIS E MELHOR!

SE NÃO TEM MÉDICO DE FAMÍLIA, CONTACTE O CENTRO
DE RASTREIOS

rastreios.lxnorte@arslvt.min-saude.pt

963742111 - 963742182



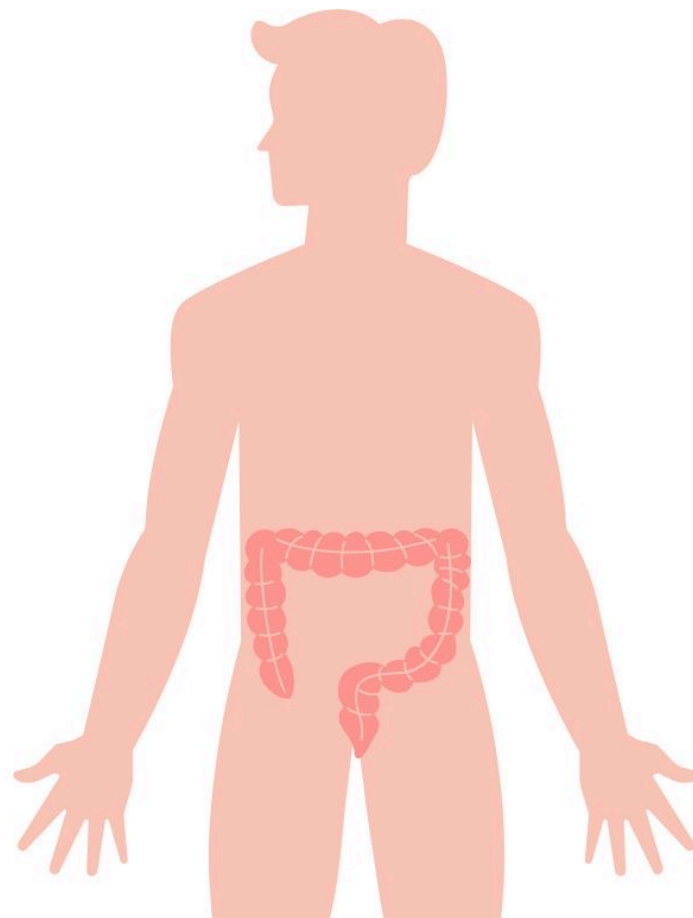
Preparamos um vídeo para si!
Para mais informações sobre este rastreio veja este
Qr-Code.

**X- Grafismo de vídeo da Promoção da
Literacia em Saúde**

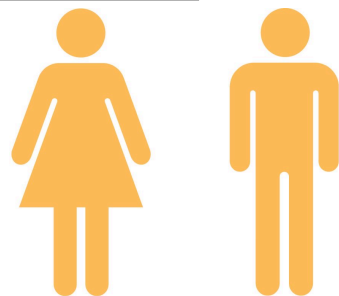
#PreveniréoMelhorRemédio

Rastreio do Cancro do Cólon e Reto





- ❖ É um tumor maligno que afeta o intestino grosso e/ou o reto;
- ❖ Quanto mais precocemente for detetado, maiores são as hipóteses de sobrevivência;
- ❖ É um tumor que pode ser rastreado!



❖ É o segundo mais comum nos homens e nas mulheres;

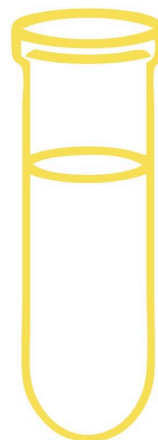


❖ 1 em cada 5 novos diagnósticos por cancro são cancro colo-retal



❖ 1 em cada 7 mortes por cancro são provocadas pelo cancro colo-retal

Qual o método de primeira linha para rastreio?



- ❖ Pesquisa de **Sangue Oculto** nas **Fezes** através do método imunoquímico



- ❖ Sem necessidade de restrições alimentares ou medicamentosas

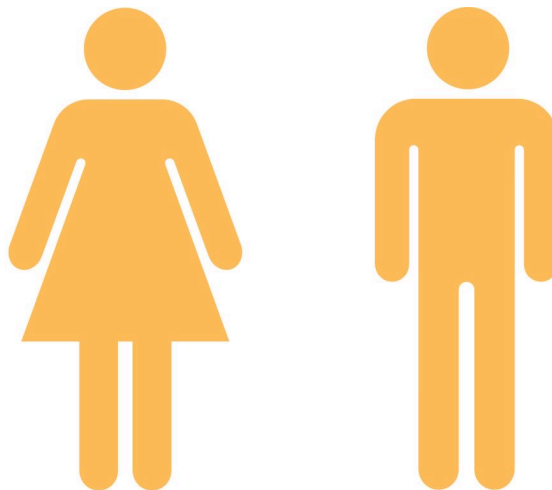


- ❖ Realizado de 2 em 2 anos

Porque fazer a pesquisa de sangue oculto nas fezes?



Quem deve realizar o Rastreio?



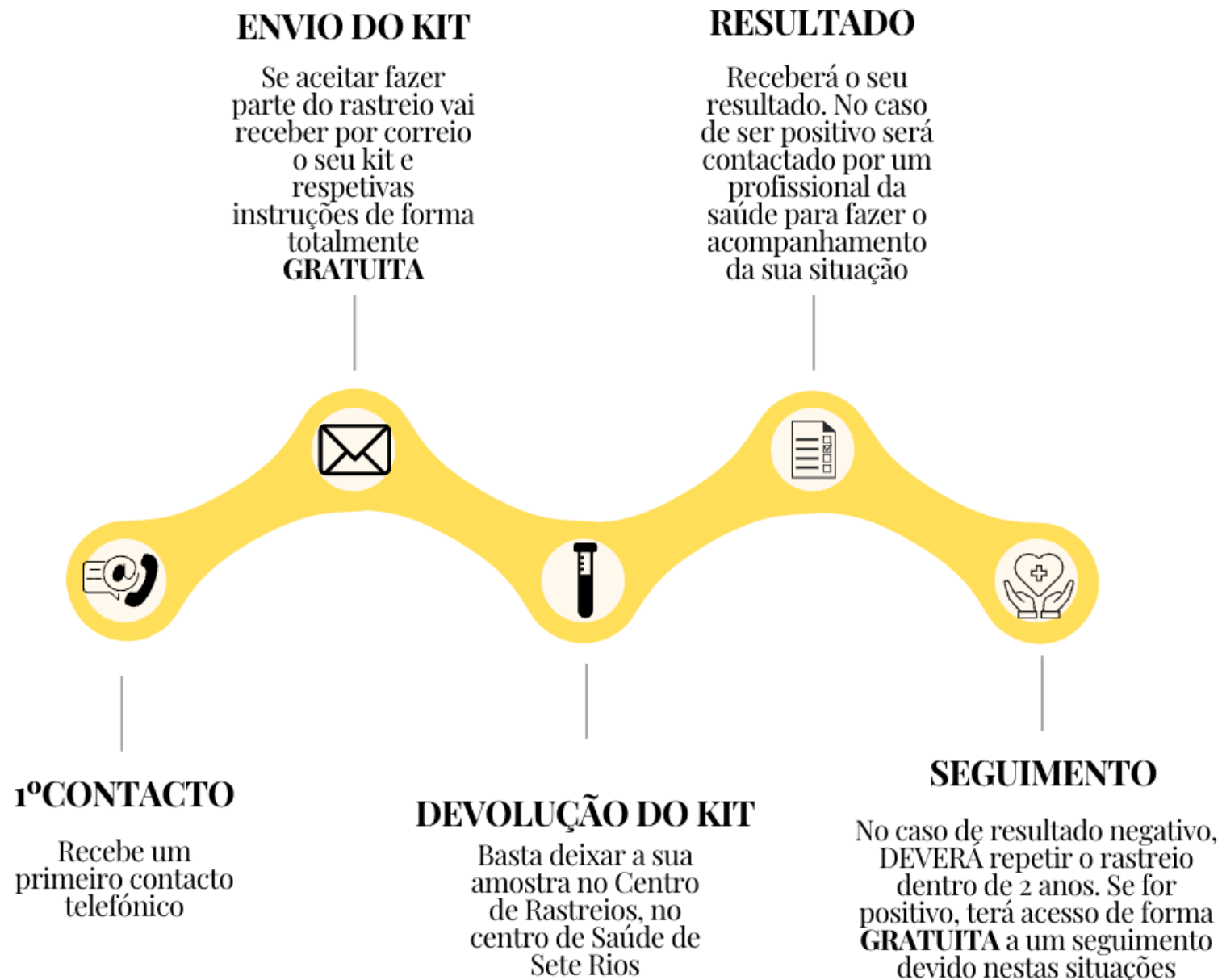
❖ Homens e mulheres com idades compreendidas entre **os 50 e os 74 anos**;



❖ Assintomáticos (sem queixas gastrointestinais, doenças inflamatórias intestinais ou alterações ao trânsito intestinal nos últimos 6 meses);

Não
tenho
equipa de
saúde
familiar...
Como
posso
realizar o
meu
rastreio?

#PreveniréoMelhorRemédio



Resumindo...

- ❖ Faça uma alimentação saudável;
- ❖ Mantenha um nível adequado de atividade física;
- ❖ Realize o seu rastreio através da pesquisa de sangue oculto das fezes, de 2 em 2 anos;
- ❖ Em caso de dúvidas contacte o seu Enfermeiro ou Médico;
- ❖ Se não tem médico ou enfermeiro de família, lembre-se: o Centro de Rastreios encontra-se disponível para esclarecimentos adicionais.
- ❖ Contactos do Centro de Rastreios:
 - ✓ E-mail: rastreios.lxnorte@arslvt.min-saúde.pt
 - ✓ Telefone: 963 742 111 – 963 742 182

Lembre-se...

#PreveniréoMelhorRemédio

Obrigado pela atenção!



XI-Instrumento de Avaliação do Projeto

Avaliação de vídeo acerca do Rastreio Cancro Colo-Retal

Boa tarde, o meu nome é Jorge Torres. Sou enfermeiro e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Neste âmbito foi realizado este vídeo que visa contribuir para a promoção da sua Literacia em Saúde na área de intervenção do Rastreio do Cancro Colo-Retal.

Uma das etapas fundamentais na construção de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária é a avaliação das intervenções realizadas e os ganhos em saúde que estas podem ter.

Como tal venho solicitar a V.Exa. que preencha este questionário que serve de avaliação do vídeo que lhe foi apresentado. Todos os dados fornecidos são confidenciais e vão ser tratados individualmente por mim, salvaguardando todos os princípios éticos associados à colheita de dados. Em momento algum, vão ser pedidos dados pessoais e/ou para sua caracterização. Os dados aqui colhidos centram-se única e exclusivamente na avaliação de conteúdos do vídeo apresentado.

Qualquer outra informação ou esclarecimento adicional não hesite em contactar-me para o seguinte e-mail:

jorgetorres@campus.esel.pt

*Obrigatório

1. Encontra-se na faixa etária para Rastreio do Cancro colo-retal através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico (50-74 anos)? Assinale a opção correta. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Avançar para a pergunta 2*
- ☐ Não *Avançar para a pergunta 7*
- ☐ Não sabe/Não quer responder *Avançar para a pergunta 7*

Assinale as opções, por favor.

2. Pretende aderir ou manter o comportamento de rastreio do cancro colo-retal pelo método de pesquisa de sangue oculto nas fezes?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/ Não quer responder

Assinale as opções que considera corretas.

3. Já tinha ouvido falar e/ou tinha realizado o rastreio do Cancro Colo-retal através da Pesquisa do Sangue Oculto nas Fezes?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Já ouvi falar e já realizei o rastreio através da pesquisa do sangue oculto nas fezes.
- ☐ Já ouvi falar, mas realizei o rastreio por outro método (colonoscopia...).
- ☐ Já ouvi falar, mas ainda não realizei o rastreio.
- ☐ Já ouvi falar, mas como não me encontro na idade de rastreio não o realizei.
- ☐ Nunca ouvi falar acerca do rastreio do cancro colo-retal através da pesquisa do sangue oculto nas fezes
- ☐ Nunca ouvi falar acerca do rastreio do cancro colo-retal
- ☐ Não sei/ Não quero responder

4. Qual é a unidade a que pertence? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ UCSP (Centro de Saúde) do Lumiar (sem médico de família atribuído)
- ☐ UCSP (Centro de Saúde) de Sete Rios (sem médico de família atribuído)
- ☐ UCSP (Centro de Saúde) do Lumiar (com médico de família atribuído)
- ☐ USCP (Centro de Saúde) de Sete Rios (com médico de família atribuído)
- ☐ Outras unidades de saúde (com médico de família atribuído)
- ☐ Não sabe/Não quero responder

5. O vídeo foi importante para si... (selecione as opções corretas)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Melhorar os seus conhecimentos sobre o Rastreio do Cancro Colo-Retal.
- ☐ Consciencializá-lo (a) acerca da importância do Rastreio do Cancro Colo-Retal.
- ☐ Melhorar os seus conhecimentos sobre o acesso ao Rastreio do Cancro Colo-Retal.
- ☐ Porque foi realizado por um Profissional de Saúde (Enfermeiro)
- ☐ Fiquei a conhecer o Centro de Rastreamentos do Aceso Lisboa Norte enquanto fonte para procura de informação e para aceder ao rastreio
- ☐ A informação transmitida é clara e esclarecedora sobre o rastreio do cancro colo-retal

6. Quais das seguintes afirmações considera verdadeiras?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ A colonoscopia é a primeira linha para rastreio do cancro colo-retal;
- ☐ Em Portugal, as idades para rastreio do cancro colo-retal, em pessoas saudáveis, pelo pesquisa de sangue oculto nas fezes é entre os 50 e os 74 anos
- ☐ O rastreio do cancro colo-retal, pela pesquisa do sangue oculto das fezes, deve repetir-se de 7 em 7 anos.
- ☐ O rastreio do cancro colo-retal, no Sistema Nacional de Saúde, é gratuito.
- ☐ O rastreio do cancro colo-retal, pela pesquisa de sangue oculto nas fezes, tem riscos para mim.
- ☐ Para realizar o rastreio do cancro colo-retal, pela pesquisa de sangue oculto nas fezes, necessito de preparação intestinal e específica
- ☐ Se o resultado do meu rastreio for positivo existe um encaminhamento para a unidade de técnicas de Gastroenterologia do Hospital de Santa Maria
- ☐ Ao longo de todo o processo de rastreio posso sempre contactar o Centro de Rastreamentos do Aceso Lisboa Norte

7. Como obteve informação sobre o acesso a este vídeo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Através dos cartazes expostos nos centros de Saúde
- ☐ Já seguia as redes sociais do ACES Lisboa Norte
- ☐ Através de um familiar e/ou amigo
- ☐ Através de um profissional de saúde
- ☐ Não sabe/ Não quer responder

Obrigado pela sua participação!

#PreveniréoMelhorRemédio

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

XII- Adaptação do modelo revisto de Promoção da Saúde (Pender et al., 2015) ao projeto desenvolvido

