

**Intervenção Comunitária:
Capacitar a comunidade para salvar**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

Daniela Nazário Ferreira

**Intervenção Comunitária:
Capacitar a comunidade para salvar**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

Daniela Nazário Ferreira

**Orientação:
Professora Doutora Irene Santos
Co-orientação:
Professora Cassilda Sarroeira**

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações,
em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Após todo este caminho percorrido e no término do percurso deixo os meus sinceros e profundos agradecimentos a quem acreditou nesta minha luta pessoal e profissional, na minha força, na perseverança do dia-a-dia tão necessária, e a quem esteve em sintonia comigo na resiliência mantida para ultrapassar cada obstáculo.

À Professora Doutora Irene Santos, orientadora deste trabalho, e à Professora Cassilda Sarroeira, co-orientadora por todo o apoio, disponibilidade, orientação e rigor científico dado nesta fase final deste percurso do Mestrado.

À Professora Doutora Rosário Machado, orientadora do estágio, ponto de partida de todo este trabalho, por toda a disponibilidade, saber e aconselhamento dado ao longo de diversos momentos.

À Enfermeira Cooperante, Enfermeira Especialista Fátima Neves pela incansável paciência e orientação num estágio que se tornou tão enriquecedor, por todas as oportunidades dadas, pela integração na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho – Caldas da Rainha.

Um agradecimento sentido também à restante equipa da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho – Caldas da Rainha pela simpatia demonstrada e pelo acolhimento nesta Unidade.

Um reconhecimento de gratidão às instituições intervenientes e seus colaboradores, em especial às Diretoras técnicas e aos Ajudantes de Ação Direta que prestam cuidados no Serviço de Apoio Domiciliário da Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto, da Associação Social e Cultural Paradense e do Centro Social Paroquial N^a Sr^a das Mercês de Carvalhal Benfeito.

Um obrigado ao Centro de Saúde de Caldas da Rainha pela disponibilidade do local onde se realizaram as formações. □

Um agradecimento muito especial e sentido aos colegas de estágio Susana Alves, Bruno Vicente e Mónica Duarte pela amizade sincera, pela cumplicidade e companheirismo, pela força e o incansável apoio em todo este grande trajeto. Convosco a caminhada tornou-se menos penosa.

Por fim, e não menos importante, o mais sincero e profundo agradecimento à minha família e amigos, pela compreensão, apoio e motivação em especial nos momentos mais difíceis, por acreditarem que era possível, pela força que me deram quando a mesma me faltava.

Bem hajam!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD - Ajudante de Ação Direta

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

BLS – Basic Life Support

CHAMU – Circunstância, História, Alergias, Medicação, Última refeição

CPR – Cardiopulmonary resuscitation

CPR - Conselho Português de Ressuscitação

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf^a – Enfermeira

ERC - European Resuscitation Council

f. - folha

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

JBI – Joanna Briggs Institute

N^a - Nossa

n^o - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PLS – Posição Lateral de Segurança

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Prof.^a – Professora

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

Sr^a - Senhora

USP – Unidade Saúde Pública

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO - World Health Organization

RESUMO

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR”

O envelhecimento da população é um fenómeno importante que afeta as estruturas de apoio aos idosos, assim como os seus cuidadores. Em contexto de cuidados domiciliários torna-se importante formação útil como o Suporte Básico de Vida.

Para a compreensão desta temática utilizou-se a Revisão Sistemática de Literatura, com a questão PICO: “*Quais as intervenções de enfermagem que promovem o aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários?*”, que evidenciou a importância da formação e treino em SBV na comunidade.

Tendo como base o Planeamento em Saúde foi elaborado o Diagnóstico de Enfermagem “ameaça à linha de defesa das AAD, relacionada com stressores intrapessoais: défice de conhecimento em SBV e em primeiros socorros”. Este levou à intervenção comunitária “Capacitar a comunidade para salvar” sustentada na formação das AAD, tendo como resultado um ganho de conhecimentos em média de 30%.

Palavras-chave: *Enfermagem Comunitária; Intervenções de Enfermagem; formação; ajudantes de ação direta; aprendizagem; reanimação cardiopulmonar.*

ABSTRACT

COMMUNITY INVOLVEMENT: "EMPOWERING THE COMMUNITY TO SAVE"

An ageing population is an important phenomenon that affects the support structures for the elderly, as well as their caregivers. In the context of home care becomes important training useful as basic life support.

For understanding this issue using a systematic review of the literature, with the PICO question: "what are the nursing interventions that promote the increase of knowledge of the AAD in SBV in action in situations of cardiac arrest, in the elderly, in home care?", which highlighted the importance of education and training in CPR in the community.

Based on the Health Planning the nursing diagnosis "threat to the defense of the AAD, related to stressors people: knowledge deficit in CPR and first aid". This led to Community intervention "Empower the community to save" sustained in the formation of the AAD, resulting in a gain of knowledge on average of 30%.

Keywords: *Community nursing; nursing interventions; training; home health aides; learning; cardiopulmonary resuscitation*

ÍNDICE

	p.
RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	13
1 CONTEXTO DE ESTÁGIO - A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO - ACES OESTE NORTE.....	16
1.1 PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE NORTE.....	17
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
2.1 O ENVELHECIMENTO E AS RESPOSTAS SOCIAIS.....	19
2.2 SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO.....	21
2.3 CUIDADORES FORMAIS – AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA.....	23
2.4 A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE.....	24
2.5 SUPORTE BÁSICO DE VIDA E A MANUTENÇÃO DA CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	25
3 PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	29
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO GRUPO POPULACIONAL DAS AAD.....	29
3.1.1 Apreciação do grupo populacional segundo o modelo teórico de Betty Neuman.....	32
3.1.2 Diagnóstico de enfermagem comunitária com base no modelo teórico de Betty Neuman.....	34
3.1.3 Revisão Sistemática da Literatura.....	34
3.2 ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	38
3.2.1 Indicadores e metas.....	38
3.3 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	40
3.4 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR”.....	42
3.5 EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	42
3.6 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	44

4	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO	
	II	51
5	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM	
	ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	53
6	CONCLUSÃO	57
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

ANEXO I -	Projeto de Estágio	65
ANEXO II -	Guião de entrevista aos informantes- chave.....	89
ANEXO III-	Consentimentos informados para as entrevistas.....	92
ANEXO IV-	Análise de conteúdo das entrevistas.....	95
ANEXO V-	Apreciação do grupo populacional das AAD.....	104
ANEXO VI-	Apreciação do grupo populacional como cliente, segundo o Modelo de Betty Neuman.....	111
ANEXO VII -	Protocolo JBI da Revisão Sistemática da Literatura.....	120
ANEXO VIII -	Planos das sessões de formação (Primeiros Socorros/ SBV).....	153
ANEXO IX –	Cartaz de divulgação das sessões de formação.....	158
ANEXO X -	Ficha de inscrição nas sessões de formação.....	160
ANEXO XI -	Folha de assiduidade nas sessões de formação.....	163
ANEXO XII -	Ficha de avaliação de conhecimentos.....	165
ANEXO XIII -	Fichas de avaliação de cada sessão pelos formandos.....	167
ANEXO XIV -	Ficha de avaliação de cada sessão pelo formador.....	170
ANEXO XV -	Sessão de formação com a temática “Primeiros Socorros”.....	172
ANEXO XVI -	Sessão de formação com a temática “Suporte Básico de Vida”.....	190
ANEXO XVII-	Certificado de presença nas sessões de formação.....	205
ANEXO XVIII-	Capa do Manual de apoio.....	207
ANEXO XIX -	Póster sobre as três intervenções comunitárias complementares.....	209
ANEXO XX -	Publicação no Jornal das Caldas sobre a intervenção comunitária.....	211
ANEXO XXI -	Planos das ações de sensibilização “Cuidados com o Sol”.....	213

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência.....	26
Figura 2 - Adaptação do Algoritmo de SBV.....	27
Figura 3 – Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman à população alvo da intervenção (AAD).....	33

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 - Categorias e Sub-Categorias da análise das entrevistas.....	31
Tabela 2 - Classificação das fichas de avaliação de conhecimentos.....	45
Tabela 3 - Avaliação das Sessões de Formação pelo Formador.....	47
Tabela 4 - Avaliação da sessão de formação de Primeiros Socorros.....	48
Tabela 5 - Avaliação da sessão de formação de Suporte Básico de Vida.....	49

INDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 - Bases de dados e Limitadores de pesquisa.....	35
Quadro 2 - Indicadores de Processo.....	39
Quadro 3 - Indicadores de Resultado	40

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém. O Mestrado tem o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

Este documento final reflete a prática desenvolvida e todo o percurso no seio da enfermagem comunitária, abordando as aprendizagens e aquilo que num futuro será possível aperfeiçoar. Neste sentido enquadra a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica, fundamentando desse modo a singularidade das situações de cuidar também por recurso à revisão sistemática; fundamenta as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventaria a sua natureza; avalia, regista e divulga os resultados da ação / intervenção de enfermagem.

O estágio teve como objetivos gerais: aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar; criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar. Destaco ainda como objetivos pessoais desenvolver no âmbito da enfermagem comunitária uma intervenção útil para a comunidade, que possa ser replicada ou continuada e desse modo contribuir para uma mudança positiva na capacitação dos cidadãos; refletir sobre toda a prática desenvolvida e sobre o Planeamento em Saúde realizado.

No início do Estágio foi elaborado o projeto de estágio (ANEXO I), que visava uma intervenção comunitária que partiria do diagnóstico de situação acerca das necessidades formativas das AAD, realizado em três IPSS's (Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto; Associação Social e Cultural Paradense; Centro Social Paroquial Nª Srª das Mercês de Carvalhal Benfeito). Esta constituiu a primeira etapa do Planeamento em Saúde.

Esta necessidade de estudar a realidade dos cuidadores formais, em relação às suas dificuldades no contexto diário e as necessidades de formação dos mesmos, foi uma conjugação de uma inquietação pessoal com um desafio da Enfª Cooperante e da USP Zé Povinho, por haver interesse neste assunto e pouco conhecimento na área. Investir nos agentes de cuidados ao idoso é investir na saúde de uma comunidade, porque ao promover a formação e aquisição de conhecimentos de quem presta apoio aos idosos, eleva-se a qualidade de cuidados que estes recebem.

O diagnóstico de situação resultou de entrevistas a informantes-chave das três instituições, da análise de dados fornecidos pelas instituições em relação às necessidades formativas das AAD. Deste diagnóstico de situação emergiram vários problemas e através dos mesmos foram elaborados diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo de Betty Neuman.

Para Neuman a enfermagem é vista como uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*” (Neuman, 1982 citado por Freese, 2004). Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Ele proporciona a «estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem e é suficientemente flexível para lidar de forma adequada com a complexidade do global» (Neuman, 1995). Este modelo sustenta-se numa abordagem sistémica que não entra em conflito com outras formas de apreciação em enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem, no qual se fundamentou a intervenção comunitária realizada a este grupo populacional foi o seguinte: Ameaça à linha de defesa das AAD, relacionada com stressores intrapessoais: défice de conhecimento em SBV e em primeiros socorros.

A aquisição de conhecimentos das ajudantes de ação direta é uma preocupação para as IPSS's e para o setor da Saúde, para a melhoria dos cuidados aos idosos, por serem estas que dão uma primeira resposta de apoio aos idosos no domicílio. As políticas sociais do País apresentam ainda algumas lacunas na resolução dos problemas de funcionamento das IPSS e no desenvolvimento destas funcionárias que prestam apoio ao idoso.

Nesta linha de análise assume-se que o envelhecimento com apoio e cuidados domiciliários carece de recursos materiais, humanos e financeiros, nem sempre ajustados às reais necessidades do idoso. No âmbito destes recursos destaca-se o grupo profissional de AAD, por ser considerado importante o bom desempenho das suas funções para o bem-estar dos idosos.

As AAD são um grupo socioprofissional a quem se exige no dia-a-dia conhecimentos específicos para a prestação de apoio ao idoso, por parte das IPSS's, famílias e comunidade. No contrato coletivo que rege as IPSS define-se o conteúdo funcional das AAD como o profissional que trabalha diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar (Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de outubro – Ministério do Trabalho e da Solidariedade).

Estes profissionais carecem de formação específica para concretizarem adequadamente a sua função. A exigência é maior à medida que aumenta a dependência do idoso; o despiste de situações que visem a intervenção do cuidado profissional de enfermagem torna esta colaboração importante na prestação de cuidados domiciliários.

A responsabilidade de prestar toda a assistência possível e / ou necessária, ao outro, é uma exigência da sociedade, que se estende também à realidade do dia-a-dia das AAD. São inúmeras as situações de apoio solicitadas para as quais se torna imprescindível ter previamente algum suporte teórico e prático. Também em situações de emergência e, pela particularidade das mesmas se manterem mais perto dos utentes, são um grupo profissional que poderá dar uma primeira resposta na manutenção da cadeia de sobrevivência, até chegar ajuda especializada.

Considerou-se importante ver o estado da arte através da pesquisa de Literatura. Realizou-se igualmente uma exposição acerca do Modelo de Sistemas de Betty Neuman com a apreciação do grupo populacional das AAD, segundo o mesmo.

Expostas estas considerações, recorreu-se à RSL para sustentar a prática na evidência científica e elaborou-se a seguinte questão PICO: *“Quais as intervenções de enfermagem que promovem o aumento de conhecimento das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários?”*.

Cumprindo as etapas do Planeamento em Saúde foram definidos objetivos, nos quais se integram os indicadores e metas a atingir. Foram selecionadas as estratégias e elaborado o projeto de Intervenção Comunitária “Capacitar a Comunidade para salvar”. Como etapas finais, a execução e posterior avaliação da intervenção é apresentada detalhadamente.

Por último é apresentada uma análise reflexiva acerca da intervenção comunitária e do desenvolvimento do estágio numa perspetiva das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

1- CONTEXTO DE ESTÁGIO – A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO – ACES OESTE NORTE

A missão da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho do ACES Oeste Norte é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, cumprindo deste modo a missão do agrupamento de centros de saúde Oeste Norte.

A Unidade de Saúde Pública desenvolve as suas atividades no respeito das atribuições que lhe são cometidas no artigo 3.º da portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, Diário da República n.º 99, série i, de 22 de maio de 2012.

A área abrangida por esta Unidade é definida pelos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche. Esta é considerada a Região Oeste Norte. Viviam na região 176.281 pessoas à data dos Censos de 2011 (INE, 2011).

As competências essenciais da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho são as seguintes:

- ✓ Elaborar informação e planos em domínios de Saúde Pública;
- ✓ Proceder à vigilância epidemiológica;
- ✓ Gerir e executar Programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde;
- ✓ Exercer o poder de Autoridade de Saúde;
- ✓ Assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública;
- ✓ Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação em saúde.

Ao longo deste estágio, a intervenção comunitária estruturada inseriu-se nos Programas no âmbito da promoção e proteção de saúde da comunidade. A USP Zé Povinho não tinha ainda elaborado nenhum projeto nas IPSS mas era uma preocupação da mesma os cuidados domiciliários disponibilizados por estas Instituições e a prestação de cuidados ao idoso, realizada pelas AAD.

A sede da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho localiza-se nas Caldas da Rainha e dispõe de equipas operativas denominadas Unidades Locais de Saúde Pública, sediadas nos Centros de Saúde dos 6 concelhos que integram o ACES Oeste Norte, onde os cidadãos recorrem para assuntos do domínio de Saúde Pública.

Alguns dos Programas e Projetos da USP Zé Povinho em desenvolvimento e atuação são os seguintes:

- Movimento escola/cidade dos afetos (projeto da área da saúde escolar, com atividades que contemplam as áreas da Educação para a Saúde, nomeadamente em educação sexual e alimentação);
- Consulta de cessação tabágica (realizada no Centro de Diagnóstico Pneumológico);

- Consulta de alcoologia (realizada no Centro de Saúde das Caldas da Rainha, por uma equipa constituída por uma médica especialista em Medicina Geral e Familiar e uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária);
- Consulta do viajante (suporte importante na recomendação e motivação da prevenção das doenças, informação sobre medidas preventivas no âmbito de comportamentos seguros em cada País, vacinas obrigatórias, profilaxia medicamentosa);
- Vacinação internacional (destinada a todos os viajantes, independentemente do local a que pertençam desde que possuam a prescrição médica da Vacina Contra a Febre Amarela e/ou Febre Tifoide);
- Familiarmente (projeto sustentado na intervenção em Terapia Familiar e Sistémica);
- Saúde Escolar;
- Projeto Pão. Come (projeto que tem por objetivo principal a redução do sal adicionado na confeção do pão, que visa a diminuição da mortalidade específica por doenças cérebro e cardiovasculares);
- Um amigo especial (projeto que integra o animal, sobretudo o cão, como um recurso terapêutico);
- Prevenção e controlo do tabagismo (projeto que tem como objetivos prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens; promover e apoiar a cessação tabágica a toda a comunidade escolar; garantir resposta às necessidades de apoio à cessação tabágica, de todos os utentes fumadores; informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo);
- Ambiente e saúde (promoção de um ambiente escolar seguro e saudável);
- Observatório de Saúde (definição, a nível local, de intervenções em espaços e grupos populacionais prioritários, privilegiando a promoção da saúde e deteção precoce da doença, a inovação das intervenções, a capacitação de recursos e a potenciação da articulação institucional).

1.1 - PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE NORTE

A estrutura demográfica da população da região Oeste Norte alterou-se de forma importante nos últimos 50 anos. O número de nascimentos decresceu para quase metade, a população envelheceu consideravelmente e os grupos etários com mais representação passaram dos com menos de 20 anos para o grupo entre os 30 e os 50. A par destas alterações, existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos.

A esperança de vida à nascença é de aproximadamente 79 anos. A taxa de natalidade desta região é de 7,9%, inferior à taxa nacional de 9,2%. A taxa de mortalidade geral padronizada (5,93%) desta região é mais elevada do que a nacional (5,57%) (USP Zé Povinho, 2013).

A taxa de desemprego na região duplicou, na última década, de cerca de 6 para mais de 12% da população ativa (USP Zé Povinho, 2013).

No Perfil de Saúde realizado entre 2009 e 2013, o padrão de educação da população residente também mudou de forma importante, com um aumento da proporção da população com ensino superior (de 4,5 para 11,9%) e uma diminuição da proporção da população com 10 e mais anos que não sabe ler nem escrever (de cerca de 10 para 6%). A taxa de analfabetismo é, apesar disso, superior à nacional (5%).

A maior parte da população da região Oeste Norte que trabalhava por conta de outrem em 2011 estava empregada no sector terciário. Apenas uma minoria (7%) trabalhava no sector primário.

Em 2009, em todos os concelhos da região Oeste Norte, a média do ganho mensal era inferior à média nacional (1034€), variando de 769€ na Nazaré até 901€ em Óbidos.

O consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco parece seguir uma tendência de aumento.

A mortalidade por suicídios na região (120/ 1000 habitantes) é ligeiramente mais elevada que a nacional (100/ 1000 habitantes).

Os indicadores de saúde mental disponíveis apontam para um problema importante. A nível de problemas de saúde o aumento mais acentuado verificou-se nas perturbações ansiosas e nas perturbações depressivas, que determinaram em 2012 cerca de cinco vezes mais registos por utente do que em 2008. Num estudo efetuado entre 2009 e 2012, no concelho das Caldas da Rainha, constituído por uma amostra de 424 utentes inscritos no ACeS, com aplicação do questionário General Health Questionnaire – versão GHQ-28, pretendeu-se conhecer a realidade comunitária desse concelho por referência à Saúde Mental e Bem-Estar Subjetivo - um em cada três participantes tinha mal-estar significativo, sugestivo de patologia psiquiátrica; existe uma relação entre a saúde mental e acontecimentos de vida perante a conjuntura económica desfavorável, o desemprego e a pobreza (Neto, 2011).

A prevalência de HIV/SIDA na região (2,6/ 1000 habitantes) é inferior à do País (3,9/ 1000 habitantes), com exceção do concelho de Peniche, que mantém, há longos anos, uma prevalência (5,3/ 1000 habitantes) muito acima do valor médio nacional (USP Zé Povinho, 2013). Embora não exista um estudo acerca deste problema em Peniche, poderá dever-se às características da cidade e da população, com maior desemprego e um nível socioeconómico mais baixo, um maior consumo de droga, com a presença de um porto marítimo com maior mobilidade de pessoas, maior proporção de prostituição e procura de turismo sexual.

A mortalidade por diabetes e por doenças cerebrovasculares na região Oeste Norte é, há vários anos, mais elevada que a média nacional (diabetes – 4,3%; doenças cerebrovasculares – 10,8%). Estes dados não se referem a taxas padronizadas, pelo que podem refletir apenas uma distribuição etária diferente – população mais envelhecida. No entanto, no ACeS, 6% dos utentes têm obesidade e/ou excesso de peso e há uma maior proporção de utentes neste ACeS com alterações do metabolismo dos lípidos e diabetes. Entre 2008 e 2012, cerca de 10% dos internamentos nas Caldas da Rainha foram de doentes com diabetes mellitus (USP Zé Povinho, 2013).

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O ENVELHECIMENTO E AS RESPOSTAS SOCIAIS

O processo de envelhecimento é um fenómeno estudado desde meados do século XX até aos dias de hoje, que afeta de diferentes formas todos os países, sejam eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

O envelhecimento da população é uma tendência de longo prazo que teve início há várias décadas em Portugal e na Europa. Este envelhecimento é visível na evolução da estrutura etária da população, e está associado à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade e consequente aumento da esperança de vida. O processo de envelhecimento tem profundas implicações na estrutura etária da população, que, por sua vez, gera significativas alterações nas necessidades sociais (DGS, 2014).

Segundo os Censos de 2011 (INE, 2013), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Segundo o mesmo relatório a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614. Sendo que 15% da população se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

A definição do processo de envelhecimento é em si própria paradigmática. Alguns autores consideram que o envelhecimento começa no momento da concepção - começa-se a envelhecer logo que se nasce; para outros o processo de envelhecimento inicia-se entre a segunda e a terceira década de vida; existem outros autores que consideram que o envelhecimento acontece nos estádios mais avançados da vida humana. Outros consideram que na atualidade parece desajustado considerar a condição de idoso aos 65 anos, uma vez que o envelhecimento é um processo gradual (Conceição, 2012).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas, um desafio aos sistemas de saúde no que se refere à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados (PNSPI, 2004).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes,

acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (PNSPI, 2004).

Segundo a DGS (2015), 30% dos idosos com mais de 75 anos está afetado por doença pulmonar obstrutiva crónica, que atinge assim uma grande magnitude a nível nacional. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte nos idosos em Portugal. No entanto observou-se diminuição da mortalidade entre os quinquénios (2004-2008 e 2009-2013) em Portugal: de 8001 para 7443 óbitos por 100 000 habitantes (-7%).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003, de 8 de novembro.

As políticas que permitem desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde integrados e de apoio social às pessoas idosas, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (PNSPI, 2004).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.

Uma das estratégias de intervenção do PNSPI relaciona-se com a prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência.

Os Censos realizados em 2011 (INE, 2013) revelam que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década.

A dependência implica a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete algumas capacidades, implica a incapacidade para realizar por si só as atividades da vida diária e ainda a necessidade de cuidados por parte de outros (Pais, 2014).

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (capítulo I, artigo 3, alinha h) entende-se por dependência:

“(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa

e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.”

O problema social que representa o envelhecimento na sociedade portuguesa concretamente e, nas sociedades industrializadas em geral, compõe um dos grandes desafios com que se confrontam as instâncias políticas e sociais que detêm a missão de encontrar soluções.

Correia (2003) salienta que, a intervenção comunitária passa por colocar em prática estratégias que previnam situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento; promover condições favoráveis à integração sociofamiliar, económica e cultural das pessoas idosas, evitando a sua exclusão/marginalização; fomentar a autonomia da pessoa idosa, através da participação ativa na comunidade; reconhecer o valor da pessoa idosa na família; redescobrir o valor positivo das pessoas idosas como detentoras de saberes e de cultura; apoiar os prestadores informais de cuidados no apoio às pessoas idosas; articular os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial a Saúde e a Segurança Social; promover a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social.

Em 1983, o Estado cria o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro, que eram promovidas e administradas por particulares sem fins lucrativos “(...) com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...)”.

As IPSS surgem no panorama da ação social com parceria do Estado (que delega alguns poderes, mas financia e fiscaliza a sua atividade) na concretização das políticas sociais para o desenvolvimento das respostas sociais. A proteção social ao idoso é influenciada pelas orientações que os Governos estabelecem para as políticas sociais. Assim, a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, uma vez que suporta uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do Estado e, pelo Estado, são comparticipadas, apoiando os idosos em várias respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Acolhimento Familiar para pessoas idosas, Residência, Centro de Férias e Lazer e Lar de Idosos.

2.2 SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Atualmente, em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário está regulamentado através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, revogando assim o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro. Este último definiu numa fase primária as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, mas por não estar adaptado às constantes mutações que imperam na sociedade de hoje, sobretudo na dimensão sociofamiliar, que se caracteriza por um elevado número de pessoas em situação de dependência,

às quais urge uma resposta congruente para as necessidades básicas e instrumentais da vida diária, surge o novo enquadramento legislativo supracitado.

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº38/2013 de 30 de janeiro, o Serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

A World Health Organization (2004) define o Serviço de Apoio Domiciliário como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e os serviços de resposta social, que são prestados ao utente no seu próprio domicílio. Esta coordenação dos serviços permite, em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo impedir a institucionalização do idoso.

Os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) prendem-se com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuindo para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar e para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objetos de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Na sequência dos objetivos delineados para o SAD, encontra-se regulamentado que este deve proporcionar um conjunto diversificado de cuidados e serviços, adaptados às necessidades de cada utente. Desta forma, os serviços e cuidados prestados devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, sempre que se considere necessário, apoio durante o fim-de-semana e feriados.

A Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro também elenca diversos serviços e cuidados que o SAD deve disponibilizar, sendo imperativo reunir pelo menos quatro dos seguintes: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência.

No entanto, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, tais como: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; apoio psicossocial; confeção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; realização de atividades ocupacionais.

O SAD orienta-se através de alguns princípios de atuação, tais como a qualidade, eficiência, humanização e individualização; interdisciplinaridade; avaliação das necessidades do utente; reserva da intimidade da vida privada e familiar; inviolabilidade do domicílio e da correspondência; participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços.

Os serviços de saúde que são prestados ao indivíduo ou famílias, nos seus locais de residência, têm o propósito de promover, manter, restaurar o estado de saúde, ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos da doença, incluindo estados terminais (Pais, 2014).

2.3 CUIDADORES FORMAIS – AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

A terminologia utilizada de cuidadores formais e informais está longe de ser consensual, mas para efeito deste documento utiliza-se a conceção de Silva (2010) que refere que o cuidado formal é providenciado numa forma estruturada, por serviços estatais da Segurança Social ou do poder local, serviços privados, com ou sem fins lucrativos, e/ou mediante a contratação de pessoas designadas como cuidadores formais (Silva, 2010). Os cuidadores formais têm uma remuneração pela função que desempenham.

Os cuidadores formais são auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (WHO, 2004).

As ajudantes de ação direta integram-se na designação de cuidadores formais.

No contrato coletivo que rege as IPSS define-se o conteúdo funcional das AAD como o profissional que trabalha diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar (Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de outubro – Ministério do Trabalho e da Solidariedade). De acordo com o mesmo, para o desempenho desta função é necessário, apenas, ser maior de 18 anos e ter a escolaridade obrigatória por lei, estipulando-se na sua cláusula 94 as condições de progressão na carreira - 5 anos de bom e efetivo serviço na categoria (Conceição, 2012).

Torna-se importante que as aptidões das AAD sejam trabalhadas na área da relação humana, a nível de comunicação com o idoso e família, independentemente dos níveis de qualificação considerados. As mesmas são um elemento de ligação entre o idoso e os que fazem parte do seu ambiente relacional

De acordo com o Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, os auxiliares de ação direta executam a totalidade ou parte de tarefas, como: tarefas relacionadas com a alimentação, prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais; acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres. As tarefas relacionadas com gestão da roupa e artigos dos utentes ou manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer, entre outras, fazem também parte das suas funções.

Torna-se necessário a formação das AAD para o bom desempenho das suas tarefas e para a qualificação das mesmas, com capacidade de respostas mais eficazes às necessidades dos

idosos. Considerando ainda o grau de dependência de muitos idosos e o facto de que a grande maioria apresenta diversas patologias que podem desencadear situações de emergência, é importante que estas auxiliares tenham formação em SBV. Desta forma poderão dar uma primeira resposta na manutenção da sobrevivência, até chegada dos profissionais de saúde.

Segundo Glaister e Blair (2008), os ajudantes de ação direta, na maioria dos casos, encontram-se mal preparados para o apoio aos idosos, que se encontram numa fase da vida em que enfrentam grandes desafios. A formação destes profissionais não acompanhou o ritmo das mudanças nas necessidades de cuidados. Os mesmos autores referem que os ajudantes de ação direta que prestam cuidados a idosos relatam muitas vezes que sentem necessidade de mais formação e conhecimentos, em particular no que diz respeito à interação com idosos com demência, depressão e agressividade.

Smith et al. (2005) concluem que a qualidade dos cuidados prestados pode ser melhorada após a implementação de programas de educação para os ajudantes de ação direta.

2.4 A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE

A formação é necessária para o desenvolvimento de aptidões e competências e para aperfeiçoar a prática profissional. É também uma forma de atuação e de saber lidar com as diversas situações que ocorrem diariamente.

Cada vez mais as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas e, neste sentido, é imprescindível a melhoria de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se, então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, importando referir que não é estanque, carece de atualizações, reciclagem e aquisição de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, 2012).

A formação é um meio para alcançar o ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício de cidadania ativa. Segundo Conceição (2012) a aquisição de conhecimentos a nível pessoal e profissional ao longo da vida é um processo que se vai construindo, que não se cinge apenas a um direito, mas também a um dever.

Em Portugal, Jacob (2003) confirma que o pessoal não técnico inicia muitas vezes a sua atividade profissional sem que tenha frequentado qualquer ação de preparação específica que o habilite para trabalhar com idosos. O mesmo se verifica quanto à formação contínua que, geralmente, não tem uma periodicidade regular. É, no entanto, reconhecida pelos superiores a necessidade de treino e formação dos ajudantes de ação direta, de modo a ir ao encontro das necessidades dos idosos (Lerner et al., 2010).

Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde, é importante despertar as mentalidades da comunidade, principalmente dos grupos populacionais que apoiam os idosos no

domicílio, para formações tão úteis e decisivas entre a sobrevivência ou não-sobrevivência, tal como o Suporte Básico de Vida (SBV).

Segundo o European Resuscitation Council – ERC (2010), as necessidades de formação em SBV incluem leigos, pessoas sem formação específica em áreas de saúde, mas com funções de salvaguarda do cidadão. Incluem-se neste âmbito as funcionárias de instituições que prestam auxílio aos idosos no domicílio, como as ajudantes de ação direta.

A formação deve ser ajustada às necessidades dos formandos para assegurar a melhor aquisição de conhecimentos.

Os enfermeiros, através dos seus conhecimentos, competências e habilidades, podem desenvolver várias estratégias para capacitar a comunidade para uma resposta adequada na primeira linha de situações de emergência, até chegada de ajuda especializada (profissionais de saúde).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RCEEEECSP) explicita as áreas de competências do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011). Uma dessas competências é contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa, à família e comunidade. A Promoção da Saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária.

Segundo a Carta de Ottawa é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (OMS, 1986).

2.5 SUPORTE BÁSICO DE VIDA E A MANUTENÇÃO DA CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo. Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos. A morte súbita é responsável por mais de 60% das mortes do adulto por doença coronária. Dados provenientes de 37 comunidades na Europa indicam que a incidência anual de paragens cardíacas no ambiente pré-hospitalar é de 38 por 100 000 habitantes (European Resuscitation Council – ERC, 2010). Em 2016 Portugal Continental teve cerca de 155000 ocorrências emergentes no pré-hospitalar (INE, 2017).

De acordo com Nolan *et al* (2010), uma pessoa que sofra um colapso cardiorrespiratório tem uma probabilidade de sobreviver entre 60 a 70%, caso seja aplicado o Suporte Básico de Vida de imediato.

Inevitavelmente, ocorrem situações inesperadas que colocam em risco a sobrevivência humana e, nestas situações todos os indivíduos são passíveis de serem socorristas ou de serem socorridos. Prestar auxílio implica compreender a necessidade de chamar ajuda qualificada e prestar socorro até à chegada dos meios de ajuda diferenciada.

Qualquer que seja o ambiente, quer social, quer profissional, os indivíduos têm a responsabilidade de prestar toda a assistência de que forem capazes e para a qual estejam preparados. Situações de emergências ocorrem em todo o lado e é imprescindível que os cidadãos sejam capazes para agir em consonância.

Suporte Básico de Vida (SBV) é para o INEM (2014), um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima viva até chegada de profissionais da emergência.

Segundo o Conselho Português de Ressuscitação (2010), SBV significa manter a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação sem recurso a outro equipamento para além das barreiras de proteção. Estas barreiras incluem uma máscara de bolso para realizar insuflações.

As ações que ligam a vítima de paragem cardíaca súbita à sobrevida da mesma constituem a Cadeia de Sobrevivência.



Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência (fonte – CPR, 2015)

O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce, na tentativa de salvar vidas. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevida na PCR.

O SBV compreende a seguinte sequência de ações:

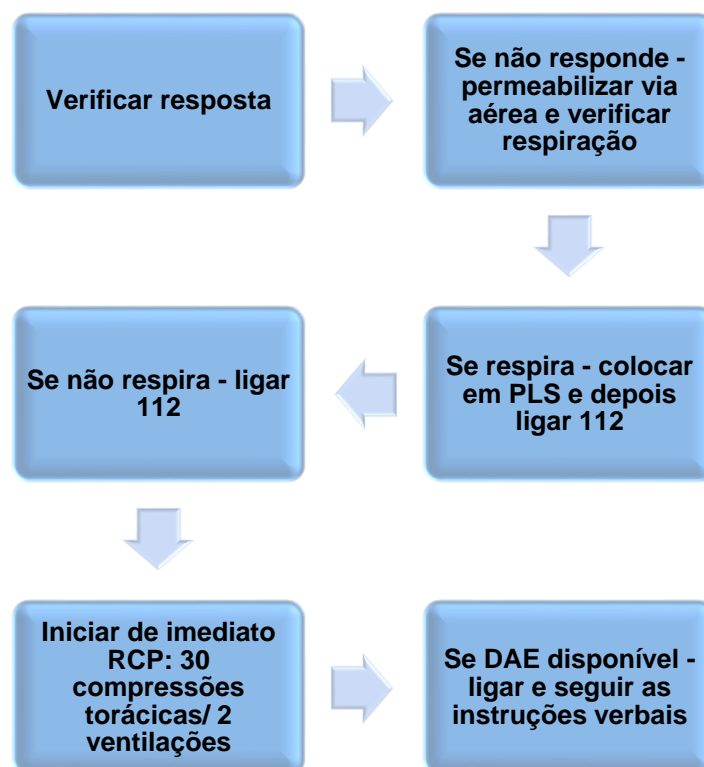


Figura 2 – Adaptação do Algoritmo de SBV (Fonte: CPR, 2015)

O socorrista não treinado ou que não quer fazer ventilação à vítima faz só compressões torácicas. Quando se fazem só compressões, estas devem ser contínuas, com uma frequência de 100/ minuto (European Resuscitation Council, 2015).

Há inúmeros métodos de treino em SBV e DAE. O processo mais utilizado nesta formação é o método demonstrativo e ativo. É essencial que a formação inclua treino prático. Dentro das metodologias de formação, o role-play é uma estratégia metodológica contextualizada, traduzida como dramatização, que permite aos formandos praticar e treinar os conteúdos teóricos aprendidos, por forma a consolidá-los, também defendida pelo ERC.

O Decreto-Lei nº 188/2009, de 12 de agosto (posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 184/2012), introduziu no Sistema de Emergência Português a utilização de Desfibriladores Automáticos Externos (DAE), mas este equipamento só por si não salva vidas, é necessário o bom conhecimento e prática de SBV, só alcançável através de formação.

Segundo o European Resuscitation Council – ERC (2010), o ideal é que todo o cidadão tenha treino em SBV. As ações de formação em SBV devem ser avaliadas para assegurar que os formandos atingem consistentemente os objetivos de aprendizagem, que mantêm os conhecimentos que lhes permita atuar corretamente em caso de paragem cardíaca e melhorar o prognóstico dos doentes. Os conhecimentos em SBV deterioram-se em três a seis meses devido ao possível esquecimento de alguns passos do algoritmo. De realçar que as *guidelines* sobre SBV vão sendo atualizadas e isso implica a necessidade de treino e aquisição de novas orientações. A avaliação frequente permite identificar os que necessitam de treino de re-certificação para manter conhecimentos.

Torna-se pertinente efetuar formação neste âmbito na comunidade, pois este tipo de iniciativas são oportunidades de incluir na sociedade civil a percepção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência (INEM, 2014).

Desta forma, defende-se que a consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais precocemente possível na vida de cada cidadão.

No capítulo seguinte será apresentado um grupo da comunidade, de AAD, com défice de conhecimento em SBV e a intervenção comunitária desenvolvida, com o objetivo de aprender para salvar.

3- PLANEAMENTO EM SAÚDE

No exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, impõem-se desafios e exigências, sobretudo no que diz respeito à otimização das suas competências, no âmbito do planeamento estratégico, tático e operacional, em saúde, enquanto processo que se inicia pelo diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades. Considerando o Regulamento n.º 128/2011, destaca-se que compete ao enfermeiro especialista estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Neste contexto destaca-se no Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros na Lei nº 111/ 2009 de 16 de setembro, o comprometimento profissional para com e na comunidade, sendo que o enfermeiro é responsável para com a comunidade ao nível da promoção da saúde e pela resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assumindo o dever de conhecer as necessidades dessa comunidade em que está inserido (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Imperatori e Giraldes (1993) definem planeamento em saúde como a racionalização da utilização de recursos escassos com vista a atingir alvos delineados, tendo como objetivo a redução de problemas de saúde considerados prioritários, e que implicam a coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos.

3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO GRUPO POPULACIONAL DAS AAD

O Diagnóstico de Situação integra a primeira fase do Planeamento em Saúde. A qualidade e o rigor atingido na elaboração do diagnóstico determinará, em grande parte, a escolha das prioridades (Imperatori e Giraldes, 1993).

Realizou-se neste Estágio o diagnóstico de situação acerca das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta em três IPSS's, pela necessidade de estudar a realidade destes cuidadores formais, em relação às suas dificuldades no contexto diário e a carência de formação dos mesmos.

A escolha do grupo populacional (24 ajudantes de ação direta) e da temática envolvida foi uma conjugação de uma preocupação pessoal por todo o contexto de cuidados domiciliários e assistência não diferenciada que pode ajudar na saúde/ sobrevivência do idoso.

Na minha vivência profissional no Serviço de Urgência, esta preocupação surgiu pela ocorrência de situações de emergência em idosos com apoio domiciliário, nas quais era perceptível à entrada no Serviço de Urgência a assistência prestada e a dificuldade de atuação

imediate. Foi também um desafio da Enfermeira Cooperante e da USP, por haver interesse neste assunto e pela inexistência de estudo sobre os cuidados domiciliares na Região.

Para perceber as necessidades formativas das AAD das três IPSS, por forma a promover uma intervenção neste grupo populacional, foram realizadas entrevistas a informantes-chave das três instituições (Diretor Técnico da cada IPSS e uma Ajudante de Ação Direta de cada IPSS) num total de seis entrevistas. Os informantes-chave selecionados possibilitaram um conhecimento mais profundo da realidade deste grupo populacional e a visão global e holística de quem está inserido no meio. Para as entrevistas foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, com oito questões (ANEXO II).

Foram salvaguardadas as questões éticas, com a explicação do objetivo das entrevistas e com a devida assinatura dos consentimentos informados (ANEXO III). Segundo Fortin (2009) o consentimento informado significa que o sujeito obteve a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário que dá.

Procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas (ANEXO IV) que permitiu chegar a diversas categorias e subcategorias com a identificação das correspondentes unidades de registo, que serão apresentadas sumariamente na tabela seguinte.

Entende-se por análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2016, p. 44).

A estratificação temática foi realizada através do número de unidades de registo sobre cada área de conhecimento e viabilizou a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. A priorização dos problemas foi feita através do número de menção ao défice de conhecimento em cada temática. Tornou-se evidente na análise de conteúdo a importância dada a algumas áreas temáticas e a necessidade de formação sentida pelas AAD e reconhecida pelos Diretores Técnicos.

Tabela 1 – Categorias e Sub-Categorias da análise das entrevistas

CATEGORIA: Necessidade de Formação das AAD's

Sub-Categorias:

- Processo de Envelhecimento
- Gestão de conflitos
- Comunicação com os utentes e família
- Cuidados de higiene e conforto
- Posicionamentos e transferências
- Prevenção de úlceras
- Alimentação por Sonda nasogástrica
- Cuidados com Sonda Vesical
- Suporte básico de vida
- Primeiros socorros

CATEGORIA: Desenvolvimento das competências das AAD's

CATEGORIA: Resposta do SAD aos idosos dependentes

CATEGORIA: Necessidades sentidas no contexto de trabalho

CATEGORIA: Dificuldades sentidas pelas AAD's

Simultaneamente foi realizada consulta de documentação das IPSS's sobre algumas temáticas/ necessidades formativas das suas equipas de AAD. As temáticas referenciadas pelas AAD como necessidade de formação foram o processo de envelhecimento; comunicação com a família; psicologia do idoso; posicionamentos no leito e transferências; cuidados de higiene e conforto; primeiros socorros e SBV.

Foi feita uma reflexão da realidade do contexto profissional no Serviço de Urgência quando à entrada de situações de emergência em idosos com apoio domiciliário. Foi perceptível a assistência prestada e a dificuldade de atuação imediata das AAD.

Os problemas priorizados foram os seguintes: défice de conhecimento em relação ao processo de envelhecimento; obstáculos na comunicação com o idoso/ família; dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto; défice de formação em SBV e em primeiros socorros. Destes problemas surgiram vários diagnósticos de enfermagem elaborados segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman, que originaram três projetos individuais na mesma população.

A intervenção comunitária foi individual e partiu do diagnóstico de enfermagem sobre o défice de conhecimento das AAD em SBV, no entanto, partilha alguns pontos comuns a outros dois colegas que realizaram intervenção comunitária na mesma população.

3.1.1- Apreciação do grupo populacional segundo o modelo teórico de Betty Neuman

A apreciação do grupo populacional das AAD foi realizada através das entrevistas e complementada posteriormente com o formulário para participação na intervenção comunitária. Permitiu completar a caracterização do grupo populacional em alguns aspetos como a formação anterior, tempo de experiência na profissão que exercem, valorização da formação, entre outros (ANEXO V).

A população alvo foram as 24 ajudantes de ação direta que integram as três instituições acima referenciadas. 96% das AAD eram mulheres, maioritariamente entre os 40 e os 59 anos, casadas e/ ou em união de facto, de nacionalidade portuguesa.

A maior parte das AAD estudou apenas até ao ensino secundário e 62% fizeram formação na área do idoso dependente, embora com poucas atualizações. De referir que a falta de atualização de conhecimentos pode levar a falta de qualidade nos cuidados prestados ao idoso no domicílio.

Apenas 17% exercem a profissão de cuidador formal há mais de 10 anos. 83% das AAD referem ter sido uma escolha pessoal. A baixa percentagem das AAD a trabalhar há mais tempo na área indica-nos a menor experiência de grande parte destas trabalhadoras.

Maioritariamente trabalham 30 a 40 horas semanais, em regime de horário fixo, com contrato efetivo.

Na avaliação que fazem em relação a si próprias, a maior parte classifica o seu nível de formação entre o suficiente e o bom. As mesmas assumem que prestam um nível de cuidados que consideram igualmente bom. No entanto mencionam a necessidade de ser feita formação anual sobre cuidados de higiene, posicionamentos, processo de envelhecimento, primeiros socorros, entre outras temáticas. Estes dados mostram uma confiança no trabalho que desenvolvem, mas a noção de que a atualização de conhecimentos pode colmatar algumas lacunas que vão tendo no dia-a-dia, junto do idoso.

As entrevistas aos informantes-chave (nas quais foram incluídas três AAD) com a respetiva análise dos achados permitiram complementar a apreciação do grupo populacional.

Os instrumentos de colheita de dados que permitem ter em consideração a perceção que a comunidade tem dos problemas de saúde e das suas capacidades são tão importantes como os métodos estruturados pelo enfermeiro para a obtenção de conhecimentos que considere essenciais.

Com a análise de todos os dados do grupo populacional, foi feita a apreciação do mesmo segundo o Modelo de Betty Neuman.

O Modelo de Enfermagem de Neuman apoia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos em constante interação com stressores ambientais (Tomey e Alligood, 2004).

O sistema cliente apresentado define-se como um grupo populacional. Este grupo populacional é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. É visto como um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

O Modelo de Sistemas de Neuman é utilizado na enfermagem comunitária, existindo parâmetros fundamentais na apreciação da comunidade como cliente, tais como o núcleo da comunidade e seus subsistemas, as linhas de defesa (nível de saúde que a comunidade alcança ao longo do tempo, a qual resulta numa resposta aos *stressores*), as linhas de resistência (mecanismos internos que agem em defesa dos *stressores* e representam em forças da comunidade), os *stressores* (são produtores de tensão e têm o potencial de causar desequilíbrio no sistema; podem ser originados fora ou dentro da comunidade e resultar em rutura da mesma) e, por fim, o grau de reação (desequilíbrio que resulta do impacto dos *stressores* nas linhas de defesa da comunidade).

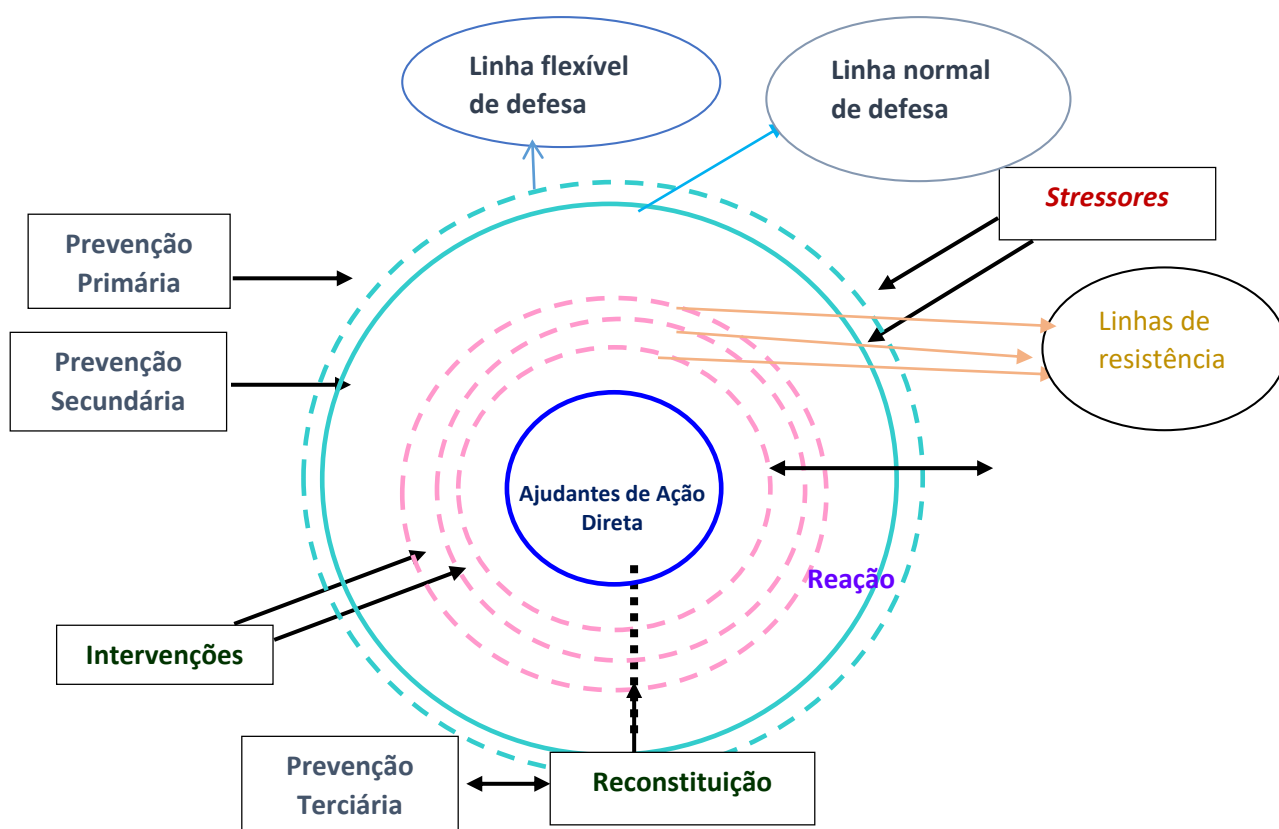


Figura 3 – Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman à população alvo da intervenção (AAD)

Os parâmetros de apreciação da comunidade como cliente (ANEXO VI), tais como o núcleo da comunidade e seus subsistemas, as linhas de defesa, linhas de resistência, os stressores e o grau de reação foram perceptíveis através das entrevistas aos informantes-chave.

Os contextos intersistémicos e extrasistémicos dos grupos populacionais como cliente foram apreciados de acordo com os oito subsistemas: Saúde e Segurança; Sócio Cultural; Educação;

Comunicação e Transportes; Recreação e Lazer; Económico; Legislação e Política; Religião (ANEXO VI).

A apreciação deste grupo populacional no contexto intrassistémico refletiu as características fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, características do Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman (ANEXO VI).

3.1.2- Diagnóstico de Enfermagem Comunitária com base no modelo teórico de Betty Neuman

A análise dos dados sobre os contextos intra, inter, extrasistémicos é feita para determinar o impacto dos stressores sobre o sistema cliente assim como, para avaliar a força das Linhas de Resistência para fazer face aos stressores e à sua capacidade de reconstituição, quando necessária.

De acordo com a teoria dos sistemas, um stressor numa parte do sistema tem implicações na instabilidade de todas as outras.

Para a formulação do diagnóstico de enfermagem apresentado neste relatório e que se tornou o ponto de partida da intervenção comunitária, foi utilizada a terminologia do modelo, tendo em conta stressores intrapessoais.

Assim sendo o diagnóstico de enfermagem formulado com base no Modelo Teórico de Betty Neuman foi o seguinte: **Ameaça à linha de defesa (capacidade de resposta em situações de emergência, em contexto domiciliário) das AAD, relacionada com stressores intrapessoais: défice de conhecimento em SBV e em primeiros socorros.**

3.1.3- Revisão Sistemática da Literatura

O enquadramento teórico permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre o tema em estudo e conduziu à formulação da questão no formato PICO: *“Quais as intervenções de enfermagem que promovem (Intervenção) o aumento de conhecimentos (Resultados) das AAD (População) em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários?”*

As palavras-chave que emergiram da concetualização são: Intervenções de Enfermagem; formação; ajudantes de ação direta; aprendizagem; reanimação cardiopulmonar. Foram validados os descritores *nurs**; *home health aides*; *learning*; *cardiopulmonary resuscitation* e o entry term *training* (que foi mantido pela pertinência para a pesquisa e consolidação da temática) na plataforma MeSH-BROWSER no sentido de procurar artigos com evidência científica que respondessem à questão PICO.

A pesquisa para a revisão que serviu de base à intervenção, foi realizada em junho de 2016. Foi repetida a pesquisa posteriormente, por necessidade de pequenos ajustes da formulação da questão, mantendo-se as palavras-chave. No entanto é de salientar que as conclusões às quais se chegou na RSL final foram semelhantes às da RSL inicial, pelo facto de não ter havido mudança nas palavras. De referir que um dos artigos escolhidos foi o mesmo. A segunda e última revisão enriqueceu com a inclusão de outro artigo com conclusões bastante esclarecedoras que corroboraram a pertinência da intervenção. Será esta RSL que se apresenta neste relatório final.

Procedeu-se à pesquisa nas bases de dados: National Library of Medicine (PubMed); Plataforma EBSCO Host (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL complete); MedLine Complete; MedicLatina) e ainda na ProQuest.

A utilização de um friso cronológico de cinco anos, de setembro de 2011 a outubro de 2016, foi sustentada na procura de evidência científica recente, que desse resposta à questão PICO. Foram ainda definidos limitadores específicos, de acordo com as várias bases de dados, como se pode verificar no quadro 1.

Quadro 1 – Bases de dados e Limitadores de pesquisa

BASES DE DADOS	LIMITADORES
PubMed	Resumo; texto completo disponível; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); humanos; idioma (inglês, português, espanhol)
CINAHL complete	Resumo disponível; texto completo; data de publicação (Setembro 2011- Outubro 2016); humanos; qualquer autor é enfermeiro; idioma (inglês); Texto completo em Pdf
MedLine complete	Texto completo; resumo disponível; humanos; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); idioma (inglês)
MedicLatina	Texto completo; texto completo em Pdf; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016)
ProQuest	Texto completo; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); idioma (inglês, português, espanhol); faixa etária (19-44; 45 - 64); revistas especializadas e revistas académicas; artigo e artigo principal

No processo de pesquisa nas bases de dados foram considerados critérios de inclusão e exclusão nas várias dimensões, sendo estes: *Participantes (população)* - Ajudantes de Ação Direta; *Intervenção* - Promoção do aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários; *Contexto (outcomes)* - Aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários; *Tipos de Estudos* - Todos os tipos de estudos, de todos os paradigmas. Por se procurar as melhores evidências científicas - os estudos primários - sem recorrer à síntese já realizada sobre os mesmos, foram excluídos artigos de revisão sistemática de literatura.

Na conjugação das palavras-chave foi utilizado a expressão de pesquisa com o booleano and, no entanto em relação ao descritor *cardiopulmonary resuscitation* (não produziu resultados ao ser conjugado com as restantes palavras com o booleano and) houve necessidade de utilização da expressão de pesquisa *or*. Essa necessidade surgiu pela importância deste descritor para a revisão por remeter diretamente ao foco da Questão PICo.

Foi realizada pesquisa por cada palavra-chave individualmente, prosseguindo para o cruzamento entre todas, de forma sequencial. Na conjugação final de todas as palavras foram obtidos 872 artigos na Pubmed, 4 artigos na CINAHL, 945 artigos na MedLine, 34 artigos na MedicLatina e 38 artigos na ProQuest (Protocolo JBI da RSL em ANEXO VII).

Foram identificados 1893 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, através do PRISMA FlowChart 2009 foram eliminados 5 artigos duplicados e 1881 artigos através de leitura do título e resumo, por não abordarem a temática pretendida. Os 7 artigos com critérios de elegibilidade foram submetidos aos critérios de inclusão pretendidos: 2 artigos não se referiam à população pretendida; 1 artigo não cumpria o critério de inclusão da intervenção; 2 artigos não cumpriam o critério de inclusão dos outcomes (Protocolo JBI da RSL em ANEXO VII).

Foram selecionados dois artigos, originais, que se incluem no paradigma positivista, com desenho de investigação de abordagem quantitativa.

Os artigos selecionados foram os seguintes:

“Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação.” (Dixe e Gomes, 2015)

“Home Care Providers to the Rescue: A Novel First-Responder Programme” (Hansel et al, 2015)

Os artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura foram submetidos ao instrumento de avaliação metodológica correspondente à sua estrutura e definição. Tendo em conta estes aspetos foi aplicado o instrumento **JBI-MAStARI** (Protocolo JBI da RSL em ANEXO VII) que serviu também para a análise dos dados dos artigos.

A leitura e análise do primeiro artigo permitiu ter um conhecimento acerca da resposta que a população portuguesa dá atualmente em situações de acidente e/ ou doença súbita em contexto extra-hospitalar, no que diz respeito a primeiros socorros e SBV.

Constatou-se que a maioria das pessoas ainda não frequentou curso de SBV e embora muitas delas não tenham tido a experiência de atuar em situações de PCR, consideram que todos os cidadãos devem ter conhecimentos sobre esta matéria.

A morbidade e mortalidade pode ser minorada por qualquer cidadão na fase inicial da cadeia de sobrevivência e, segundo este estudo, as pessoas têm consciência desse facto e da sua importância até chegada de ajuda diferenciada.

É de realçar que para ser possível dar essa resposta eficaz, 81,4% da população portuguesa do estudo valoriza a formação e 63,6% da mesma refere que deve ser dada por profissionais de

saúde, preferencialmente enfermeiros e médicos, devendo a mesma ser dada nos locais de trabalho da população ou aberta a toda a comunidade.

Apesar do nível de escolaridade da amostra ser tendencialmente elevado (licenciatura, mestrado) concluiu-se que o nível de conhecimentos sobre SBV e primeiros socorros é insuficiente e inadequado, pelo que deve ser tida em conta a necessidade formativa da comunidade em relação a este assunto tão primordial para manter a cadeia de sobrevivência e a saúde das pessoas.

A leitura e análise do segundo artigo permitiu entender a importância que podem ter as prestadoras de cuidados domiciliários como primeira resposta a situações urgentes em que seja necessário iniciar SBV ou uso de DAE, para manter a cadeia de sobrevivência. A amostra deste estudo definiu-se em 41 prestadores de cuidados domiciliários no Município de Frederikshavn no Norte da Dinamarca, 100% todos do género feminino.

Dos resultados obtidos, evidenciou-se a média de tempo em termos de capacidade de resposta destas prestadoras de cuidados domiciliários, ao iniciarem SBV nas ocorrências em que compareceram.

De salientar a auto percepção da preparação com que ficam para agir como primeiro elo em situações urgentes após terem recebido formação e treino sobre SBV e DAE.

Analisando que a média de idades de ataques cardíacos ocorre em idosos e nos seus domicílios, as prestadoras de cuidados domiciliários poderão ser uma mais-valia para minorar a morbilidade e mortalidade destes cidadãos.

Realça-se o valor que é dado à formação das prestadoras de cuidados domiciliários, à sua preparação devida com aumento de conhecimentos acerca de SBV e uso de DAE.

É dada relevância à resposta das prestadoras de cuidados domiciliários em situações urgentes nos domicílios de pessoas, essencialmente idosas, onde foi necessário iniciar SBV ou uso de DAE.

Percebe-se assim a importância da formação como uma intervenção de enfermagem e de outros profissionais de saúde, como significativa para promover o aumento de conhecimento da comunidade em geral e dos prestadores de cuidados domiciliários acerca de SBV. Isto possibilitará alcançar o propósito de melhorar os resultados para a saúde e sobrevivência das pessoas. Tudo isto corrobora os propósitos do INEM e do European Resuscitation Council em relação à formação de SBV na comunidade.

Obeve-se assim uma resposta mais direta à pergunta PICo com o segundo artigo da RSL. O primeiro artigo foi mantido e incluído por explicitar a importância que a população portuguesa dá à formação em SBV e os conhecimentos que a comunidade em geral tem acerca de do tema. A noção desta realidade possibilitou saber que a comunidade necessita de formação e atualização de conhecimentos nesta área.

O Enfermeiro tem assim um papel preponderante na capacitação das AAD e de toda a comunidade, que vai ao encontro de uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

3.2 ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde, que integra a fase da elaboração.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é também nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.

A priorização dos problemas foi feita através do número de menção ao défice de conhecimento em cada temática referida pelas AAD. O peso do critério atribuído aos primeiros socorros foi 10 e ao SBV foi 8.

A fixação de objetivos quantificáveis é imprescindível à avaliação dos resultados de uma intervenção.

O objetivo geral da intervenção foi colmatar as necessidades formativas das AAD em SBV e em primeiros socorros com estratégias no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária.

Os objetivos específicos definiram-se em estabelecer um plano de formação para o grupo populacional das AAD das três IPSS's (Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto; Associação Social e Cultural Paradense; Centro Social Paroquial N^a Sr^a das Mercês de Carvalhal Benfeito); sensibilizar as IPSS's para a importância de formação em SBV e em primeiros socorros; implementar a intervenção de formação das AAD em SBV e em primeiros socorros; promover a capacitação das AAD através do aumento de conhecimentos; avaliar a eficácia e eficiência de toda a intervenção desenvolvida.

3.2.1 - Indicadores e metas

Imperatori e Giraldes (1993) referem a importância da definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução, e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo. Um indicador de impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde enquanto um indicador de execução pretende medir a atividade desenvolvida.

A intervenção comunitária desenvolvida teve em conta:

- Percentagem de AAD disponíveis para englobar a intervenção comunitária;
- A validação do planeamento com as três IPSS;
- Documento produzido com a intervenção delineada;
- Documentos produzidos para a realização da divulgação;
- Percentagem de AAD abrangidas nas sessões teórico-práticas;

- Número de sessões de formação realizadas;
- Recursos interativos utilizados nas sessões de formação;
- Documentos produzidos para a avaliação de conhecimentos;
- Documentos produzidos para a avaliação das sessões;
- Avaliação de conhecimentos adquiridos pelas AAD;
- Avaliação das sessões de formação em relação aos objetivos atingidos, à metodologia utilizada na componente teórica e na componente prática, à duração, ao espaço, à participação dos formandos;
- Comparação da avaliação de processo realizado na fase intermédia e no final da intervenção comunitária.
- Elaboração de Manual de apoio para as IPSS's

Deste modo, definiram-se alguns indicadores de execução (ou de processo), que são expostos no quadro que se segue.

Quadro 2 - Indicadores de Processo

Indicador de Processo	Meta
<p>Percentagem de AAD participantes na formação de primeiros socorros e SBV:</p> <p>IP = $\frac{\text{N.º de AAD participantes na formação}}{\text{N.º total de AAD inscritas}} \times 100$</p>	<p>80% de participação nas formações, do total de AAD inscritas</p>
<p>Percentagem de AAD participantes na sessão prática de SBV:</p> <p>IP = $\frac{\text{Nº de AAD participantes na sessão prática de SBV}}{\text{Nº total de AAD participantes na sessão teórico-prática de SBV}} \times 100$</p>	<p>80% de participação das AAD à sessão prática de SBV</p>
<p>Percentagem de objetivos das sessões das formações atingidos (numa escala de 0 a 100%), segundo avaliação do formador (1- nada; 2- pouco; 3- suficiente; 4- muito; 5- muitíssimo):</p> <p>IP = $\frac{\text{Objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{\text{Total dos objetivos atingidos (100\%)}} \times 100$</p>	<p>80% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador</p>
<p>Percentagem de avaliação do formador (numa escala de 0 a 100%) em cada sessão, segundo as AAD (1- nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom):</p> <p>IP = $\frac{\text{Avaliação do formador em bom e muito bom}}{\text{Avaliação máxima do formador (100\%)}} \times 100$</p>	<p>80% na avaliação do formador em cada sessão</p>

No quadro abaixo são apresentados os indicadores de impacto (ou de resultado) e respetivas metas da intervenção comunitária.

Quadro 3 - Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Meta
<p>Percentagem de AAD que adquiriram conhecimentos com as formações:</p> $\text{IR} = \frac{\text{N.º de AAD com aumento na classificação na avaliação final}}{\text{N.º total de AAD participantes nas formações}} \times 100$	<p>80% das AAD com aquisição de conhecimentos</p>
<p>Percentagem de aumento de conhecimentos das AAD (numa escala de 0 a 100%) em cada sessão, segundo avaliação das mesmas (1- nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom):</p> $\text{IR} = \frac{\text{Aquisição de conhecimentos das AAD avaliada em 4 e 5}}{\text{Aumento máximo de conhecimentos com a sessão (100\%)}} \times 100$	<p>80% de aumento de conhecimentos, segundo avaliação das formandas</p>
<p>Percentagem de AAD com classificação superior a 70% no teste escrito final (numa escala de 0 a 100%):</p> $\text{IR} = \frac{\text{N.º de AAD com classificação superior a 70\% no teste escrito final}}{\text{N.º total de AAD participantes na formação final}} \times 100$	<p>80% de AAD com classificação superior a 70% no teste escrito final</p>
<p>Percentagem de satisfação das AAD (numa escala de 0 a 100%) em cada sessão, segundo avaliação das mesmas (1- nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom):</p> $\text{IR} = \frac{\text{Grau de satisfação das AAD avaliado em 4 e 5}}{\text{Satisfação total das AAD com a sessão de formação (100\%)}} \times 100$	<p>80% de satisfação das AAD com cada sessão, em bom e/ ou muito bom, segundo avaliação das mesmas.</p>

3.3 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori e Geraldes, 1993).

Na seleção de estratégias é necessário definir os recursos a utilizar.

Foram definidos planos de formação a implementar às AAD, em parceria com outros dois colegas de estágio, que desenvolveram uma intervenção comunitária ao mesmo grupo populacional. Cada intervenção comunitária foi individual mas complementar e visou a capacitação da mesma população, embora em diferentes áreas temáticas.

Os planos de formação da Intervenção comunitária “Capacitar a comunidade para salvar” foram realizados no âmbito das temáticas de suporte básico de vida e de primeiros socorros (ANEXO VIII), tendo sido validados com a Enfermeira Orientadora deste Estágio e igualmente com os Diretores Técnicos das três IPSS’s, como partilha e aferição da operacionalização dos mesmos.

A seleção do método expositivo e demonstrativo nas sessões de formação foi feita através do conhecimento da população alvo e do preconizado no treino e formação em SBV.

Procedeu-se à divulgação das sessões de formação com a elaboração de um cartaz colocado nas três IPSS's e com a devida informação aos Diretores Técnicos e a todas as AAD (ANEXO IX).

A elaboração da ficha de inscrição nas sessões de formação (ANEXO X) permitiu saber o número total de pessoas que iam às sessões. Dessa forma foi possível realizar ajustar os planos de formação ao número de pessoas esperadas.

Após a programação operacional de cada formação, foram feitos alguns pedidos de colaboração, de modo a valorizar o conhecimento e a promover a eficácia das sessões. Foi convidada a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da USP Zé Povinho que na sessão de primeiros socorros partilhou os conhecimentos de pequenos acidentes domésticos que foi vivenciando em contexto de Cuidados de Saúde Primários e algumas particularidades a que estas cuidadoras devem estar atentas para manter a segurança do idoso. Foi convidado um Enfermeiro da VMER - Caldas da Rainha, que possibilitou uma partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras em relação ao seu dia a dia em situações de emergência pré-hospitalar e também na colaboração no treino prático de SBV.

Foi cedido pelo Centro de Saúde das Caldas da Rainha o espaço onde se realizaram as sessões, tal como algum material necessário às sessões teóricas.

O material de recurso às sessões práticas foi fornecido pelo Enfermeiro da VMER (convidado), que incluiu o modelo de treino para SBV, o ambu e a máscara de bolso.

Para o registo de presença efetiva em cada formação foi elaborada uma folha de assiduidade (ANEXO XI), que foi preenchida no início de cada sessão. A mesma permitiu contabilizar o número total e real de participantes nas sessões.

Foi criada uma ficha de avaliação de conhecimentos para aplicar na primeira e na última sessão, que possibilitasse obter a informação do ganho na aprendizagem. Essa ficha foi elaborada através da pesquisa de literatura realizada acerca das *guidelines* atuais sobre SBV e primeiros socorros. Foi validada e aprovada pela Enfermeira Orientadora deste Estágio II (ANEXO XII).

Por último, para facilitar a avaliação da intervenção foi formulada uma ficha de avaliação de cada sessão pelos formandos (ANEXO XIII) e outra pelo formador (ANEXO XIV). O formando respondeu a itens relacionados com informação da sessão, cumprimento dos objetivos, pertinência dos conteúdos, adequação dos conteúdos teóricos, adequação das atividades práticas, qualidade dos recursos utilizados, competência/ desempenho do formador, aumento de conhecimentos com a sessão, ambiente relacional entre o formador e os formandos, grau de satisfação com a sessão. O formador preencheu aspetos relativos aos objetivos atingidos, à metodologia utilizada na componente teórica e na componente prática, à duração, ao espaço, à participação dos formandos.

3.4 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR”

A evidência científica que a Revisão Sistemática da Literatura mostrou foi a importância da formação como uma intervenção de enfermagem e de outros profissionais de saúde, para promover o aumento de conhecimento da comunidade em SBV. Esta conclusão da RSL serviu de ponto de partida para a intervenção comunitária desenvolvida neste Estágio.

De acordo com Fortin (2009) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para orientar a prática de cuidados.

A revisão sistemática da literatura traz como contributo a síntese da ciência e o estado da arte acerca de problemáticas semelhantes, as abordagens utilizadas e os seus resultados. Tem como objetivo melhorar as intervenções planeadas, mediante uma prática baseada na evidência.

A intervenção comunitária “Capacitar a comunidade para salvar” nasceu do diagnóstico de enfermagem: ameaça à linha de defesa (capacidade de resposta em situações de emergência, em contexto domiciliário) das AAD, relacionada com stressores intrapessoais: défice de conhecimento em SBV e em primeiros socorros. Esse diagnóstico de enfermagem foi definido após priorização dos problemas encontrados na população das ajudantes de ação direta das três IPSS's.

3.5 EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

A execução da intervenção foi desenvolvida em vários passos. Após terem sido formulados os planos de cada sessão de formação, foi realizada a divulgação das mesmas nas três IPSS's, englobando temáticas, dia, hora e local, sob a forma de cartaz e pela comunicação verbal às Diretoras técnicas e às AAD.

As fichas de inscrição foram devidamente preenchidas por cada AAD que se propôs a assistir às sessões.

Os conteúdos programáticos foram concentrados em duas sessões por acordo com as IPSS's, pela pouca disponibilidade das suas colaboradoras para realizar formação e pelo extenso trabalho diário. As sessões foram agendadas para horário pós-laboral, por escolha das IPSS's e das AAD.

No início de cada sessão foi distribuída uma folha de presenças, para registar a assiduidade dos inscritos. Na primeira sessão houve uma presença de 16 AAD (66% da população) e na segunda sessão compareceram 15 AAD (62,5% da população).

A primeira sessão, com a temática de Primeiros Socorros, realizou-se a 27 de setembro de 2016 e englobou conteúdos programáticos acerca de situações urgentes e/ou acidentes em contexto de domicílio: Engasgamento/ asfixia/ Manobra de Heimlich; Dificuldade respiratória; Posição Lateral de Segurança; Desmaio (Síncope); Convulsão; Hipoglicémia; Quedas; Intoxicações; Queimaduras; Hemorragias. Incidiu na avaliação da situação e da vítima, com respetivos cuidados

em cada situação específica, cumprindo as condições de segurança. Foi utilizado o método expositivo, demonstrativo e interativo. Houve treino da Manobra de Heimlich por parte de algumas AAD presentes (ANEXO XV).

Esta primeira sessão teve como objetivos que as AAD reconhecessem a importância da aprendizagem em primeiros socorros em contexto de domicílio, que identificassem algumas situações urgentes por forma a fazerem uma avaliação da situação e dos devidos cuidados básicos a ter, identificando a necessidade de pedido de ajuda especializada.

A segunda sessão de formação, com a temática de Suporte Básico de Vida, ocorreu a 29 de setembro de 2016, com a colaboração do convidado Enfermeiro da VMER. Foi uma sessão teórico-prática onde foram dados os conteúdos programáticos sobre a importância da Cadeia de Sobrevivência; o Sistema Integrado de Emergência Médica (com a apresentação de um vídeo do INEM). Algumas situações de PCR no domicílio e na rua foram partilhadas pelo enfermeiro convidado, pela sua experiência da VMER e, pela Enfermeira Orientadora, pela sua experiência em cuidados domiciliários. Foi explicada a avaliação CHAMU em vítimas conscientes; avaliação da vítima respeitando o algoritmo de SBV. Foi feita uma demonstração prática das etapas do algoritmo de SBV no modelo de treino de SBV, utilizando o ambu e a máscara de bolso. Posteriormente cada uma das AAD realizou treino de SBV e de Posição Lateral de Segurança, com resposta a situações hipotéticas para cada vítima (ANEXO XVI).

A segunda e última sessão teve como objetivos que as AAD reconhecessem a importância da aprendizagem de SBV para atuar em situação de PCR na comunidade; compreendessem as várias situações de PCR e quais os primeiros procedimentos a ter, mantendo a cadeia de sobrevivência; aprendessem como avaliar corretamente a vítima e a fazerem uma avaliação CHAMU (circunstância; história; alergias; medicação; última refeição), para pedido de ajuda especializada com dados mais completos; percebessem, assimilassem e treinassem o algoritmo de SBV; reconhecessem as condições de segurança necessárias ao prestar socorro.

Nas duas sessões de formação foi pedido às AAD presentes o preenchimento de uma ficha de avaliação de conhecimentos (igual em ambas as sessões), com o intuito de fazer uma comparação de progressão na aquisição dos mesmos. As fichas acima descritas foram codificadas para cada AAD para operacionalizar a análise dos dados e o confronto dos mesmos numa perspetiva de avaliação de impacto. Foram respeitados os procedimentos éticos, com o consentimento das formandas em relação ao uso dos dados apenas para fins académicos e com a devida codificação de cada ficha.

A avaliação das sessões foi consolidada através do preenchimento em cada sessão da devida ficha por cada formando e pelo formador, com os itens descritos no subcapítulo 3.3.

Cada uma das AAD recebeu um certificado de presença com a descrição das temáticas, das sessões e das horas de formação (ANEXO XVII).

Finalizadas as sessões, foi elaborado e entregue em cada instituição, um manual de apoio que englobou os planos das sessões e os conteúdos abordados em cada sessão, com informações e esclarecimentos adicionais (ANEXO XVIII).

Foi realizado um póster em conjunto com os dois colegas que desenvolveram uma intervenção comunitária na mesma população, no intuito de manter presentes alguns conceitos de cada temática (ANEXO XIX).

Por parceria da USP Zé Povinho com alguns jornais da Região Oeste, a intervenção foi divulgada no Jornal das Caldas de 5 de outubro de 2016 (ANEXO XX), o que proporcionou que toda a comunidade envolvente pudesse ter conhecimento deste projeto, dando assim uma visão mais ampla da abrangência da Enfermagem Comunitária.

3.6 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Consiste na apreciação dos efeitos de um programa ou atividade organizada. Envolve a comparação entre os objetivos pretendidos e os resultados atingidos, a avaliação da eficácia e adequação dos programas, bem como possíveis consequências não intencionais.

Ao longo deste subcapítulo serão apresentados os resultados dos vários pontos considerados mais pertinentes e da análise das várias fichas já descritas anteriormente.

➤ **Assiduidade nas Sessões de Formação:**

Na primeira sessão houve uma presença de 16 AAD (66% da população) e na segunda sessão compareceram 15 AAD (62,5% da população). A menor adesão nestas sessões deveu-se ao facto de algumas das inscritas se encontrarem ausentes por motivos de férias e pelo horário pós-laboral ter entrado em conflito com atividades familiares. Apesar das limitações de formação pós-laboral este horário foi escolhido pelas IPSS's e pelas AAD por não interferir diretamente com o horário de prestação de cuidados. Na negociação possível de realizar com as IPSS's foi realçada a importância das formações a serem realizadas e da intervenção a ser feita. No entanto, a impossibilidade de dispensa para formação das AAD em horário laboral por parte das Instituições manteve-se, pelas equipas de trabalhadoras serem reduzidas. Apesar do interesse reconhecido pelos Diretores Técnicos em relação à formação, não é devidamente cumprido o que está na legislação.

O acima referido vai ao encontro da análise das entrevistas nas quais era exposta a pouca disponibilidade das AAD para realizar formação embora estas tivessem referido interesse na formação e atualização de conhecimentos.

A questão de assiduidade e disponibilidade para formação entra em confronto com o exposto no artigo 131º, do capítulo I, da secção VII, da subsecção II do Código de Trabalho de Agosto de 2016, que refere que o empregador deve promover o desenvolvimento e a adequação da qualificação do trabalhador, tendo em vista melhorar a sua empregabilidade e aumentar a produtividade e a competitividade da empresa. A instituição empregadora deve assegurar a cada

trabalhador o direito individual à formação, através de um número mínimo de trinta e cinco horas de formação contínua ou, sendo contratado a termo por período igual ou superior a três meses, um número mínimo de horas proporcional à duração do contrato nesse ano. O empregador deve garantir, em cada ano, formação contínua a pelo menos 10 % dos trabalhadores da empresa.

Reportando ao **Indicador de Processo** (Percentagem de AAD participantes na formação de primeiros socorros e SBV) considera-se a meta de 60% atingida, pela adesão às sessões de formação ter sido ligeiramente superior. A adesão poderia ter sido maior com uma negociação com as instituições por forma a implementarem dias de formação que correspondessem a horas efetivas de trabalho e a cumprirem assim a lei no que diz respeito à formação das AAD.

➤ **Fichas de avaliação de conhecimentos:**

As fichas de avaliação de conhecimentos foram aplicadas no início da primeira sessão e no final da segunda sessão. Foram classificadas individualmente nas 10 perguntas que continham. Cada pergunta equivaleu a 10% na classificação. O total das 10 perguntas correspondeu a 100% na pontuação da ficha.

Através da tabela seguinte é possível observar o resultado individual de cada formando, tal como o progresso que cada um fez. É ainda apresentada a média das classificações na ficha inicial e a média de resultados na ficha final, que nos dá uma comparação direta entre ambas, no sentido de perceber se houve ganhos na aprendizagem com a intervenção.

Tabela 2 - Classificação das fichas de avaliação de conhecimentos

**Resultados dos Conhecimentos
demonstrados através de aplicação da
Ficha**

Formandas	Ficha Inicial (Resultado em %)	Ficha Final (Resultado em %)	Melhoria de cada formando (%)
1	40	80	40
2	50	80	30
3	50	90	40
4	60	90	30
5	70	100	30
6	70	90	20
7	60	100	40
8	60	80	20
9	40	80	40
10	70	90	20

11	70	90	20
12	90	100	10
13	40	80	40
14	90	80	- 10 (descida)
15	60	100	40
16	40	Não compareceu	Não avaliado
Média Final	60	88,67	27,33

Segundo as médias finais conclui-se que houve uma melhoria nas classificações das fichas de avaliação de 27,33% no grupo das AAD, que se define como o ganho de conhecimentos.

As formandas tiveram uma melhoria individual entre 10% e 40%, que vai ao encontro do **Indicador de Resultado** (Percentagem de AAD que adquiriram conhecimentos com as formações) no qual se atinge um total de 87,5%, considerando a fórmula de cálculo apresentada no quadro dos indicadores e metas. Considera-se a meta de 80% proposta, largamente atingida.

Salienta-se que todas as AAD obtiveram classificação igual ou superior a 80% na ficha de avaliação de conhecimentos final. Assim sendo, quanto ao **Indicador de Resultado** (Percentagem de AAD com classificação superior a 70% no teste escrito final) obteve-se uma classificação de 100%, considerando a meta claramente alcançada.

➤ **Observação e avaliação das componentes práticas:**

Na sessão de formação de SBV, após terem sido abordados os conteúdos teóricos, foi realizada uma sessão prática de treino do algoritmo de SBV com manequim,ambu e máscara de bolso, no qual foram consideradas várias situações urgentes e a forma correta de atuação, cumprindo as etapas do algoritmo.

Todas as formandas realizaram treino de SBV e PLS, com elevada participação e adesão em relação às situações expostas e propostas. Um treino em equipa que facilitou o manuseamento do manequim como primeira ajuda ou como segundo elemento a prestar auxílio. As etapas do algoritmo foram devidamente cumpridas, após treino repetido e correção de alguns erros iniciais. Esta fase da formação ajudou a cimentar o conhecimento e levou ao esclarecimento de dúvidas existentes sobre os conteúdos teóricos.

No que diz respeito ao **Indicador de Processo** (Percentagem de AAD participantes na sessão prática de SBV), verifica-se uma participação de 100% das AAD, pelo que a meta proposta foi atingida.

➤ **Avaliação das sessões de formação pelo formador:**

A avaliação de cada sessão de formação foi realizada também pelo formador, com um total de 6 perguntas, correspondentes à prossecução dos objetivos, à metodologia da componente teórica e da componente prática, à duração da sessão, ao espaço onde a mesma se realizou e ao grau de participação dos formandos. A classificação das perguntas foi considerada numa escala de 1 a 5 (1- nada; 2- pouco; 3- suficiente; 4- muito; 5- muitíssimo). Na tabela seguinte é apresentada a classificação final em % da avaliação das duas sessões de formação.

Tabela 3 - Avaliação das Sessões de Formação pelo Formador (Resultados em %)

ITENS	NÍVEIS				
	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos da sessão de formação foram atingidos.	—	—	—	50	50
2 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente teórica.	—	—	—	—	100
3 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente prática.	—	—	50	—	50
4 – A duração da sessão foi adequada.	—	—	—	100	—
5 – O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado.	—	—	50	50	—
6 – Grau de participação dos formandos	—	—	—	50	50

A grande maioria dos itens foi avaliada pelo formador nos níveis 4 e 5, os mais satisfatórios. No entanto destaca-se a avaliação suficiente em relação à componente prática pela distribuição de pouco tempo para treino de SBV e PLS. O espaço onde decorreu a sessão, apesar de ser o disponibilizado, era um pouco reduzido para o treino de SBV.

Quanto ao **Indicador de Processo** (Percentagem de objetivos das sessões das formações atingidos) com uma meta definida de 80%, conclui-se que foi visivelmente alcançada, pelos 100% de resultado da avaliação.

Como avaliação global da sessão de formação sobre primeiros socorros constata-se que houve uma razoável participação dos formandos que foram esclarecendo as suas dúvidas, que por sua vez foram muito pertinentes e ajudaram à compreensão de alguns aspetos, por parte de todo o grupo. Foi visível uma boa interação formador/ formando, que permitiu uma abordagem mais satisfatória da temática. Destaca-se como ponto menos positivo a falta de tempo para aumento da componente prática nesta sessão. Seria mais vantajoso um maior número de sessões, distribuindo

as várias temáticas por cada sessão por forma a serem exploradas de modo mais integrador, para facilitar a aquisição de conhecimentos.

Referente à sessão de formação de SBV houve uma excelente participação dos formandos, com grande interação entre formador/ convidado/ formandos, essencialmente na componente prática, na qual se observou, através de treino, aprendizagem do algoritmo de SBV e da PLS. Não descurando toda a componente teórica, deve ser tido em conta um tempo considerável deste género de sessões para enquadrar o treino das técnicas e questões práticas, pela necessidade de corrigir erros de execução.

➤ **Avaliação das sessões de formação pelos formandos:**

A avaliação das sessões de formação de Primeiros Socorros e SBV foi realizada por cada formando, num total de 10 perguntas acerca da divulgação feita, dos objetivos, conteúdos teóricos e componente prática, dos recursos utilizados, do desempenho do formador, do aumento de conhecimentos com a sessão e por último o grau de satisfação em relação à sessão. A classificação das perguntas foi considerada numa escala de 1 a 5 (1- nulo; 2- fraco; 3- suficiente; 4- bom; 5- muito bom). Na tabela seguinte é apresentada a classificação final em % do total das avaliações de todos os formandos, respeitante à sessão de formação de Primeiros Socorros.

Tabela 4 - Avaliação da sessão de formação de Primeiros Socorros (resultados em %)

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ informação da sessão	_____	_____	_____	75	25
2 – Grau de cumprimento dos objetivos	_____	_____	12,5	56,25	31,25
3 – Pertinência dos conteúdos abordados	_____	_____	6,25	56,25	37,5
4 – Adequação dos conteúdos teóricos	_____	_____	_____	56,25	43,75
5 – Adequação das atividades práticas realizadas	_____	_____	6,25	50	43,75
6 – Qualidade dos recursos utilizados na sessão	_____	_____	12,5	37,5	50
7 – Competência/ desempenho do formador	_____	_____	_____	37,5	62,5
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão	_____	_____	6,25	50	43,75
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos	_____	_____	_____	37,5	62,5
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão	_____	_____	6,25	56,25	37,5

Nesta primeira sessão houve uma percentagem pequena de avaliação de alguns itens no suficiente que se deve provavelmente à extensão dos conteúdos teóricos apresentados e ao facto de ter uma componente prática muito reduzida.

Na tabela abaixo é exposta a classificação final em % do total das avaliações de todos os formandos, em relação à sessão de formação de Suporte Básico de Vida.

Tabela 5 - Avaliação da sessão de formação de Suporte Básico de Vida (resultados em %)

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ informação da sessão	—	—	—	46,7	53,3
2 – Grau de cumprimento dos objetivos	—	—	—	46,7	53,3
3 – Pertinência dos conteúdos abordados	—	—	—	20	80
4 – Adequação dos conteúdos teóricos	—	—	—	26,7	73,3
5 – Adequação das atividades práticas realizadas	—	—	—	26,7	73,3
6 – Qualidade dos recursos utilizados na sessão	—	—	—	26,7	73,3
7 – Competência/ desempenho do formador	—	—	—	26,7	73,3
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão	—	—	—	46,7	53,3
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos	—	—	—	26,7	73,3
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão	—	—	—	26,7	73,3

Quanto ao **Indicador de Processo** (Percentagem de avaliação de desempenho do formador em cada sessão, segundo as AAD) para o qual foi definido uma meta de 80%, a avaliação do desempenho do formador foi de 100% em ambas as sessões, que demonstra o sucesso na operacionalização das sessões de formação.

Comprova-se que em relação ao **Indicador de Resultado** (Percentagem de aumento de conhecimentos das AAD em cada sessão, segundo avaliação das mesmas) foi alcançada a meta proposta em ambas as sessões. Na sessão de Primeiros Socorros e segundo opinião das AAD, houve um aumento de conhecimentos de bom e muito bom, de 93,75% e, na sessão de SBV o ganho de aprendizagem numa avaliação de bom e muito bom foi de 100%. Estes dados salientam a importância da formação na aquisição de conhecimentos que promovem a capacitação de grupos.

Por último foi avaliado o **Indicador de Resultado** (Percentagem de satisfação das AAD em cada sessão, segundo avaliação das mesmas) com uma meta de 80% que foi atingida em ambas as sessões. Na sessão de Primeiros Socorros, segundo avaliação das AAD, o grau de satisfação

das mesmas em relação à sessão foi de 93,75% em bom e muito bom e, na sessão de SBV o grau de satisfação foi de 100% em bom e muito bom.

De salientar ainda que a avaliação das duas sessões, por parte das formandas, no global das 10 questões foi maioritariamente em bom e muito bom, o que dá uma perspetiva de sucesso na abordagem feita às AAD com esta intervenção comunitária.

4- OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO II

Ao longo deste estágio também foram desenvolvidas outras atividades que se integraram em projetos do plano de ação da USP Zé Povinho, mediante necessidade de intervenção comunitária.

Uma das atividades desenvolvidas em simultâneo com a intervenção comunitária já apresentada em capítulo anterior foi a colaboração na avaliação do Perfil de Saúde 2016 em relação aos internamentos compulsivos dos 6 concelhos da USP Zé Povinho. Foi criada uma base de dados para monitorizar todos os internamentos compulsivos de Caldas da Rainha, Peniche e Bombarral e os utentes com encaminhamento para a Enfermagem de Saúde Mental da UCC Caldas da Rainha, desde o ano de 2010. Esta base de dados foi devidamente preenchida e atualizada. Isto servirá para delinear estratégias de intervenção na área de Saúde Mental; entender a capacidade de resposta da Saúde Mental e da Psiquiatria face ao número de utentes que têm; ter perceção do aumento de utentes nesta área específica; integrar o Perfil de Saúde 2016 da USP Zé Povinho que está a ser desenvolvido.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011) a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde – doença.

Para uma gestão útil e correta aplicabilidade das devidas medidas epidemiológicas tornou-se importante para esta Unidade de Saúde Pública elaborar um Manual de Intervenção nas Doenças de Notificação Obrigatória, no qual surgiu a oportunidade de participação. A colaboração dada na elaboração deste Manual consistiu na integração das medidas acerca da Sífilis e da Leptospirose.

Em relação à promoção da capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, realizaram-se ações de sensibilização para crianças nas campanhas de proteção contra o Sol. Foram três momentos de partilha de conhecimentos com uma grande participação das crianças que evidenciaram no final das sessões o que tinham aprendido, ou seja, os ganhos que adquiriram para promover a sua saúde. Os planos das ações de sensibilização “Cuidados com o Sol” são apresentados em ANEXO XXI.

Na abordagem a programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde surgiu a oportunidade de observação e colaboração nas Consultas de Alcoologia, que permitiu ter uma noção da complexidade da doença; da avaliação inicial feita, que possibilita em todas as consultas planear uma estratégia de intervenção personalizada; da duração de trabalho feito com estes utentes; da capacidade que os mesmos têm de recuperar e de ingressar na vida em sociedade de forma mais saudável para si e para os que os rodeiam; da inclusão da família no processo de capacitação destes utentes.

De acordo com as competências específicas que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve desenvolver, este estágio permitiu participar na avaliação multicausal de alguns problemas de saúde pública e no desenvolvimento e colaboração de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades.

5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão da prática desenvolvida à luz da conceptualização, dos resultados que emergiram da RSL através da pergunta em formato PICO e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

De acordo com a revisão da Literatura efetuada, os Census (2011) e a DGS (2014) apontam para o envelhecimento da população, o qual está associado a um processo de crescente dependência em Portugal. Segundo a DGS (2014) o envelhecimento é visível na evolução da estrutura etária da população e gera significativas alterações nas necessidades sociais.

Estas alterações provocam consequências ao nível da capacidade dos idosos em manter a sua autonomia e implicam a substituição e organização do seu quotidiano por uma terceira pessoa, o prestador de cuidados. O cuidador formal adquire assim uma grande importância na prestação de cuidados aos idosos dependentes, no contexto domiciliário.

Também o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) refere o valor da manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio.

Neste contexto urge intervir na prossecução da melhoria de qualidade de vida não só dos idosos como também dos seus cuidadores, capacitá-los com informação, ferramentas e estratégias que os capacitem para enfrentar os desafios quotidianos. Os serviços comunitários devem ajustar a sua intervenção às realidades e dinâmicas sociofamiliares, de forma a responder assertivamente às necessidades de cada família, de cada idoso.

As ajudantes de ação direta são dos cuidadores formais menos qualificados e com maior permanência diária juntos dos idosos nos seus domicílios. Deste modo torna-se necessário capacitar estes cuidadores para um cuidado baseado em boas práticas, que poderá ser facilitado por formação em diversas áreas.

A formação é essencial para a aquisição de saberes e para melhorar a prática profissional. A necessidade de formação resulta essencialmente das dificuldades e problemas sentidos no quotidiano profissional.

Segundo Canário (2003) o princípio universal de que aprendemos ao longo de toda a vida foi substituído por uma formação profissional ao longo da vida.

Bernardes (2008) refere que a formação habilita progressivamente a realizar tarefas de maior complexidade e deve ser uma fonte de satisfação profissional e de melhoria das condições pessoais, ao mesmo tempo que cobre as necessidades dos postos de trabalho.

Foi neste sentido que se procedeu à elaboração do diagnóstico de situação das necessidades formativas das AAD das IPSS's (Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto; Associação Social e Cultural Paradense; Centro Social Paroquial N^a Sr^a das Mercês de Carvalhal Benfeito) seguindo o Planeamento em Saúde, fundamentado nas Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº128/2011).

A formulação do Diagnóstico de Situação insere-se na Competência “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

A priorização dos problemas encontrados no grupo populacional das AAD levaram à elaboração de diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem que incidiu sobre o défice de conhecimento em SBV e em primeiros socorros foi o ponto de partida da intervenção comunitária “Capacitar a comunidade para Salvar” e foi elaborado à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, traduzindo uma abordagem de sistema aberto no qual existem vários stressores que poderão atingir as linhas de defesa e de resistência e dessa forma afetar o equilíbrio do sistema cliente, neste caso as AAD.

Com o decorrer do Planeamento mantêm-se presentes as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011), como estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Os objetivos e estratégias foram definidos face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas. Pretendeu-se capacitar as AAD para saberem agir como primeira ajuda em situações de urgência, e saberem a importância de chamar ajuda especializada.

A intervenção realizada permitiu desenvolver uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

A OE (2011) define no Regulamento nº 128/2011 que os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco as respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde da população, grupos e comunidade, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista ao empowerment e à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

A literatura refere que existe necessidade de formação em SBV na comunidade, incluindo pessoas sem formação específica que trabalhem na área da saúde, com funções de salvaguarda do cidadão. Incluem-se neste âmbito as funcionárias de instituições que prestam auxílio aos idosos no domicílio, como as ajudantes de ação direta (European Resuscitation Council – ERC, 2010).

Também o INEM (2014) salienta a importância da formação em SBV na comunidade por forma a ser mantida a cadeia de sobrevivência.

A RSL com a questão PICO “*Quais as intervenções de enfermagem que promovem o aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários?*” mostrou as evidências científicas que existem em relação à mesma temática e

problemática, as estratégias utilizadas e resultados obtidos, com o objetivo de guiar a intervenção comunitária deste estágio.

Salientou-se nos achados a necessidade formativa das AAD e da população portuguesa no geral, pelo facto dos conhecimentos em SBV e primeiros socorros serem insuficientes para prestar auxílio em situações de urgência e para manter a cadeia de sobrevivência. Uma grande percentagem das pessoas valoriza a formação nesta área que deve ser dada por profissionais de saúde, preferencialmente enfermeiros e médicos e ser extensível a toda a comunidade.

A evidência científica expõe a importância das prestadoras de cuidados domiciliários como primeira resposta a situações urgentes em que seja necessário iniciar SBV ou uso de DAE, para manter a cadeia de sobrevivência. Destaca-se a necessidade de formação e de treino de SBV para um aumento de conhecimentos e uma preparação eficaz neste domínio.

Realça-se ainda dos achados a importância da formação em SBV como uma intervenção de enfermagem que promove o aumento de conhecimento da comunidade em geral e dos prestadores de cuidados domiciliários. Este facto poderá traduzir-se numa maior eficácia em situações de emergência em qualquer contexto fora do hospital.

O contributo da RSL apoia também a competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que se expressa na promoção da capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

Dixe e Gomes (2015) referem no seu estudo que programas de formação teórica e prática devem ser realizados em escolas e locais de trabalho, com o objetivo de capacitar a população nesta área, diminuindo assim a mortalidade e morbilidade decorrentes de acidentes e emergências.

Foi nesse domínio que foi projetada a intervenção comunitária com vista à resolução dos problemas identificados, ou seja colmatar as necessidades formativas das AAD em SBV e primeiros socorros.

A intervenção comunitária desenvolvida com as AAD das três IPSS's teve por base a formação teórica e prática de SBV, segundo uma prática baseada na evidência. As estratégias desenvolvidas assentaram num conhecimento do grupo populacional que permitiu definir toda a informação que era passível de transmitir e ser compreendida por forma a haver aprendizagem da mesma. O treino foi essencial para consolidar toda a informação aprendida.

Uma mais-valia em todo este processo foram as parcerias da comunidade conseguidas para uma implementação mais completa do projeto. É importante envolver a comunidade e o estabelecer de parcerias/ colaboração de elementos da comunidade, para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, na área do conhecimento em enfermagem comunitária. As intervenções do especialista em Enfermagem Comunitária devem ser focadas na comunidade, para a comunidade e com a comunidade.

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a utilização do processo de enfermagem tendo em conta a comunidade como cliente, faz parte deste o envolvimento direto da comunidade com o início do contrato ou parceria com esta, que incluem a apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação.

Na última etapa do planeamento em saúde, a avaliação, através da monitorização de indicadores e metas previamente estabelecidos, permitiu quantificar os ganhos em saúde neste grupo populacional.

Uma perspetiva integrada de avaliação permite a coerência e articulação dos resultados obtidos.

Com as sessões de formação sobre primeiros socorros e SBV houve um aumento de conhecimentos considerável, em todos os formandos e, a média de avaliação final foi notável, o que reforça a eficácia da intervenção delineada.

A participação na sessão prática foi de 100%, e o treino de SBV e PLS consolidou os conteúdos teóricos. Isto vai ao encontro dos achados na RSL acerca da importância da formação e treino em SBV, tal como corrobora os propósitos do INEM e do European Resuscitation Council em relação à mesma temática.

Segundo um estudo de Hirose, T. *et al* (2014) o treino em SBV combinando instrução e prática na compressão torácica e uso de DEA melhorou a qualidade da reanimação cardiorrespiratória e a atitude nas mesmas práticas, do pessoal auxiliar que trabalha num Hospital Universitário.

Como limitação na intervenção comunitária salientou-se o tempo reduzido para a sessão prática, ficando como sugestão para uma continuidade e reformulação desta mesma intervenção comunitária, uma gestão mais adequada e estratificada dos conteúdos teóricos por um número maior de sessões e um tempo alargado para as questões práticas, por forma a promover a consolidação de conhecimentos.

No indicador de resultado correspondente à satisfação com as sessões de formação, a meta foi largamente atingida, o que sugere a dimensão do interesse da temática e a importância de manter a transmissão destes conhecimentos a vários grupos da comunidade, valorizando a manutenção da cadeia de sobrevivência.

A disseminação da informação foi também conseguida através de publicação num jornal semanário e através da elaboração de um manual de apoio para as AAD, para manutenção das boas práticas.

Todo este enquadramento deu visibilidade à Enfermagem Comunitária e à interação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com grupos da comunidade no processo de capacitação, promovendo a saúde de forma globalizante.

6- CONCLUSÃO

As conclusões deste relatório emergem dos objetivos delineados, do enquadramento teórico, do estágio desenvolvido, da reflexão e análise da revisão sistemática da literatura e da avaliação da intervenção comunitária realizada.

Os problemas e alterações que advêm do envelhecimento populacional deverão ser encarados de forma estratégica pelo sector social e da saúde. Estas alterações provocam consequências ao nível da capacidade dos idosos em manter a sua autonomia e implicam a substituição e organização do seu quotidiano por terceira pessoa, o prestador de cuidados.

O estágio permitiu a capacitação de um grupo populacional de uma dada comunidade que presta cuidados a idosos no domicílio. Pretendeu-se assegurar a continuidade dos cuidados e boas práticas aos idosos dependentes em contexto domiciliário, reforçando a necessidade de articulação necessária entre as AAD com os enfermeiros.

O enfermeiro que trabalha para e com a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem desse conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas.

A intervenção comunitária “capacitar a comunidade para salvar” teve como base a formação das AAD em SBV, por forma a um aumento de conhecimentos nesta área para um ganho na atuação em situações de urgência a idosos em contexto domiciliário.

Cabe aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária investir no Empowerment Comunitário centrando esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde.

Uma das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária passa pela capacidade de integrar a comunidade na resolução dos seus problemas.

Num balanço dos objetivos gerais é de salientar que a análise de situações de saúde/doença no contexto da Enfermagem Comunitária foi realizada no grupo populacional das AAD através do Planeamento em Saúde, o que permitiu, com coerência e rigor, desenvolver a intervenção comunitária acima referida.

A avaliação dos resultados obtidos possibilitou criticar de forma reflexiva a intervenção de enfermagem. Embora as metas relativas aos indicadores de processo e resultado tenham sido atingidas, ao longo da intervenção comunitária ficou a certeza de que seria necessário um maior número de horas de formação e de treino prático, para uma consolidação maior de conhecimentos.

De referir que ainda não é dada a devida importância à formação contínua, por parte das IPPS's e o quanto a mesma poderá melhorar a qualidade de cuidados prestados aos idosos.

Também se conclui que esta intervenção não trará um impacto tão alargado se não for replicada e desenvolvida em toda a comunidade adulta, por forma a capacitar o maior número de

pessoas a manterem a cadeia de sobrevivência, em qualquer contexto fora do hospital, até chegada de ajuda especializada.

Por fim, a elaboração deste documento permitiu uma reflexão sobre o percurso efetuado, sobre a prática desenvolvida e sobre o Planejamento em Saúde que possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível de uma enfermagem avançada.

Todas as atividades realizadas na USP Zé Povinho, para além da intervenção comunitária com as AAD permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Além disso, foi uma experiência enriquecedora e gratificante a nível pessoal e profissional.

Considerou-se indispensável ao longo de todo este percurso, manter uma visão empreendedora na comunidade e para a comunidade, aliada a todo um processo de pesquisa e reflexão igualmente importante para um correto planeamento em saúde.

Todo este trajeto assentou numa resiliência imprescindível pelas dificuldades e obstáculos que foram surgindo, tais como a conciliação das horas de estágio e da intervenção comunitária e outras atividades desenvolvidas no âmbito da USP, com o horário de trabalho.

Realça-se a importância da continuidade desta intervenção comunitária direcionada a vários grupos da comunidade, seja por parte da USP ou de outras Unidades de Saúde. Essa intervenção tem sido feita de forma constante com as crianças, mas preconiza-se a formação de adultos, essencialmente na área de prestação de cuidados aos idosos.

Este facto consolidou um dos meus objetivos pessoais de desenvolver no âmbito da enfermagem comunitária uma intervenção útil para a comunidade, que possa ser replicada ou continuada, que contribua para uma mudança positiva na capacitação dos cidadãos.

A Enfermagem Comunitária ao abranger esta temática, contribuirá para a capacitação da comunidade para uma resposta atempada que promova a manutenção da cadeia de sobrevivência.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2

Bernardes, A. (2008). Políticas e práticas de formação em grandes empresas — Situação actual e perspectivas futuras. *Sisifo/ Revista de ciências da educação*. N.º 6. Pág. 57 – 70. ISSN 1646-4990

Canário, R. (2003). *A aprendizagem ao longo da vida: análise crítica de um conceito e de uma política*. Porto: Porto Editora. ISBN:978-972-0-01115-2

Código de Trabalho (2016). *Formação Profissional* – artigo 131º - secção VII – subsecção II. Acedido a 20 de Agosto de 2017 em: http://cite.gov.pt/pt/legis/CodTrab_indice.html

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa

Conselho Português de Ressuscitação. Acedido a 5 de Setembro de 2016 em: www.cpressuscitacao.pt/

Correia, J. Martins. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Universidade Aberta. Lisboa.

Decreto-Lei nº119/1983 de 25 de Fevereiro. *Estatuto das IPSS'S*. Acedido a 5 de Junho de 2016 em <http://www.amu.org.pt/pdfs/Estatuto%20das%20IPSS.pdf>

Decreto-Lei nº414/99 de 15 de Outubro. *Enquadramento profissional do pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República n.º 241/1999, Série I-A de 1999-10-15. Acedido a 6 de Novembro de 2016 em <http://publicos.pt/documento/id667139/decreto-lei-414/99>

Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. *Rede de Cuidados Continuados de Saúde*. Ministério da Saúde. Acedido a 2 de Junho de 2016 em http://www.anarp.org.pt/lib/pdfs/centroreabilitacao/legislacao/281_2003.pdf

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 5 de Junho de 2016 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>

Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de Agosto. *Regulamento da utilização de DAE e de formação em DAE e SBV*. Ministério da Saúde. Acedido a 5 de Outubro de 2016 em www.sg.min-saude.pt/NR/ronlyres/79F4BBEF-B8EA-4E2C-9484.../0524705252.pdf

Decreto-Lei n.º 184/2012 de 8 de agosto. *Regulamento da utilização de DAE e de formação em DAE e SBV*. Ministério da Saúde. Acedido a 5 de Outubro de 2016 em www.sg.min-saude.pt/NR/ronlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82.../0418204183.pdf

Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal IDADE MAIOR em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Ministério da Saúde. Portugal

Direção-Geral da Saúde (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. ISSN: 2183-5888. Ministério da Saúde. Portugal

Dixe, M.; Gomes, J. (2015). Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Nº49. Pág. 640 – 649.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, versão portuguesa da responsabilidade de Conselho Português de Ressuscitação

European Resuscitation Council. *ERC Guidelines for Resuscitation 2015*. Acedido a 15 de Maio de 2017 em <https://cprguidelines.eu/>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185

Freese, B. (2004) in Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

- Glaister J. A., & Blair, C. (2008). *Improved education and training for nursing assistants: keys to promoting the mental health of nursing home residents*. *Issues Ment Health Nurs.* , 29 (8), 863-872
- Guimarães, E. Cunha, Beddome, M.C. (1995). *Guião para a apreciação da comunidade como cliente com o Modelo de Betty Neuman*. Tradução livre – Community as client Assessment in Neuman – The Neuman Systems Model. Ohio. Appelton e Lange.
- Hansen, S.M.; Brøndum, S.; Thomas, G. *et al* (2015). Home Care Providers to the Rescue: A Novel First-Responder Programme. *PLoS ONE* 10(10): e0141352.doi:10.1371
- Hirose, T. *et al* (2014). Effectiveness of a simplified cardiopulmonary resuscitation training program for the non-medical staff of a university hospital. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Pág. 22 – 31. ISSN 1757-7241
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2013). *Censos 2011*. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- INE (2017). *Ocorrências pré-hospitalares (Nº) por local da ocorrência e nível de prioridade*. Acedido a 20 de Setembro de 2017 em http://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009033&contexcto=bd&selTab=tab2
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) (2014). Acedido a 5 de Junho de 2016 em <http://www.inem.pt/>
- Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa
- Lerner N. B., Resnick B., Galik, E., & Russ, K. G. (2010). *Advanced Nursing Assistant Education Program*. *J Contin Educ Nurs*, 13, 1-7
- Neto, C.; Pais Ribeiro, L. *et al*. *Rastreio em Saúde Mental—Concelho de Caldas da Rainha*. Caldas da Rainha, Outubro de 2011. Não publicado.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.

Nolan, J. et al (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Acedido a 5 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento nº 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República nº 35/18 de Fevereiro – 2ª série. Disponível em: https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2011/02/035000000/086670866_9.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá

Pais, R. (2014). *Cuidar de quem cuida: Um olhar sobre o Serviço de Apoio Domiciliário junto do Cuidador Informal do Idoso*. Dissertação para obtenção Grau de Mestre em Intervenção Comunitária. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto

Portaria n.º 161/2012 de 22 de Maio, artigo 3.º. Diário da República n.º 99, série i, de 22 de Maio de 2012. *Missão e atribuições das Administrações Regionais de Saúde*. Acedido a 2 de Junho de 2016 em: <http://legislacaoportuguesa.com/portaria-n-o-1612012-d-r-n-o-99-serie-i-de-2012-05-22/>

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. *Regulamento do Serviço de Apoio Domiciliário*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 2 Junho de 2016 em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (2004). Direção Geral de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 2 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramaNacionalSaudePessoasIdosas.pdf

Reis, I. (2010). *Manual de Primeiros Socorros: Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias*. Ministério da Educação. ISBN: 978-972-742-330-9

Rodrigues, I. (2014). *Formação em Socorrismo*. Instituto Superior Técnico. Universidade de Lisboa

- Silva, M. (2010). *Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8550/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL.pdf>
- Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). *Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?* Journal of the New Zealand Medical Association, 118 (1214)
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª edição: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-29-1
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Unidade de Saúde Pública Zé Povinho. (2013). *Perfil de Saúde Região Oeste Norte 2013*. Acedido a 5 de Junho de 2016 em: <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/09/perfil-de-saude-oeste-norte.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Ageing and Health Technical Report. Japan: WHO

ANEXOS

ANEXO I

Projeto de Estágio II

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**



**PROJETO DE
ESTÁGIO**

Mestranda:

Daniela Nazário, nº140431006

Santarém, Junho 2016

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

**PROJETO DE
ESTÁGIO**

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR”



Mestranda:

Daniela Nazário, nº140431006

Orientação:

Profª Rosário Machado

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD - Ajudante de Ação Direta

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

Enf.^a - Enfermeira

f. - folha

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

n^o - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Prof.^a – Professora

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SBV – Suporte Básico de Vida

USP – Unidade Saúde Pública

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO.....	4
1- CARATERIZAÇÃO DA USP CALDAS DA RAINHA.....	6
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO II E PLANO DE AÇÃO PARA PROMOVER A CAPACITAÇÃO DAS AAD EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO..	13
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

Este estágio integra-se no 2º ano, 1º semestre do 6º Mestrado em Enfermagem Comunitária e decorre na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho do ACES Oeste Norte, sob a supervisão da Professora Rosário Machado e da Enfermeira Cooperante Fátima Neves.

O estágio II tem como objetivos gerais: aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar; criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

No início da Unidade Curricular- Estágio II foi elaborado este projeto de estágio, com relevância de uma intervenção comunitária que surge de um dos diagnósticos de enfermagem formulados acerca das necessidades formativas das AAD, realizado em três IPSS's (Carvalho Benfeito, Salir do Porto e Chão da Parada).

Esta necessidade de estudar a realidade dos cuidadores formais, em relação às suas dificuldades no contexto diário e as necessidades de formação dos mesmos, foi uma conjugação de uma inquietação pessoal com um desafio da Enfª Cooperante e da USP, por haver interesse neste assunto e pouco conhecimento na área. Investir nos parceiros de cuidados ao idoso é investir na saúde de uma comunidade.

Os diagnósticos de enfermagem resultaram de entrevistas a informantes-chave das três instituições, da análise de dados fornecidos pelas instituições em relação às necessidades formativas das AAD e através da reflexão da realidade com que me deparo no contexto profissional. Este projeto assenta num desses diagnósticos de enfermagem formulados, que irá ser o ponto de partida para uma intervenção comunitária, projetada de forma individual, que irá abranger este grupo populacional da comunidade. O diagnóstico de enfermagem, no qual se fundamentará a intervenção comunitária deste projeto é designado da seguinte forma: **Ameaça à linha de defesa (capacidade de resposta em situações de emergência, em contexto domiciliário) das AAD, relacionada com stressores intrapessoais: défice de formação em SBV e em primeiros socorros.**

Este projeto é composto por um breve enquadramento teórico e um plano de atividades/ plano de ação de todo o estágio II, com especial referência à intervenção comunitária definida,

onde são referidos os objetivos, estratégias, recursos/parcerias e indicadores de avaliação com um horizonte temporal de seis meses.

A formação profissional dos AAD é uma realidade social que a todos preocupa e, não há ainda nas políticas sociais do País, as necessárias respostas ajustadas à resolução dos problemas de funcionamento das IPSS.

Nesta linha de análise assume-se que o envelhecimento institucionalizado carece de recursos materiais, humanos e financeiros, nem sempre ajustados às reais necessidades do idoso. No âmbito destes recursos destaca-se o grupo profissional de AAD, por ser considerado importante o bom desempenho das suas funções para o bem-estar dos idosos.

As AAD são um grupo socioprofissional a quem se exige competências e conhecimentos específicos para prestar ao idoso os cuidados que lhe proporcionem bem-estar. Estes profissionais carecem de formação específica para concretizarem este cuidado. A exigência é maior à medida que aumenta a dependência do idoso, pois, para além das competências que resultam dos acordos formais e contratuais, há outras que resultam do seu trabalho na vida quotidiana como por exemplo, a sua observação atenta, as carências dos cuidados médicos e de enfermagem, e a referenciação de situações despistadas para ajuda mais especializada.

As dificuldades e lacunas desta profissão tornam importante reconhecer a necessidade que estes profissionais têm de uma formação permanente que lhes possibilite não só atenuar o desgaste a que estão sujeitos mas, sobretudo, responder às necessidades de todos os idosos no dia-a-dia.

Numa sociedade em mudança acelerada e orientada para o conhecimento e inovação, a necessidade permanente de formação, ao longo da vida, ganha destaque e é uma verdade incontornável para que se alcance um ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício de cidadania ativa.

Todas as pessoas têm a responsabilidade de prestar toda a assistência de que forem capazes. Em todos os contextos ocorrem situações de emergências, pelo que se torna imprescindível a formação nesta área, que faz a diferença na sobrevivência humana.

1 – CARATERIZAÇÃO DA USP CALDAS DA RAINHA

A missão da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, cumprindo deste modo a missão do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte.

A área abrangida por esta Unidade é definida pelos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche.

As competências essenciais da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho são as seguintes:

- ✓ Elaborar informação e planos em domínios de Saúde Pública;
- ✓ Proceder à vigilância epidemiológica;
- ✓ **Gerir e executar programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde** (onde se insere a intervenção comunitária apresentada neste projeto);
- ✓ Exercer o poder de Autoridade de Saúde;
- ✓ Assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública;
- ✓ Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação em saúde.

A sede da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho localiza-se em Caldas da Rainha e dispõe de equipas operativas denominadas Unidades Locais de Saúde Pública, sediadas nos Centros de Saúde dos 6 concelhos que integram o ACES, onde os cidadãos recorrem para assuntos do domínio da Saúde Pública.

Os programas e projetos da USP Zé Povinho são os seguintes: Movimento escola/cidade dos afetos; Consulta de cessação tabágica; Consulta de alcoologia; Medicina do viajante; Consulta do viajante; Vacinação internacional; Familiarmente; Saúde escolar; Projeto pão.come.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a Promoção da Saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

O processo do envelhecimento é um dos acontecimentos mais importantes desde meados do século XX até aos dias de hoje e é um fenómeno que afeta de diferentes formas todos os países, sejam eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Segundo o INE (Censos 2011), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Segundo o mesmo instituto a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614. Sendo que 15% da população se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. A definição do princípio do processo de envelhecimento é em si própria paradigmática. Alguns autores consideram que o envelhecimento começa no momento da conceção, ou seja envelhece-se logo que se nasce, para outros o processo de envelhecimento inicia-se entre a segunda e a terceira década de vida; existem outros autores que consideram que o envelhecimento acontece nos estádios mais avançados da vida humana. Outros consideram que na atualidade parece desajustado considerar a condição de idoso aos 65 anos⁸, uma vez que o envelhecimento é um processo gradual (Conceição, J. 2012).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas, um desafio aos

sistemas de saúde no que se refere à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados (PNSPI, 2004).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (PNSPI, 2004).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro.

As políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde integrados e de apoio social às pessoas idosas, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (PNSPI, 2004).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.

Uma das estratégias de intervenção do PNSPI relaciona-se com a prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência.

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (capítulo I, artigo 3, alinha h) entende-se por dependência:

“(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.”

O problema social que representa o envelhecimento na sociedade portuguesa concretamente, e nas sociedades industrializadas em geral, compõe um dos grandes desafios com que se confrontam as instâncias políticas e sociais que detêm a missão de encontrar soluções.

Correia (2003) salienta que, a intervenção comunitária passa por colocar em prática estratégias que previnam situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento; promovam condições favoráveis à integração sociofamiliar, económica e cultural das pessoas idosas, evitando a sua exclusão/marginalização; fomentem a autonomia da pessoa idosa, através da participação ativa na comunidade; reconheçam o valor da pessoa idosa na família; redescubram o valor positivo das pessoas idosas como detentoras de saberes e de cultura; apoiem os prestadores informais de cuidados no apoio às pessoas idosas; articulem os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial a Saúde e a Segurança Social; promovam a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social.

Em 1983, o Estado cria o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro, que eram promovidas e administradas por particulares sem fins lucrativos *“(...) com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...)”* .

As IPSS surgem no panorama da ação social com parceria do Estado (que delega alguns poderes mas financia e fiscaliza a sua atividade) na concretização das políticas sociais para o desenvolvimento das respostas sociais. A proteção social ao idoso é influenciada pelas orientações que os Governos estabelecem para as políticas sociais. Assim, a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, uma vez que suporta uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do Estado e, pelo Estado, são comparticipadas, apoiando os mais velhos em várias respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite (CN), Acolhimento Familiar para pessoas idosas, Residência, Centro de Férias e Lazer e Lar de Idosos.

Atualmente, em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário está regulamentado através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro, revogando assim o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de Novembro, o qual definiu as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, devido às constantes mutações que imperam na sociedade de hoje, sobretudo na dimensão sociofamiliar, que se caracteriza por um elevado número de pessoas em situação de dependência, às quais urge uma resposta congruente para as necessidades básicas e instrumentais da vida diária.

Neste sentido, e de acordo com o artigo 2º do enquadramento legislativo acima mencionado, o Serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica

e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Serviço de Apoio Domiciliário como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e do social, os quais são prestados ao utente no seu próprio domicílio (Knight e Tjassing, 1994).

Os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) prendem-se com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuindo para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar e para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objetos de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Na sequência dos objetivos delineados para o SAD, encontra-se regulamentado que este deve proporcionar um conjunto diversificado de cuidados e serviços, adaptados às necessidades de cada utente. Desta forma, os serviços e cuidados prestados devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, sempre que se considere necessário, apoio durante o fim-de-semana e feriados.

A Portaria n.º 38/2013 também elenca diversos serviços e cuidados que o SAD deve disponibilizar, sendo imperativo reunir pelo menos quatro dos seguintes: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência.

No entanto, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, tais como: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; apoio psicossocial; confeção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; realização de atividades ocupacionais.

O SAD orienta-se através de seis princípios de atuação, tais como a qualidade, eficiência, humanização e individualização; interdisciplinaridade; avaliação das necessidades do utente; reserva da intimidade da vida privada e familiar; inviolabilidade do domicílio e da correspondência; participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços.

Os serviços de saúde que são prestados ao indivíduo ou famílias, nos seus locais de residência, têm o propósito de promover, manter, restaurar o estado de saúde, ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos da doença, incluindo estados terminais (Pais, R. 2014).

No contrato coletivo que rege as IPSS define-se o conteúdo funcional das AAD como o trabalhador que trabalha diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar (Conceição, J., 2012). De acordo com o mesmo para o desempenho desta função é necessário, apenas, ser maior de 18 anos e ter a escolaridade obrigatória por lei estipulando-se na sua cláusula 94 as condições de progressão na carreira (5 anos de bom e efetivo serviço na categoria) e as categorias previstas (de 2ª e 1ª). Nestas circunstâncias e no contexto dos serviços prestados aos idosos, é a carreira mais exigente segundo o ponto de vista das competências que lhe estão adstritas e das categorias profissionais menos renumeradas. Note-se que a exigência de competências aumenta à medida que aumenta a dependência do residente (Conceição, J., 2012).

É de extrema importância que as aptidões das AAD sejam trabalhadas na área do cuidar, independentemente dos níveis de qualificação considerados, por ser uma profissão de relação humana.

Aos auxiliares de ação direta compete assegurar a higiene da habitação; prestar cuidados de higiene pessoal e de conforto; prestar cuidados na área da estética; ser o elemento de ligação entre a pessoa e os que fazem parte do seu ambiente relacional; observar e ouvir, pessoalizando cuidados; promover a participação da pessoa idosa nas tarefas possíveis; ser uma presença securizante; contribuir para prevenir/retardar/minimizar situações de dependência; identificar necessidades de adaptação do habitat; participar na manutenção das redes de sociabilidade, de proximidade da pessoa idosa e respeitar a identidade e as referências da pessoa idosa (Conceição, J., 2012).

Torna-se crucial a formação das AAD para o bom desempenho das suas tarefas e para a qualificação das mesmas, com capacidade de respostas mais eficazes às necessidades dos idosos.

A formação é necessária para o desenvolvimento de aptidões e competências e para aperfeiçoar a prática profissional. É também uma forma de atuação e de saber lidar com as diversas situações que ocorrem diariamente.

Cada vez mais as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas e, neste sentido, é imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se, então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, importando referir que a formação não é estanque, carece de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências

profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, J., 2012).

Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde, é de extrema importância despertar as mentalidades da comunidade, principalmente dos grupos populacionais que apoiam os idosos no domicílio, para formações tão úteis e decisivas entre a sobrevivência ou não-sobrevivência, tal como o Suporte Básico de Vida (SBV).

Os enfermeiros através dos seus conhecimentos, competências e habilidades, podem desenvolver várias atividades estratégicas para capacitar a comunidade para uma resposta adequada na primeira linha de situações de emergência, até chegada de ajuda especializada, de profissionais de saúde.

De acordo com Araújo (2010), uma pessoa que sofra um colapso cardiorrespiratório tem uma probabilidade de sobreviver entre 60 a 70% caso seja aplicado o Suporte Básico de Vida.

Inevitavelmente, ocorrem situações inesperadas e todos os indivíduos são passíveis de serem socorristas ou de serem socorridos, portanto prestar auxílio implica compreender a necessidade de chamar ajuda qualificada e prestar socorro até à chegada dos meios de ajuda diferenciada.



Qualquer que seja o ambiente, quer social, quer profissional, os indivíduos têm a responsabilidade de prestar toda a assistência de que forem capazes e estejam preparados. No entanto, situações de emergências ocorrem em todo o lado e é imprescindível que os cidadãos sejam capazes para agir em consonância.

Para o INEM (2014), o SBV é um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima estável até chegada de profissionais da emergência. Segundo esta instituição, torna-se pertinente efetuar formações neste âmbito na comunidade pois este tipo de iniciativas são oportunidades de incluir na sociedade civil a perceção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência. Desta forma, se justifica que a consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais precocemente possível na vida de cada cidadão.

3 – PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAR NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Objetivo geral: desenvolver estratégias de intervenção no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária na USP Zé Povinho

Área de intervenção Individual: necessidades de formação nas Ajudantes de Ação Direta (AAS)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p> Conhecer a USP Zé Povinho das Caldas da Rainha e a Equipa Multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reunião de apresentação na USP com a Enfª Cooperante Fátima Neves e com a Professora Orientadora Rosário Machado. ➤ Apresentação da Equipa Multidisciplinar. ➤ Conhecer as instalações da USP Zé Povinho. ➤ Conhecer as áreas de intervenção da USP. ➤ Consultar Plano de Ação da USP Zé Povinho. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	<p>Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP;</p> <p>Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária;</p> <p>Equipa Multidisciplinar da USP;</p> <p>Professora Rosário Machado</p>	30/05/2016 a 3/06/2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio. ➤ Número de projetos onde serão integrados os alunos ao longo de todo o estágio. ➤ Número de intervenções individuais propostas para cada aluno.
<p> Identificar a área de atuação para a implementação de um projeto de intervenção individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de reunião com a Enfª Cooperante para partilha de ideias em relação às necessidades da USP e ao interesse dos alunos no intuito de se decidir tema do projeto de intervenção de cada um. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	<p>Enfª Fátima Neves; Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária</p>	1ª e 2ª semana de estágio (30 de Maio a 9 de Junho)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de propostas para desenvolver no projeto individual. ➤ Número de intervenções estabelecidas para o

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultar Plano de Ação da USP Zé Povinho e integrar ou iniciar um projeto dentro do mesmo. 				projeto de intervenção.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar as necessidades formativas das AAD de três IPSS para promover intervenção comunitária neste grupo populacional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar os guiões de entrevistas aos Informantes-Chave: Diretor Técnico e uma AAD de cada IPSS (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal Benfeito). ➤ Realização das entrevistas aos Diretores Técnicos e às AAD das respetivas IPSS. ➤ Consulta de documentação fornecida pelas IPSS sobre identificação de algumas necessidades formativas da sua equipa de AAD, já identificadas pelas mesmas. 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito	Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte	6 a 16 de Junho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de documentos elaborados para realização de entrevistas com os devidos procedimentos éticos. ➤ Número de entrevistas realizadas. ➤ Número de documentos das IPSS sobre necessidades formativas, analisados. ➤ Documento produzido pela análise de conteúdo das entrevistas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formular os diagnósticos de enfermagem acerca das necessidades formativas das AAD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análise de conteúdo das entrevistas. ➤ Estratificar áreas de interesse para posterior intervenção. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte	17 a 21 de Junho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de diagnósticos de enfermagem formulados. ➤ Documento produzido pela análise de

					conteúdo das entrevistas.
<p>✚ Realizar a RSL de acordo com problemática definida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração de pergunta PICO, objetivos e restante protocolo da RSL, para ir ao encontro da melhor evidência científica. ➤ Obter evidências científicas que guiem uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, segundo área de atuação definida. 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém</p>	<p>Aluna Daniela Nazário</p>	<p>Junho e Julho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo produzido ao longo da RSL. ➤ Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta PICO.
<p>✚ Estabelecer um plano de intervenção comunitária para o grupo populacional das AAD, de acordo com os diagnósticos formulados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração de um plano de formação a implementar às AAD com o intuito de responder aos diagnósticos formulados. ➤ Validar planeamento da intervenção com as três IPSS, para partilha e aferição da operacionalização do mesmo. ➤ Criação de linhas orientadoras para intervenção com as AAD. ➤ Proceder à divulgação das atividades a delinear com as AAD, ao longo da implementação dos três projetos individuais de intervenção, complementares. 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.</p>	<p>Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte; Enfª Fátima Neves.</p>	<p>Junho e Julho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentagem de AAD disponíveis para englobar os projetos de intervenção comunitária. ➤ Resultados da validação do planeamento com as três IPSS. ➤ Número de propostas produzidas sobre as linhas orientadoras para intervenção com as AAD. ➤ Número de intervenções a implementar.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração de materiais de informação e divulgação e entrega a cada pessoa. ➤ Reforço da importância da formação com base para prestação de melhores cuidados ao idoso, no domicílio. 				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento produzido com as intervenções delineadas. ➤ Número de materiais produzidos para a realização da divulgação. ➤ Número de AAD abrangidos pela divulgação da informação.
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sensibilizar as IPSS para a importância de formação em SBV. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação do projeto de intervenção sobre a capacitação das AAD em SBV. 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.	Aluna Daniela Nazário	Junho e Julho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de intervenções a implementar. ➤ Documento produzido com as intervenções delineadas.
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Implementar a intervenção de formação das AAD em SBV. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação às AAD da importância de formação em SBV como resposta crucial em situações de PCR na comunidade. ➤ Avaliar conhecimentos acerca de SBV. 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.	Aluna Daniela Nazário	Julho a Outubro de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de AAD abrangidas nas atividades. ➤ Número de sessões de formação realizadas. ➤ Número de materiais interativos utilizados

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar sessões interativas e práticas sobre SBV. ➤ Identificar dificuldades de aprendizagem ao longo das sessões práticas. 				<p>nas sessões de formação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação de conhecimentos adquiridos pelas AAD. ➤ Documentos produzidos para a avaliação de conhecimentos.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicação do processo reflexivo. ➤ Comparar os resultados do projeto com o Estado da Arte e estudos feitos acerca desta temática. ➤ Realizar ficha de avaliação de conhecimentos teóricos aprendidos e avaliação prática. ➤ Realizar ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores. 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.</p>	<p>Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; Professora Rosário Machado</p>	<p>Outubro de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto. ➤ Comparação da avaliação de processo realizado na fase intermédia e no final da intervenção comunitária. ➤ Relatório de avaliação do projeto de intervenção produzido.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrar alguns projetos do plano de ação da USP, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar na avaliação do perfil de saúde em relação aos internamentos compulsivos dos 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha;</p>	<p>Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP;</p>	<p>Junho a Outubro de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de documentos produzidos em cada projeto integrado.

<p>mediante necessidade de intervenção comunitária</p>	<p>6 concelhos da USP Caldas da Rainha.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar na avaliação do Perfil de Saúde 2016 do Concelho das Caldas da Rainha. ➤ Elaborar um Manual de Intervenção dos Inquéritos Epidemiológicos. ➤ Realização de Sessões de Educação para a Saúde para crianças nas campanhas de proteção contra o Sol. ➤ Integrar a avaliação da Cidade dos Afetos. ➤ Participação como formanda nas Jornadas Pedagógicas de Educação para a Saúde, projetadas pela USP Caldas da Rainha. ➤ Realização de Sessões de Educação para a Saúde no Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha. ➤ Observação das Consultas de Alcoologia. ➤ Observação das Consultas de Desabituação Tabágica. ➤ Colaborar no rastreio das doenças cardiovasculares nos funcionários das Câmaras Municipais dos 6 concelhos integrados na USP Caldas da Rainha. 	<p>Câmaras Municipais Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Nazaré, Alcobaça, Peniche; Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha; Escolas das Caldas da Rainha, Nazaré, Valado dos Frades.</p>	<p>Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de sessões de educação para a saúde realizadas.
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrar algumas atividades em parceria com as escolas no início do ano letivo 2016/2017. 				
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Elaborar relatório individual de estágio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização do relatório de estágio individual 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Aluna Daniela Nazário	Junho a Novembro de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento produzido como relatório final de estágio.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Urge intervir na melhoria de qualidade de vida dos idosos e também dos seus cuidadores, capacitá-los com informação, ferramentas e estratégias que os capacitem para enfrentar os desafios quotidianos.

Os serviços comunitários devem ajustar a sua intervenção às realidades e dinâmicas sociofamiliares, de forma a responder assertivamente às necessidades de cada família, de cada idoso.

As atividades exercidas pelas AAD em prol do idoso são determinantes para o bom funcionamento dos serviços. Desta forma torna-se de extrema importância concentrar esforços na aquisição de competências formativas para melhores cuidados ao idoso, no domicílio.

Os enfermeiros têm um papel crucial na formação e informação das pessoas, na educação para a saúde, com vista ao bem-estar de uma comunidade.

Para ser possível viver melhor é necessário viver mais, pelo que o suporte em primeira linha em situações de emergência é fundamental. Uma resposta adequada em SBV da comunidade, até ser possível uma ajuda mais especializada faz a diferença na sobrevivência humana.

Este projeto pretende ser um guião para a intervenção comunitária, que contempla a proteção e promoção da saúde e a capacitação de grupos e comunidade, e desse modo, integrar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (OE, 2010).

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, R. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*.

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa

Correia, J. Martins. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Universidade Aberta. Lisboa.

Decreto-Lei nº119/1983 de 25 de Fevereiro. *Estatuto das IPSS'S*. Acedido a 5 de Junho em <http://www.amu.org.pt/pdfs/Estatuto%20das%20IPSS.pdf>

Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. *Rede de Cuidados Continuados de Saúde*. Ministério da Saúde. Acedido a 2 de Junho em http://www.anarp.org.pt/lib/pdfs/centroreabilitacao/legislacao/281_2003.pdf

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 5 de Junho em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>

INE (2013). *Censos 2011*. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) (2014). Acedido a 5 de Junho de 2016 em <http://www.inem.pt/>

Knight, S. e Tjassing, H. (1994). *Health care moves to the home*. World Health

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Acedido a 5 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá

Pais, R. (2014). *Cuidar de quem cuida: Um olhar sobre o Serviço de Apoio Domiciliário junto do Cuidador Informal do Idoso*. Dissertação para obtenção Grau de Mestre em Intervenção Comunitária. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. *Regulamento do Serviço de Apoio Domiciliário*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 2 Junho em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (2004). Direção Geral de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 2 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf

ANEXO II

Guião de entrevista aos informantes- chave



GUIÃO DE ENTREVISTA AOS INFORMANTES CHAVE (Diretoras Técnicas das IPSS's)

Informante-chave

Data _____

Local _____

Esta entrevista destina-se a integrar um Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, Estágio II na USP de Caldas da Rainha, sob orientação da Profª Rosário Machado e Enfª Cooperante Fátima Neves (Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública – USP Caldas da Rainha) e tem como principal objetivo: **Realizar um diagnóstico de Enfermagem sobre as necessidades formativas das ajudantes de ação direta de Serviço de Apoio Domiciliário de 3 IPSS's (Carvalhal Benfeito, Chão da Parada e Salir do Porto).**

Este diagnóstico será formulado no sentido de planear e implementar estratégias de enfermagem com outras parcerias imprescindíveis, por forma a dar resposta às necessidades de formação das AAD para melhor cuidar do idoso dependente.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas.

Idade - 20 a 30 anos ____ 30 a 40 anos ____ 40 a 50 anos ____ + de 50 anos ____

Género _____

Formação académica _____

Formação profissional _____

1- As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) assumem uma missão de responsabilização social para com os seus utentes, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), tentando alcançar os melhores cuidados, proporcionando uma maior qualidade de vida.

Na sua opinião o Serviço de Apoio Domiciliário dá resposta às necessidades dos idosos dependentes?

2- Como caracteriza as AAD desta equipa?

2.1- Que conhecimentos têm para a função que desempenham?

2.2- De que forma gerem o trabalho em equipa?

3- Quais as maiores dificuldades referidas pelas AAD no seu dia-a-dia?

4- Segundo a convenção de trabalho das IPSS's, estas devem contribuir para a elevação do nível de produtividade do trabalhador, nomeadamente proporcionando -lhe formação profissional. Nesta IPSS o que é feito neste sentido?

4.1- Que atitude as AAD's demonstram em relação à formação?

5- Quais as necessidades formativas que considera mais urgentes nesta equipa de AAD?

ANEXO III

Consentimentos informados para as entrevistas



Ex.ª Srª Diretora da Associação Social e Cultural Paradense

Somos alunos do 6º Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública das Caldas da Rainha sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves, e da Professora Maria Rosário Machado.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos do nosso estágio estamos a elaborar um projeto que contempla a avaliação das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta que exercem funções em IPSS's, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário do Concelho.

Assim, vimos por este meio solicitar o pedido de autorização de realização de uma entrevista com a Ex.ª Diretora e outra com uma Ajudante de Ação Direta para o levantamento das necessidades e posterior implementação do nosso plano de formação. Consideramos que a vossa opinião enquanto elementos de referência da comunidade são fundamentais para a prossecução do nosso trabalho.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas e solicitar o seu consentimento para a utilização dos dados recolhidos na elaboração do nosso projeto.

A entrevista terá aproximadamente a duração de 20 minutos.

Gratos pela disponibilidade

Os alunos:

Bruno Vicente

Daniela Nazário

Mónica Duarte

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____ declaro que fui informado (a) acerca dos objetivos e da metodologia do projeto que contempla a avaliação das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta a exercerem funções em IPSS's, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário do Concelho.

Estou consciente da minha participação, e reconheço que o procedimento me foi explicado.

Reconheço o direito de em qualquer altura colocar as questões que achar relacionadas e recusar continuar com a minha participação, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tenho conhecimento que os dados obtidos, e por mim respondidos, serão usados somente para fins científicos.

Aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato.

Fui informado (a) de que não terei qualquer encargo económico, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Face ao exposto, aceito participar no mesmo.

Data ___/___/2016

ASSINATURA _____

ANEXO IV

Análise de conteúdo das entrevistas

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES-CHAVE

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Necessidades identificadas	Necessidade de Formação das AAD's	Processo de Envelhecimento	<p>“Gostavam de ter conhecimentos sobre o ciclo de vida, o processo de envelhecimento...” (E1)</p> <p>“Têm muita dificuldade em lidar com o processo de morte de alguns utentes.” (E5)</p>
		Gestão de conflitos	<p>“... uma das necessidades que referem é acerca da gestão de conflitos, na equipa e com o utente.” (E1)</p> <p>“... esse domínio da gestão de conflito com as famílias é importante para a formação das AAD's.” (E3)</p>
		Comunicação com os utentes e família	<p>“...referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” (E1)</p> <p>“É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” (E2)</p> <p>“É importante saberem um pouco mais como lidar e comunicar com utentes com patologias do foro psiquiátrico; acerca de psicossociologia do idoso...” (E3)</p> <p>“Talvez fosse uma mais valia sabermos como lidar com alguns utentes mais difíceis, com Alzheimer, por exemplo...” (E4)</p> <p>“A algumas funcionárias falta um pouco de ‘saber comunicar’ e de saber manter o sigilo profissional com os utentes, um pouco de ética profissional (...) muitas vezes não sabem usar a comunicação.” (E5)</p>

		<p>Cuidados de higiene e conforto</p>	<p>“...uma das áreas que pedem formação é sobre cuidados de higiene.” (E1)</p> <p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p>
		<p>Posicionamentos e transferências</p>	<p>“... como posicionar um utente em segurança, no leito e na transferência para cadeira...”(E1)</p> <p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p> <p>“... é fulcral e fundamental a formação em posicionamentos e mobilizações.” (E3)</p> <p>“As transferências para a cadeira e os levantes trazem-lhes algumas dificuldades...” (E5)</p>
		<p>Prevenção de úlceras</p>	<p>“... temos algumas dúvidas quando há alterações na pele.” (E2)</p> <p>“... acho que as funcionárias não têm conhecimentos suficientes para saberem fazer uma boa avaliação da pele, para sinalização para a enfermagem de início de feridas.” (E3)</p>
		<p>Alimentação por SNG</p>	<p>“Se houver necessidade de administrar alimentação por SNG a algum utente, terá de se apostar em formação nessa área.” (E1)</p> <p>“Não damos alimentação por sonda, mas também não sabemos fazê-lo.” (E4)</p> <p>“Não dão alimentação por sonda a nenhum utente, de momento, e elas esquecem-se disto facilmente (...) quando há essa necessidade temos de voltar a pedir à enfermagem esses ensinamentos, novamente.” (E5)</p>

		Cuidados com Sonda Vesical	“Não sabemos como a melhor maneira de lidar com algalias.” (E4)
		Suporte Básico de Vida	“As funcionárias mais recentes não têm formação ... nem em SBV.” (E1) “... porque uma PLS salva uma vida, porque uma Manobra de Heimlich salva uma vida e saber quando ligar e pedir ajuda é essencial.” (E3)
		Primeiros Socorros	“A formação é rápida, muito no geral, mas elas gostam de ter formação nessa área e de relembrar conhecimentos, no entanto as funcionárias mais recentes não têm formação em primeiros socorros...” (E1) “... algumas de nós têm feito algumas formações (...) em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.” (E2) “... estes tipos de funcionárias deveriam ter todas formação nesta área de primeiros socorros.” (E3) “Eu não tenho formação em primeiros socorros.” (E4) “ Apenas algumas das funcionárias têm alguma formação em primeiros socorros...” (E5)
Pertinência das necessidades identificadas	Desenvolvimento das competências das AAD’s	_____	“Os conhecimentos não são suficientes, precisam de mais formação...” (E1) “As AAD’s têm uma função muito exigente e de grande responsabilidade, têm de ter um controle emocional muito grande, têm de ter uma preparação muito grande.” (E1) “... são um elemento crucial a nível de intervenção social.” (E1) “... é importante a melhoria da prestação de cuidados aos utentes, pelas AAD’s e dos serviços prestados pela IPSS.” (E3)

		<p>“Elas detetam novas situações e reportam sempre à enfermagem...têm sempre essa consciência de pedir ajuda e esclarecer dúvidas.” (E5)</p> <p>“Elas tentam prestar os cuidados da melhor forma para não errarem com o utente...” (E5)</p>
	Resposta do SAD aos idosos dependentes	<p>_____</p> <p>“O SAD dá resposta parcialmente...é feita uma avaliação das necessidades do utente e realizada uma visita domiciliária para ver essas mesmas necessidades, para esclarecer dúvidas à família e utente, para adaptações.” (E1)</p> <p>“O acolhimento é feito pelas AAD’s que têm como funções dar os pequenos-almoços e almoços, prestar cuidados de higiene, limpezas, posicionamentos e transferências cadeirão/ leito.” (E1)</p> <p>“... o SAD dá resposta aos utentes, embora nalgumas situações fosse necessário institucionalização de alguns utentes que exigem mais cuidados.” (E3)</p> <p>“Há uma boa articulação com as famílias mas há muitos constrangimentos económicos das famílias.” (E3)</p> <p>“O serviço de SAD presta serviços de higiene, alimentação, limpeza, tratamento de roupa...” (E3)</p> <p>“Nós nunca temos lista de espera. Conseguimos dar resposta a todos os utentes que nos solicitam.” (E5)</p> <p>“Damos apoio a 39 utentes em SAD, muitos com grande dependência.” (E5)</p>
	Necessidades sentidas no contexto de trabalho	<p>_____</p> <p>“...não sabem bem como realizar alguns cuidados ao utente em segurança, mas procuram informação.” (E1)</p>

			<p>“... têm dificuldade em gerir o stress que o seu dia-a-dia acarreta.” (E1)</p> <p>“... referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” (E1)</p> <p>“Há uma grande exigência por parte dos utentes e grande diversidade de culturas, crenças em cada utente.” (E1)</p> <p>“... os utentes são cada vez mais dependentes e necessitam de muitos cuidados e assistência...temos uma população muito envelhecida...a ajuda é pedida muito tarde” (E1)</p> <p>“... a exigência dos utentes e familiares vem trazer muitos constrangimentos, essencialmente às AAD’s.” (E3)</p> <p>“Há alguma dificuldade de relacionamento com algumas famílias.” (E3)</p> <p>“Alguns idosos tornam-se mais agressivos... ou também há situações de suspeita de maus tratos a idosos por parte dos familiares, que as AAD’s que não sabem como agir.” (E3)</p> <p>“Elas sentem mais dificuldade em lidar com utentes com alterações mentais...” (E3)</p> <p>“Alguns utentes ficam melindrados facilmente...é difícil para elas comunicar com alguns deles e com familiares.” (E5)</p> <p>“A nível emocional é difícil para elas lidarem com alguns utentes...” (E5)</p>
<p>Prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio</p>	<p>Dificuldades sentidas pelas AAD’s</p>	<p>_____</p>	<p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p> <p>“É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” (E2)</p>

			<p>“Sinto dificuldade em cuidados de higiene e a posicionar utentes mais dependentes...vou sempre com alguém mais experiente.” (E6)</p> <p>“A nível emocional para mim é muito difícil lidar com algumas situações de utentes mais dependentes.” (E6)</p>
Caraterísticas das AAD's	Grupo etário	_____	<p>“Tenho 48 anos.” (E2)</p> <p>“Tenho 57 anos.” (E4)</p> <p>“Tenho 54 anos.” (E6)</p>
	Habilitações literárias	_____	<p>“Tenho o 9ºano.” (E2)</p> <p>“Só tenho a 4ª classe.” (E4)</p> <p>“Tenho o 9º ano de escolaridade.” (E6)</p>
	Formação		<p>“A equipa de AAD's é um pouco resistente à formação em sala.” (E1)</p> <p>“Eu tirei a formação de Apoio à Família e à Comunidade.” (E2)</p> <p>“... não tinha ideia do que era trabalhar com idosos, a formação deu-me uma noção da realidade.” (E2)</p> <p>“... algumas de nós têm feito algumas formações, sobre avaliação de glicémias, cuidados de higiene, em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.” (E2)</p> <p>“... não fazemos reciclagem da formação que recebemos na fase inicial.” (E2)</p>

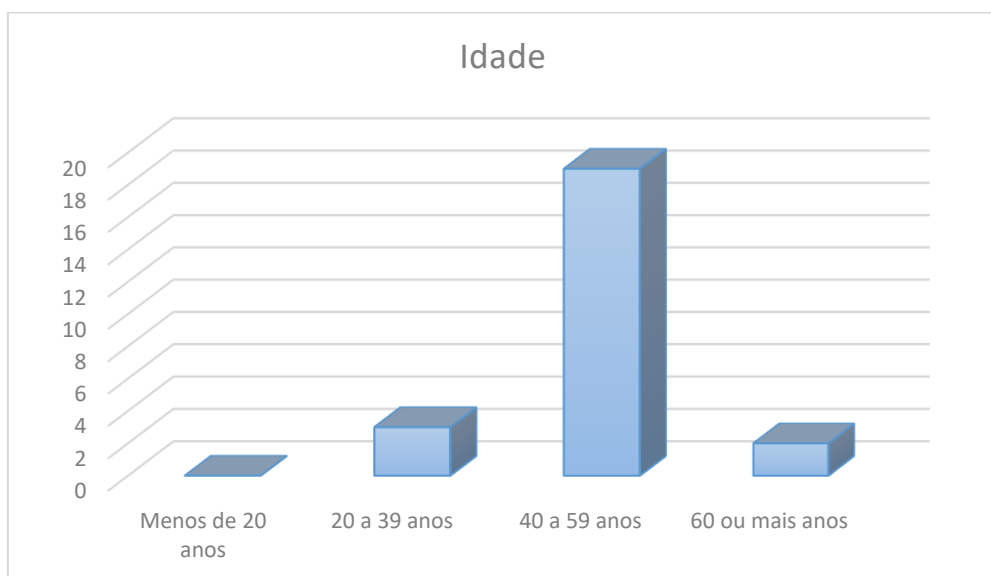
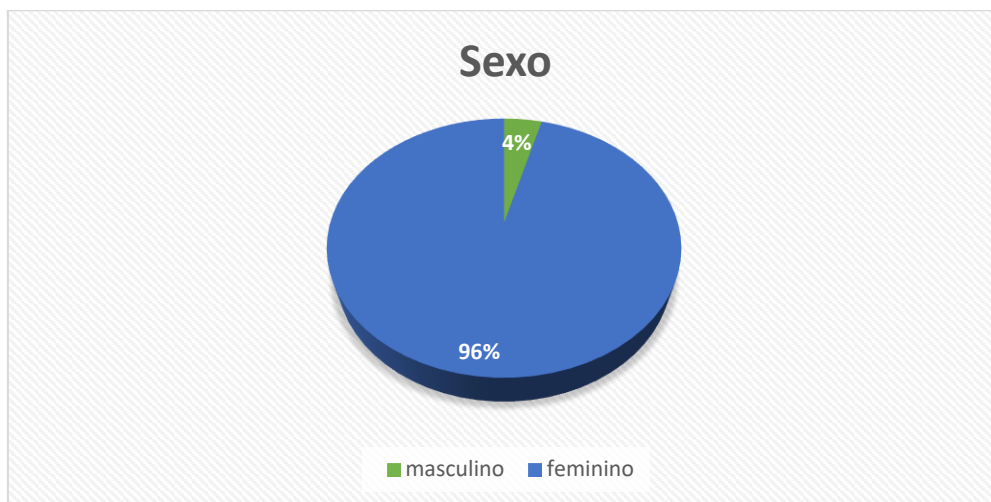
			<p>“... tenho duas agentes de geriatria, as restantes sem formação mas com experiência.” (E3)</p> <p>“Elas estão sempre disponíveis para aderir à formação, mas nos últimos anos não se tem cumprido as horas para formação e as funcionárias têm alguma dificuldade de articulação para disponibilidade de horário para formação.” (E3)</p> <p>“Algumas fizeram formação no âmbito da ética profissional, gestão de conflitos e alimentação.” (E3)</p> <p>“Não tenho formação na área, só experiência profissional e a nível pessoal.” (E4)</p> <p>“Acho que a formação para nós é uma mais-valia.” (E4)</p> <p>“Algumas delas fazem alguma formação na área do idoso, embora não façam muita reciclagem...” (E5)</p> <p>“Há pouco tempo, em parceria com outra IPSS, 4 funcionárias fizeram formação na área de Geriatria...” (E5)</p> <p>“Temos alguma dificuldade em dar formação pelo horário exigente de trabalho que elas têm...” (E5)</p> <p>“A formação é muito importante. Eu nunca fiz formação nesta área do idoso (...) mas outras colegas já fizeram...” (E6)</p>
	<p>Trabalho de equipa</p>	<p>_____</p>	<p>“É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.” (E1)</p> <p>“São para muitos utentes como família...” (E1)</p> <p>“Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.” (E2)</p>

			<p>“O trabalho em equipa é bom e transmito sempre essa mensagem do trabalho de equipa ser fulcral e fundamental.” (E3)</p> <p>“Conflitos há sempre...” (E3)</p> <p>“Não há problemas dentro da equipa, o trabalho é ótimo e há boa comunicação.” (E4)</p> <p>“A equipa organiza-se bem, entreadjudam-se, esperam sempre umas pelas outras...são todas diferentes mas dão-se bem.” (E5)</p> <p>“Tento manter um equilíbrio nas equipas...uma com mais jeito para o cuidar da pessoa e outra com mais jeito para limpezas.” (E5)</p> <p>“Toda a equipa se relaciona bem...e é também uma equipa experiente.” (E6)</p>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

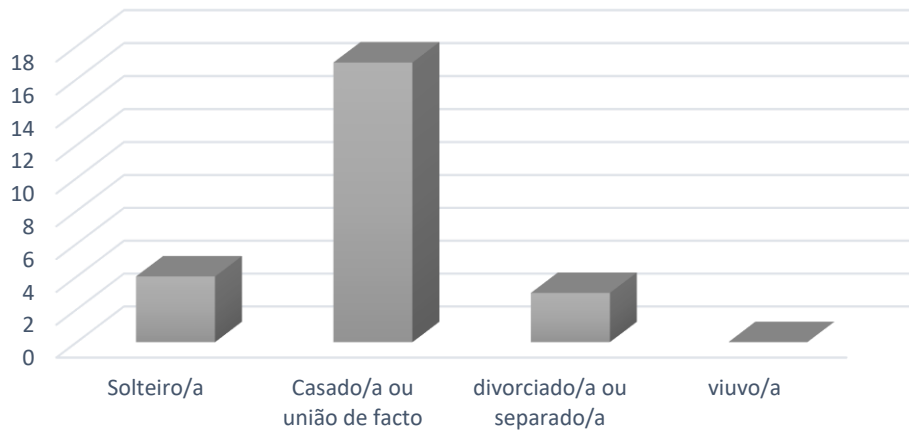
ANEXO V

Apreciação do grupo populacional das AAD

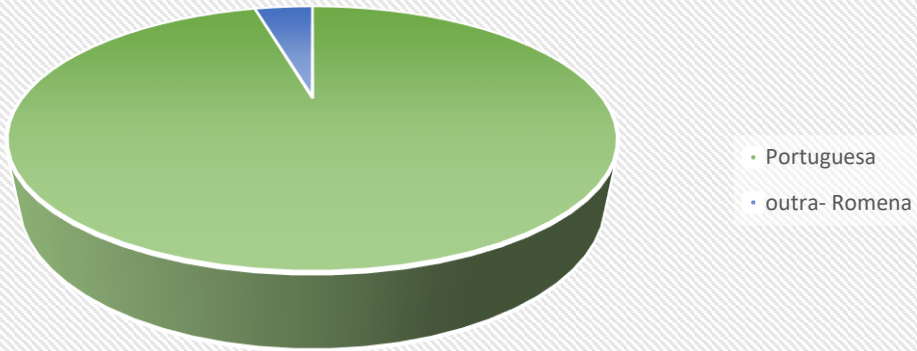
APRECIÇÃO DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DAS TRÊS IPSS'S



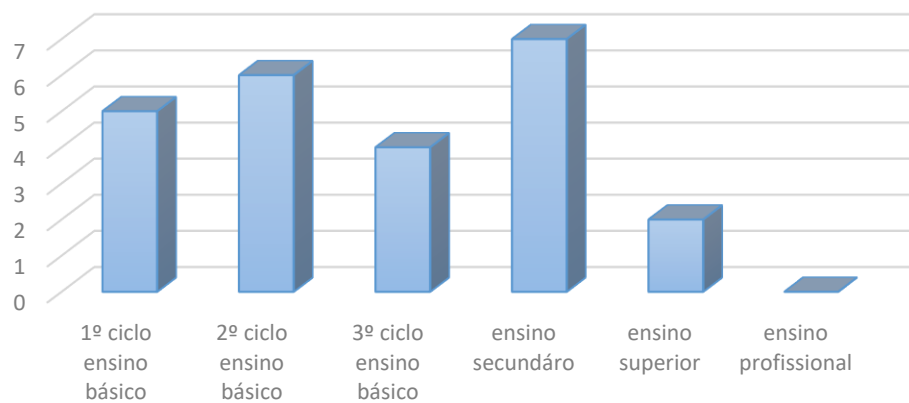
Estado Civil



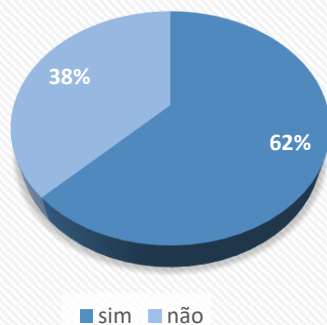
Nacionalidade



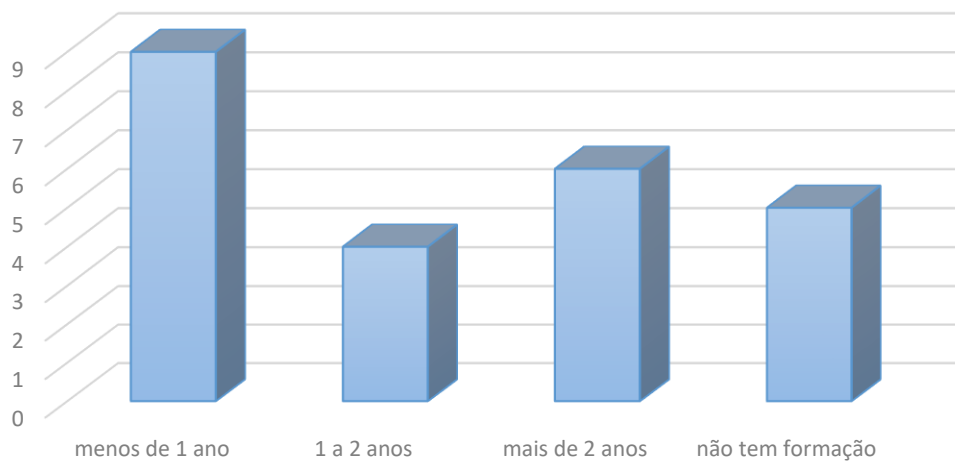
Habilitações Literárias



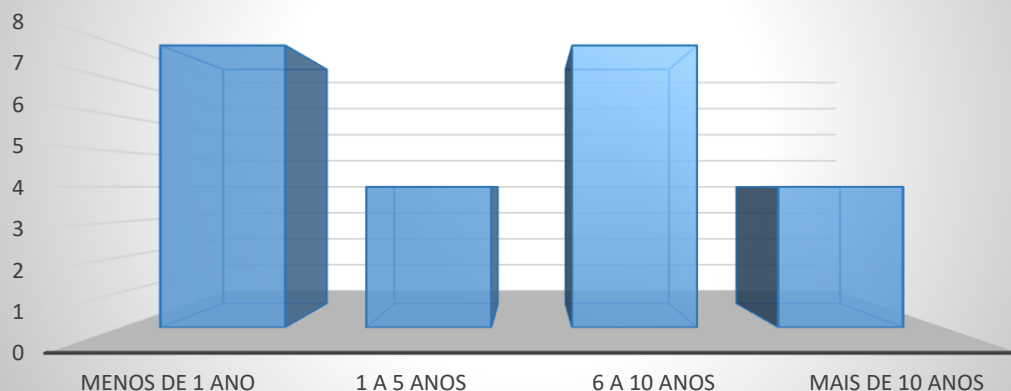
Formação na área ao idoso dependente



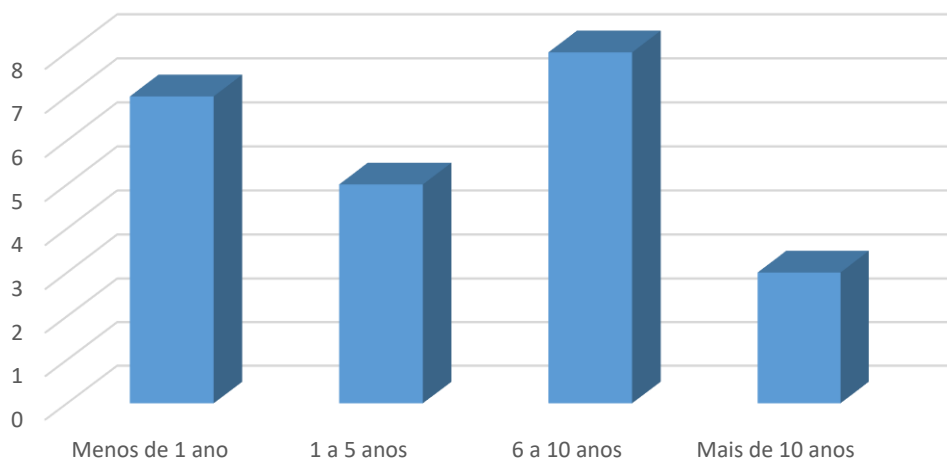
Há quanto tempo realizou a última formação



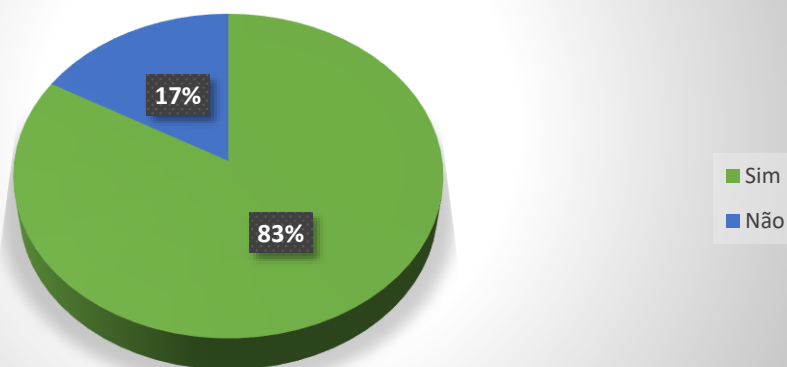
Há quanto tempo exerce a actividade de cuidador



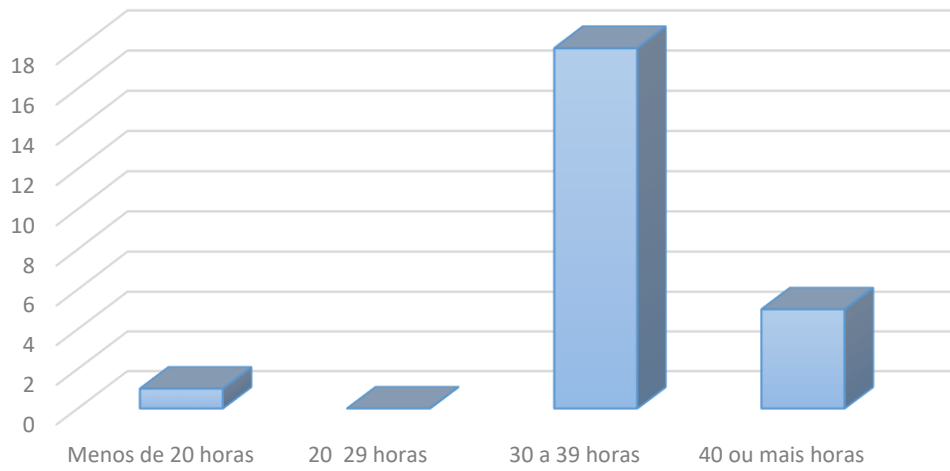
Há quanto tempo é cuidador na instituição



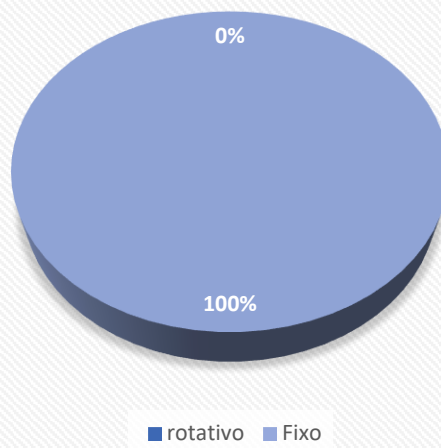
A actividade de cuidador foi uma escolha pessoal



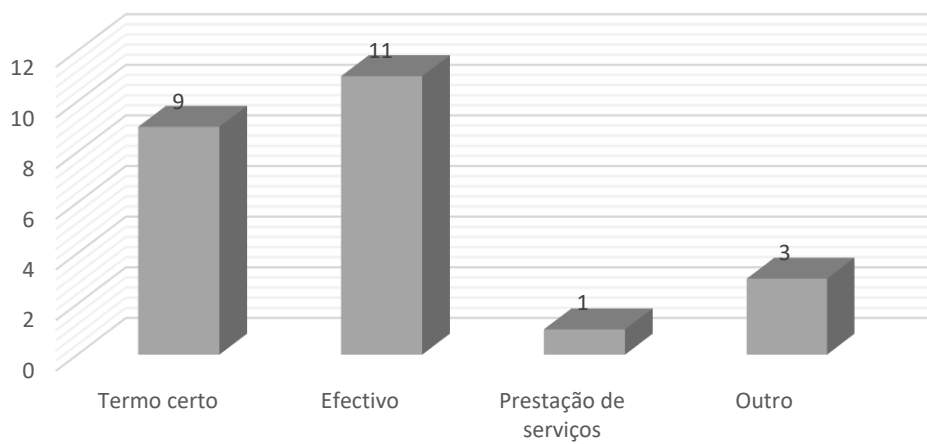
Nº de horas de trabalho semanal



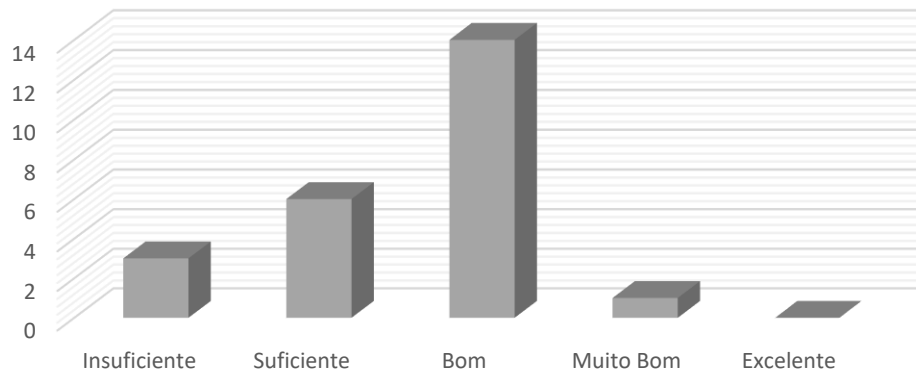
Regime de horário



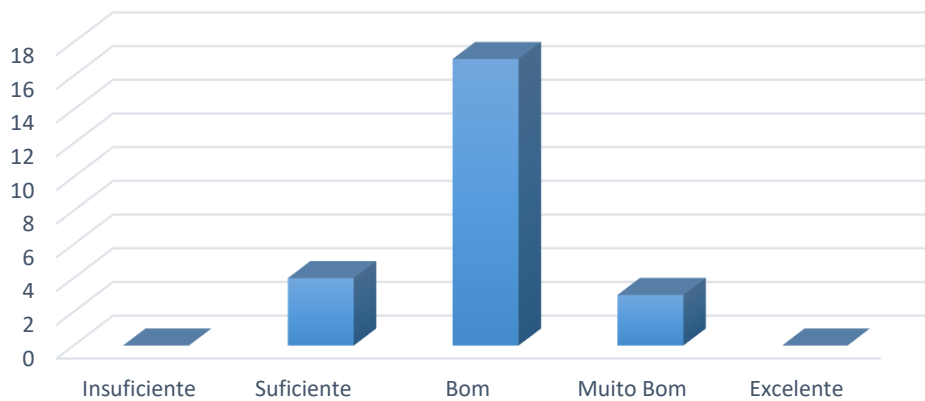
Tipo de contrato



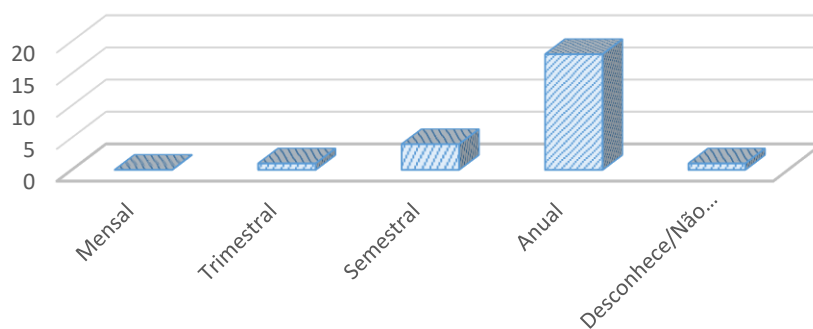
Como caracteriza o seu nível de formação



Como caracteriza o nível de cuidados que presta



COM QUE REGULARIDADE DEVERIA SER DADA FORMAÇÃO NA INSTITUIÇÃO



ANEXO VI

Apreciação do grupo populacional como cliente, segundo o Modelo de Betty Neuman

Excertos das entrevistas

<p>Linha de defesa - Nível de saúde do grupo populacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabilidade profissional ✓ Experiência Profissional ✓ Responsabilidade Profissional 	<p>46% das AAD possuem um tipo de contrato efetivo 100% das AAD realizam um horário de trabalho fixo</p> <p>67% das AAD exercem a atividade profissional há mais de 1 ano 71% das AAD são cuidadoras há mais de 1 ano na instituição a que pertencem E 6- “...é também uma equipa experiente.”</p> <p>E 5- “Elas tentam prestar os cuidados da melhor forma para não errarem com o utente...” E 1- “As AAD’s têm uma função muito exigente e de grande responsabilidade, têm de ter um controle emocional muito grande, têm de ter uma preparação muito grande.” E 1- “... são um elemento crucial a nível de intervenção social.” E 5- “Elas detetam novas situações e reportam sempre à enfermagem...têm sempre essa consciência de pedir ajuda e esclarecer dúvidas.”</p>
<p>Linha de resistência - Mecanismos internos que agem em defesa dos stressores – Forças da comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação na área dos cuidados ao idoso 	<p>63% das AAD possuem formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente. 75% das AAD consideram que deve ser realizada formação de forma anual na instituição.</p> <p>E 2- “... algumas de nós têm feito algumas formações (...) em primeiros socorros...” E 2- “Eu tirei a formação de Apoio à Família e à Comunidade.” E 2- “... algumas de nós têm feito algumas formações, sobre avaliação de glicémias, cuidados de higiene, em primeiros socorros...” E 3- “Algumas fizeram formação no âmbito da ética profissional, gestão de conflitos e alimentação.”</p>

<p>✓ Trabalho em Equipa</p>	<p>E 5- “Há pouco tempo, em parceria com outra IPSS, 4 funcionárias fizeram formação na área de Geriatria...”</p> <p>E 1- “É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.”</p> <p>E 1- “São para muitos utentes como família...”</p> <p>E 2- “Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.”</p> <p>E 4- “Não há problemas dentro da equipa, o trabalho é ótimo e há boa comunicação.”</p> <p>E 6- “Toda a equipa se relaciona bem...”</p>
<p>Stressores - Produtores de tensão com potencial de causar desequilíbrios no sistema:</p> <p>✓ Défice de formação</p>	<p>37% das AAD não possuem formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente.</p> <p>E 1- “Gostavam de ter conhecimentos sobre o ciclo de vida, o processo de envelhecimento...”</p> <p>E 5- “A algumas funcionárias falta um pouco de ‘saber comunicar’ e de saber manter o sigilo profissional com os utentes, um pouco de ética profissional (...) muitas vezes não sabem usar a comunicação.”</p> <p>E 1- “...uma das áreas que pedem formação é sobre cuidados de higiene.”</p> <p>E 1- “...como posicionar um utente em segurança, no leito e na transferência para cadeira...”</p> <p>E 3- “... acho que as funcionárias não têm conhecimentos suficientes para saberem fazer uma boa avaliação da pele, para sinalização para a enfermagem de início de feridas.”</p> <p>E 5- “Não dão alimentação por sonda a nenhum utente, de momento, e elas esquecem-se disto facilmente (...) quando há essa necessidade temos de voltar a pedir à enfermagem esses ensinios, novamente.”</p> <p>E 1- “As funcionárias mais recentes não têm formação ... nem em SBV.”</p> <p>E 2- “... algumas de nós têm feito algumas formações (...) em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.”</p> <p>E 1- “Os conhecimentos não são suficientes, precisam de mais formação...”</p> <p>E 2- “... não fazemos reciclagem da formação que recebemos na fase inicial.”</p> <p>E 4- “Não tenho formação na área, só experiência profissional e a nível pessoal.</p> <p>E 3- “... o SAD dá resposta aos utentes, embora nalgumas situações fosse necessário</p>

<p>✓ Exigência dos utentes/família à resposta do serviço das AAD's</p>	<p>institucionalização de alguns utentes que exigem mais cuidados.” E 5- “Damos apoio a 39 utentes em SAD, muitos com grande dependência.” E 1- “Há uma grande exigência por parte dos utentes e grande diversidade de culturas, crenças em cada utente.” E 3- “... a exigência dos utentes e familiares vem trazer muitos constrangimentos, essencialmente às AAD's.”</p>
<p>Grau de reação - Desequilíbrio que resulta do impacto dos stressores nas linhas de defesa na comunidade:</p> <p>✓ Dificuldades sentidas no contexto de cuidados</p>	<p>E 5- “Têm muita dificuldade em lidar com o processo de morte de alguns utentes.” E 1- “referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” E 2- “É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” E 2- “... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” E 5- “As transferências para a cadeira e os levantes trazem-lhes algumas dificuldades...” E 2- “... temos algumas dúvidas quando há alterações na pele.” E 4- “Não sabemos como a melhor maneira de lidar com algálias.” E 1- “...não sabem bem como realizar alguns cuidados ao utente em segurança...” E 1- “... têm dificuldade em gerir o stress que o seu dia-a-dia acarreta.” E 6- “Sinto dificuldade em cuidados de higiene e a posicionar utentes mais dependentes...”</p>

Subsistemas da comunidade no contexto extrasistémico

SUBSISTEMAS

EDUCATIVO	Programa Qualifica Direção Geral do Ensino Superior- Maiores de 23
RECREATIVO E DE LAZER	_____
SAÚDE e SEGURANÇA	Direção Geral de Saúde Plano Nacional de Saúde 2012- 2016-Extensão 2016-2020 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2006 (PNSPI)
POLÍTICO E SEGURANÇA	Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social Ministério da Saúde Ministério da Administração Interna ARSLVT
SÓCIO CULTURAL	Ministério da Cultura
RELIGIOSO	_____
COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE	Rede Nacional de Expressos Comboios de Portugal A8;A1; N8 Rede de Estradas Nacionais
ECONÓMICO	Entidades bancárias, Comércio Nacional, Indústria Nacional

Subsistemas da comunidade no contexto intersistémico

SUBSISTEMAS

EDUCATIVO	Cencal Gabinete Universidade Sénior Rainha D ^a Leonor Formação interna nas IPSS's Escola Técnica Empresarial do Oeste Biblioteca Municipal das Caldas da Rainha
RECREATIVO E DE LAZER	Centro Social Paroquial N ^a Sr ^a das Mercês Centro Recreativo e Cultural de Salir do Porto Museu José Malhoa; Museu da Cerâmica e Museu do Hospital
SAÚDE e SEGURANÇA	PSP Caldas da Rainha GNR Caldas da Rainha Bombeiros Voluntários Caldas da Rainha e de São Martinho do Porto CHO-Caldas Laboratórios de Análises UCC Caldas da Rainha

	<p>USF Tornada; USF Rainha D^a Leonor; USF Bordalo Pinheiro UCSP Caldas da Rainha USP Caldas da Rainha Farmácias do Concelho de Caldas Recolha e Tratamento de resíduos Caldas da Rainha Saneamento Básico Cantina Social Caldas da Rainha Banco Local de Voluntariado Banco Alimentar do Oeste</p>
POLÍTICO E SEGURANÇA	<p>Câmara Municipal de Caldas da Rainha Junta de Freguesia de Caldas da Rainha; União de Freguesias Tornada e Salir do Porto; Junta de Freguesia Carvalho Benfeito</p>
SÓCIO CULTURAL	<p>Associação Social e Cultural Paradense Associação Desportiva e Recreativa de Carvalho Benfeito Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto Centro Cultural e de Congressos de Caldas Página da Câmara Municipal de Caldas da Rainha -na rede Web Revista Municipal da Câmara de Caldas da Rainha Jornal das Caldas e a Gazeta das Caldas; Jornal Digital Oeste Global IPSS's Lares de Idosos</p>
RELIGIOSO	<p>Templos Católicos, Evangélicos, Batistas e Testemunhas de Jeová</p>
COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE	<p>Transportes Urbanos (Toma) Rodoviária do Tejo (Carreiras normais, Rede de Expresso Comboio Táxis Ligação à A8; N8 Rede de Estradas municipais</p>
ECONÓMICO	<p>Parque Industrial de Caldas da Rainha; Entidades bancárias, Serviços de comércio, Hipermercados, Indústria diversa</p>

Contexto intrasistêmico da comunidade

CONTEXTO INTRASISTÊMICO

Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none">✓ Problemas de saúde:<ul style="list-style-type: none">• Problemas osteoarticulares✓ Comportamentos de risco:<ul style="list-style-type: none">• Adoção de más posturas corporais na execução dos posicionamentos e transferências com idoso (verbalizado pelas AAD na sessão de formação “Posicionamentos e transferências”)
Psicológica	<ul style="list-style-type: none">✓ A atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal:<ul style="list-style-type: none">• Sim: 83%• Não: 17%✓ Como caracteriza o seu nível de formação:<ul style="list-style-type: none">• Insuficiente: 12%• Suficiente: 25%• Bom: 58%• Muito Bom: 4%• Excelente: 0%✓ Tendo em conta a sua formação como caracteriza o nível de cuidados que presta:<ul style="list-style-type: none">• Insuficiente: 0%• Suficiente: 17%• Bom: 71%• Muito Bom: 12%• Excelente: 0%
Variáveis	Sistema Cliente
	<ul style="list-style-type: none">✓ Sexo:<ul style="list-style-type: none">• Masculino: 4%• Feminino: 96 %✓ Idade<ul style="list-style-type: none">• Menos de 20 anos: 0%• 20 a 39 anos: 13%

<p>Sociocultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 40 a 59 anos: 79% • 60 ou mais anos: 8% ✓ Estado civil <ul style="list-style-type: none"> • Solteiro/a: 17% • Casado/a: 71% • Divorciado/a: 12% • Viúvo/a: 0% ✓ Nacionalidade: <ul style="list-style-type: none"> • Portuguesa: 96% • Outra: 4% ✓ Habilitações Literárias: <ul style="list-style-type: none"> • 1º Ciclo Ensino Básico: 21% • 2º Ciclo Ensino Básico: 25% • 3º Ciclo Ensino Básico: 17% • Ensino Secundário: 29% • Ensino Superior: 8% • Ensino Profissional: 0% ✓ Nº horas trabalho semanal: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 horas: 4% • 20 a 29 horas: 0% • 30 a 39 horas: 75% • 40 ou mais horas: 21% ✓ Regime de horário: <ul style="list-style-type: none"> • Rotativo: 0% • Fixo: 100% ✓ Tipo de Contrato: <ul style="list-style-type: none"> • Termo Certo: 38% • Efetivo: 46% • Prestação de serviços: 4% • Outro: 12%
<p>Variáveis</p>	<p>Sistema Cliente</p>
<p>Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente: <ul style="list-style-type: none"> • Sim: 63% (Cursos de Apoio à família e comunidade e Cursos de Geriatria) • Não: 37% ✓ Há quanto tempo realizou a última formação: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano: 37% • 1 a 2 anos: 17% • Mais de 2 anos: 25% • Não tem formação: 21% ✓ Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador/a: <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano: 33% • 1 a 5 anos: 17% • 6 a 10 anos: 33% • Mais de 10 anos: 17%

	<p>✓ Tempo de experiência enquanto cuidador na instituição:</p> <ul style="list-style-type: none">• Menos de 1 ano: 29%• 1 a 5 anos: 24%• 6 a 10 anos: 33%• Mais de 10 anos: 13%
Variáveis	Sistema Cliente
Espiritual	<hr/>

ANEXO VII

Protocolo JBI da Revisão Sistemática da Literatura

CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR

Daniela Nazário¹

Rosário Machado²

1 Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/Mestranda do 6ºCurso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

2 Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

Corresponding author:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Email: xxxxxxxx@zzzz.ssss.pt

Pergunta PICO :

Quais as intervenções de enfermagem que promovem o aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários?

Objetivo :

Caraterizar as intervenções de enfermagem, na capacitação das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários.

Concetualização:

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a Promoção da Saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

O processo do envelhecimento é um dos acontecimentos mais importantes desde meados do século XX até aos dias de hoje e é um fenómeno que afeta de diferentes formas todos os países, sejam eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Segundo o INE (Censos 2011), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Segundo o mesmo instituto a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614. Sendo que 15% da população se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. A definição do princípio do processo de envelhecimento é em si própria paradigmática. Alguns autores consideram que o envelhecimento começa no momento da conceção, ou seja envelhece-se logo que se nasce, para outros o processo de envelhecimento inicia-se entre a segunda e a terceira década de vida; existem outros autores que consideram que o envelhecimento acontece nos estádios mais avançados da vida humana. Outros consideram que na atualidade parece desajustado considerar a condição de idoso aos 65 anos, uma vez que o envelhecimento é um processo gradual (Conceição, J. 2012).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas, um desafio aos sistemas de saúde no que se refere à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados (PNSPI, 2004).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (PNSPI, 2004).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro.

As políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar

dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde integrados e de apoio social às pessoas idosas, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (PNSPI, 2004).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.

Uma das estratégias de intervenção do PNSPI relaciona-se com a prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência.

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (capítulo I, artigo 3, alinha h) entende-se por dependência:

“(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.”

O problema social que representa o envelhecimento na sociedade portuguesa concretamente, e nas sociedades industrializadas em geral, compõe um dos grandes desafios com que se confrontam as instâncias políticas e sociais que detêm a missão de encontrar soluções.

Correia (2003) salienta que, a intervenção comunitária passa por colocar em prática estratégias que previnam situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento; promovam condições favoráveis à integração sociofamiliar, económica e cultural das pessoas idosas, evitando a sua exclusão/marginalização; fomentem a autonomia da pessoa idosa, através da participação ativa na comunidade; reconheçam o valor da pessoa idosa na família; redescubram o valor positivo das pessoas idosas como detentoras de saberes e de cultura; apoiem os prestadores informais de cuidados no apoio às pessoas idosas; articulem os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial a Saúde e a Segurança Social; promovam a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social.

Em 1983, o Estado cria o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro, que eram promovidas e administradas por

particulares sem fins lucrativos “(...) com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...)” .

As IPSS surgem no panorama da ação social com parceria do Estado (que delega alguns poderes mas financia e fiscaliza a sua atividade) na concretização das políticas sociais para o desenvolvimento das respostas sociais. A proteção social ao idoso é influenciada pelas orientações que os Governos estabelecem para as políticas sociais. Assim, a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, uma vez que suporta uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do Estado e, pelo Estado, são comparticipadas, apoiando os mais velhos em várias respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite (CN), Acolhimento Familiar para pessoas idosas, Residência, Centro de Férias e Lazer e Lar de Idosos.

Atualmente, em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário está regulamentado através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de Janeiro, revogando assim o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de Novembro, o qual definiu as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, devido às constantes mutações que imperam na sociedade de hoje, sobretudo na dimensão sociofamiliar, que se caracteriza por um elevado número de pessoas em situação de dependência, às quais urge uma resposta congruente para as necessidades básicas e instrumentais da vida diária.

Neste sentido, e de acordo com o artigo 2º do enquadramento legislativo acima mencionado, o Serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Serviço de Apoio Domiciliário como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e do social, os quais são prestados ao utente no seu próprio domicílio (Knight e Tjassing, 1994).

Os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) prendem-se com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuindo para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar e para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objetos de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Na sequência dos objetivos delineados para o SAD, encontra-se regulamentado que este deve proporcionar um conjunto diversificado de cuidados e serviços, adaptados às necessidades de cada utente. Desta forma, os serviços e cuidados prestados devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, sempre que se considere necessário, apoio durante o fim-de-semana e feriados.

A Portaria n.º 38/2013 também elenca diversos serviços e cuidados que o SAD deve disponibilizar, sendo imperativo reunir pelo menos quatro dos seguintes: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência.

No entanto, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, tais como: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; apoio psicossocial; confeção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; realização de atividades ocupacionais.

O SAD orienta-se através de seis princípios de atuação, tais como a qualidade, eficiência, humanização e individualização; interdisciplinaridade; avaliação das necessidades do utente; reserva da intimidade da vida privada e familiar; inviolabilidade do domicílio e da correspondência; participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços.

Os serviços de saúde que são prestados ao indivíduo ou famílias, nos seus locais de residência, têm o propósito de promover, manter, restaurar o estado de saúde, ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos da doença, incluindo estados terminais (Pais, R. 2014).

No contrato coletivo que rege as IPSS define-se o conteúdo funcional das AAD como o trabalhador que trabalha diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar (Conceição, J., 2012). De acordo com o mesmo para o desempenho desta função é necessário, apenas, ser maior de 18 anos e ter a escolaridade obrigatória por lei estipulando-se na sua cláusula 94 as condições de progressão na carreira (5 anos de bom e efetivo serviço na categoria) e as categorias previstas (de 2ª e 1ª). Nestas circunstâncias e no contexto dos serviços prestados aos idosos, é a carreira mais exigente segundo o ponto de vista das competências que lhe estão adstritas e das categorias profissionais menos renumeradas. Note-se que a exigência de competências aumenta à medida que aumenta a dependência do residente (Conceição, J., 2012).

É de extrema importância que as aptidões das AAD sejam trabalhadas na área do cuidar, independentemente dos níveis de qualificação considerados, por ser uma ocupação de relação humana.

Aos auxiliares de ação direta compete assegurar a higiene da habitação; prestar cuidados de higiene pessoal e de conforto; prestar cuidados na área da estética; ser o elemento de ligação entre a pessoa e os que fazem parte do seu ambiente relacional; observar e ouvir, pessoalizando cuidados; promover a participação da pessoa idosa nas tarefas possíveis; ser uma presença securizante; contribuir para prevenir/retardar/minimizar situações de dependência; identificar necessidades de adaptação do habitat; participar na manutenção das redes de sociabilidade, de proximidade da pessoa idosa e respeitar a identidade e as referências da pessoa idosa (Conceição, J., 2012).

Torna-se crucial a formação das AAD para o bom desempenho das suas tarefas e para a qualificação das mesmas, com capacidade de respostas mais eficazes às necessidades dos idosos.

A formação é necessária para o desenvolvimento de aptidões e competências e para aperfeiçoar a prática profissional. É também uma forma de atuação e de saber lidar com as diversas situações que ocorrem diariamente.

Cada vez mais as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas e, neste sentido, é imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se, então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, importando referir que a formação não é estanque, carece de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, J., 2012).

Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde, é de extrema importância despertar a comunidade, principalmente os grupos populacionais que apoiam os idosos no domicílio, para formações tão úteis e decisivas entre a sobrevivência ou não-sobrevivência, tal como o Suporte Básico de Vida (SBV).

Os enfermeiros (através dos seus conhecimentos, competências e habilidades) podem capacitar a comunidade para uma resposta adequada na primeira linha de situações de emergência, até chegada de ajuda especializada.

De acordo com Araújo (2010), uma pessoa que sofra um colapso cardiorrespiratório tem uma probabilidade de sobreviver entre 60 a 70% caso seja aplicado o Suporte Básico de Vida.

Inevitavelmente, ocorrem situações inesperadas e todos os indivíduos são passíveis de serem socorristas ou de serem socorridos, portanto prestar auxílio implica compreender a necessidade de chamar ajuda qualificada e prestar socorro até à chegada dos meios de ajuda diferenciada.

Qualquer que seja o ambiente, quer social, quer profissional, os indivíduos têm a responsabilidade de prestar toda a assistência de que forem capazes e estejam preparados. No entanto, situações de emergências ocorrem em todo o lado e é imprescindível que os cidadãos sejam capazes para agir em consonância.

Para o INEM (2014), o SBV é um conjunto de procedimentos e metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima estável até chegada de profissionais da emergência. Segundo esta instituição, torna-se pertinente efetuar formações neste âmbito na comunidade pois este tipo de iniciativas são oportunidades de incluir na sociedade civil a perceção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência. Desta forma, se justifica que a consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais precocemente possível na vida de cada cidadão.

Palavras-chave (Descritores Mesh)

Intervenções de Enfermagem; formação; ajudantes de ação direta; aprendizagem; reanimação cardiopulmonar

Nurs*; training (ENTRY TERM) ; home health aides; learning; cardiopulmonary resuscitation

Crítérios de Inclusão

Participantes (população)

Ajudantes de Ação Direta

Intervenção

Promoção do aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários.

Contexto (outcomes)

Aumento de conhecimentos das AAD em SBV, no agir em situações de PCR, no idoso, nos cuidados domiciliários.

Tipos de Estudos

Todos os tipos de estudos, de todos os paradigmas. Serão excluídos artigos de revisão sistemática de literatura.

Estratégia de Pesquisa

Expressão pesquisa:

Booleano - com a conjugação AND (nurs* *and* training *and* home health aides *and* learning) e com a conjugação OR (cardiopulmonary resuscitation).

Bases de dados incluídas:

- National Library of Medicine (PubMed)

- EBSCO Host :
 - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL complete)
 - MedLine Complete
 - MedicLatina

Outras fontes de estudos:

- ProQuest

Limitadores:

- PubMed – Resumo; texto completo disponível; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); humanos; idioma (inglês, português, espanhol).
- CINAHL complete – resumo disponível; texto completo; data de publicação (Setembro 2011- Outubro 2016); humanos; qualquer autor é enfermeiro; idioma (inglês); Texto completo em Pdf.
- MedLine complete – texto completo; resumo disponível; humanos; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); idioma (inglês).
- MedicLatina – texto completo; texto completo em Pdf; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016).
- ProQuest – texto completo; data de publicação (Setembro 2011 – Outubro 2016); idioma (inglês, português, espanhol); faixa etária (19-44; 45 -64); revistas especializadas e revistas acadêmicas; artigo e artigo principal.

Para comprovar se as palavras-chave eram descritores recorreremos à Plataforma *MesH Browser* e, após identificação dos mesmos, iniciamos a pesquisa nas bases de dados anteriormente referidas, no sentido de encontrar estudos que contribuíssem para esclarecer a nossa pergunta PICO.

Os resultados obtidos na pesquisa foram dispostos na tabela apresentada, onde se pode verificar o número de artigos encontrados.

Bases de Dados	PUBMED	PROQUEST	Plataforma EBSCOhost		
			CINAHL Complete	MedLine Complete	MedicLatina
Descritores					
Nurs* (1)	18507	12364	970	30287	1256

Training (2)	67633	11579	128	26924	1059
Home health aides (3)	47	177	1	42	0
Learning (4)	24706	6700	97	16814	513
Cardiopulmonary resuscitation (5)	871	534	4	945	34
1+2	5346	4311	91	3049	153
1+3	32	142	0	15	0
1+4	734	2394	74	1636	73
1+5	67	209	2	101	4
2+3	16	96	0	10	0
2+4	6981	3355	16	3329	120
2+5	200	173	1	137	6
3+4	3	68	0	1	0
3+5	0	2	0	0	0
4+5	36	67	0	23	1
1+2+3+4+5	872	38	4	945	34

Assessment of methodological quality

Foram identificados 1893 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, através do PRISMA FlowChart 2009 (**Anexo I**) foram eliminados 5 artigos duplicados e 1881 artigos pela leitura do título e resumo. Os 7 artigos com critérios de elegibilidade foram submetidos aos critérios de inclusão pretendidos: 2 artigos não se referiam à população pretendida; 1 artigo não cumpria o critério de inclusão da intervenção; 2 artigos não cumpriam o critério de inclusão dos outcomes. Foram seleccionados dois artigos, originais, que se incluem no paradigma positivista, com desenho de investigação de abordagem quantitativa.

Os artigos seleccionados foram os seguintes:

“Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação.”

“Home Care Providers to the Rescue: A Novel First-Responder Programme”

Os artigos incluídos para esta revisão sistemática da literatura foram submetidos ao instrumento de avaliação metodológica correspondente à sua estrutura e definição. Tendo em conta estes aspetos foi aplicado o instrumento **JBI-MAStARI**.

Data extraction

O instrumento **JBI-MAStARI (Anexo II)** permitiu uma análise dos 2 artigos por forma a estabelecer um resumo dos resultados mais pertinentes de cada um deles. Nos dois quadros seguintes são apresentados esses resultados.

Título	Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação
Autor	Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe; José Carlos Rodrigues Gomes
Publicação/Ano	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ 2015
Objetivos do estudo	Avaliar o nível de conhecimento da população portuguesa sobre SBV; conhecer a sua disponibilidade para realizar a formação sobre SBV e identificar alguns fatores (idade, sexo, frequência a um curso de SBV e experiência anterior em SBV) relacionados ao nível de conhecimento sobre SBV.
Desenho do Estudo/Material e métodos	Foi um estudo observacional do tipo descritivo, correlacionado. O instrumento de colheita de dados foi um questionário que continha três partes, correspondentes a dados sociodemográficos e profissionais; formação e interesse na formação sobre SBV; conhecimentos sobre SBV.
População Amostra e Participantes/Contexto	A População do estudo foram os portugueses residentes em Portugal continental e ilhas dos Açores e da Madeira, com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever e que se encontravam trabalhando em instituições públicas e privadas. A amostra, do tipo não probabilístico, foi constituída por 1.700 inquiridos de ambos os sexos (55,6% de mulheres e 44,4% de homens) com média de idade de 37,7 anos (DP= 10,5) que exerciam

	funções em 250 instituições das 318 selecionadas (taxa de adesão de 78,6%).
Colheita de dados/Tratamento e análise	<p>O instrumento de colheita de dados foi um questionário que continha três partes, correspondentes a dados sociodemográficos e profissionais; formação e interesse na formação sobre SBV; conhecimentos sobre SBV.</p> <p>Foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17, e usada a estatística descritiva e inferencial. Foram utilizadas a correlação de Pearson e o t de Student.</p>
Principais resultados/Conclusões	<p>Os resultados deste estudo reforçam a necessidade da capacitação da população leiga em SBV, a fim de diminuir as taxas de mortalidade e morbidade em situações de acidente e doença súbita em cenário extra-hospitalar. Apesar de em Portugal existirem vários cursos na comunidade, presenciais e online, alguns de caráter obrigatório, há necessidade de começar a introduzir o mais precocemente possível a matéria nos currículos escolares de todos os jovens. Programas de formação teórica e prática devem ser realizados em escolas e locais de trabalho, com o objetivo de capacitar a população nesta área, diminuindo assim a mortalidade e morbidade decorrentes de acidentes e emergências. Os inquiridos apresentaram baixos níveis de conhecimentos sobre SBV, salientando a necessidade e a disponibilidade para realizar a formação. Os cursos devem ser geridos por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, rentabilizando as competências destes profissionais em SBV.</p>

Título	Home Care Providers to the Rescue: A Novel First-Responder Programme
Autor	Hansen, S.M.; Brøndum, S.; Thomas, G.; Rasmussen, S.R.; Kvist, B.; Christensen, A.; <i>et al.</i>
Publicação/Ano	PLOS ONE DOI:10.1371/journal.pone.0141352/ Ano: 2015
Objetivos do estudo	O artigo descreve a implementação de um programa de primeira resposta em situações de ataques cardíacos no domicílio, no qual as prestadoras de cuidados domiciliários têm acesso a desfibriladores automáticos externos (DAE) e são encaminhadas para situações urgentes no domicílio após terem recebido treino e formação acerca de SBV.

<p>Desenho do Estudo/Material e métodos</p>	<p>Um estudo prospetivo de 1 ano no qual os dados foram colhidos através da consulta de processos sobre ataques cardíacos, sobre cada atuação inicial de um prestador de cuidados domiciliários e de cada atuação de outros profissionais.</p>
<p>População Amostra e Participantes/Contexto</p>	<p>A população era constituída por 614 Prestadoras de cuidados domiciliários no Município de Frederikshavn no Norte da Dinamarca. A amostra integrou 41 prestadoras de cuidados domiciliários no Município de Frederikshavn no Norte da Dinamarca.</p>
<p>Colheita de dados/Tratamento e análise</p>	<p>Os dados foram colhidos através da consulta de processos sobre ataques cardíacos, sobre cada atuação inicial de um prestador de cuidados domiciliários e de cada atuação de outros profissionais.</p> <p>Foi usado o programa SAS 9.4 and R version 3.1.1software.</p>
<p>Principais resultados/Conclusões</p>	<p>Os prestadores de cuidados domiciliários foram enviados para 28 casos de 60 casos de ataques cardíacos ao longo do estudo. Em 10 desses casos foram a primeira resposta a chegar a esses utentes, iniciando SBV. Em 26 desses 28 casos a situação ocorreu em domicílios. 95% das prestadoras de cuidados domiciliários que receberam formação e foram enviadas para estas ocorrências, referiram sentir-se preparadas para iniciar SBV e usar DAE.</p> <p>Os resultados mostram que estas prestadoras de cuidados domiciliários são uma mais-valia na primeira resposta a utentes em situação de ataque cardíaco, e treinados para isso são eficazes nesse agir em SBV e uso de DAE.</p>

Data synthesis

A leitura e análise do primeiro artigo permitiu ter um conhecimento acerca da resposta que a população portuguesa dá atualmente em situações de acidente e/ ou doença súbita em contexto extra-hospitalar, no que diz respeito a primeiros socorros e SBV.

Dos resultados obtidos, podemos constatar que a maioria das pessoas ainda não frequentou curso de SBV e embora muitas delas não tenham tido a experiência, pela vida, de ter de atuar em situações de PCR, consideram que todos os cidadãos devem ter conhecimentos sobre esta matéria.

A morbidade e mortalidade pode ser minorada por qualquer cidadão na fase inicial da cadeia de sobrevivência e, segundo este estudo, as pessoas dão essa devida importância até chegada de ajuda diferenciada.

É de realçar que para poderem dar essa resposta eficaz, uma grande percentagem das pessoas valoriza a formação que pode ser dada por profissionais de saúde, preferencialmente enfermeiros e médicos, devendo a mesma ser dada nos locais de trabalho da população ou aberta a toda a comunidade.

Apesar do nível de escolaridade da amostra ser tendencialmente elevado, conclui-se que o nível de conhecimentos sobre SBV e primeiros socorros é insuficiente e inadequado, pelo que deve ser tida em conta a necessidade formativa da população portuguesa em relação a este assunto tão primordial para manter a sobrevivência e a saúde das pessoas.

A leitura e análise do segundo artigo permitiu entender a importância que podem ter as prestadoras de cuidados domiciliários como primeira resposta a situações urgentes em que seja necessário iniciar SBV ou uso de DAE, para manter a cadeia de sobrevivência.

Dos resultados obtidos, evidencia-se a capacidade de resposta destas prestadoras de cuidados domiciliários em termos de média de tempo e, em relação à sua atuação por iniciarem SBV às ocorrências que compareceram.

De salientar a auto percepção da preparação com que ficam para agir como primeiro elo em situações urgentes após terem recebido formação e treino sobre SBV e DAE.

Analisando que a média de idades de ataques cardíacos ocorre em idosos e nos seus domicílios, as prestadoras de cuidados domiciliários poderão ser uma mais-valia para minorar a morbidade e mortalidade destes cidadãos.

Realça-se o valor que é dado à formação das prestadoras de cuidados domiciliários, à sua preparação devida com aumento de conhecimentos acerca de SBV e uso de DAE para a implementação do programa e para o avanço de todo o estudo.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

Araújo, R. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*.

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa

Correia, J. Martins. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Universidade Aberta. Lisboa.

Decreto-Lei nº119/1983 de 25 de Fevereiro. *Estatuto das IPSS'S*. Acedido a 5 de Junho em <http://www.amu.org.pt/pdfs/Estatuto%20das%20IPSS.pdf>

Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. *Rede de Cuidados Continuados de Saúde*. Ministério da Saúde. Acedido a 2 de Junho em http://www.anarp.org.pt/lib/pdfs/centroreabilitacao/legislacao/281_2003.pdf

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 5 de Junho em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>

INE (2013). *Censos 2011*. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) (2014). Acedido a 5 de Junho de 2016 em <http://www.inem.pt/>

Knight, S. e Tjassing, H. (1994). *Health care moves to the home*. World Health

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Acedido a 5 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá

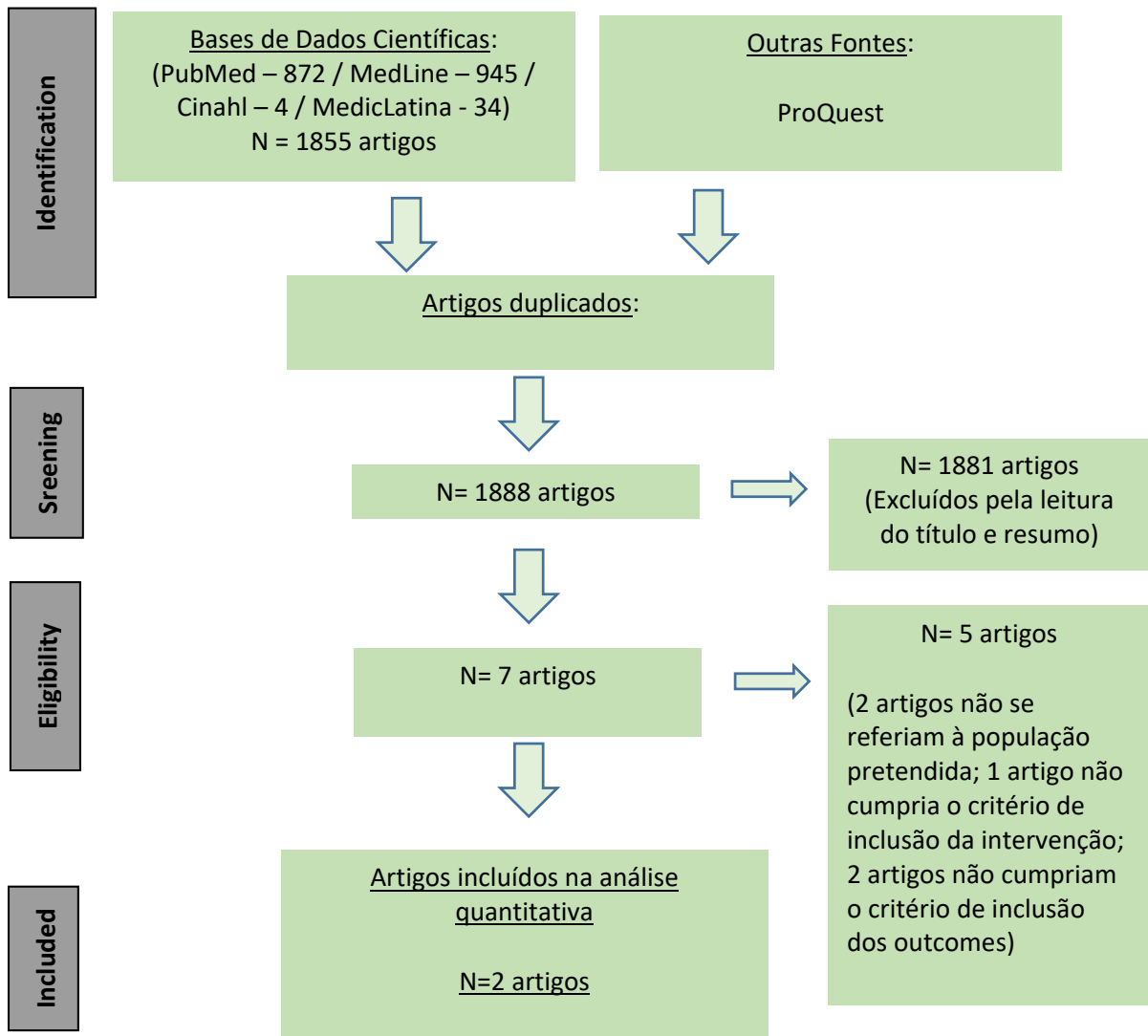
Pais, R. (2014). *Cuidar de quem cuida: Um olhar sobre o Serviço de Apoio Domiciliário junto do Cuidador Informal do Idoso*. Dissertação para obtenção Grau de Mestre em Intervenção Comunitária. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. *Regulamento do Serviço de Apoio Domiciliário*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acedido a 2 Junho em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (2004). Direção Geral de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 2 Junho de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf

Appendix I: Appraisal instruments

PRISMA FlowChart 2009



Appendix II: Data extraction instruments

Appendix ___: JBI-MAStARI Data Extraction Form for Experimental /Observational Studies

Reviewer___ Daniela Nazário **Date** 15 Outubro 2016 **Record** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Author Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, José Carlos Rodrigues Gomes **Year** 2015

Study Method RCT [] Quasi RCT [] Longitudinal []
Retrospective [] **Observational** [X] Other []

Participants Portugueses residentes em Portugal continental e ilhas dos Açores e da Madeira, com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever e que se encontravam trabalhando em instituições públicas e privadas.

Setting Duas instituições públicas ou privadas de cada cidade de Portugal, incluindo as ilhas dos Açores e da Madeira.

Population Portugueses residentes em Portugal continental e ilhas dos Açores e da Madeira, com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever e que se encontravam trabalhando em instituições públicas e privadas.

Sample size A amostra, do tipo não probabilístico, foi constituída por 1.700 inquiridos de ambos os sexos (55,6% de mulheres e 44,4% de homens) com média de idade de 37,7 anos (DP= 10,5) que exerciam funções em 250 instituições das 318 selecionadas (taxa de adesão de 78,6%).

Clinical Outcome Measures

Outcome Description	Scale/measure
O estudo teve como objetivos: avaliar o nível de conhecimento da população portuguesa sobre SBV; conhecer a sua disponibilidade para realizar a formação sobre SBV e identificar alguns fatores (idade, sexo, frequência a um curso de SBV e experiência	Estatística descritiva e inferencial – A estatística descritiva tem como objetivo a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população. A estatística inferencial preocupa-se com o raciocínio

<p>anterior em SBV) relacionados ao nível de conhecimento sobre SBV.</p> <p>Foi um estudo observacional do tipo descritivo, correlacionado.</p> <p>O instrumento de colheita de dados foi um questionário que continha três partes, correspondentes a dados sociodemográficos e profissionais; formação e interesse na formação sobre SBV; conhecimentos sobre SBV.</p> <p>Foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17, e usada a estatística descritiva e inferencial. Foram utilizadas a correlação de Pearson e o t de Student.</p> <p>No estudo verificou-se que 14,6% tiveram necessidade de prestar SBV, sendo a situação mais citada o acidente de viação (22,5%). A intervenção mais realizada (47,5%) foi ligar para o 112.</p> <p>Para 54,1% dos participantes qualquer cidadão pode socorrer uma vítima e, para isso, deve ter conhecimentos sobre SBV (81,4%). Referiram igualmente que a formação deve ser efetuada nos locais de trabalho (84,9%).</p> <p>O estudo refere que apenas 17,8% de pessoas frequentaram um curso de SBV.</p> <p>Verificou-se que a população estudada possui conhecimentos insuficientes e alguns incorretos sobre SBV, sendo que a taxa de acertos nas 64 questões acerca das guidelines foi de 25,9%. Mais de 50% errou nas questões relativas às compressões torácicas. No entanto, 79,9% dos inquiridos acertaram os itens relativos à segurança do reanimador. Quando a vítima se engasga, apenas 33% dos inquiridos referiram que deve ser realizada a manobra de Heimlich, que deve ser realizada sempre que a obstrução da via área seja grave e o acidentado esteja consciente.</p> <p>Os resultados deste estudo reforçam a necessidade da capacitação da população leiga em SBV, a fim de diminuir as taxas de mortalidade e morbidade em situações de</p>	<p>necessário para, a partir dos dados, se obter conclusões gerais.</p> <p>Correlação de Pearson - é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis.</p> <p>Teste t de Student – é o método mais utilizado para avaliar as diferenças entre as médias entre dois grupos. Os testes t aplicam-se tanto a amostras independentes como a amostras emparelhadas. Servem para testar hipóteses sobre médias de uma variável quantitativa numa dicotómica.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

acidente e doença súbita em cenário extra-hospitalar.	
-------------------------------------------------------	--

Study results

Dichotomous data

Outcome	Number/total number	Number/total number
Gênero (n = 1.697)	Masculino (754) – (44,4%) Feminino (943) – (55,6%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Frequência de curso sobre SBV (n= 1.700)	Sim (302) – (17,8%) Não (1.398) – (82,2%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Alguma vez teve de prestar SBV (n= 1.668)	Sim (243) – (14,6%) Não (1.425) – (85,4%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Opinião dos candidatos sobre: Qualquer cidadão pode socorrer uma vítima em perigo de vida.	Sim (857) – (54,1%) Não (728) – (45,9%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Opinião dos candidatos sobre: Todos os cidadãos devem ter conhecimentos sobre SBV.	Sim (1.320) – (81,4%) Não (301) – (18,6%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Opinião dos candidatos sobre: A formação sobre	Sim (1.436) – (84,9%) Não (256) – (15,1%)	

SBV deve ser efetuada nos locais de trabalho.		
Outcome	Number/total number	Number/total number
Opinião dos candidatos sobre: A formação sobre SBV deve ser efetuada em associações culturais e recreativas, dirigidas a grupos da comunidade.	Sim (1.446) – (88,4%) Não (189) – (11,6%)	
Outcome	Number/total number	Number/total number
Opinião dos candidatos sobre: A formação sobre SBV deve ser realizada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.	Sim (1.048) – (63,6%) Não (599) – (36,4%)	

Continuous data

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Estado Civil (n=1.690)	Casado (1025) – (60,7%) Divorciado (190) – (11,2%) Solteiro (461) – (27,3%) Viúvo (14) – (0,8%)	

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Habilitações Literárias (n= 1.690)	<ul style="list-style-type: none"> • Primária incompleta (13) – (0,8%) • Ensino primário (175) – (10,4%) • 6º ano de escolaridade (112) – (6,6%) • 9º ano de escolaridade (289) – (17,1%) • 12º ano de escolaridade (572) – (33,8%) • Curso superior (529) – (31,3%) 	

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Profissão (n = 1.644)	<ul style="list-style-type: none"> • Membros das forças armadas (6) – (0,4%) • Quadros superiores da adm. pública (20) – (1,2%) • Esp. das profissões intelectuais e científicas (380) – (23,1%) • Técnicos e profissionais de nível intermédio (214) – (13,0%) • Pessoal administrativo e similares (497) – (30,2%) • Pessoal dos serviços e vendedores (171) – (10,4%) • Trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (18) – (1,1%) • Operários, artífices e trabalhadores similares (69) – (4,2%) • Operadores de instalações e máquinas (40) – (2,4%) • Trabalhadores não qualificados (113) – (6,9%) • Estudante, trabalhador-estudante (83) – (5,0%) • Aposentado (15) – (0,9%) • Desempregado (15) – (0,9%) • Militar (3) – (0,2%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Entidade onde os participantes realizaram formação (n= 293)	<ul style="list-style-type: none"> • Universidade/Escola Superior (49) – (16,7%) • Hospital/Centros de Saúde (6) – (2,0%) • Centros de Formação Qualificados (64) – (21,8%) • Cruz Vermelha Portuguesa (69) – (23,5%) • Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (7) – (2,4%) • Bombeiros (48) – (16,4%) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição Militar (11) – (3,8%) • Trabalho (16) – (5,5%) • Escola secundária (7) – (2,4%) • Associação Guias Portugal (1) – (0,3%) • Escuteiros (4) – (1,4%) • Federação Portuguesa de Ginástica (1) – (0,3%) • Câmara Municipal (10) – (3,4%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Em que situações prestaram SBV (n= 405)	<ul style="list-style-type: none"> • Afogamento (30) – (7,4%) • Acidente viação (91) – (22,5%) • Asfixia (41) – (10,1%) • Ataque cardíaco (47) – (11,6%) • Acidente Vascular cerebral (AVC) (48) – (11,9%) • Queimadura (38) – (9,4%) • Intoxicação e/ou Envenenamento (28) – (6,9%) • Eletrocussão (11) – (2,7%) • Outras situações (71) – (17,5%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Atividade realizada (n= 238 referências)	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonou aos Bombeiros (38) – (16%) • Telefonou à Polícia (6) – (2,5%) • Ligou ao 112 (113) – (47,5%) • Chamou alguém (10) – (4,2%) • Atuou na vítima (71) – (29,8%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Atividade realizada na vítima (n= 100)	<ul style="list-style-type: none"> • Elevou as pernas (13) – (13,0%) • Deitou no chão (21) – (21,0%) • Estancou hemorragia (3) – (3,0%) • Pôs água no membro afetado (1) – (1,0%) • Pancadas interescapulares (9) – (9,0%) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiros Socorros (30) – (30,0%) • Manteve a vítima consciente (1) – (1,0%) • Resgatou a vítima (5) – (5,0%) • Colocou na Posição Lateral de Segurança (5) – (5,0%) • Massagem cardiorrespiratória e ventilação (5) – (5,0%) • Aplicação SBV (6) – (6,0%) • Manobra de Heimlich (1) – (1,0%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Conhecimentos sobre SBV (Alguns exemplos de resultados sobre as 64 questões)	<ul style="list-style-type: none"> • Perante uma pessoa aparentemente inanimada deve: <ul style="list-style-type: none"> - Garantir que tem condições de segurança para se aproximar da vítima (Errou: n= 360 / 21,0%) (Acertou: n= 1.353 / 79,0%) - Verificar se responde ou não a estímulos (tocando-lhe no ombro e perguntando-lhe se está bem) (Errou: n= 501 / 29,2%) (Acertou: n= 1.212 / 70,8%) • Quando uma vítima não responde à estimulação deve: <ul style="list-style-type: none"> - Gritar por ajuda (Errou: n= 522 / 30,5%) (Acertou: n= 1.191 / 69,5%) • Para continuar uma atuação correta deve: <ul style="list-style-type: none"> - Fazer extensão da cabeça e/ou elevação do queixo (Errou: n= 1.249 / 72,9%) (Acertou: n= 464 / 27%) • Se a vítima respira deve: <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar sinais de circulação (Errou: n= 1.548 / 90,4%) (Acertou: n= 165 / 9,6%) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Se a vítima não respira, tosse e não tem qualquer movimento deve: <ul style="list-style-type: none"> - Se estiver só, deixar a vítima e ir pedir ajuda (Errou: n= 1.217 / 71,0%) (Acertou: n= 496 / 29,0%) • Quando verifica que a vítima não respira, e após pedir ajuda, deve: <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar compressões torácicas (Errou: n= 1.052 / 61,4%) (Acertou: n= 661 / 38,6%) • Ao efetuar a reanimação cardiopulmonar deve: <ul style="list-style-type: none"> - Alternar 30 compressões torácicas, com 2 ventilações eficazes (Errou: n= 1.367 / 79,8%) (Acertou: n= 346 / 20,2%) - Suspender a reanimação cardiopulmonar quando se sentir exausto (Errou: n= 1.480 / 86,4%) (Acertou: n= 233 / 13,6%) • Quando uma pessoa se engasga deve: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a manobra de Heimlich (Errou: n= 1.148 / 67,0%) (Acertou: n= 565 / 33,0%) 	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Nível de conhecimento (nas 64 questões sobre as guidelines) da amostra sobre SBV – sexo, frequência de algum curso de SBV e prestação de SBV.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino (N=754) / (Media de acertos = 27,3) / (DP= 12,0) • Feminino (N= 943) / (Média de acertos = 24,8) / (DP= 11,0) • Frequência de algum curso de SBV (N= 303) / (Média de acertos = 35,6) / (DP= 10,7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Teste T: 4,521 - Correlação de Pearson: 0,000

	<ul style="list-style-type: none"> • Não frequência de curso de SBV (N= 1.398) / (Média de acertos = 23,8) / (DP= 10,6) • Já prestou alguma vez SBV (N= 243) / (Média de acertos = 31,0) / (DP= 11,5) • Nunca prestou SBV (N= 1.425) / (Média de acertos = 25,0) / (DP= 11,3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Teste T: 17,481 - Correlação de Pearson: 0,000 - Teste T: 7,627 - Correlação de Pearson: 0,000
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Author conclusions*

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade da capacitação da população leiga em SBV, a fim de diminuir as taxas de mortalidade e morbidade em situações de acidente e doença súbita em cenário extra-hospitalar. Apesar de em Portugal existirem vários cursos na comunidade, presenciais e online, alguns de carácter obrigatório, há necessidade de começar a introduzir o mais precocemente possível a matéria nos currículos escolares de todos os jovens. Programas de formação teórica e prática devem ser realizados em escolas e locais de trabalho, com o objetivo de capacitar a população nesta área, diminuindo assim a mortalidade e morbidade decorrentes de acidentes e emergências. Os inquiridos apresentaram baixos níveis de conhecimentos sobre SBV, salientando a necessidade e a disponibilidade para realizar a formação. Os cursos devem ser geridos por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, rentabilizando as competências destes profissionais em SBV.

Limitations*:

Algumas dificuldades no preenchimento do instrumento, dada a sua extensão.

Em estudos futuros, seria importante aumentar o tamanho da amostra e desenvolver estudos longitudinais, após a realização de formação teórica e prática, a fim de avaliar sua eficácia.

Implications for (Education; Clinical; Research & Management)*

Os inquiridos apresentaram baixos níveis de conhecimentos sobre SBV, salientando a necessidade e a disponibilidade para realizar a formação. Os cursos devem ser geridos por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, rentabilizando as competências destes profissionais em SBV.

Reviewer conclusions /comments

A leitura e análise do artigo permitiu ter um conhecimento acerca da resposta que a população portuguesa dá atualmente em situações de acidente e/ ou doença súbita em contexto extra-hospitalar, no que diz respeito a primeiros socorros e SBV.

Dos resultados obtidos, podemos constatar que a maioria das pessoas ainda não frequentou curso de SBV e embora muitas delas não tenham tido a experiência, pela vida, de ter de atuar em situações de PCR, consideram que todos os cidadãos devem ter conhecimentos sobre esta matéria.

A morbidade e mortalidade pode ser minorada por qualquer cidadão na fase inicial da cadeia de sobrevivência e, segundo este estudo, as pessoas dão essa devida importância até chegada de ajuda diferenciada.

É de realçar que para poderem dar essa resposta eficaz, uma grande percentagem das pessoas valoriza a formação que pode ser dada por profissionais de saúde, preferencialmente enfermeiros e médicos, devendo a mesma ser dada nos locais de trabalho da população ou aberta a toda a comunidade.

Apesar do nível de escolaridade da amostra ser tendencialmente elevado, conclui-se que o nível de conhecimentos sobre SBV e primeiros socorros é insuficiente e inadequado, pelo que deve ser tida em conta a necessidade formativa da população portuguesa em relação a este assunto tão primordial para manter a sobrevivência e a saúde das pessoas.

Parece-me importante incluir este artigo na revisão sistemática, na medida em que aborda a formação como uma intervenção de enfermagem e de outros profissionais de saúde, como relevante para promover o aumento de conhecimento da comunidade acerca de SBV.

*Sempre com as palavras do autor.

Include **Exclude** **Seek further info**

<p>chegar a esses utentes, iniciando SBV. Em 26 desses 28 casos a situação ocorreu em domicílios. 95% das prestadoras de cuidados domiciliários que receberam formação e foram enviadas para estas ocorrências, referiram sentir-se preparadas para iniciar SBV e usar DAE.</p> <p>Os resultados mostram que estas prestadoras de cuidados domiciliários são uma mais-valia na primeira resposta a utentes em situação de ataque cardíaco, e treinados para isso são eficazes nesse agir em SBV e uso de DAE.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Study results

Dichotomous data

Outcome	Number/total number	Number/total number
<p>Género dos 10 utentes socorridos pelas prestadoras de cuidados domiciliários</p>	<p><u>Feminino</u>: 4 (40%) <u>Masculino</u>: 6 (60%)</p>	
Outcome	Number/total number	Number/total number
<p>Localização 28 ocorrências de ataques cardíacos para onde foram enviadas as prestadoras de cuidados domiciliários</p>	<p><u>Casa particular</u>: 26 (93%) <u>Local público</u>: 2 (7%)</p>	
Outcome	Number/total number	Number/total number
<p>Preparação das prestadoras de cuidados domiciliários para agir como uma primeira resposta a situações de ataques cardíacos fora do hospital, após formação acerca de SBV e DAE.</p>	<p><u>Suficiente</u>: 39 (95%) <u>Insuficiente</u>: 2 (5%)</p>	

Continuous data

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Atuação das prestadoras de cuidados domiciliários em 28 ocorrências de ataques cardíacos para onde foram enviadas	<ul style="list-style-type: none"> • Em <u>10 ocorrências</u> foram a primeira resposta: <ul style="list-style-type: none"> - Nas 10 ocorrências iniciaram SBV (36%); - Em 3 dessas ocorrências realizaram análise com DAE (30%); - Em apenas 1 das ocorrências foi dado choque com DAE. • Em <u>2 ocorrências</u> chegaram em simultâneo com outros serviços de emergência médica. • Em <u>16 ocorrências</u> chegaram depois de outros serviços de emergência médica (57%): <ul style="list-style-type: none"> - Em 4 destas ocorrências as prestadoras de cuidados domiciliários realizaram SBV. 	

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Idade dos 10 utentes socorridos pelas prestadoras de cuidados domiciliários	Média de idade em anos: 72	
Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Tempo de resposta das prestadoras de cuidados domiciliários a ocorrências de ataques cardíacos	Média de tempo (minutos, segundos): 5:37	

Author conclusions*

In the post-dispatch responses given by home care providers, 95% reported that they had felt largely or to some extent prepared to manage initial resuscitation. This is a very encouraging result that compares with or surpasses satisfaction results from other first-responder programmes that have studied fire-fighters, police officers and lay volunteers.

The studied home care providers were suited to act as first-responders. In residential and rural districts, home care providers could be considered for deployment as first-responders.

Limitations*:

While our study was adequately powered to demonstrate feasibility and examine reactions from a new group of first-responders, it could not provide satisfactory results for efficacy.

Consequently, we were unable to demonstrate any difference in status at hospital arrival or potential improvements in response time or time to defibrillation. However, the continuation of the home care provider first-responder programme allows us to perform follow-up. The response rate for questionnaires after OHCA dispatches was 89.4%. A bias may have been introduced by the fact that single cases elicited more than one response regarding readiness. Furthermore, a selection bias cannot be ruled out as the respondents could identify themselves on the questionnaire forms. However, even if all non-responders were assumed to have felt unprepared in handling the cardiac arrest situation, the “preparedness” score would have been approximately 83%. The response times reported for the beginning of the study period proved to be inaccurate. Response times and distances travelled by the home care providers do therefore not cover the whole study period. For the remaining time, we reviewed each case file to validate whether the home care providers had arrived before ambulance services.

Implications for (Education; Clinical; Research & Management)*

First-responder programmes should give priority to minimizing such delays, for instance by alerting the providers when specific keywords are recognized by EMD personnel.

The continuation of the home care provider first-responder programme allows us to perform follow-up.

Follow up studies will allow further evaluation of home care provider arrivals and patient survival.

Reviewer conclusions /comments

A leitura e análise do artigo permitiu entender a importância que podem ter as prestadoras de cuidados domiciliares como primeira resposta a situações urgentes em que seja necessário iniciar SBV ou uso de DAE, para manter a cadeia de sobrevivência.

Dos resultados obtidos, evidencia-se a capacidade de resposta destas prestadoras de cuidados domiciliares em termos de média de tempo e, em relação à sua atuação por iniciarem SBV às ocorrências que compareceram.

De salientar a auto percepção da preparação com que ficam para agir como primeiro elo em situações urgentes após terem recebido formação e treino sobre SBV e DAE.

Analisando que a média de idades de ataques cardíacos ocorre em idosos e nos seus domicílios, as prestadoras de cuidados domiciliares poderão ser uma mais-valia para minorar a morbilidade e mortalidade destes cidadãos.

Realça-se o valor que é dado à formação das prestadoras de cuidados domiciliares, à sua preparação devida com aumento de conhecimentos acerca de SBV e uso de DAE para a implementação do programa e para o avanço de todo o estudo.

Parece-me essencial incluir este artigo na revisão sistemática, na medida em que aborda tanto a importância da formação das prestadoras de cuidados domiciliares em SBV como a sua resposta no agir em situações urgentes nos domicílios de pessoas, essencialmente idosas.

*Sempre com as palavras do autor.

Include **Exclude** **Seek further info**

ANEXO VIII

Planos das sessões de formação (Primeiros Socorros/ SBV)

Plano de Sessão de Formação (1)

Tema: Primeiros Socorros ao idoso no domicílio

Local: Biblioteca do Centro de Saúde de Caldas da Rainha

Data: 27 de Setembro de 2016

Grupo Alvo: Ajudantes de Ação Direta

Formador: Daniela Nazário

Convidado:

Início: 18h

Términus: 20h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reconhecer a importância da aprendizagem em Primeiros Socorros em contexto de domicílio. ✚ Compreender algumas situações urgentes. ✚ Proceder à avaliação da situação, identificando a necessidade de 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Introdução ✚ Reforço da importância da Formação ✚ Apresentação dos objetivos ✚ Situações urgentes e/ou acidentes em contexto de domicílio: <ul style="list-style-type: none"> - Engasgamento/ asfixia/ Manobra de Heimlich - Dificuldade respiratória - Desmaio (Síncope) - Convulsão - Hipoglicémia - Quedas - Intoxicações 	2h00	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Expositivo ✚ Demonstrativo ✚ Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Computador ✚ Projetor ✚ Apresentação em suporte digital 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos ✚ Observação direta (adesão e participação na sessão)

<p>pedido de ajuda especializada.</p> <p>✚ Perceber, assimilar cuidados básicos em cada situação apresentada.</p> <p>✚ Reconhecer as condições de segurança de quem socorre.</p>	<p>- Queimaduras - Hemorragia</p> <p>✚ Condições de segurança de quem socorre</p> <p>✚ Avaliação da situação e da vítima, com respetivos cuidados em cada situação específica</p>				
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Plano de Sessão de Formação (2)

Tema: Suporte Básico de Vida

Local: Biblioteca do Centro de Saúde de Caldas da Rainha

Data: 29 de Setembro de 2016

Grupo Alvo: Ajudantes de Ação Direta

Formador: Daniela Nazário

Convidado: Enf^o Wilson Moleiro

Início: 18h

Términus: 20h00

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reconhecer a importância da aprendizagem de SBV para atuar em qualquer situação de PCR na comunidade. ✚ Compreender as várias situações de PCR e quais os primeiros procedimentos a ter – saber como manter a cadeia de sobrevivência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Introdução ✚ Reforço da importância da Formação ✚ Apresentação dos objetivos ✚ A comunidade e a aprendizagem de Suporte Básico de Vida – importância da Cadeia de Sobrevivência ✚ Situações de PCR no domicílio e na rua ✚ Condições de segurança de quem socorre ✚ Pedir ajuda especializada 	2h00	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Expositivo ✚ Demonstrativo ✚ Interativo ✚ Sessão prática com treino de técnica de SBV, incluindo treino de PLS 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Computador ✚ Projetor ✚ Apresentação em suporte digital ✚ Manequim para treino de técnicas de SBV ✚ Pocket Mask ✚ Ambu 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Avaliação prática das técnicas de SBV ✚ Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos ✚ Observação direta (adesão e participação na sessão)

<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proceder à avaliação correta da vítima. ✚ Saber fazer uma avaliação CHAMU, para pedido de ajuda especializada com dados mais completos. ✚ Perceber, assimilar e treinar o algoritmo de SBV. ✚ Reconhecer as condições de segurança de quem socorre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Avaliação da vítima ✚ Avaliação CHAMU em vítimas conscientes ✚ Posição Lateral de Segurança (PLS) ✚ Algoritmo de SBV (vítimas conscientes e inconscientes) – avaliação das vítimas e demonstração de prática de SBV 				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

ANEXO IX

Cartaz de divulgação das sessões de formação



“FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

SESSÕES DE FORMAÇÃO PARA AS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DAS IPSS'S (CARVALHAL BENFEITO, SALIR DO PORTO, CHÃO DA PARADA)

Projetos de intervenção comunitária no âmbito do 6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém – Estágio II na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho – Caldas da Rainha, sob orientação da Enfª Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves

MÓDULO I (Enfª Bruno Vicente)	<ul style="list-style-type: none">• Comunicação - 13/ 09/2016• Envelhecimento/ Gestão de Conflitos - 15/09/2016
MÓDULO II (Enfª Mónica Duarte)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados de higiene e conforto - 19/09/2016• Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão - 21/09/2016
MÓDULO III (Enfª Daniela Nazário)	<ul style="list-style-type: none">• Primeiros Socorros - 27/09/2016• Suporte Básico de Vida - 29/09/2016

HORÁRIO: 18h00 às 20h00

LOCAL: Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha

INSCRIÇÃO: Fichas de inscrição a preencher na respetiva IPSS até 02/09/2016



ANEXO X

Ficha de inscrição nas sessões de formação



SESSÕES DE FORMAÇÃO

Ficha de Inscrição



Nome:

Telefone:

Instituição:

Selecione uma das seguintes opções:

1. **Idade:** Menos de 20 anos 20 a 39 anos 40 a 59 anos 60 ou mais anos

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Estado Civil:** Solteiro/a Casado/a ou União de facto Divorciado/a ou Separado/a
Viúvo/a

4. **Nacionalidade:** Portuguesa Outra Qual

5. **Habilitações Literárias:** 1º Ciclo Ensino Básico 2º Ciclo Ensino Básico 3º Ciclo Ensino Básico
Ensino Secundário Ensino Superior Ensino Profissional

6. **Possui formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente?**

Sim Não

7. **Há quanto tempo realizou a última formação?**

Menos de 1 ano 1 a 2 anos Mais de 2 anos

8. **Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador/a?**

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

9. **Há quanto tempo é cuidador/a na Instituição?**

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

10. A atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal?

Sim Não

11. Nº de horas de trabalho semanal:

Menos de 20 horas 20 a 29 horas 30 a 39 horas 40 ou mais horas

12. Regime de horário:

Rotativo Fixo

13. Tipo de contrato:

Termo certo Efetivo Prestação de serviços Outro Qual?

14. Como caracteriza o seu nível de formação?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom Excelente

15. Tendo em conta a sua formação como caracteriza o nível de cuidados que presta?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom Excelente

16. Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada formação na instituição?

Mensal Trimestral Semestral Anual Desconhece/Não sabe

Assinatura:

Data:

ANEXO XI

Folha de assiduidade nas sessões de formação

ANEXO XII

Ficha de avaliação de conhecimentos



Unidade de Saúde Pública do Zé Povinho
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE-NORTE

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Projeto de Intervenção Comunitária: “Capacitar a comunidade para salvar”



Duração: 10 minutos

Classificação

Nome:

“Segundo o INEM (2014) torna-se pertinente efetuar formações no âmbito de SBV na comunidade pois este tipo de iniciativas são oportunidades de incluir na sociedade civil a perceção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência. Desta forma, se justifica que a consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais precocemente possível na vida de cada cidadão.”

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F)

	V	F
1. Quando ocorre um engasgamento a pele mantém-se rosada, essencialmente nas extremidades.		
2. Em crises asmáticas a melhor posição a colocar a vítima é deitada, em lateral.		
3. Numa hipoglicémia moderada devem ser dados hidratos de carbono de absorção lenta (pão de mistura, bolachas de água e sal ou integrais, ou tostas).		
4. Na casa de um idoso é importante retirar tapetes e manter luzes de segurança.		
5. Em todas as queimaduras devem ser retiradas as roupas mesmo as que estão agarradas à pele e romper as flictenas que se tiverem formado.		
6. Nas hemorragias ao ser feita pressão direta, um dos cuidados em simultâneo é colocar o membro elevado.		
7. Quando encontramos uma pessoa inconsciente o primeiro passo é ligar o 112.		
8. Ao iniciar reanimação cardiorespiratória a relação de compressões/ ventilações é de 20/2.		
9. Em caso de exaustão do reanimador e caso não haja ainda mais ajuda devem ser paradas manobras de reanimação.		
10. Em vítimas inconscientes mas com respiração normal devemos colocá-las em Posição Lateral de Segurança.		

ANEXO XIII

Fichas de avaliação de cada sessão pelos formandos



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA Zé Povinho
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE-NORTE



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Sessão: Primeiros Socorros **Formador:** Enf^a Daniela Nazário **Data:** 27/09/2016

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom**

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ informação da sessão					
2 – Grau de cumprimento dos objetivos					
3 – Pertinência dos conteúdos abordados					
4 – Adequação dos conteúdos teóricos					
5 – Adequação das atividades práticas realizadas					
6 – Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
7 – Competência/ desempenho do formador					
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão					
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos					
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					

11 – Outras considerações:

11.1-No geral como considerou a sessão? _____

11.2-Sugestões para futuras sessões de formação/ temas: _____

Data: _____

Obrigado pela colaboração!



Unidade de Saúde Pública do Póvoa do Varzim
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE-NORTE

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS



Sessão: Suporte Básico de Vida **Formador:** Enf^a Daniela Nazário **Data:** 29/09/2016

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom**

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ informação da sessão					
2 – Grau de cumprimento dos objetivos					
3 – Pertinência dos conteúdos abordados					
4 – Adequação dos conteúdos teóricos					
5 – Adequação das atividades práticas realizadas					
6 – Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
7 – Competência/ desempenho do formador					
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão					
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos					
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					

11 – Outras considerações:

11.1- No geral como considerou a sessão? _____

11.2- Sugestões para futuras sessões de formação/ temas: _____

Data: _____

Obrigado pela colaboração!

ANEXO XIV

Ficha de avaliação de cada sessão pelo formador



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO PÓVOA DO VARZIM
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE-NORTE



AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELO FORMADOR

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala: **1 – nada / 2 – pouco / 3 – suficiente / 4 – muito / 5 – muitíssimo**

	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos da sessão de formação foram atingidos?					
2 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente teórica?					
3 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente prática?					
4 – A duração da sessão foi adequada?					
5 – O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?					
6 – Grau de participação dos formandos					

7 – Outras considerações:

7.1- Avaliação global da sessão: _____

7.2- Sugestões para futuras sessões de formação: _____

Formador: _____

Data: _____

ANEXO XV

Sessão de formação com a temática “Primeiros Socorros”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II



INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: "CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR"

USP Zé Povinho Caldas da Rainha



PROFª
ORIENTADORA:
Rosário Machado
ENFª COOPERANTE:
Fátima Neves

MESTRANDA:
Daniela Nazário

Caldas da Rainha, 2016

PRIMEIROS SOCORROS AO IDOSO NO DOMICÍLIO



-
- Reconhecer a importância da aprendizagem em Primeiros Socorros em contexto de domicílio
 - Compreender algumas situações urgentes
 - Proceder à avaliação da situação, identificando a necessidade de pedido de ajuda especializada
 - Perceber, assimilar cuidados básicos em cada situação apresentada
 - Reconhecer as condições de segurança de quem socorre

OBJETIVOS DA SESSÃO

-
- Engasgamento/ asfixia/ Manobra de Heimlich
 - Crises asmáticas
 - Desmaio (Síncope ou Lipotímia)
 - Convulsão
 - Hipoglicémia
 - Quedas
 - Intoxicações
 - Queimaduras
 - Hemorragia

SITUAÇÕES URGENTES

- Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo. As causas podem ser variadas, sendo a mais vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (ex: alimentos...)



Engasgamento/ asfixia

► Como atuar em vítimas conscientes?

Inclinar a vítima e pedir para tossir



5 pancadas intercostais (no máximo)



5 compressões abdominais (no máximo)



Engasgamento/ asfixia



Manobra de Heimlich

- A asma é uma doença respiratória crônica, na qual os brônquios reagem de forma excessiva em algumas circunstâncias, dificultando o fluxo normal de ar.

- Tosse seca e repetitiva.
- Dificuldade em respirar.
- Respiração sibilante, audível, ruidosa ("pieira" e/ou "farfalheira").
- Sensação de falta de ar.



- Comportamento agitado.
- Respiração rápida e difícil.
- Pulso rápido, palidez e suores.
- Prostração, apatia ("ar parado").



- Na fase de agravamento da crise há cianose das extremidades, isto é, as unhas e os lábios estão arroxeados

Crises asmáticas

> O que fazer??

- ✓ Ser capaz de conter a angústia e/ou ansiedade
- ✓ Arejar o local
- ✓ Posição sentado
- ✓ Administrar inaladores
- ✓ Se possível iniciar oxigénio



Crises asmáticas

- > É provocado por falta de oxigénio no cérebro, à qual o organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda brusca e desamparada do corpo.



Colocar a cabeça da vítima de lado e as pernas elevadas.

Verificar pulso.

Verificar recuperação de consciência, caso contrário, colocar em PLS e chamar 112.

Desmaio/ Síncope ou Lipotímia



- Cabeça da vítima em extensão
- Ajoelhar ao lado da vítima
- Certificar que ambas as pernas estão esticadas
- Colocar o membro superior da vítima (do seu lado) em ângulo de 90° em relação ao corpo
- Dobrar o antebraço para cima com a palma da mão virada para cima



- Coloque o outro braço da vítima atravessado sobre o tórax da mesma
- Segure as costas da mão da vítima contra a bochecha (do seu lado)

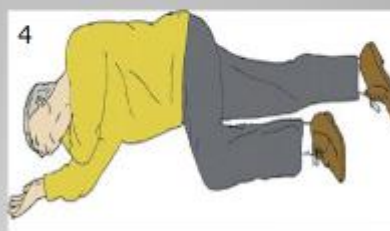


- Levantar a perna do lado oposto acima do joelho, dobrando-a, deixando o pé pousado no chão



- Enquanto uma mão apoia a cabeça, a outra puxa a perna do lado oposto, rolando a vítima para o seu lado
- Estabilizar a perna para que a anca e joelhos formem ângulos retos
- Inclinar a cabeça para trás para assegurar permeabilidade da via aérea
- Ajustar a mão debaixo do queixo para manter extensão da cabeça

Posição Lateral de Segurança (PLS)



Posição Lateral de Segurança (PLS)

- Uma convulsão é a resposta a uma descarga elétrica anormal no cérebro.



Convulsão

➤ O que fazer??

- ✓ Afastar todos os objetos onde a vítima se possa magoar;
- ✓ Desapertar a roupa à volta do pescoço;
- ✓ Tornar o ambiente calmo;
- ✓ Anotar a duração da convulsão;
- ✓ Acabada a fase de movimentos bruscos, colocar a vítima na Posição Lateral de Segurança.

Convulsão

Suor excessivo

Tontura

Palidez

Palpitação

Sensação de Fome

Mudança de Comportamento

Hipoglicémia

> Como atuar??

Hipoglicémia moderada	Hipoglicémia grave
Dar açúcar	Colocar a vítima em PLS
Dar hidratos de carbono de absorção lenta (pão de mistura, bolachas de água e sal ou integrais, ou tostas)	Fazer uma papa de açúcar e colocar um pouco no interior da bochecha

Hipoglicémia

Uma **QUEDA** no idoso pode significar a perda permanente da sua autonomia!

Prevenção de Quedas no domicílio

<p>FRATURAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor intensa no local. - Edema (inchaço). - Perda total ou parcial dos movimentos. - Encurtamento ou deformação do membro lesionado. 	<p>T.C.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ferida do couro cabeludo ou hematoma. - Perda de conhecimento. - Diminuição da lucidez e/ou sonolência. - Vômitos. - Perturbações do equilíbrio. - Uma das pupilas mais dilatadas. - Paralisia de qualquer parte do corpo 	<p>TRAUMATISMO DA COLUNA VERTEBRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impossibilidade de fazer movimentos. - Dor no local do traumatismo. - Sensação de "formigueiro" nas extremidades (mãos/pés). - Insensibilidade de qualquer parte do corpo.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quedas – consequências + frequentes

Contato com os olhos



- Lavar abundantemente com água corrente durante 15 minutos, mantendo as pálpebras fechadas.
- Não aplicar produtos.

Inalação



- Retirar a vítima do ambiente prejudicial, de preferência para o ar livre.

Intoxicações

Ingestão medicamentosa



- Recolher informação de que medicamento, quantidade, tempo que passou da ingestão e da última refeição.
- Pedir imediatamente orientações para o **Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) do INEM – 808 250 143.**

Quem?
idade, sexo

O quê?
produto, animal, planta, cogumelo

Quanto?
quantidade de produto, tempo de exposição

Quando? há quanto tempo

Intoxicações



As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objetos, não esquecendo o sol, o fogo, a energia elétrica, os produtos químicos e o frio.

❖ A gravidade da queimadura depende de vários fatores:

Da zona atingida pela queimadura.



Da extensão da pele queimada.

Da profundidade da queimadura.

Queimaduras



Queimaduras

<p>1ºGrau (Vermelhidão, Inchaço, Dor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retire objetos • Resfrie o local • Seque delicadamente com pano limpo ou gaze • Cubra com compressas
<p>2ºGrau (Dor mais intensa, flictenas ou humidade na região afetada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resfrie o local • Cubra a área com compressas embebidas em vaselina ou bialfine. • Ofereça muitos líquidos • Dê analgésico, se dor
<p>3ºGrau (Pele esbranquiçada ou carbonizada, pouca ou nenhuma dor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 112 • SBV, se necessário

Queimaduras

Químicas **Solares** **Elétricas** **Calor**

Queimaduras

Químicas

- Segurança (Calce luvas; retire roupas da vítima)

Solares

- Aplicar compressas frias
- Ofereça muitos líquidos
- Mantenha a pessoa na sombra, em local fresco e ventilado

Elétricas

- Obstrução parcial ou total das vias aéreas / dificuldade respiratória
- Paralisia dos membros
- Queimaduras locais (porta de entrada e saída)
- Convulsões
- Alterações do ritmo cardíaco/ Paragem cardíaca
- Ter em atenção: se a corrente está desligada (SEGURANÇA)

Queimaduras

> NUNCA FAZER:



Não use outro tipo de loções ou manteiga...

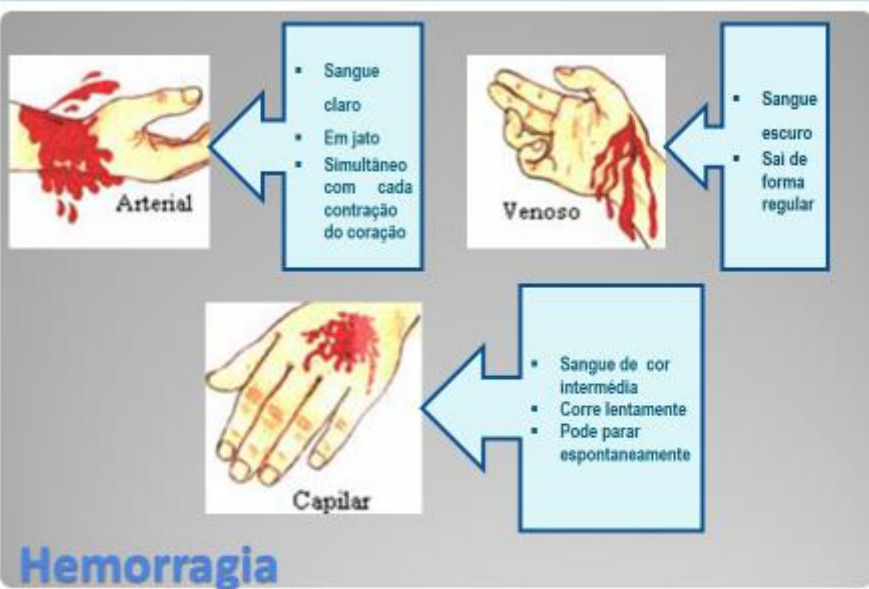


Não rompa as flictenas na pele



Não tente retirar pedaços de roupa agarrados à pele

Queimaduras





**Pressão
Direta**

**Pressão
Indireta**

Garrote

Hemorragia

**Pressão
direta**

- Compressa esterilizada
- Não retirar (se necessário colocar outras por cima)
- Elevar o membro
- **NÃO REALIZAR SE:** suspeita de fratura ou objetos projetados no interior

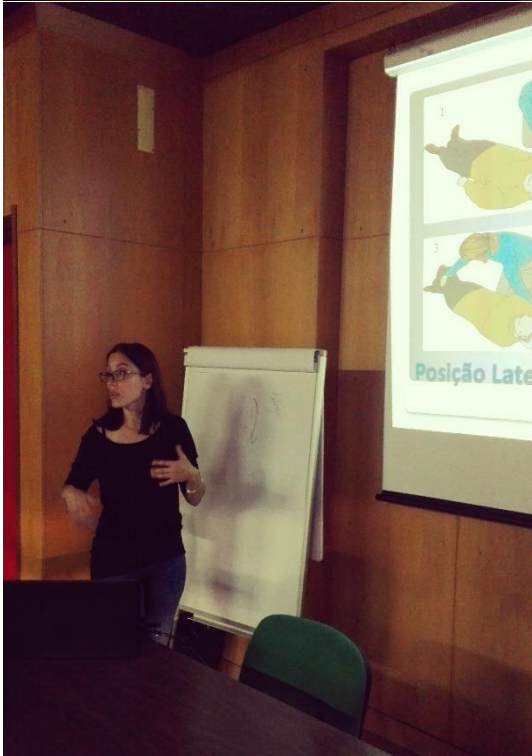
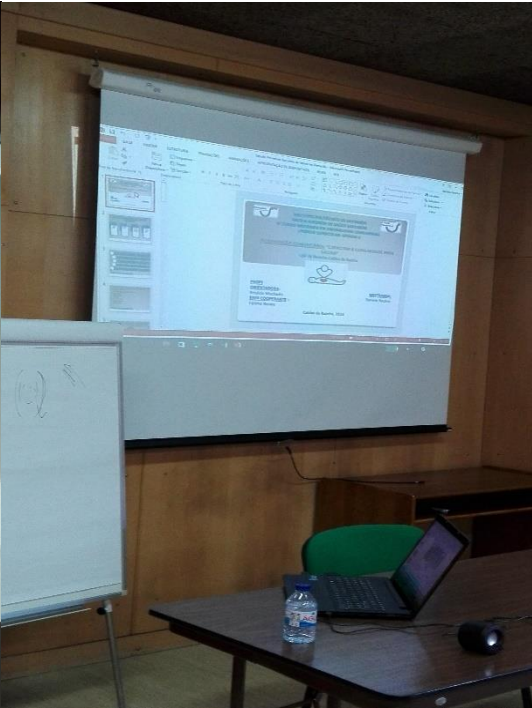
**Pressão
indireta**

- Fazer pressão na veia ou artéria de maior calibre do membro afetado

Garrote

- Último recurso
- Retirar roupa
- Uma vez aplicado não é retirado!!

Hemorragia



ANEXO XVI

Sessão de formação com a temática “Suporte Básico de Vida”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO Mestrado em Enfermagem Comunitária
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II



INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: "CAPACITAR A COMUNIDADE PARA SALVAR"

USP Zé Povinho Caldas da Rainha



PROFª

ORIENTADORA:

Rosário Machado

ENFª COOPERANTE:

Fátima Neves

MESTRANDA:

Daniela Nazário

Caldas da Rainha, 2016

SUORTE BÁSICO DE VIDA (S.B.V.)

Convidado: Enfª Wilson Moleiro

- Reconhecer a importância da aprendizagem de SBV para atuar em qualquer situação de PCR na comunidade.
- Compreender as várias situações de PCR e quais os primeiros procedimentos a ter – saber como manter a cadeia de sobrevivência.
- Proceder à avaliação correta da vítima.
- Saber fazer uma avaliação CHAMU, para pedido de ajuda especializada com dados mais completos.
- Perceber, assimilar e treinar o algoritmo de SBV.
- Reconhecer as condições de segurança de quem socorre.

OBJETIVOS DA SESSÃO

- A paragem cardiorespiratória (PCR) é uma das principais emergências médicas...
- Os procedimentos de SBV têm que ser corretos e feitos atempadamente...
- Requer treino específico e atualização frequente...

Emergência médica

LIMITADO
(atua com
pequenos gestos
e material
improvisado)

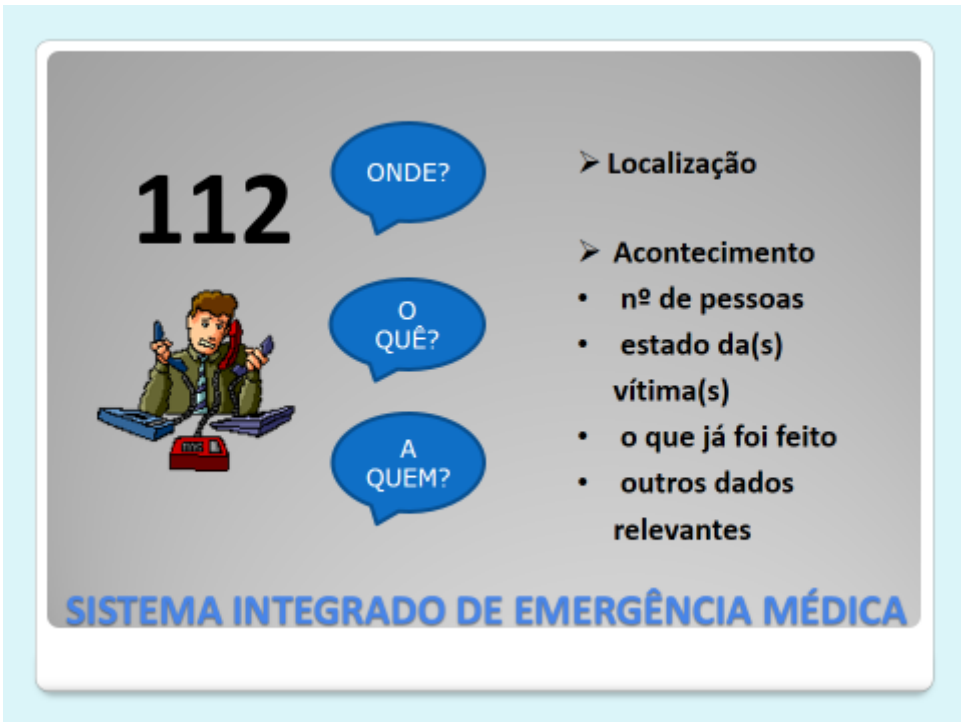
TEMPORÁRIO
(até chegada de
profissionais
mais
competentes)

PRIMORDIAL
- 1º a chegar
junto da vítima
- Pode detetar
risco de PCR ou
PCR
- Pode adotar
decisões e
atitudes corretas
para 'ganhar
tempo de vida'

Papel do "Socorrista"



O "socorrista"





Elos que permitem salvar vítimas de PCR.

São todos igualmente importantes.

Cadeia de Sobrevivência

Por cada minuto sem ajuda, a vítima de PCR vê diminuída 7-10% a probabilidade de ser salva.

Manter perfusão cerebral (fluxo sanguíneo para cérebro e coração).

Ajuda especializada – Suporte Avançado de Vida

Cadeia de Sobrevivência

Obstrução da via aérea

Insuficiência respiratória

Origem cardíaca (primária ou secundária)

Afogamento

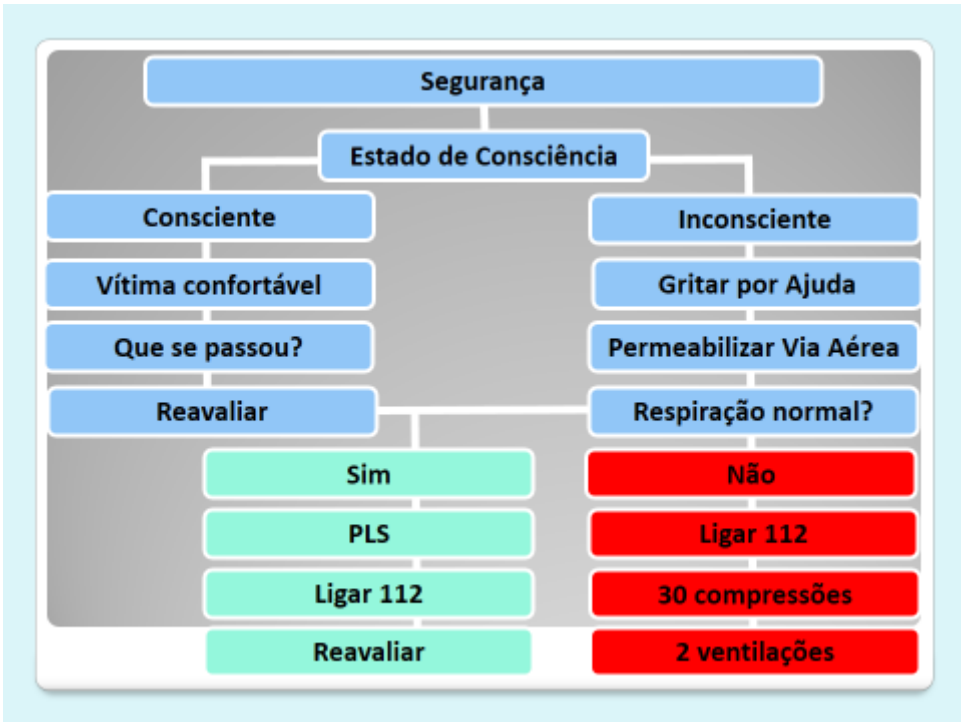
Choque elétrico ...

Causas de PCR

“Significa manter a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação sem recurso a outro equipamento para além das barreiras de proteção”

Conselho Português de Ressuscitação, 2007

Suporte Básico de Vida



“O reanimador não se deve expor a si nem a terceiros a risco maior do que os que corre a própria vítima”

Conselho Português de Ressuscitação, 2007

✓ Condições de segurança para a vítima e reanimador



Segurança



O senhor
está bem?
Sente-se
bem?

**Abanar
suavemente os
ombros**

Estado de Consciência

Se responde...

C

• **C**ircunstâncias

H

• **H**istória Clínica

A

• **A**lergias

M

• **M**edicção

U

• **Ú**ltima refeição

Vítima consciente - Avaliação CHAMU

Se não responde...



Vítima inconsciente



Procure corpos estranhos



Extensão da cabeça com elevação da mandíbula

Permeabilizar via aérea



Em vítimas de trauma



Sub-luxação da mandíbula



Permeabilizar via aérea



10 Segundos



VOS

- Ver
- Ouvir
- Sentir

Sinais de Circulação:

- Movimentos
- Tosse
- Respiração normal

Respiração normal?



Se respira...

Colocar em **PLS**

Se não respira...

Ligar **112**



Respiração normal?



- Ritmo 100 / min
- Profundidade 4 - 5 cm

Compressões



Não garante
proteção ao
reanimador

Ventilações





ANEXO XVII

Certificado de presença nas sessões de formação



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA Zé Povinho
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE



CERTIFICADO

Certifica-se que _____ esteve presente na sessão de formação

_____ do (s) Módulo (s) _____, no âmbito dos Projetos de intervenção comunitária de mestrandos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém – Estágio II na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves.

As sessões decorreram na Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha, com início a 13/09/2016 e término a 29/09/2016.

Total de horas de formação presenciadas: _____

Enfº Bruno Vicente / Enfª Daniela Nazário / Enfª Mónica Duarte
(Mestrandos do 6º Curso MEC da ESSS)



Enfª Fátima Neves – USP Zé Povinho
(Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

ANEXO XVIII

Capa do Manual de apoio

MANUAL DE APOIO

Projetos de Intervenção Comunitária



Outubro 2016

ANEXO XIX

Póster sobre as três intervenções comunitárias complementares



A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores (Alves, 2003).

Os cuidados de higiene e conforto fazem parte das necessidades fisiológicas do ser humano e são imprescindíveis para a sobrevivência da pessoa ou para um equilíbrio satisfatório (Splinder, 2014)

Ao treinar a comunidade em SBV, inclui-se na sociedade civil a percepção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência (INEM, 2014).



**Bruno Vicente,
Daniela Nazário,
Mónica Duarte
(Mestrandos
6º CMEC - ESSS)**

SOZINHOS POUCO PODEMOS FAZER; JUNTOS, PODEMOS FAZER MELHOR!

ANEXO XX

Publicação no Jornal das Caldas sobre a intervenção comunitária

reduzem sal no pão

| Francisco Gomes |



Estabelecimentos das Caldas são detentores do certificado de "padaria saudável!"

...inha e Padaria (Óbidos).
...que terminaram
...implementação
...ram já na fase
...ação anual são
...o certificado de
...dável", como a
...as (Alcobaça),
...ria Rossio e
...alhas (Bombar-
...da Ramalho-
...Litoral, Padaria
...Cidade Nova,
...gio Henriques,
...a e Padaria do
...Caldas da Rai-
...a 33, Padaria e

Pastelaria Baguete e Pastelaria Queque de Cenoura (Nazaré), Padaria Real Sabor, Padaria Pastelaria Momentos, Pastelaria Berglô, O Pão Quente, Pastelaria Doce Fantasia, Arcadas D'El Rei e Café Arcadas do Jardim (Peniche).

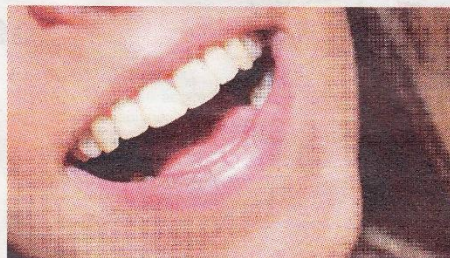
"Com este tipo de ações de base populacional pretendemos abranger um maior número de pessoas, que através de redução da ingestão de sal, possibilitam atuação direta num dos fatores de risco mais importantes nas doenças cardio-

vasculares – a hipertensão arterial. O sucesso desta intervenção só poderá ser garantido pela adesão, colaboração e empenho por parte de todos os agentes da comunidade, nomeadamente as indústrias de panificação, as unidades integradas em estabelecimentos de bebidas, os profissionais de saúde, os órgãos de comunicação social e a população em geral", manifestam Ana Rodrigues e Cristina Pecante.

promoção da saúde oral nas escolas da região

| Francisco Gomes |

...fissura, ou em
...stência de cá-
...tivo tratamento.
...ues dentários
...ues nas esco-
...de novembro
...restante ano
...endo gradual-
...os alunos en-



Mais e melhor saúde oral é o objetivo

...na Nacional de
...a Saúde Oral
...rgado e atual-
...em é possível
...e um cheque
...16 e aos 18
...que tenham uti-
...ue anterior (13
...spetivamente)

...seu cheque dentista, desde que preencham os critérios já referidos. Estes cheques dentista contemplam

...nomeadamente uma boa higiene oral diária e uma alimentação equilibrada, terão o resultado pretendido:

Auxiliares de instituições recebem formação de enfermagem comunitária

| Francisco Gomes |



Ação de formação

A Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, nas Caldas da Rainha, recebeu estudantes de mestrado em enfermagem comunitária, que desenvolveram uma ação de formação aos auxiliares de ação direta, responsáveis pelo apoio domiciliário a utentes dependentes.

Pretendeu-se dotar estes profissionais com conhecimentos que lhes permitam prestar cuidados aos utentes dependentes com melhor qualidade, contribuindo assim para a melhoria do seu bem-estar e da sua saúde.

Foram abordados temas como a comunicação, gestão de conflitos, o processo de envelhecimento, cuidados de higiene e conforto, transferências e mobiliza-

ções, prevenção de úlceras de pressão, primeiros socorros e suporte básico de vida.

Os estudantes desenvolveram três projetos de intervenção comunitária, intitulados "Capacitar para melhor comunicar", "Capacitar para melhor cuidar" e "Capacitar a comunidade para salvar".

Esta ação teve início a 13 de setembro e terminou duas semanas depois, envolvendo 24 auxiliares de ação direta da Associação Social e Cultural Paradesse, Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto e Centro Social Paroquial N.º Sr.ª das Mercês de Carvalhal Benfeito.

A formação decorreu na sala de reuniões do Centro de Saúde das Caldas da Rainha.

Ecografias emocionais 3D/4D

"Que venha com saúde!". É o principal desejo de todas as futuras mães, que anseiam pelo parto para poder ver pela primeira vez o bebé.

que o bebé está a fazer em tempo real; as suas expressões, os seus gestos, os seus movimentos dentro do útero materno. Se o bebé

ANEXO XXI

Planos das ações de sensibilização “Cuidados com o Sol”

PLANO DAS AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO “CUIDADOS COM O SOL”

Tema da sessão	Ação de Sensibilização de "Cuidados com o Sol"
Sessão nº	1
População-alvo	Destinatárias: 40 crianças de A.T.L. com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.
Formador	Mestrandos de Enfermagem Comunitária Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte e Susana Alves.
Duração	45 Minutos
Data	04 Julho de 2016
Horário	10.30
Local	Centro Social de Valado dos Frades Rua Carlos O'Neill, n.18 - 2450-344 Valado dos Frades
Objetivos gerais	No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de identificar os cuidados necessários a ter com o sol, nas várias situações do dia-a-dia.
Objetivos específicos	Esta sessão tem por objetivo capacitar os formandos para identificarem e aplicarem corretamente os cuidados gerais e específicos a ter com o sol, de acordo com a circunstância; ir à praia/piscina, fazer caminhadas ou passeios em geral e no seu dia-a-dia. Perceberem como funciona um protetor solar, as diferenças que existem e como as identificam de acordo com as suas necessidades. Saberem identificar as horas seguras de exposição solar.

Tema da sessão	Ação de Sensibilização de "Cuidados com o Sol"
Sessão nº	2
População-alvo	Destinatárias: 100 crianças de ATL da Nazaré, com idades entre os 6 e os 10 anos.
Formador	Mestrandos de Enfermagem Comunitária Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte e Susana Alves.
Duração	45 Minutos
Data	04 Julho de 2016
Horário	14.30
Local	Biblioteca Municipal da Nazaré Avenida do Município - 2450 Nazaré
Objetivos gerais	No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de identificar os cuidados necessários a ter com o sol, nas várias situações do dia-a-dia.
Objetivos específicos	Esta sessão tem por objetivo capacitar os formandos para identificarem e aplicarem corretamente os cuidados gerais e específicos a ter com o sol, de acordo com a circunstância; ir à praia/piscina, fazer caminhadas ou passeios em geral e no seu dia a dia. Perceberem como funciona um protetor solar, as diferenças que existem e como as identificam de acordo

com as suas necessidades. Saberem identificar as horas seguras de exposição solar.

Tema da sessão	Ação de Sensibilização de "Cuidados com o Sol"
Sessão nº	3
População-alvo	Destinatárias: 30 crianças de ATL da Nazaré, entre os 10 e os 12 anos.
Formador	Mestrandos de Enfermagem Comunitária Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte e Susana Alves.
Duração	45 Minutos
Data	04 Julho de 2016
Horário	15.15h
Local	Biblioteca Municipal da Nazaré Avenida do Município - 2450 Nazaré
Objetivos gerais	No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de identificar os cuidados necessários a ter com o sol, nas várias situações do dia-a-dia.
Objetivos específicos	Esta sessão tem por objetivo capacitar os formandos para identificarem e aplicarem corretamente os cuidados gerais e específicos a ter com o sol, de acordo com a circunstância; ir à praia/piscina, fazer caminhadas ou passeios em geral e no seu dia-a-dia. Perceberem como funciona um protetor solar, as diferenças que existem e como as identificam de acordo com as suas necessidades. Saberem identificar as horas seguras de exposição solar.

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didáticos	Avaliação	Tempo (min.)
Introdução	Apresentação (nossa / tema)	Expositivo e Participativo	Apresentação audiovisual	---	5 Min.
	Apresentação dos objetivos gerais e específicos	Expositivo	Apresentação audiovisual	---	5 Min.
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos	Expositivo	Apresentação audiovisual	---	20 Min.
	Síntese	Expositivo	Apresentação audiovisual	---	
Conclusão	Avaliação em grupo	Dramatização		Interativa	5 Min.
	Conclusão	Participativo	Questões livres	Interativa	10 Min.