

9 - 1 | 2021

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CAPACITAÇÃO DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

*Community intervention: empowering of home health aides on
basic life support*

*Intervención comunitaria: empoderamiento de los auxiliares de
atención domiciliaria sobre soporte vital básico*

Daniela Nazário | Irene Santos | Cassilda Sarroeira

Electronic version

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

Publisher

Revista UI_IPSantarém

Printed version

Date of publication: 21st June 2021 Number of pages: 42-56

ISSN: 2182-9608

Electronic reference

Nazário, D., Santos, I., Sarroeira, C (2021). *Intervenção Comunitária: Capacitação das auxiliares de ação direta sobre Suporte Básico de Vida*. Revista da UI_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 42-56. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>



INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CAPACITAÇÃO DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Title in English *Community intervention: empowering of home health aides on basic life support*

Intervención comunitaria: empoderamiento de los auxiliares de atención domiciliaria sobre soporte vital básico

Daniela Nazário

Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal

dani.nazario80@gmail.com

Irene Santos

Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal

irene.santos@essaude.ipsantarem.pt

Cassilda Sarroeira

Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal

cassilda.sarroeira@essaude.ipsantarem.pt

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno que desafia os cuidados domiciliários, muitos deles prestados pelas auxiliares de ação direta. Na apreciação deste grupo populacional, pelo modelo teórico de Betty Neuman evidenciou-se uma ameaça à linha de defesa: défice de conhecimento em Suporte Básico de Vida. Como suporte de prática baseada na evidência científica, realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura, com a questão PICO: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem o aumento de conhecimentos das ajudantes de ação direta em Suporte Básico de Vida, em situações de paragem cardiorespiratória, no idoso, nos cuidados domiciliários?”, demonstrando a importância da formação e treino em Suporte Básico de Vida. O objetivo deste trabalho foi empoderar as auxiliares de ação direta como segundo elo da cadeia de sobrevivência. Desenvolveu-se a Intervenção Comunitária seguindo as etapas do Planeamento em Saúde. Como resultado imediato salientou-se um ganho médio de conhecimentos de 30%.

Palavras-chave: Ajudantes de ação direta, enfermagem comunitária, formação, intervenções de enfermagem, reanimação cardiopulmonar

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que supone un reto para los cuidados a domicilio, muchos de ellos prestados por auxiliares de atención directa. Según el modelo teórico de Betty Neuman, la evaluación de este grupo de población reveló una amenaza para la línea de defensa: la falta de conocimientos en Soporte Vital Básico. Como apoyo a la práctica basada en la evidencia, se realizó una Revisión Sistemática de la Literatura con la siguiente pregunta PICO: "¿Qué intervenciones de enfermería promueven un aumento de los conocimientos de los auxiliares de atención directa sobre el Soporte Vital Básico en situaciones de parada cardiorrespiratoria en ancianos en atención domiciliar?", demostrando la importancia de la formación en Soporte Vital Básico. El propósito de este estudio era potenciar a los auxiliares de acción directa como segundo eslabón de la cadena de supervivencia. La intervención comunitaria se desarrolló siguiendo los pasos de la planificación sanitaria. El resultado inmediato fue una ganancia media de conocimientos del 30%.

Palabras clave: Auxiliares de atención domiciliaria, enfermería comunitaria, formación, intervenciones de enfermería, reanimación cardiopulmonar

ABSTRACT

Population ageing is a phenomenon that challenges home care, many of which are provided by home health aides. In the assessment of this population group, Betty Neuman's theoretical model showed a threat to the line of defence: lack of knowledge in Basic Life Support. As a support for evidence-based practice, a Systematic Literature Review was conducted with the following PICO question: "Which nursing interventions promote an increase in the knowledge of home health aides in Basic Life Support in situations of cardiorespiratory arrest in the elderly in home care?", demonstrating the importance of training and education in Basic Life Support. The objective of this work was to empower the home health aides as the second link in the chain of survival. The Community Intervention was developed following the steps of Health Planning. The immediate result was an average gain in knowledge of 30%.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, community nursing, home health aides, nursing interventions, training

1 INTRODUÇÃO

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 (Direção-Geral de Saúde, 2014).

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 para o grupo entre os 30 e os 50 anos. A taxa de mortalidade geral padronizada (5,93%) desta região é mais elevada do que a nacional (5,57%) (Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, 2013).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção-Geral da Saúde, 2006) 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.

Uma das estratégias de intervenção do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas relaciona-se com a prestação de cuidados domiciliários.

Os Censos realizados em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 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, 2015).

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 (Direção-Geral da Saúde, 2006).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social 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. Uma dessas estruturas de resposta é o Serviço de Apoio Domiciliário.

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.

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.

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 são, neste âmbito, 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 (World Health Organization, 2004). As auxiliares de ação direta integram-se na designação de cuidadores formais.

Torna-se necessário a formação das auxiliares de ação direta 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 Suporte Básico de Vida. Desta forma poderão dar uma primeira resposta na manutenção da cadeia de sobrevivência, até chegada dos profissionais de saúde.

O objetivo deste trabalho foi empoderar este grupo populacional a nível de conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida para uma melhoria na qualidade de cuidados aos idosos.

Torna-se pertinente efetuar formação 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 (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2014).

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.

Segundo o European Resuscitation Council (2010), as necessidades de formação em Suporte Básico de Vida incluem leigos, pessoas sem formação específica em áreas de saúde, mas com funções de salvaguarda do cidadão. O ideal é que todo o cidadão tenha treino nessa área. As ações de formação em Suporte Básico de Vida 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 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 de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública explicita as áreas de competências do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Uma dessas competências é contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Considerando o Regulamento n.º 428/2018, 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.

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.

Nesse sentido e antes de iniciar toda a Intervenção Comunitária segundo o Planeamento em Saúde foi feita uma apreciação do grupo populacional do estudo através do Modelo Teórico 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 Modelo referido 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 duma 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).

2 MÉTODO

A intervenção comunitária foi desenvolvida através do Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico constituído pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução e avaliação, onde todas as diferentes fases se encontram interdependentes e interrelacionadas.

2.1 Diagnóstico da situação

A primeira fase do Planeamento em Saúde foi estabelecer o diagnóstico de situação acerca das necessidades formativas das auxiliares de ação direta em três Instituições Particulares de Solidariedade Social, 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 seleção do grupo populacional (24 auxiliares de ação direta) e da temática envolvida foi uma conjugação de uma preocupação pessoal pelo contexto de cuidados domiciliários e ajuda não diferenciada que poderá fortalecer a saúde/ sobrevivência do idoso. Surgiu também da análise do Perfil de Saúde da Região Oeste Norte por haver interesse neste assunto e pela inexistência de estudos sobre os cuidados domiciliários na Região.

A apreciação do grupo populacional foi feita segundo o Modelo de Betty Neuman e permitiu conhecer que a grande maioria estudou apenas até ao ensino secundário e 62% fizeram formação

na área do idoso dependente, embora com poucas atualizações. Apenas 17% exercem a profissão de cuidador formal há mais de 10 anos. 83% das auxiliares de ação direta referem ter sido uma escolha pessoal. A baixa percentagem das mesmas a trabalhar há mais tempo na área indica-nos a menor experiência de grande parte destas trabalhadoras.

Na avaliação que fazem em relação a si próprias, mencionam a necessidade de ser feita formação anual sobre cuidados de higiene, posicionamentos, processo de envelhecimento, primeiros socorros, entre outras temáticas.

Para um melhor entendimento das necessidades formativas das auxiliares de ação direta das três Instituições Particulares de Solidariedade Social, por forma a promover uma intervenção neste grupo populacional, foram realizadas entrevistas a informantes-chave das três instituições (Diretor Técnico e uma auxiliar de ação direta de cada Instituição Particular de Solidariedade Social) 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.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu chegar a diversas categorias e subcategorias com a identificação das correspondentes unidades de registo. Uma das categorias era a necessidade formativa das auxiliares de ação direta, que se dividia nas seguintes subcategorias: 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.

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.

Todos estes instrumentos de colheita de dados e a análise do sistema cliente sustentaram e viabilizaram a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, que foram formulados segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman.

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 auxiliares de ação direta, relacionada com stressores intrapessoais: défice de conhecimento em Suporte Básico de Vida e em primeiros socorros.

2.2 Definição de Prioridades

A priorização dos problemas foi feita através do número de menções ao défice de conhecimento em cada temática.

Dentro dos problemas priorizados surgiu o défice de formação em Suporte Básico de Vida e em primeiros socorros.

Neste sentido, através do conhecimento pessoal e diário da realidade do contexto profissional do Serviço de Urgência, onde exerce funções, foi possível verificar a entrada de algumas situações de emergência em idosos com apoio domiciliário. A reflexão acerca dessas mesmas situações tornou perceptível o auxílio prestado e a dificuldade de atuação imediata das auxiliares de ação direta, como elos da Cadeia de Sobrevivência.

2.3 Fixação de objetivos

O objetivo geral da intervenção foi colmatar as necessidades formativas das auxiliares de ação direta em suporte básico de vida e em primeiros socorros com estratégias no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária.

Os objetivos específicos foram: estabelecer um plano de formação para o grupo populacional das auxiliares de ação direta (AAD) de três Instituições Particulares de Solidariedade Social; sensibilizar as mesmas Instituições para a importância de formação em Suporte Básico de Vida e em primeiros socorros; implementar a intervenção de formação das auxiliares de ação direta nessas temáticas;

promover a capacitação das auxiliares de ação direta através do aumento de conhecimentos; avaliar a eficácia e eficiência de toda a intervenção desenvolvida.

2.4 Seleção de estratégias

Na fase de seleção de estratégias é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori e Geraldles, 1993). Na seleção de estratégias é necessário definir os recursos a utilizar.

Para sustentar a intervenção comunitária recorreu-se à procura da melhor evidência científica. 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.

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 Ajudantes de Ação Direta (População) em Suporte Básico de Vida, no agir em situações de Paragem Cardiorespiratória, no idoso, nos cuidados domiciliários?”

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) foi realizada com base nos descritores *nurs**; *home health aides*; *learning*; *cardiopulmonary resuscitation* validados na plataforma *MeSH-BROWSER*, e o *entry term training* (que foi mantido pela pertinência para a pesquisa e consolidação da temática). 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 & Gomes, 2015).

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

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 Suporte Básico de Vida.

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

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 Suporte Básico de Vida ou uso de desfibrilhador automático externo, para manter a cadeia de sobrevivência.

Dos resultados obtidos, evidenciou-se a média de tempo em termos de capacidade de resposta destas prestadoras de cuidados domiciliários, ao iniciarem Suporte Básico de Vida 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 nesta área.

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 Suporte Básico de Vida. Deste modo, sustentou a prática desenvolvida nesta intervenção comunitária.

2.5 Elaboração de programas e projetos

Os planos de formação da Intervenção comunitária “Capacitação das auxiliares de ação direta sobre Suporte Básico de Vida” foram realizados no âmbito das temáticas de suporte básico de vida e de primeiros socorros.

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 Suporte Básico de Vida. Procedeu-se à divulgação das sessões de formação com a elaboração de um cartaz colocado nas três Instituições Particulares de Solidariedade Social.

A elaboração da ficha de inscrição nas sessões de formação permitiu saber o número total de pessoas que iam às sessões. Dessa forma foi possível 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 uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e um enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Foi criada uma ficha de avaliação de conhecimentos para aplicar na primeira e na última sessões, que possibilitasse obter a informação do ganho na aprendizagem. Essa ficha foi elaborada através da pesquisa de literatura realizada acerca das *guidelines* atuais sobre Suporte Básico de Vida e primeiros socorros.

Por último, para facilitar a avaliação da intervenção foi formulada uma ficha de avaliação de cada sessão pelos formandos e outra pelo formador.

2.6 Execução da Intervenção Comunitária

A primeira sessão, com a temática de primeiros socorros, 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*.

Esta primeira sessão teve como objetivos: reconhecer a importância da aprendizagem em primeiros socorros em contexto de domicílio; identificar algumas situações urgentes; avaliar a situação; aprender os devidos cuidados básicos a ter; identificar a necessidade de pedido de ajuda especializada.

A segunda sessão de formação, com a temática de Suporte Básico de Vida (SBV), ocorreu 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 Instituto Nacional de Emergência Médica). Algumas situações de paragem cardiorespiratória no domicílio e na rua foram partilhadas pelo enfermeiro convidado. Foi explicada a avaliação CHAMU em vítimas conscientes e avaliação da vítima respeitando o algoritmo de Suporte Básico de Vida. Como recurso para a devida demonstração prática das etapas desse mesmo algoritmo utilizou-se um modelo de treino de Suporte Básico de Vida, o ambu e a máscara de bolso. Posteriormente cada uma das formandas realizou treino de Suporte Básico de Vida e da Posição Lateral de Segurança (PLS), com resposta a situações hipotéticas para cada vítima.

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.

2.7 Avaliação/ Resultados

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. Como tal foi necessário definir 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.

Definiram-se indicadores de execução (ou de processo), que são expostos no quadro que se segue.

Quadro 1 - 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>60% 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 2 - Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Meta
<p>Percentagem de AAD que adquiriram conhecimentos com as formações:</p> <p>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>	<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> <p>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>	<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> <p>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>	<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> <p>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>	<p>80% de satisfação das AAD com cada sessão, em bom e/ou muito bom, segundo avaliação das mesmas.</p>
--	--

Na primeira sessão houve uma presença de 16 AAD (66% da população) e na segunda sessão compareceram 15 AAD (62,5% da população).

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.

As fichas de avaliação de conhecimentos foram aplicadas no início da primeira sessão e no final da segunda sessão. 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.

Tabela 1 - Classificação das fichas de avaliação de conhecimentos (resultados em %)

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

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.

Todas as formandas realizaram treino de SBV e PLS, com elevada participação e adesão em relação às situações expostas e propostas. 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.

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 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.

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.

Tabela 2 - 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 expetativas acerca da sessão	—	—	6,25	56,25	37,5

Na 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.

Tabela 3 - 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 expetativas 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.

3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No contexto do trabalho apresentado foi realizada 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.

Na concetualização efetuada, os Census (2011) e a Direção-Geral da Saúde (2014) apontam para o envelhecimento da população, o qual está associado a um processo de crescente dependência em Portugal. 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.

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. As instituições de serviço à comunidade devem ajustar a sua intervenção às realidades e dinâmicas sociofamiliares, de forma a responder assertivamente às necessidades de cada família, de cada idoso.

As auxiliares 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.

Foi neste sentido que se procedeu à elaboração do diagnóstico de situação das necessidades formativas das AAD de três Instituições Particulares de Solidariedade Social, seguindo o Planeamento em Saúde, fundamentado nas Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº428/2018).

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 identificação 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 “Capacitação das auxiliares de ação direta sobre Suporte Básico de Vida” 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 desenvolvimento do Planeamento construíram-se as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 428/2018), como estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e formular 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 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 paragem cardiorespiratória, no idoso, nos cuidados domiciliários?” mostrou as evidências científicas que existem em relação à mesma temática e problemática, as estratégias utilizadas e resultados obtidos. Permitiu guiar a intervenção comunitária segundo uma Prática Baseada na Evidência.

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. A evidência científica expõe a importância das prestadoras de cuidados domiciliários como primeira resposta a situações urgentes em que seja necessário iniciar SBV, 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.

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 intervenção comunitária desenvolvida com as AAD das três Instituições Particulares de Solidariedade Social teve por base a formação teórica e prática de SBV. O conhecimento e apreciação do grupo populacional 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.

Na última etapa do planeamento em saúde, a avaliação, através da monitorização de indicadores e metas 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.

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.

4 CONCLUSÃO

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 global.

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

A intervenção comunitária “Capacitação das auxiliares de ação direta sobre Suporte Básico de Vida” 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.

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 Instituições Particulares de Solidariedade Social, o que se torna uma barreira à melhoria da 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.

Realça-se a importância da continuidade desta intervenção comunitária direcionada a vários grupos da comunidade, seja por parte das Unidades de Saúde Pública ou de outras Unidades de Saúde, numa perspetiva de formação de adultos, essencialmente na área de prestação de cuidados aos idosos.

5 REFERÊNCIAS

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

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

Direção-Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

- 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
- 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 do Conselho Português de Ressuscitação
- European Resuscitation Council. ERC Guidelines for Resuscitation 2015. Disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185
- Hansen, S.M., Brøndum, S.; Thomas, G., Brøndum, S., Rasmussen, S., Kvist, B., Christensen, A., Lyng, C., Lindberg, J., Lauritsen, B., Lippert, F., Pedersen, C., Hansen, P. (2015). Home Care Providers to the Rescue: A Novel First-Responder Programme. *PLoS ONE* 10 (10): e0141352.doi:10.1371
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Censos 2011. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2014). Disponível em <http://www.inem.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de Julho de 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Pais, R. (2015). *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). Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2162>
- Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. Regulamento do Serviço de Apoio Domiciliário. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013
- 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 de Lisboa). Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8550/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL.pdf>
- 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. Disponível em <https://saudepublicaostenorte.files.wordpress.com/2013/09/perfil-de-saude-oeste-norte.pdf>
- World Health Organization (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ageing and Health Technical Report*. Volume 5. Japan: WHO Centre for Health Development